

início foi de 6 a 9 anos, e todos os casos ocorreram no gênero feminino. Essas pacientes foram tratadas com sucesso com minociclina oral, anti-inflamatório não esteroide tópico, eritromicina oral e tópica, metronidazol tópico, tacrolimus tópico e metronidazol tópico.^{4,5} A resposta ao tratamento é melhor no LMDF pediátrico do que em adultos. Nos casos LMDF pediátrico, as áreas genitais devem ser examinadas detalhadamente.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Misaki Kusano: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; obtenção, análise e interpretação dos dados; concepção e planejamento do estudo; manejo de casos estudados; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito.

Maki Takada: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito.

Natsuko Matsumura: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito.





Toshiyuki Yamamoto: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; obtenção, análise e interpretação dos dados; concepção e planejamento do estudo; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

- Misago N, Nakafusa J, Narisawa Y. Childhood granulomatous periorificial dermatitis: lupus miliaris disseminatus faciei in children? *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2005;19:470–3.
- Fakih A, Makhoul R, Grozdev I. Childhood granulomatous periorificial dermatitis: case report and review of the literature. *Dermatol Online J.* 2020;26, 13030/qt9114v42g.
- Andry P, Bodemer C, Teillac-Hamel D, Freitag S, DeProst Y. Granulomatous periorificial dermatitis in childhood: eight cases [abstract]. *Pediatr Dermatol.* 1995;12:76.
- Urbatsch AJ, Frieden I, Williams ML, Elewski BE, Mancini AJ, Paller AS. Extrafacial and generalized granulomatous periorificial dermatitis. *Arch Dermatol.* 2002;138:1354–8.
- Hatanaka M, Kanekura T. Case of childhood granulomatous periorificial dermatitis. *J Dermatol.* 2018;45:e256–7.

Misaki Kusano *, Maki Takada ,
Natsuko Matsumura 
e Toshiyuki Yamamoto 

Departamento de Dermatologia, Fukushima Medical University, Fukushima, Japão

* Autor para correspondência.

E-mail: k963@fmu.ac.jp (M. Kusano).

Recebido em 3 de outubro de 2022; aceito em 22 de novembro de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.04.004>
2666-2752/ © 2024 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/>).

Ictiose adquirida paraneoplásica como primeira manifestação de linfoma anaplásico de grandes células associado a implante mamário ☆,☆☆



Prezado Editor,

O linfoma anaplásico de grandes células (ALCL, do inglês *anaplastic large cell lymphoma*) é responsável por 1% a 3% dos linfomas não Hodgkin e aproximadamente 15% dos linfomas de células T. A 5ª edição da classificação de tumores hematolinfoides da Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece quatro subtipos diferentes de ALCL: ALK-positivo,

ALK-negativo, cutâneo primário e aqueles associados a implantes mamários (BIA-ALCL, do inglês *breast-implant associated anaplastic large cell lymphoma*).

Em janeiro de 2011, a *Food and Drug Administration* (FDA) publicou 34 casos coletados entre 1997 e 2010, com provável associação entre ALCL e uso de implantes mamários. Em virtude da implementação do registro PROFILE, aproximadamente 900 casos foram notificados em todo o mundo.

Os implantes são categorizados de acordo com seu preenchimento interno (solução salina ou silicone), formato (simétrico ou assimétrico) ou superfície externa (lisa ou texturizada).^{1,2} Os implantes texturizados têm a maior associação com esse tipo de linfoma.

Este relato descreve o caso de uma paciente de 43 anos com história de implante de prótese mamária bilateral (texturizada em silicone) havia seis anos, por motivos estéticos. Ela procurou a clínica em virtude da presença de placas descamativas com fissuras e bordas eritematosas por todo o corpo, com história de três meses. Em algumas placas, descamação superficial fina era proeminente no sulco intermamário, no couro cabeludo e na borda das pálpebras. O

DOI do artigo original: <https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.04.004>

☆ Como citar este artigo: Wong HC, Sánchez PM, Guzmán Md. Paraneoplastic acquired ichthyosis as the first manifestation in breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma. *An Bras Dermatol.* 2024;99:628–31.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital 12 de Octubre, Madri, Espanha.

