

pode ser considerado sinal dermatoscópico de PLEVA, principalmente quando apresenta padrão vascular polimorfo.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Camilo Arias-Rodriguez: Concepção e planejamento do estudo; obtenção, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Juan Guillermo Hoyos-Gaviria: Concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica de conteúdo intelectual importante; aprovação da versão final do manuscrito.

Alejandro Hernandez-Martinez: Concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.





Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Errichetti E, Stinco G. Pityriasis Lichenoides. In: Micali G, Lacarrubba F, Stinco G, Argenziano G, Neri I, editors. *Atlas of Pediatric Dermatoscopy*. Berlin: Springer; 2018. p. 1–2.
2. Clarey DD, Lauer SR, Trowbridge RM. Clinical, dermatoscopic, and histological findings in a diagnosis of pityriasis lichenoides. *Cureus*. 2020;12:e8725.

3. Ankad BS, Beergouder SL. Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta in skin of color: new observations by dermoscopy. *Dermatol Pract Concept*. 2017;7:27–34.
4. Lacarrubba F, Micali G. Dermoscopy of pityriasis lichenoides et varioliformis acuta. *Arch Dermatol*. 2010;146:1322.
5. Bhut A, Shah A, Nair PA. Dermatoscopic findings of pityriasis lichenoides et varioliformis acuta. *Indian J Paediatr Dermatol*. 2020;21:249–50.

Camilo Arias-Rodriguez  ^a,
Juan Guillermo Hoyos-Gaviria  ^b,
Ana María Muñoz-Monsalve  ^c
e Alejandro Hernandez-Martinez  ^{d,*}

^a Departamento de Dermatologia, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colômbia

^b Departamento de Dermatologia, Specialized Diagnostic Clinic VID, Medellín, Colômbia

^c Departamento de Dermatologia, Aurora Specialized Center for Skin Cancer, Medellín, Colômbia

^d Faculdade de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colômbia

* Autor para correspondência.

E-mail: alejo.hdz@hotmail.com (A. Hernandez-Martinez).

Recebido em 16 de março de 2022; aceito em 22 de abril de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.09.009>

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/>).

Síndrome de Nicolau extensa após diclofenaco sódico intramuscular^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

A síndrome de Nicolau (SN) é embolia cútis medicamentosa com oclusão vascular e necrose da pele e tecidos subjacentes, relacionada ao uso de medicações como antimicrobianos beta-lactâmicos, anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e, mais recentemente, preenchedores de ácido hialurônico.

Paciente do sexo masculino, 66 anos, refere eritema e equimose no membro inferior esquerdo 24 horas após injeção intramuscular (glúteo esquerdo) de diclofenaco

sódico por dor abdominal. Houve rápida progressão para bolhas tensas em todo o membro, com dor intensa e edema.

Após quatro dias, o paciente procurou o pronto-socorro apresentando áreas purpúricas de aspecto retiforme em todo o membro inferior esquerdo, bolhas tensas de conteúdo serossanguinolento e áreas de exulceração (fig. 1A).

A hipótese de SN por uso intramuscular de diclofenaco sódico foi aventada. A investigação laboratorial para vasculite sistêmica com FAN, anti-DNA, ENA, crioglobulinas e complemento resultou negativa.

Houve piora das lesões (fig. 1B). O paciente foi transferido para unidade de terapia intensiva e recebeu anti-biototerapia parenteral (vancomicina e meropeném). Após estabilização clínica, foram realizadas sessões de desbridamento cirúrgico (fig. 2) com posterior enxertia (fig. 3). Após três meses de quatro abordagens cirúrgicas para debridamento e enxertos, o paciente recebeu alta com bom estado geral.

A SN foi descrita pela primeira vez em 1924, após injeção intraglútea de sais de bismuto para o tratamento da sífilis. Ocorre após injeção intramuscular de substâncias insolúveis, mais frequentemente com penicilina benzatina e AINEs (como o diclofenaco).¹ Casos induzidos por diclofenaco são mais frequentes em mulheres, enquanto casos por penicilina são mais comuns em crianças.²

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.06.010>

[☆] Como citar este artigo: Amorim RO, Silva AL, Seque CA, Porro AM. Extensive Nicolau syndrome following intramuscular diclofenac sodium injection. *An Bras Dermatol*. 2024;99:123–5.

^{☆☆} Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.



Figura 1 (A) Bolhas violáceas, retiformes com áreas de descolamento cutâneo em coxa e perna. Notam-se também áreas de necrose com halo eritematoso. (B) Progressão das áreas de necrose sete dias após início do quadro



Figura 2 Após 30 dias, no pós-operatório de primeiro desbridamento cirúrgico na coxa esquerda (A) e perna esquerda (B)

Teorias sobre sua etiopatogenia envolvem combinação de fatores: estimulação da inervação simpática com vasoespasmo e isquemia; bloqueio da síntese de prostaglandinas por AINEs, oclusão embólica arterial por injeção intravascular inadvertida; inflamação perivascular por reação citotóxica ao fármaco; injúria mecânica causada por substâncias lipofílicas ao penetrar nos vasos.^{2,3}

O quadro clínico é de mácula eritematosa com rápida evolução para mancha violácea livedoide. O início é geralmente súbito com relação à injeção, porém pode ser tardio, muitas vezes sem lesão no local injetado.⁴ O prognóstico é imprevisível, com recuperação e cicatriz atrófica no local acometido até relatos de síndrome compartimental, hipercalemia, insuficiência renal, paralisia do membro acometido e morte.^{3,5} O diagnóstico é clínico, altamente sugestivo quando lesões se iniciam no ponto de injeção com progressão distal no membro injetado. O exame histopatológico é



