

Contribuição dos autores

Jéssica Vianna Starek: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Thaís Petry Raszl: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Samar Mohamad El Harati Kaddourah: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Kossard S. Postmenopausal frontal fibrosing alopecia. scarring alopecia in a pattern distribution. *Arch Dermatol.* 1994;130:1407.
2. Ramos PM, Anzai A, Duque-Estrada B, Farias DC, Melo DF, Mulinari-Brenner F, et al. Risk factors for frontal fibrosing alopecia: a case-control study in a multiracial population. *J Am Acad Dermatol.* 2021;84:712–8.

3. Lis-Święty A, Brzezińska-Wcisło L. Frontal fibrosing alopecia: a disease that remains enigmatic. *Postepy Dermatol Alergol.* 2020;37:482–9.
4. Navarro-Belmonte MR, Navarro-López V, Ramírez-Boscà A, Martínez-Andrés MA, Molina-Gil C, González-Nebreda M, et al. Case series of familial frontal fibrosing alopecia and a review of the literature. *J Cosmet Dermatol.* 2015;14:64–9.
5. Porriño-Bustamante ML, Fernández-Pugnaire MA, Arias-Santiago S. Frontal fibrosing alopecia: a review. *J Clin Med.* 2021;10:1805.

Jéssica Vianna Starek ^{a,*}, Thaís Petry Raszl ^a e Samar Mohamad El Harati Kaddourah ^b

^a Departamento de Dermatologia, Complexo Hospitalar Padre Bento, Guarulhos, SP, Brasil

^b Departamento de Dermatologia, Ambulatório de Dermatologia Geral, Tricoses do Complexo Hospitalar Padre Bento, Guarulhos, SP, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: jessicastarek@gmail.com (J.V. Starek).

Recebido em 5 de setembro de 2021; aceito em 21 de fevereiro de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.06.005>

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/>).

Siringocistoadenoma papilífero linear no membro superior: localização rara de tumor incomum^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

O siringocistoadenoma papilífero (SCAP) é neoplasia aneal benigna que tem origem mais frequentemente em nevo organoide na cabeça e no pescoço. Em geral, ocorre durante a infância ou adolescência, variando em suas características morfológicas de superfície lisa e plana a verrucosa. A maioria dos casos relatados na literatura é de lesões únicas que se apresentam como placa verrucosa elevada solitária e, menos comumente, pápulas múltiplas. O presente relato descreve um caso de SCAP múltiplo com superfície verrucosa

apresentando-se no membro superior, distribuído ao longo da linha de Blaschko e sem lesão preexistente em adulto.

Uma mulher de 45 anos, apresentou vários nódulos róseos no membro superior esquerdo, iniciados sete anos antes. As lesões eram pruriginosas e com tendência a sangrar após o ato de coçar. O exame físico revelou múltiplas pápulas verrucosas, medindo 1 a 2,5 cm na extremidade superior esquerda seguindo linha de Blaschko. Umbilicação central foi observada em várias lesões (fig. 1A, B). A paciente foi diagnosticada erroneamente em outro hospital como verruga vulgar, utilizando-se *laser* para remover algumas lesões, que apresentaram recorrência. Uma das lesões foi excisada cirurgicamente, para análise histopatológica. Características de SCAP foram identificadas, com o tumor localizado na derme superficial sem conexão com a epiderme sobrejacente, composto por estruturas semelhantes a cistoadenoma e estruturas papilíferas pregueadas. Os espaços císticos e as estruturas papilíferas eram revestidos por epitélio colunar em camada única e circundados por uma camada de pequenas células mioepiteliais cuboidais, formando uma estrutura especial de dupla camada (fig. 1C, D). O teste para DNA de papilomavírus humano (HPV) foi negativo. Após a excisão, não houve recorrência ou novas lesões aos três e seis meses de seguimento. Como a paciente não quis excisar as outras pápulas, foi marcada consulta subsequente em seis meses.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2021.09.024>

[☆] Como citar este artigo: Yao M, Rao L. Linear syringocystadenoma papilliferum of the limb: a rare localization of an uncommon tumour. *An Bras Dermatol.* 2023;98:864–5.

