

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 incompleta 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.



Figura 1 Imagens clínicas da lesão cutânea, julho de 2020. (A) Nódulo indolor eritemato-purpúrico no dedo indicador esquerdo. (B) Imagem de ressonância magnética representativa

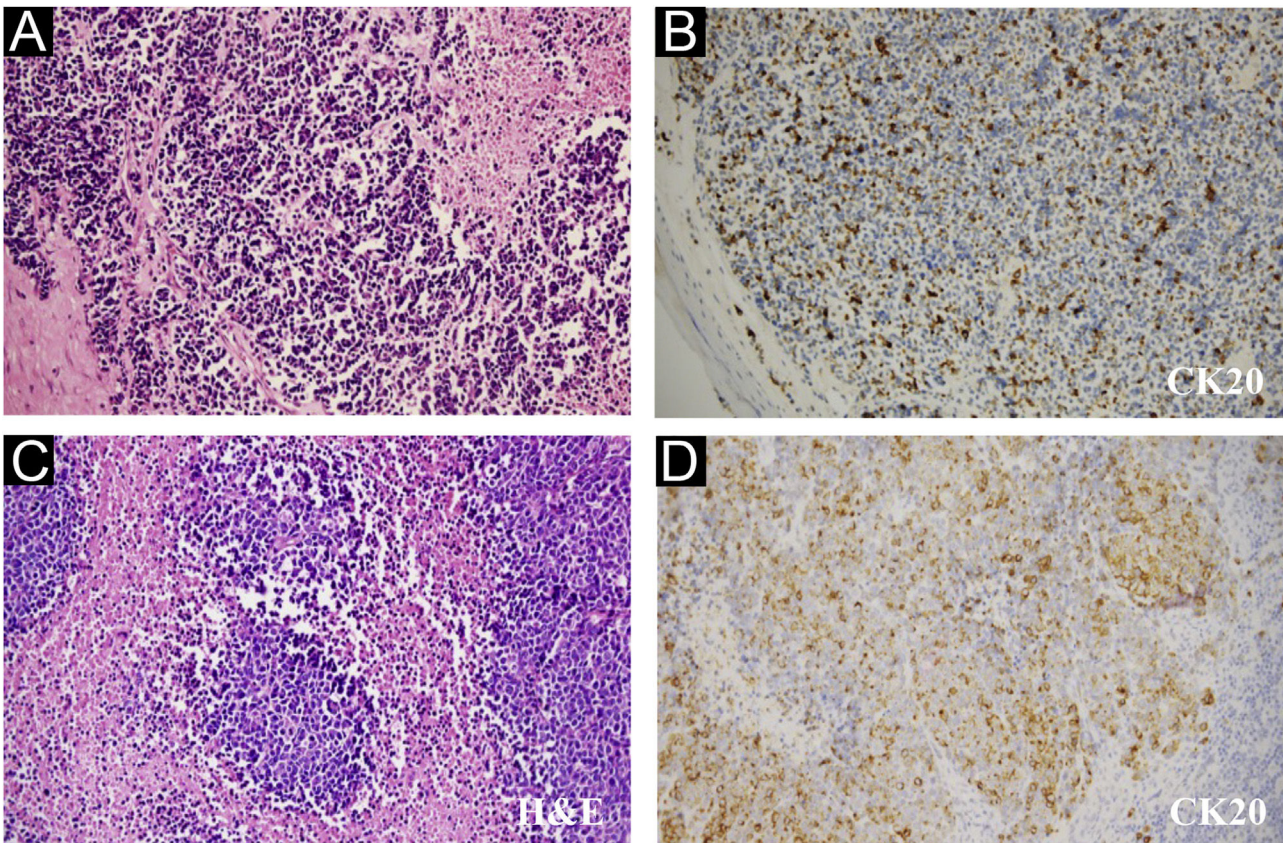


Figura 2 Histopatologia da neoplasia no dedo (A,B) e linfonodos axilares esquerdos (C,D) (CK20, citoqueratina 20; 200 ×)

Este relato apresenta um caso de CCM em paciente do sexo masculino com menos de 40 anos de idade, que respondeu mal à terapia instituída. Em virtude de sua raridade, quase todas as recomendações de tratamento do CCM são derivadas de estudos retrospectivos, e vários fatores são aqui considerados que potencialmente explicariam sua fraca resposta à imunoterapia.

