





1. Burris HA, Hurtig J. Radiation recall with anticancer agents. *Oncologist*. 2010;15:1227–37.
2. Chu CH, Cheng YP, Liang CW, Chiu HC, Jee SH, Chan JYL, et al. Radiation recall dermatitis induced by topical tacrolimus for post-irradiation morphea. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31:e80–1.
3. Camidge R, Price A. Characterizing the phenomenon of radiation recall dermatitis. *Radiother Oncol*. 2001;59:237–45.
4. Guarneri C, Guarneri B. Radiation recall dermatitis. *CMAJ*. 2010;182:E150.
5. Ng AWY, Wong FCS, Tung SY, SK O. Nimesulide - a new trigger of radiation recall reaction. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2007;19:364–5.

Li-wen Zhang <sup>a</sup>, Juan Wu <sup>b</sup>, Lu Zheng <sup>a</sup>  
e Tao Chen <sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Dermatologia e Venereologia, Chengdu Second People's Hospital, Chengdu, Sichuan, China  
<sup>b</sup> Sexually Transmitted Disease Institute, Shanghai Skin Disease Hospital, School of Medicine, Tongji University, Shanghai, China

\* Autor para correspondência.

E-mail: 13980427003@163.com (T. Chen).

Recebido em 29 de julho de 2021; aceito em 22 de agosto de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.03.018>

2666-2752/ © 2023 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Brasileira de Dermatologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## Melanomas sincrônicos e metacrônicos diagnosticados em estágios precoces em paciente com síndrome do nevo displásico<sup>☆,☆☆</sup>

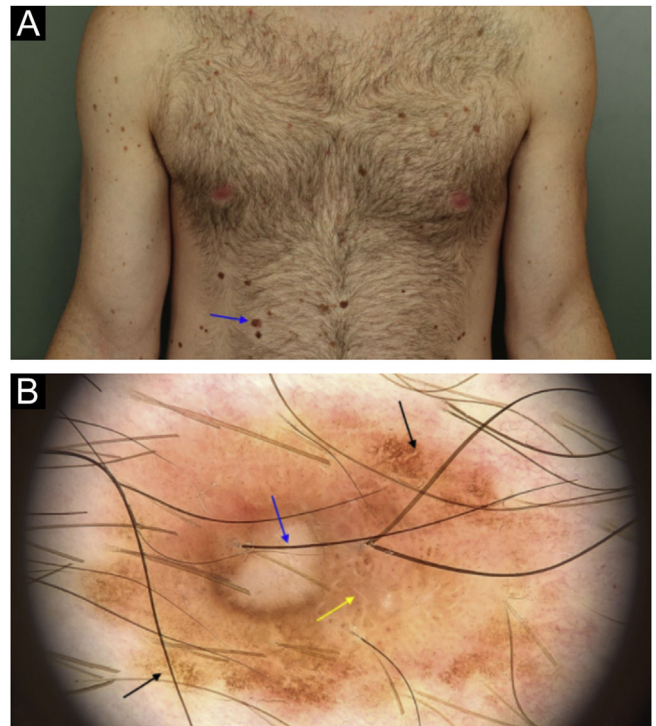
Prezado Editor,

Paciente de 34 anos, sexo masculino, fototipo II na classificação de Fitzpatrick, com múltiplos nevos com características clínicas de displásicos e com melanoma cutâneo extensivo superficial com 0,45 mm de profundidade de invasão na região lombar, tratado cirurgicamente em 2019. Não apresentava história familiar de melanoma. Foi encaminhado para fotodermatoscopia/mapeamento corporal total (MCT) com inclusão de todas as lesões pigmentadas. Para isso, foram realizadas fotos macroscópicas da superfície cutânea do paciente em posições padrão. Para a aquisição das fotos, foi utilizada câmera fotográfica Canon EOS T7i<sup>®</sup> com objetiva EF 50 mm (de abertura f/1.4 USM). A câmera foi acoplada ao conjunto de *hardware* que compõem o Fotofinder Dermoscope 1000<sup>®</sup>. As imagens foram geradas utilizando a Medicam Full HD 1000<sup>®</sup>, com luz não polarizada, na qual foi utilizado gel de água na interface entre a pele e a lente. Todas as lesões foram analisadas considerando o método qualitativo de "análise de padrões".

Foram documentadas 645 lesões melanocíticas. Dessas, nove apresentavam achados dermatoscópicos com indicativos para estudo histológico adicional. As lesões melanocíticas suspeitas foram submetidas à excisão e três novos melanomas foram diagnosticados: melanoma extensivo superficial com 0,5 mm de profundidade de invasão na região do hipocôndrio direito (fig. 1); melanoma *in situ*

em flanco esquerdo (fig. 2); e melanoma *in situ* na perna esquerda (fig. 3). As outras seis lesões foram documentadas como nevos displásicos (displasia acentuada).