^{☆☆} Trabalho realizado no Chengdu Second People's Hospital, Chengdu, Sichuan, China.

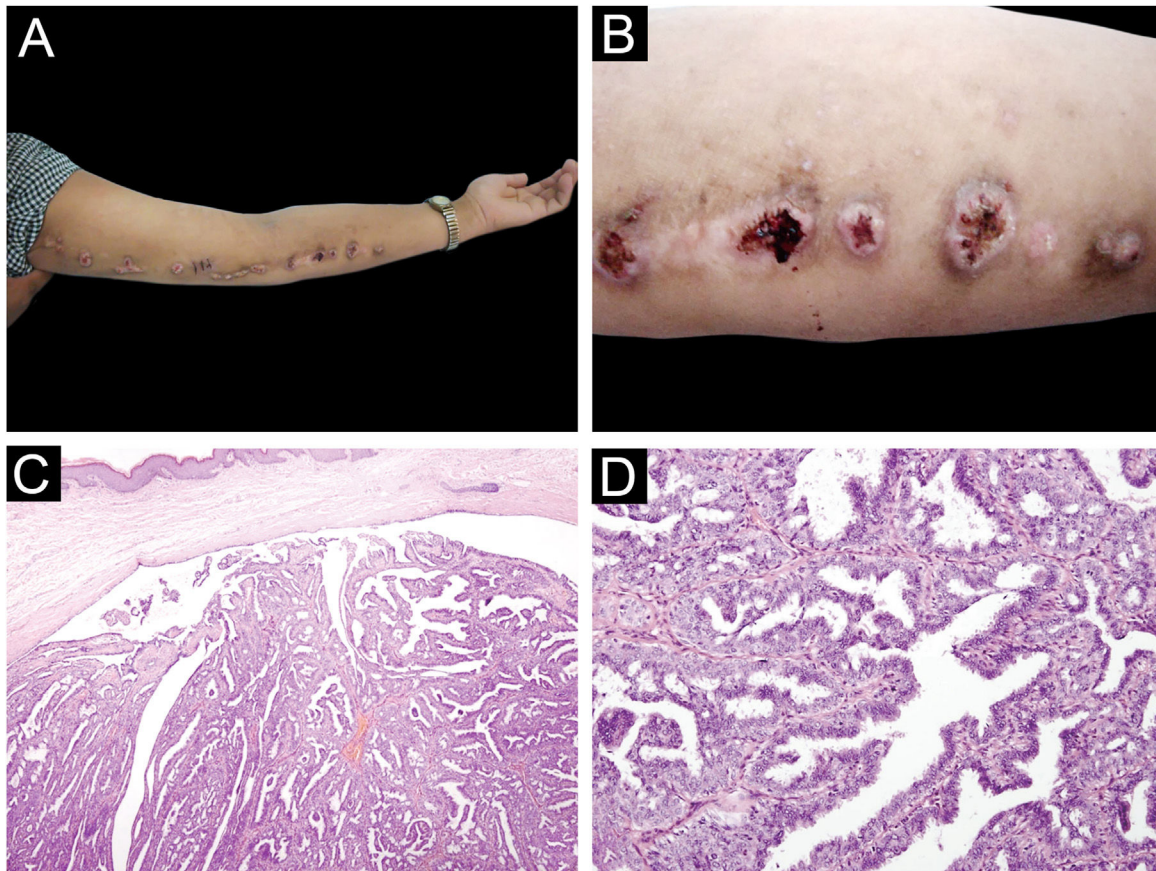


Figura 1 (A,B) Várias pápulas normocrômicas, algumas com superfície verrucosa, com diâmetro entre 1 e 2,5 cm no membro superior esquerdo, dispostas em padrão linear. (C) Tumor localizado na derme superficial sem conexão com a epiderme sobrejacente, composto por estruturas semelhantes a cistadenomas e estruturas papilíferas pregueadas (Hematoxilina & eosina, 40×). (D) Os espaços císticos e as estruturas papilíferas são revestidos por epitélio colunar de camada única e circundados por uma camada de pequenas células mioepiteliais cuboidais, formando uma estrutura especial de dupla camada. (Hematoxilina & eosina, 400×)