Figura 3 Três meses após o início do quadro, o paciente apresenta boa recuperação estética e funcional na coxa (A) e quadril direitos e perna e dorso de pé direitos (B) após múltiplos enxertos

inespecífico, podendo revelar necrose de tecido adiposo e inflamação.⁵

Não há tratamento específico; são empregados analgesia, tratamento de infecção secundária e desbridamento cirúrgico.¹ A técnica correta de aplicação intramuscular pode reduzir o risco da patologia.⁴ O método de injeção em *Z-track* é recomendado, com a tração da pele e do tecido subcutâneo antes da inserção da agulha, garantindo bloqueio do caminho da agulha após a injeção.¹

Apesar de rara, a SN pode ser extensa e grave. Médicos devem conhecê-la, estar atentos à técnica correta de injeção e evitar prescrições desnecessárias pela via intramuscular.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Rafael Oliveira Amorim: Redação do artigo e revisão crítica do conteúdo intelectual importante; desenho do estudo em conjunto com coautores; revisão crítica da literatura; aprovação final da versão final do manuscrito.

Alana Luísa Calixto Carlos da Silva: Redação do artigo e revisão crítica do conteúdo intelectual importante; desenho do estudo em conjunto com coautores; aprovação final da versão final do manuscrito.

Camila Arai Seque: Redação do artigo e revisão crítica do conteúdo intelectual importante; desenho do estudo em conjunto com coautores; aprovação final da versão final do manuscrito.

Adriana Maria Porro: Redação do artigo e revisão crítica do conteúdo intelectual importante; desenho do estudo em conjunto com coautores; aprovação final da versão final do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Lardelli PF, Jermini LMM, Milani GP, Peeters GGAM, Ramelli GP, Zraggen L, et al. Nicolau syndrome caused by non-steroidal anti-inflammatory drugs: Systematic literature review. *Int J Clin Pract.* 2020;74:e13567.
2. Aktas H, Yilmaz OE, Ertugrul G, Terzi E. Intramuscular diclofenac is a cause of Nicolau syndrome in obese women: An observational study of consecutive ten patients. *Dermatol Ther.* 2020;33:e13392.
3. Shelley B, Prasad P, Manjunath M, Chakraborti S. Hyperacute paraplegia and neurovascular (immuno vasculotoxic) catastrophe of nicolau syndrome: Primum non nocere. *Ann Indian Acad Neurol.* 2019;22:104.
4. Silva AMM, Ton A, Loureiro TF, Agrizzi BL. Late development of Nicolau syndrome - Case report. *An Bras Dermatol.* 2011;86:157-9.
5. Marcus F, Claude EV, Josephine M, Teyang A. An exceptional cause of acute limb ischemia: Nicolau syndrome-single-center experience with 4 cases. *Ann Vasc Surg.* 2019;58:383.

Rafael Oliveira Amorim ^{ID}*,
Alana Luísa Calixto Carlos da Silva ^{ID},
Camila Arai Seque ^{ID}
e Adriana Maria Porro ^{ID}

Departamento de Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

*Autor para correspondência.

E-mail: amorimdermatologia@gmail.com (R.O. Amorim).

Recebido em 24 de março de 2022; aceito em 3 de junho de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.09.019>

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

Úlcera vulvar de Lipschütz em adolescente após vacina da Pfizer contra COVID-19^{☆☆}



Prezado Editor,

A ulceração vulvar aguda de Lipschütz é condição não sexualmente adquirida, que se caracteriza pelo aparecimento súbito de úlceras genitais necróticas e dolorosas. A autorresolução sem cicatrizes e recidivas é o curso normal da condição.¹ A patogênese das úlceras aftosas vulvares não é clara. Vários relatos descreveram úlceras aftosas como resposta imune desregulada associada a uma variedade de infecções, incluindo citomegalovírus (CMV), influenza, vírus da caxumba, salmonela, micoplasma e principalmente o vírus Epstein-Barr (EBV).²

Mais de 334 milhões de doses das vacinas Moderna, Pfizer e Johnson & Johnson foram administradas desde dezembro de 2020. Os efeitos colaterais são comuns e amplamente relatados. Os efeitos colaterais sistêmicos após a vacina Pfizer contra a COVID-19, como dor de cabeça, fadiga, calafrios, diarreia, febre e mialgias, são bem conhecidos.³ Entretanto, as manifestações cutâneas não são tão bem estudadas.⁴ Neste breve relato, apresentamos o caso de uma paciente que apresentou úlcera aftosa vulvar após receber a vacina da Pfizer contra COVID-19.

Uma menina de 13 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, apresentou febre, mialgias e dor intensa na genitália 48 horas após ter sido vacinada com a segunda dose da vacina contra COVID-19 (Pfizer).

DOI referente ao artigo:

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

☆ Como citar este artigo: Morón-Ocaña JM, Lorente-Lavirgen AI, Coronel-Pérez IM, Martínez Barranca ML. Lipschutz's vulvar ulcer in an adolescent after Pfizer COVID-19 vaccine. *An Bras Dermatol.* 2024;99:125-6.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilha, Espanha.

Após o exame, foram observadas úlceras fibrinosas com padrão em espelho (*kissing ulcers*) na vulva (*fig. 1*).

A paciente negou o início das relações sexuais e relatou menarca há um ano, com menstruações regulares que não coincidiam com as úlceras.

As culturas de exsudato e PCR para herpes-vírus 1 e 2, treponema e micoplasma da vulva foram negativas. Testes sorológicos incluindo HIV, vírus Epstein-Barr e anticorpos antinucleares também foram negativos. A paciente também apresentou teste de nasofaringe negativo para infecção por SARS-CoV-2.



Figura 1 Úlcera fibrinosa com padrão em espelho ou "kissing pattern" na vulva.