Histologicamente, os nevos atípicos demonstraram componentes de células melanocíticas juncionais e dérmicas (nevos compostos) com desarranjo arquitetural e assimetria, além de atipia citológica e fibroplasia subepidérmica. Nas lesões diagnosticadas como melanoma *in situ* (flanco e perna esquerda), além de atipia citológica mais intensa,



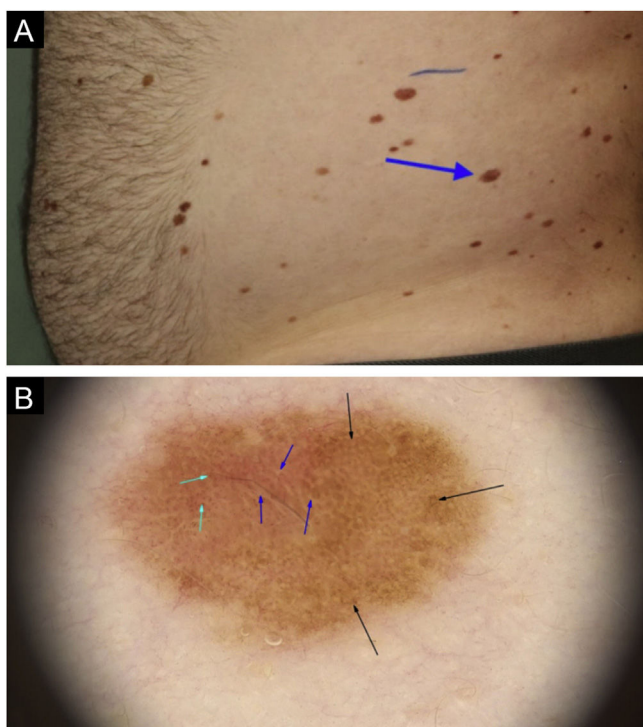
**Figura 1** Melanoma extensivo superficial com 0,5 mm de invasão na região de hipocôndrio direito. (a) Aspecto clínico e localização da lesão (seta). (b) Aspecto dermatoscópico onde se observam áreas de rede pigmentar atípica (seta preta), área com hipopigmentação reticulada (seta amarela) e área central despigmentada/amorfa com vasos lineares e irregulares em permeio (seta azul).

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2021.12.011>

☆ Como citar este artigo: Moreno M, Franciosi ML, Abrahão-Machado LF. Synchronous and metachronous melanomas diagnosed at early stages in a patient with dysplastic nevus syndrome. *An Bras Dermatol*. 2023;98:556–8.

☆☆ Trabalho realizado no Curso de Medicina, Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, SC, Brasil.



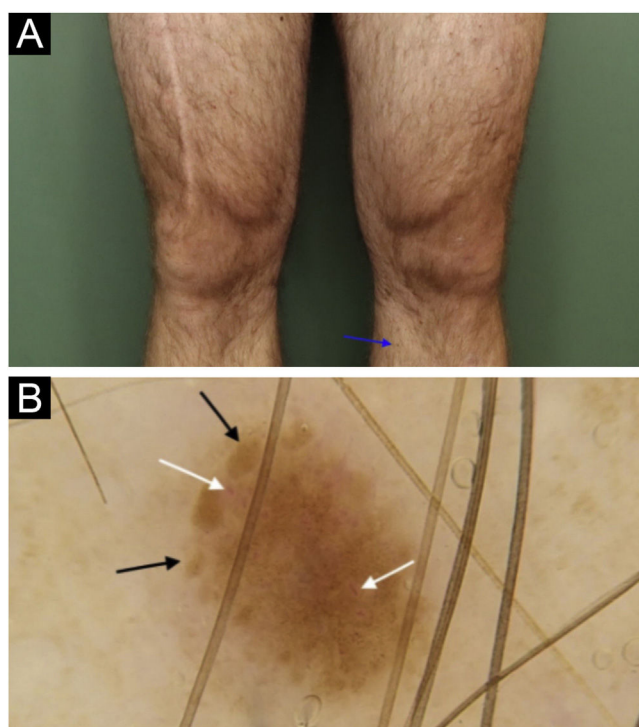
**Figura 2** Melanoma *in situ* no flanco esquerdo. (a) Aspecto clínico do melanoma, em que são observadas características semelhantes às demais lesões adjacentes (seta azul). (b) Na dermatoscopia pode ser observada rede pigmentada irregular (setas pretas) associada à hipopigmentação reticulada ou rede invertida (seta azul) e vasos sanguíneos puntiformes periféricos (seta verde).

observou-se significativa disseminação pagetoide, porém sem invasão dérmica. O melanoma extensivo superficial (região do abdome) apresentava atipias citológicas intensas, caracterizadas por pleomorfismo e hiper cromasia nuclear, disseminação pagetoide exuberante e focos de invasão dérmica com figuras de mitose atípicas. O exame imunohistoquímico revelou positividade de HMB45 nas células neoplásicas em ambos os componentes epidérmico e dérmico, indicando ausência de maturação e realçando o componente invasivo, diferentemente do que ocorre em lesões melanocíticas benignas (fig. 4).

