

Figura 2 A histopatologia de uma das lesões revelou células névicas agrupadas em pequenos ninhos com maturação adequada, sem sinais de displasia, circundadas por infiltrado inflamatório predominantemente linfocítico e espongiose acentuada (Hematoxilina & eosina, original 50 ×)

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

- Pižem J, Stojanovič L, Luzar B. Melanocytic lesions with eczematous reaction (Meyerson's phenomenon) - a histopathologic analysis of 64 cases: melanocytic lesions with eczematous reaction. *J Cutan Pathol.* 2012;39:901-10.
- Seque CA, Enokihara MMSS, Porro AM, Tomimori J. Skin manifestations associated with COVID-19. *An Bras Dermatol.* 2022;97:75-88.
- Scharf C, Di Brizzi EV, Pellerone S, Liguori M, Giorgio CMR, Argenziano G. Nevocentric erythema multiforme after SARS-CoV-2 vaccine. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2022;36:e30-2.
- Loh J, Kenny P. Meyerson phenomenon. *J Cutan Med Surg.* 2010;14:30-2.

- Knight JS, Caricchio R, Casanova JL, Combes AJ, Diamond B, Fox SE, et al. The intersection of COVID-19 and autoimmunity. *J Clin Invest.* 2021;131:e154886.

Rubén Linares-Navarro *, Pedro Sánchez-Sambucety 
e Manuel Ángel Rodríguez-Prieto 

Departamento de Dermatología, University Hospital of León, León, Espanha

* Autor para correspondência.

E-mail: rlinares@saludcastillayleon.es (R. Linares-Navarro).

Recebido em 19 de setembro de 2022; aceito em 8 de novembro de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.05.009>
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/>).

Angio-histiocitoma de células multinucleadas: desafio diagnóstico^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Paciente do sexo masculino, 33 anos, apresentava múltiplas pápulas eritemato-acastanhadas de 1 a 5 mm, disseminadas nos membros superiores, tronco e coxas (fig. 1). À dermatoscopia, havia presença de rede periférica com área homogênea rósea central (fig. 2). O início do quadro se deu há dois anos, quando o paciente procurou outro serviço e recebeu

diagnóstico de sífilis secundária, comprovado por testes não treponêmicos (VDRL 1:64) e treponêmico (FTA-ABS positivo). O paciente foi tratado em duas ocasiões com três doses de penicilina benzatina, sem melhora do quadro cutâneo (VDRL após tratamentos, 1:16). Foram feitas as hipóteses diagnósticas de angio-histiocitoma de células multinucleadas (ACM) generalizado e dermatofibromas eruptivos.

O estudo anatomopatológico evidenciou vasos capilares proliferados com ectasia do lúmen (fig. 3A) e células gigantes multinucleadas com citoplasma amplo entremeadas por fibroblastos, linfócitos e histiócitos (fig. 3B e C). O exame imuno-histoquímico mostrou imunopositividade do marcador CD138 na membrana citoplasmática dos plasmócitos intersticiais que permeavam os agregados linfóides (fig. 4A), imunopositividade citoplasmática do marcador fator XIIIa nas células gigantes multinucleadas espiculadas (fig. 4B), do marcador CD68 e CD163 positiva nos histiócitos dérmicos e negativa nas células endoteliais, do CD31 no componente vascular e imunopositividade negativa do S100, definindo diagnóstico de ACM.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2022.01.017>

[☆] Como citar este artigo: Ogawa PM, Santos MCA, Michalany NS, Hikawa RS. Multinucleate cell angiohistiocytoma: a diagnostic challenge. *An Bras Dermatol.* 2023;98:706-8.