O primeiro fator a considerar é a idade. Paulson & Nghiem (2019)⁴ relataram a maior fração de metástases e curso mais agressivo em pacientes mais jovens com CCM. O CCM foi muitas vezes diagnosticado erroneamente em virtude do seu aspecto clínico inespecífico; o caso do paciente deste relato foi tratado como eczema durante cinco anos, o que impediu um tratamento apropriado. Além disso, há estudo

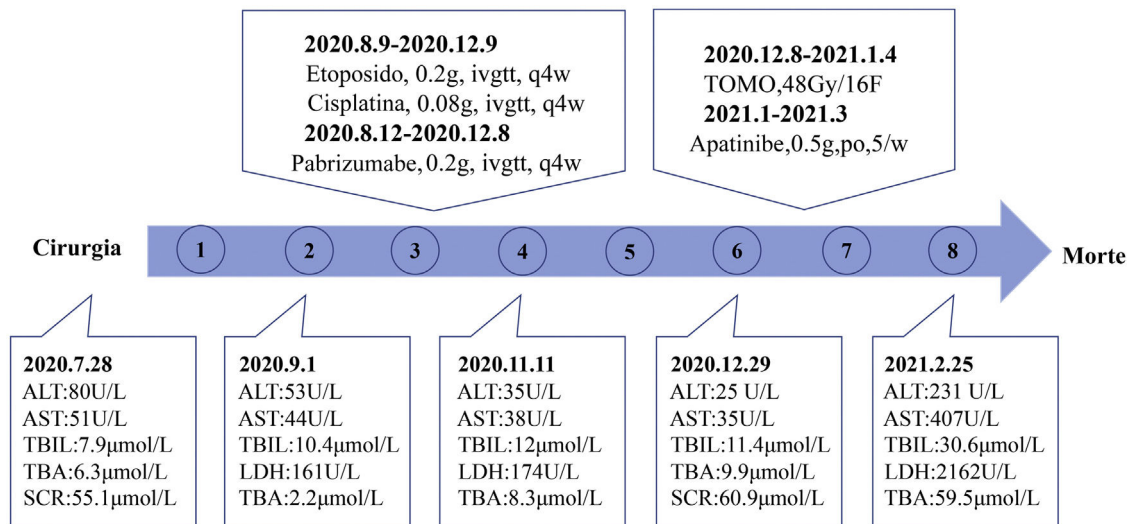


Figura 3 Linha do tempo. Os pontos azuis indicam meses após a cirurgia

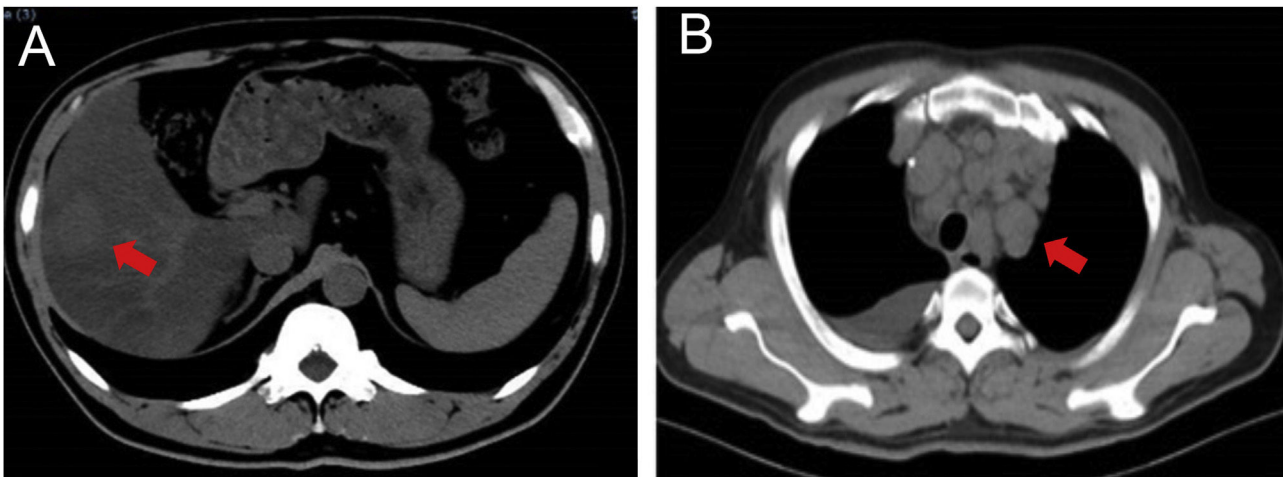


Figura 4 Imagens representativas do paciente. (A) Envolvimento hepático, dezembro de 2020. (B) Linfadenomegalias múltiplas, fevereiro de 2021

indicando que os carcinomas neuroendócrinos associados ao CEC apresentavam maior incidência de recorrência local.⁵ No presente relato, também chama a atenção o fato de o paciente apresentar repetidamente lesões no mesmo sítio cutâneo. É difícil identificar sua conexão porque não houve exame histopatológico antes dessa hospitalização.

Os resultados do sequenciamento de próxima geração de sangue periférico não mostraram variação somática nos genomas dos tumores. Além disso, esse paciente tinha baixo escore de carga de mutação tumoral (TMB, do inglês *tumor mutation burden* – bTMB-L < 1 Muts/Mb), bem como nível de expressão de PD-L1 (5% a 10%) e densidade de linfócitos infiltrantes no tumor CD8⁺ (TILs, do inglês *tumor-infiltrating lymphocytes*) relativamente mais baixos (10,01 psc/mm²), que são todos indicadores relacionados à resposta imune no CCM.⁶ Adicionalmente, o CCM localizado nas extremidades e afetando o fígado também é uma característica adversa importante.^{7,8}

O paciente do presente caso apresentou maior agressividade do tumor e pior resposta terapêutica em virtude