## Discussão

Para considerar o diagnóstico de síndrome do nevo displásico (SND) em um indivíduo, é necessária a história pessoal ou familiar de melanoma (em pelo menos um parente de primeiro ou segundo grau), associada à presença de muitos nevos – alguns clinicamente atípicos (mais de 100 nevos, com pelo menos um nevo medindo mais de 8 mm, ou um nevo clinicamente atípico com mais de 5 mm).<sup>1,2</sup> O paciente aqui descrito apresentava história pessoal prévia de melanoma, além dos critérios clínicos para o diagnóstico de SND. Pessoas com SND têm risco elevado para desenvolvimento de melanoma cutâneo, podendo ser até 150 vezes maior em relação à população em geral.<sup>2,3</sup>

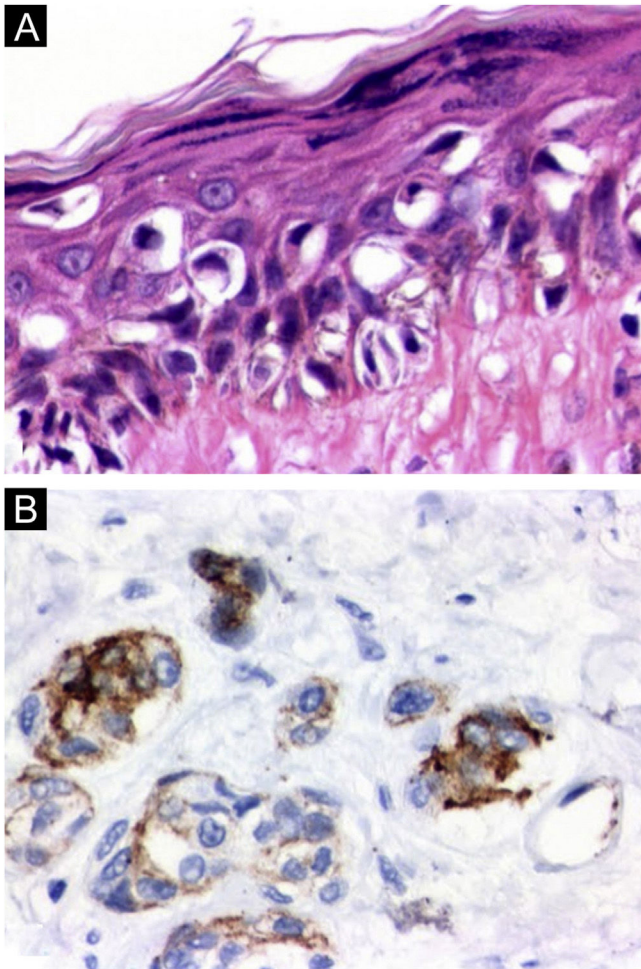
A realização de MCT com fotodermatoscopia digital em pacientes com SND é estratégia importante para o diagnóstico precoce de melanoma e, conseqüentemente, para a



**Figura 3** Melanoma *in situ* na região anteromedial do membro inferior esquerdo. (a) Aspecto clínico de lesão de 1,5 mm (seta azul), com coloração marrom-clara semelhante às demais áreas pigmentadas nas proximidades de ambos os membros inferiores. (b) Aspecto dermatoscópico da lesão onde foi possível identificar uma lesão mais ou menos simétrica, com coloração marrom-clara, contendo glóbulos periféricos com distribuição e tamanhos irregulares (seta preta); vasos com formas lineares, em vírgula e globulares em permeio (seta branca).

redução da mortalidade associada a essa neoplasia.<sup>3-5</sup> Nessa população, cerca de 34%-61% dos melanomas são detectados exclusivamente pelo acompanhamento com MCT.<sup>6,7</sup>