^{☆☆} Trabalho realizado na Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

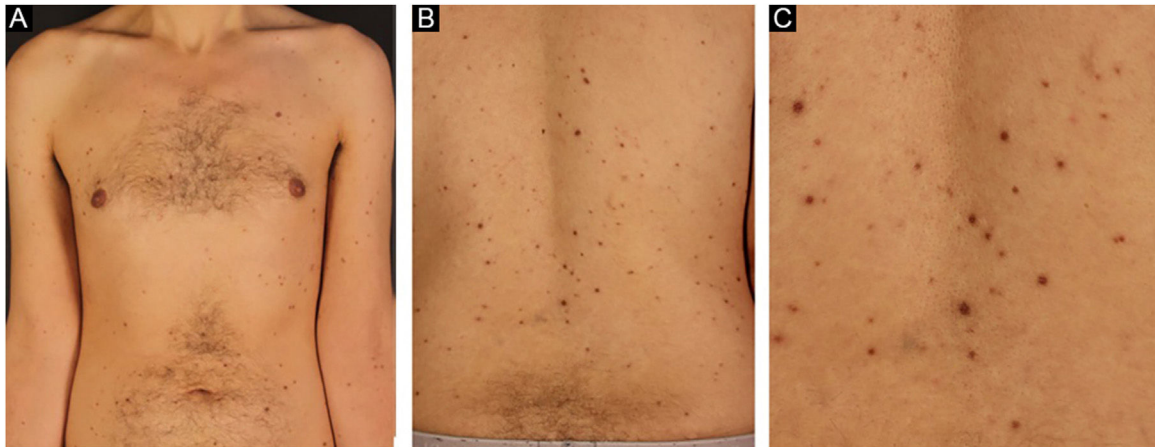


Figura 1 Pápulas eritemato-acastanhadas acometendo membros superiores e tronco (A e B) e em maior aumento (C)



Figura 2 Dermatoscopia evidenciando rede periférica com área homogênea rósea central

ns estéticos e retornou um ano depois com melhora significativa espontânea do número, da pigmentação e do tamanho das lesões (fig. 5).

Discussão

ACM é proliferação fibro-histiocítica benigna rara, descrita em 1985.¹ Frequentemente, apresenta-se como pápulas eritemato-acastanhadas em forma de cúpula bem circunscritas agrupadas nas mãos, punhos, face ou pernas. Variantes localizadas, multifocais e generalizadas foram descritas; a variante localizada é a mais comum. Foram encontrados aproximadamente 150 casos descritos, dos quais apenas 15 da variante generalizada.² Há uma importante predileção pelo sexo feminino nas variantes localizadas e multifocais, enquanto na variante generalizada o acometimento é igual entre homens e mulheres.³

Desde a primeira descrição do ACM, várias hipóteses sobre etiologia e patogênese têm sido propostas. A maioria dos autores acredita ser um processo reativo, e relatos de remissão espontânea corroboram ainda mais essa hipótese.^{4,5} O caso relatado pode representar ACM

manifestando-se após infecção por *Treponema pallidum*. Outra teoria propõe que o ACM surge por influência de hormônios femininos em decorrência da identificação da expressão do receptor alfa de estrogênio nas células intersiticiais e multinucleadas das lesões de parte dos pacientes.⁶ Essa teoria também explicaria por que o ACM ocorre mais frequentemente em mulheres nas variantes localizadas e multifocais. Já outros autores consideram o ACM uma variante do dermatofibroma⁷ ou ainda uma hipótese de associação com *status* imune alterado.²

Após esclarecimento do quadro, o paciente optou por não realizar tratamento com fi

À dermatoscopia, podem ser encontradas algumas semelhanças com o dermatofibroma, como áreas esbranquiçadas e de padrão reticulado fino periférico. Áreas avermelhadas difusas com bordas desfocadas, que provavelmente representam as dilatações vasculares características, também podem ser encontradas.⁸