O SCAP foi descrito pela primeira vez por Stokes em 1917. A patogênese do SCAP permanece incerta; o DNA do HPV e mutações na via de sinalização da proteína quinase ativada por RAS/mitógeno foram detectados nesses tumores.^{1,2} No presente caso, não foi possível identificar a infecção pelo HPV, embora as lesões mostrassem crescimento verrucoso. O SCAP frequentemente surge na puberdade sobre nevos organoideis, na região da cabeça e pescoço. Pelo que foi observado pelos autores, há 17 casos anteriores de SCAP linear relatados na literatura em inglês, e apenas dois desses casos se desenvolveram em adultos, com idades de 21 e 34 anos, respectivamente. Os 17 casos relatados incluem dez mulheres e sete homens; seis casos ocorreram na cabeça e pescoço, cinco casos no tronco, cinco casos nas extremidades e um caso na prega inguinal. Nas extremidades, foram encontrados três casos no membro inferior e dois no membro superior.³⁻⁵ As características únicas do presente caso são: distribuição ao longo da linha de Blaschko, localização no membro superior, início tardio em paciente adulto e tumor sem conexão com a epiderme sobrejacente. Até hoje, não foi demonstrada a presença de nevo organoide nem de nevo epidérmico na forma linear de SCAP. Portanto, SCAP linear múltiplo pode representar uma forma clínica distinta, e a

relação do SCAP linear com nevo organoide ou outros tumores anaxiais necessita maiores investigações.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Ming Yao: Análise patológica, redação do manuscrito e edição das figuras; busca na literatura; aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito.

Lang Rao: Análise patológica, redação do manuscrito e edição das figuras; determinação de conceitos; aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Yamamoto T, Mamada A. Syringocystadenoma papilliferum arising on the thigh without connection to the overlying epidermis. *Am J Dermatopathol.* 2008;30:84–5.
2. Konstantinova AM, Kyrpychova L, Nemcova J, Sedivcova M, Bisceglia M, Kutzner H, et al. Syringocystadenoma papilliferum of the anogenital area and buttocks: a report of 16 cases, including human papillomavirus analysis and HRAS and BRAF V600 mutation studies. *Am J Dermatopathol.* 2019;41:281–5.
3. Gayen T, Das A, Chatterjee G, Aggarwal I. Blaschko-linear Syringocystadenoma papilliferum: a peculiar presentation. *Indian Dermatol Online J.* 2017;8:497–9.
4. Hoekzema R, Leenarts MF, Nijhuis EW. Syringocystadenocarcinoma papilliferum in a linear nevus verrucosus. *J Cutan Pathol.* 2011;38:246–50.
5. Chauhan A, Gupta L, Gautam RK, Bhardwaj M, Gopichandani K. Linear syringocystadenoma papilliferum: a case report with review of literature. *Indian J Dermatol.* 2013;58:409.

Ming Yao ¹
e Lang Rao ^{*1}

Departamento de Dermatologia, Chengdu Second People's Hospital, Chengdu, Província de Sichuan, China

* Autor para correspondência.

E-mail: 495593793@qq.com (L. Rao).

¹ Os dois autores contribuíram igualmente para este manuscrito.

Recebido em 11 de agosto de 2021; aceito em 30 de setembro de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.06.010>

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/>).