de múltiplos fatores. Portanto, enfatizamos a importância a importância da realização da histopatologia precocemente, bem como avaliação adequada antes do tratamento.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Yixin Liu: Obtenção dos dados, redação do manuscrito.

Wenjing Liang: Obtenção dos dados, revisão crítica do manuscrito.

Qiongrong Chen: Revisão crítica da literatura.

Yongchang Wei: Aprovação da versão final do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Kaae J, Hansen AV, Biggar RJ, Boyd HA, Moore PS, Wohlfahrt J, et al. Merkel cell carcinoma: incidence, mortality, and risk of other cancers. *J Natl Cancer Inst.* 2010;102:793–801.
2. Bichakjian CK, Thomas O, Aasi SZ, Murad A, Andersen JS, Rachel B, et al. Merkel cell carcinoma, version 1.2018, NCCN clinical practice guidelines in oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 2018;16:742–74.
3. Nghiem PT, Bhatia S, Lipson EJ, Kudchadkar RR, Miller NJ, Annamalai L, et al. PD-1 blockade with pembrolizumab in advanced Merkel-cell carcinoma. *N Engl J Med.* 2016;374:2542–52.
4. Paulson KG, Nghiem P. One in a hundred million: Merkel cell carcinoma in pediatric and young adult patients is rare but more likely to present at advanced stages based on US registry data. *J Am Acad Dermatol.* 2019;80:1758–60.
5. Gomez LG, DiMaio S, Silva EG, Mackay B. Association between neuroendocrine (Merkel cell) carcinoma and squamous carcinoma of the skin. *Am J Surg Pathol.* 1983;7:171–7.
6. Zwijnenburg EM, Lubeek SFK, Werner JEM, Amir AL, Weijs WLJ, Takes RP, et al. Merkel cell carcinoma: new trends. *Cancers (Basel).* 2021;13:1614.
7. Lewis CW, Qazi J, Hippe DS, Lachance K, Thomas H, Cook MM, et al. Patterns of distant metastases in 215 Merkel cell carcinoma patients: Implications for prognosis and surveillance. *Cancer Med.* 2020;9:1374–82.
8. Xia YJ, Cao DS, Zhao J, Zhu BZ, Xie J. Frequency and prognosis of metastasis to liver, lung, bone and brain from Merkel cell carcinoma. *Future Oncol.* 2020;16:1101–13.