No exame anatomopatológico, há proliferação de capilares dilatados, estroma fibroso com feixes de colágeno espessados e presença de células gigantes multinucleadas. A epiderme suprajacente pode ser normal ou hiperplásica. Foram descritos critérios para o diagnóstico de ACM; a presença de pelo menos três dos critérios no contexto clínico adequado é altamente específica para ACM e torna possível a diferenciação de pápula fibrosa e dermatofibroma. Os critérios considerados foram: a) presença de fibroblastos atípicos e multinucleados com pelo menos dois núcleos; b) presença de fibrose dérmica paralela superficial; c) presença e espessamento de vasos dérmicos papilares superficiais; d) ausência de fibrose perifolicular.⁹

Em relação à imuno-histoquímica, as células multinucleadas são tipicamente negativas para o fator VIII e CD34 e marcam positivamente para vimentina e fator XIIIa. Há uma correlação positiva entre a expressão positiva para CD68 das células endoteliais e o tamanho da lesão, e uma correlação inversa entre expressão positiva para CD68 nas células multinucleadas e o desenvolvimento de múltiplas lesões.⁴

O comportamento biológico do ACM é progressivo na maioria das vezes, mas benigno, e a melhora espontânea é rara. O tratamento pode ser realizado para fins estéticos. As opções terapêuticas disponíveis atualmente incluem corticosteroides tópicos ou intralesionais, excisão cirúrgica,

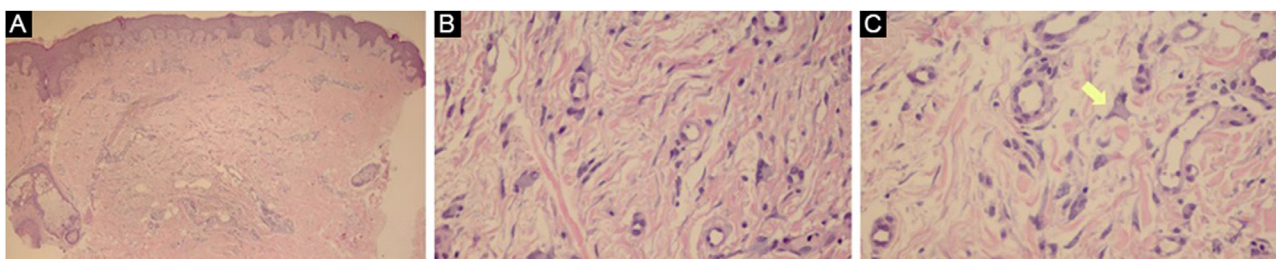


Figura 3 (A) Na derme reticular superficial, observam-se vasos capilares proliferados com ectasia do lúmen (Hematoxilina & eosina, 40 ×). (B) Em algumas regiões, notam-se células gigantes multinucleadas com citoplasma amplo entremeadas por fibroblastos, linfócitos e histiócitos (Hematoxilina & eosina, 400 ×). (C) Algumas células gigantes multinucleadas apresentam citoplasma espiculado (seta; Hematoxilina & eosina, 400 ×)

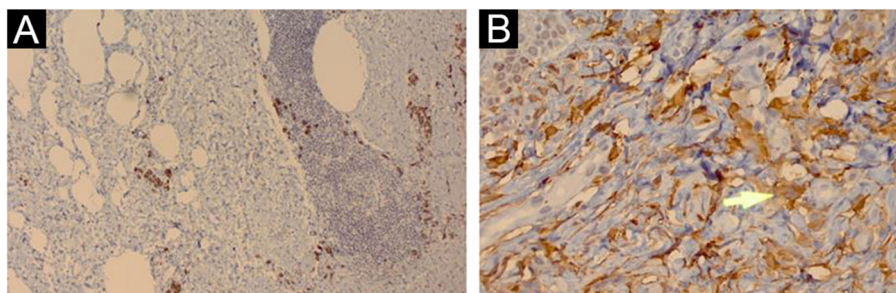


Figura 4 (A) Exame imuno-histoquímico mostrando imunoexpressão do marcador CD138 na membrana citoplasmática dos plasmócitos intersticiais que permeiam os agregados linfóides (100 ×). (B) Imunoexpressão citoplasmática do marcador fator XIIIa nas células gigantes multinucleadas espiculadas (seta; 400 ×)