Carcinoma de células de Merkel em homem de 38 anos: relato de caso ^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

O carcinoma de células de Merkel (CCM) é câncer cutâneo raro, mas agressivo, e ocorre principalmente em caucasianos idosos, especialmente em pacientes imunocomprometidos. É relatado que até 80% dos casos de CCM estão associados à infecção por poliomavírus de células de Merkel (MCPyV, do inglês *Merkel cell polyomavirus*) e 20% estão relacionados à radiação ultravioleta.¹ A apresentação clínica do CCM é inespecífica e variada, porém mais comumente surge como nódulo violáceo solitário de crescimento rápido, com ou sem ulceração. Aproximadamente 26% a 36% dos pacientes com CCM têm envolvimento de linfonodo e 6% a 16% apresentam metástase à distância em sua consulta inicial.² Cirurgia e radioterapia são tratamentos de primeira linha, contudo uma modalidade de tratamento eficaz emergente são os inibidores imunológicos de vias de sinalização (ICI, do inglês *immune checkpoint inhibitor*).³

O presente relato descreve um caso extremamente raro de CCM em paciente jovem com rápida deterioração para compartilhar experiência para o diagnóstico e tratamento.

Relato do caso

Paciente do sexo masculino, de 38 anos, tinha história de cinco anos de lesão incaracterística no dedo indi-

cador esquerdo, e procurou atendimento dermatológico em virtude de um nódulo assintomático no mesmo local. Inicialmente em 2015 apresentou lesão eczematosa no dedo indicador esquerdo e apenas aceitou tratamento com pomada. Surgiu então um nódulo eritematoso que foi removido cirurgicamente em 2016, sem exame anatomopatológico. Quatro anos depois, apareceu no mesmo local um nódulo eritemato-purpúrico indolor, com crescimento progressivo, medindo 52 × 51 × 39 mm, que parecia estar coberto por pequenos vasos dilatados (fig. 1). Além disso, o exame físico mostrou nódulos eritematosos com crostas descamativas na região tenar direita e no tornozelo direito. O paciente não relatou trauma nessas áreas nem sintomas sistêmicos como febre ou perda ponderal. Era dentista, residia em área urbana sem epidemias e negava antecedentes familiares e uso prolongado de medicamentos. Além disso, infecção por HIV foi descartada.

Em julho de 2020 foram realizadas excisão ampla da neoplasia do dedo indicador esquerdo e dissecação de linfonodo axilar. Os resultados da histopatologia na coloração pelo método da hematoxilina-eosina e da análise imuno-histoquímica estavam de acordo com as características histopatológicas de CCM (fig. 2). Além disso, o diagnóstico anatomopatológico das outras duas lesões foi de carcinoma espinocelular (CEC). A lesão foi excisada cirurgicamente. O paciente então aceitou terapia adjuvante (etoposido, cisplatina, pembrolizumabe), e exames de sangue de rotina, testes de função renal e hepática foram cuidadosamente monitorados (fig. 3). A doença se manteve estável por quatro meses. Entretanto, o fígado foi invadido por CCM em dezembro de 2020 (fig. 4A), o que sugeriu que o tratamento adjuvante não era mais eficaz. Como o paciente ainda era jovem, foi oferecida radioterapia local (48 Gy/16F) para metástases hepáticas, e o inibidor de tirosina quinase apatinibe foi administrado com o consentimento do paciente. Em fevereiro de 2021, ele apresentou piora clínica grave e foram observados múltiplos linfonodos cervicais aumentados (fig. 4B). Por fim, o paciente veio a óbito sete dias após a hospitalização.

DOI referente ao artigo:

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

[☆] Como citar este artigo: Liu Y, Liang W, Chen Q, Wei Y. Merkel cell carcinoma in a 38-year-old man: a case report. *An Bras Dermatol.* 2023;98:866–9.

^{☆☆} Trabalho realizado no Departamento de Radiologia e Oncologia Médica, Zhongnan Hospital of Wuhan University, Wuhan, China.