Yixin Liu ¹ ^a, Wenjing Liang ¹ ^a, Qiongrong Chen ¹ ^b
e Yongchang Wei ¹ ^{a,*}

^a Departamento de Radiologia e Oncologia Médica, Zhongnan Hospital of Wuhan University, Wuhan, China

^b Departamento de Patologia, Zhongnan Hospital of Wuhan University, Wuhan, China

* Autor para correspondência.

E-mail: weiyongchang@whu.edu.cn (Y. Wei).

Recebido em 15 de fevereiro de 2022; aceito em 11 de maio de 2022

Complicações oftalmológicas relacionadas ao uso do ultrassom microfocado na região periocular e face ^{☆☆}



Prezado Editor,

Os autores apresentam caso clínico grave de complicações oftalmológicas relacionadas ao uso do ultrassom microfocado (UM) na região periocular e face. É de extrema importância o conhecimento sobre essa possível complicação na utilização do UM.

Trata-se de paciente do sexo feminino de 50 anos de idade que procurou atendimento dermatológico para rejuvenescimento facial. Após avaliação, foi realizado UM na face e região periocular e carboxiterapia nas pálpebras. Não houve intercorrências durante o procedimento, e foi finalizado com aplicação de Cicaplast® na região palpebral. A paciente queixou-se de turvação visual imediatamente após o procedimento, inicialmente atribuída ao uso do Cicaplast®. Nos dois dias após o procedimento, a paciente evoluiu com edema e eritema delimitados à região orbicular, manteve a turvação visual e começou a apresentar escotomas, lacrimajamento e, por fim, dor ocular. No terceiro dia houve piora do quadro oftalmológico; a paciente ficou impossibi-

litada de realizar atividades cotidianas em decorrência da turvação visual e da dor.

O oftalmologista constatou aumento importante da pressão ocular, retração da íris, áreas de fibrose (fig. 1) e atrofia no cristalino em formato de espículas. Estabeleceu-se diagnóstico de com glaucoma agudo de ângulo fechado e catarata em formato de “espículas”.

Foi instituído tratamento com doses máximas dos colírios timolol, brimonidina, bimatoprost e acetazolamida; entretanto, houve dificuldade na redução da pressão ocular e pouca melhoria dos sintomas. Ponderou-se intervenção

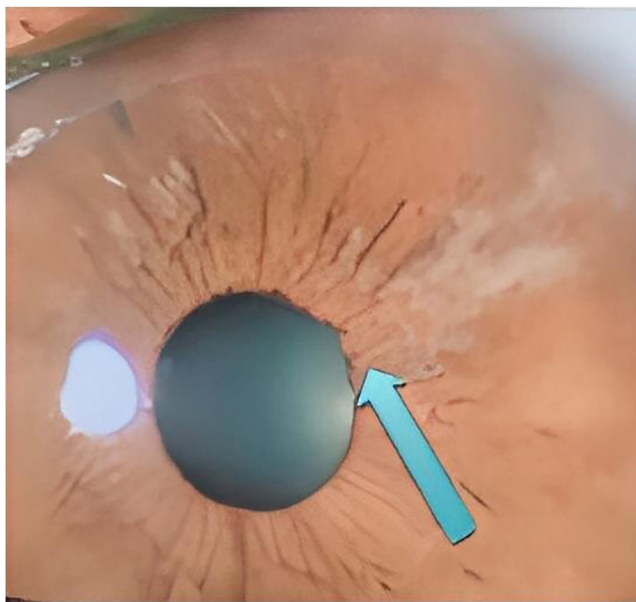


Figura 1 Oftalmoscopia da paciente, apresentando retração da íris e áreas de fibrose

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.12.013>

☆ Como citar este artigo: Rechuan MM, Vaz JC, Marques FAP, Azulay RD. Ophthalmological complications related to the use of microfocused ultrasound in the periocular region and face. *An Bras Dermatol.* 2023;98:870–1.

☆☆ Trabalho realizado no Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay, Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.