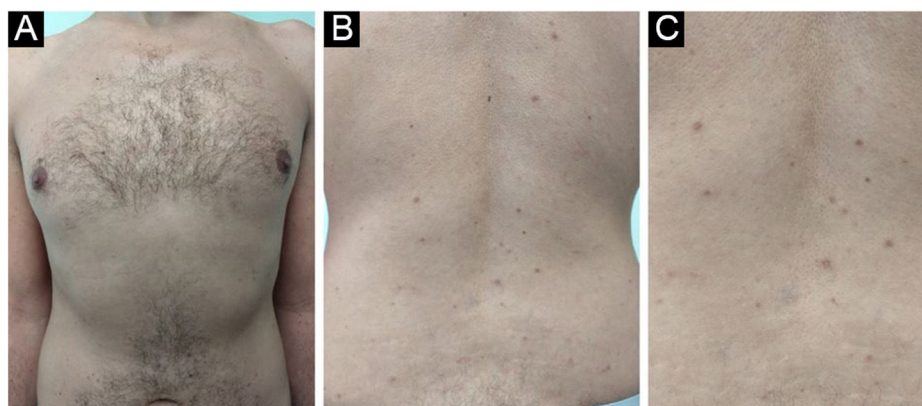


Figura 5 Diminuição do número, pigmentação e tamanho das lesões após um ano na região torácica anterior (A) e dorso (B e C)

crioterapia, *laser* de argônio, luz intensa pulsada e *laser* de CO₂.¹⁰

Descrevemos um caso raro de ACM possivelmente desencadeado por infecção por *T. pallidum* e suscitado pelos achados dermatoscópicos. Por ser raro, torna-se importante seu reconhecimento por dermatologistas e patologistas para melhor abordagem e orientação ao paciente. Múltiplas opções de tratamento estão disponíveis para melhorar o aspecto estético, a maioria corroborada por relatos de casos.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Patricia Mayumi Ogawa: Concepção e planejamento do estudo; Elaboração e redação do manuscrito; Obtenção, análise e interpretação dos dados; Revisão crítica da literatura.

Maria Cristina Arci Santos: Aprovação da versão final do manuscrito; Elaboração e redação do manuscrito; Obtenção, análise e interpretação dos dados; Participação efetiva na orientação da pesquisa; Revisão crítica do manuscrito.

Nilceo Schwery Michalany: Aprovação da versão final do manuscrito; Obtenção, análise e interpretação dos dados; Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; Participação efetiva na orientação da pesquisa; Revisão crítica do manuscrito.

Renato Shintani Hikawa: Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; Concepção e planejamento do estudo; Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; Participação efetiva na orientação da pesquisa; Revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Agradecimentos





Os autores agradecem à Dra. Mílvia Maria Simões e Silva Enokihara pela análise, interpretação e fotografia dos dados anatomopatológicos e pela participação efetiva na orientação do trabalho.

Referências

1. Smith NP, Jones WE. Multinucleate cell angiohistiocytoma – a new entity. *Br J Dermatol.* 1985;113:5.
2. Jia QN, Qiao J, Qu T. Generalized multinucleate cell angiohistiocytoma with possible origin from fibroblasts: a clinicopathological study of 15 cases. *J Dermatol.* 2021;48:114–9.
3. Wang M, Abdul-Fattah B, Wang C, Zhao Y, Qu X, Al-Murieh M, et al. Generalized multinucleate cell angiohistiocytoma: case report and literature review. *J Cutan Pathol.* 2017;44:125–34.
4. Frew JW. Multinucleate cell angiohistiocytoma: clinicopathological correlation of 142 cases with insights into etiology and pathogenesis. *Am J Dermatopathol.* 2015;37:222–8.
5. Wilson JE, Cerio R, Smith NP. Multinucleate cell angiohistiocytoma: an acquired vascular anomaly to be distinguished from Kaposi's sarcoma. *Br J Dermatol.* 1990;122:651–63.
6. Cesinaro AM, Roncati L, Maiorana A. Estrogen receptor alpha overexpression in multinucleate cell angiohistiocytoma: new

insights into the pathogenesis of a reactive process. *Am J Dermatopathol.* 2010;32:655–9.