Não existe consenso na forma de realização do MCT; podem ser incluídas todas as lesões pigmentadas identificadas, ou apenas aquelas com suspeita clínica e/ou dermatoscópica, previamente selecionadas de acordo com critérios da regra do ABCD ou por alterações detectadas no exame dermatoscópico inicial. Inserir todas as lesões em exame de MCT requer maior tempo para a aquisição e para a análise dermatoscópica das imagens, mas pode aumentar a acurácia do método, principalmente em lesões sem suspeita clínica e que não apresentam características indicativas para estudo histológico complementar.<sup>8,9</sup> Ao mesmo tempo, analisando os padrões dermatoscópicos de todas as lesões, é possível selecionar, de modo mais criterioso, aquelas que devem ser incluídas nos exames subsequentes de seguimento, além de definir qual seria o melhor período para o exame seguinte (três meses, seis meses ou 12 meses).<sup>9</sup> No caso clínico relatado, apesar de o paciente não apresentar história familiar de melanoma, ele contava com mais de 600 lesões melanocíticas, das quais várias com características clínicas e dermatoscópicas de nevos displásicos (além de história pessoal prévia de melanoma). O diagnóstico dos dois melanomas *in situ* (principalmente o localizado na perna esquerda) só foi possível pelo critério de incluir



**Figura 4** Cortes histológicas. (a) Fotomicroscopia do melanoma *in situ* da perna esquerda demonstrando atipias citológicas intensas e disseminação pagetoide exuberante (Hematoxilina & eosina, 100 ×). (b) Positividade imunohistoquímica de HMB45 nas células neoplásicas em ambos os componentes epidérmico e dérmico do melanoma invasivo da região do abdome (Hematoxilina & eosina, 100 ×).

todas as lesões cutâneas pigmentadas na documentação digital inicial.

### Suporte financeiro

Nenhum.

### Contribuição dos autores

Marcelo Moreno: Concepção e o desenho do estudo; levantamento dos dados, ou análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou revisão crítica do conteúdo intelectual importante; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; aprovação final da versão final do manuscrito.

Maria Luiza Mukai Franciosi: Redação do artigo ou revisão crítica do conteúdo intelectual importante; revisão crítica da literatura.



Lucas Faria Abrahão-Machado: Redação do artigo ou revisão crítica do conteúdo intelectual importante; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; aprovação final da versão final do manuscrito.

### Conflito de interesses

Nenhum.

### Referências

1. Elder DE, Goldman LI, Goldman SC, Greene MH, Clark WH Jr. Dysplastic nevus syndrome: a phenotypic association of sporadic cutaneous melanoma. *Cancer*. 1980;46:1787–94.
2. Shain AH, Yeh I, Kovalyshyn I, Sriharan A, Talevich E, Gagnon A, et al. The genetic evolution of melanoma from precursor lesions. *N Engl J Med*. 2015;373:1926–36.
3. Berk-Krayss J, Polsky D, Stein JA. Mole mapping for management of pigmented skin lesions. *Dermatol Clin*. 2017;35:439–45.
4. Luc T, Puig S. Dermoscopy Digital Dermoscopy and Other Diagnostic Tools in the Early Detection of Melanoma and Follow-up of High-risk Skin Cancer Patients. *Acta Derm Venereol*. 2017;218:14–21.
5. Hosking A-M, Coakley BJ, Chang D, Talebi-Liasi F, Lish S, Lee SW, et al. Hyperspectral imaging in automated digital dermoscopy screening for melanoma. *Lasers Surg Med*. 2019;51:214–22.
6. Scott W, Menzies. Evidence-based dermoscopy. *Dermatol Clin*. 2013;31:521–4.
7. Deinlein T, Michor C, Hofmann-Wellenhof R, Schmid-Zalaudek K, Fink-Puches R. The importance of total-body photography and sequential digital dermatoscopy for monitoring patients at increased melanoma risk. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2020;18:692–7.
8. Barcaui C, Bakos RM, Paschoal FM, Bittencourt FV, Sá BCS, Miot HA. Total body mapping in the follow-up of melanocytic lesions: recommendations of the Brazilian Society of Dermatology. *An Bras Dermatol*. 2021;96:472–6.
9. Dinnes J, Deeks JJ, Chuchu N, di Ruffano LF, Matin RN, Thomson DR, et al. Dermoscopy, with and without visual inspection, for diagnosing melanoma in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;12:CD011902.

Marcelo Moreno <sup>a,\*</sup>, Maria Luiza Mukai Franciosi <sup>a</sup> e Lucas Faria Abrahão-Machado <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, SC, Brasil

<sup>b</sup> Consultoria em Patologia, Clínica privada, Botucatu, SP, Brasil

\* Autor para correspondência.

E-mail: [marcelo.moreno@uffs.edu.br](mailto:marcelo.moreno@uffs.edu.br) (M. Moreno).

Recebido em 27 de setembro de 2021; aceito em 20 de dezembro de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.03.003>

2666-2752/ © 2023 Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).