7. Doshi-Chougule BN, Gust A, Mentzel T, Böer-Auer A. Multinucleate cell angiohistiocytoma with hypertrophic nerves. *J Cutan Pathol.* 2013;40:1048–53.
8. Valerón-Almazán P, Dehesa L, Santana N, Vilar J, Carretero G. Dermoscopic features of multinucleate cell angiohistiocytoma: a variant of dermatofibroma? *Actas Dermosifiliogr.* 2011;102:69–71.
9. Roy SF, Dong D, Myung P, McNiff JM. Multinucleate cell angiohistiocytoma: a clinicopathologic study of 62 cases and proposed diagnostic criteria. *J Cutan Pathol.* 2019;46:563–9.
10. Moradi Tuchayi S, Garibyan L, Lee KC. Successful treatment of multinucleate cell angiohistiocytoma with fractionated ablative CO2 laser. *JAAD Case Rep.* 2019;5:297–9.

Patricia Mayumi Ogawa  a,* ,
 Maria Cristina Arci Santos  a ,
 Nilceo Schwery Michalany  b
 e Renato Shintani Hikawa  a

^a Departamento de Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP, Brasil

^b Departamento de Patologia, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: patricia.ogawa@huhsp.org.br (P.M. Ogawa).

Recebido em 2 de dezembro de 2021; aceito em 17 de janeiro de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.05.005>

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/>).

Reação sarcoide em micropigmentação de sobrancelhas: complicação de procedimento cosmético comum na atualidade^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Nas últimas décadas, técnicas de pigmentação da face com propósitos estéticos tornaram-se comuns. Entre elas, encontra-se a micropigmentação de sobrancelhas. Diferentemente das tatuagens tradicionais, em que o pigmento

é depositado nas camadas mais profundas da derme, na micropigmentação o pigmento semipermanente é depositado na porção superior da derme. Reações adversas a essa técnica incluem infecção, dermatite de contato, reações granulomatosas e fenômeno de Koebner.¹

Paciente do sexo feminino, 30 anos, com histórico de cirurgia bariátrica, sem outras comorbidades. Queixava-se de relevo nas sobrancelhas há três meses. Fez micropigmentação na região repetidas vezes nos últimos quatro anos, a última sessão havia 14 meses. Negava qualquer sintoma sistêmico. Ao exame, apresentava placas elevadas em topografia de sobrancelhas, principalmente à direita, além de áreas de alopecia (fig. 1A). À dermatoscopia, visualizavam-se áreas de coloração marrom-alaranjada homogêneas e rarefação dos pelos (fig. 2). O restante do exame físico resultou normal. Exames complementares, incluindo nível sérico de cálcio, eletrocardiograma, Raio-X de tórax, eletroforese de proteínas séricas e teste tuberculínico, eram normais. Exame anatomopatológico demonstrou dermatite crônica granulomatosa não caseificante de padrão sarcoide (fig. 3); pesquisa de bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) e fungos negativa. Com o diagnóstico de reação sarcoide secundária à micropigmentação de sobrancelhas, foi

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.08.019>

[☆] Como citar este artigo: Macedo TF, Perazzoli S, Bonamigo RR, Heck R. Sarcoid reaction in eyebrow tattooing: a complication of a common cosmetic procedure. *An Bras Dermatol.* 2023;98:708–10.

^{☆☆} Trabalho realizado no Ambulatório de Dermatologia Sanitária, Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.