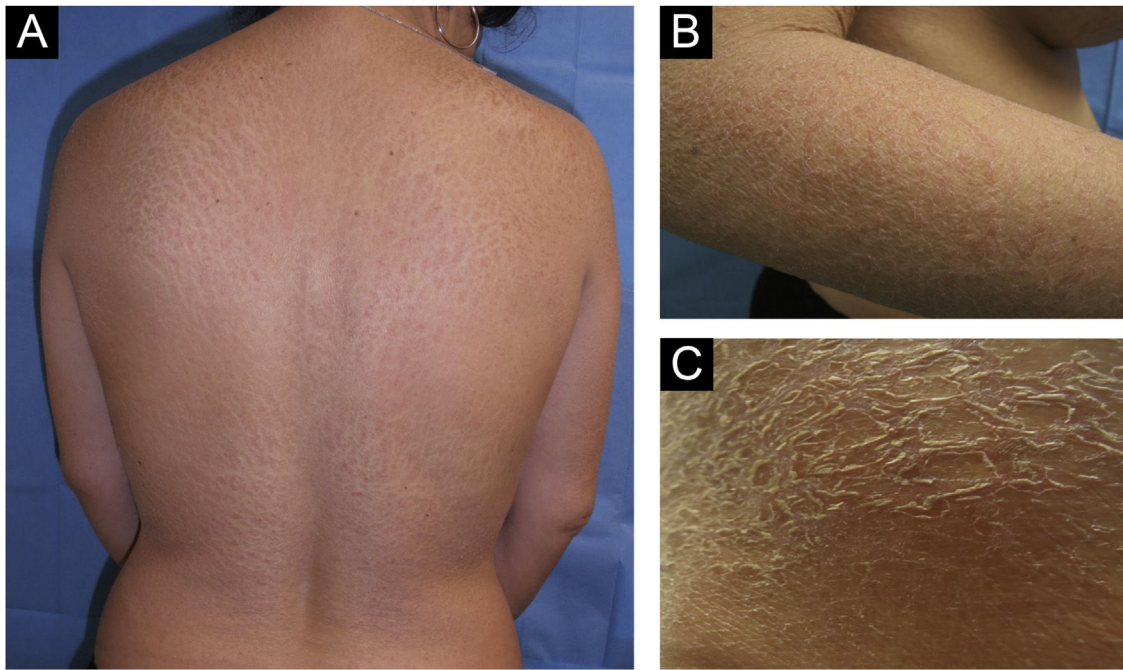


Figura 1 Placas descamativas com fissuras e bordas eritematosas (ictiose).

exame físico revelou adenopatia fixa e indolor de 1,5 cm na região axilar direita (fig. 1).

A tomografia computadorizada de tórax, associada à PET/TC de corpo inteiro, revelou coleção líquida circundando o implante mamário direito, com aumento de partes moles na articulação condroesternal, definição deficiente dos planos peitorais em sua porção medial e trabeculação de tecido adiposo subcutâneo. Também foram observadas múltiplas linfadenomegalias no mediastino anterior e bilateralmente nas regiões axilares e fossas supraclaviculares (fig. 2 A-C).

Embora a histopatologia de uma biopsia de pele sugerisse ictiose, a biopsia subsequente do linfonodo axilar direito revelou células neoplásicas com morfologia anaplásica multilobulada e aparência “embrionária” com focos de necrose tumoral. O fenótipo imuno-histoquímico foi CD45⁺ CD30⁺, CD43⁺, Bcl-2⁺, MUM-1⁺, MIB-1⁺ (60%), CD3⁻, CD20⁻, CD79a⁻, CD10⁻, BCL6⁻, CD38⁻, LMP1⁻, ALK⁻, sugestivo de linfoma anaplásico de grandes células (fig. 3 A-F).

Com base nos achados clínicos, radiológicos e histopatológicos, foi estabelecido o diagnóstico de BIA-ALCL em estágio localmente agressivo ou extenso (estágio III, T4N2M0).

O BIA-ALCL comumente se apresenta como seroma peri-implante tardio (> 80%), causando distorção e assimetria das mamas. Pode manifestar-se com linfadenopatia regional (predominantemente axilar, supra ou infraclavicular) em 20% dos casos, ou concomitante com lesões cutâneas (eritema, erupção cutânea, nódulos eritematosos) ou como *de novo* em 8% dos casos.³⁻⁷ No presente caso, a ictiose foi a manifestação paraneoplásica cutânea inicial do BIA-ALCL, e o manejo dermatológico baseou-se no uso de sabonete de glicerina, vaselina líquida e aceponato de metilprednisolona (pomada). Essa alteração cutânea pode aparecer da mesma maneira em endocrinopatias, distúrbios imuno-

lógicos, deficiências vitamínicas, infecções e com o uso de medicamentos.³

O BIA-ALCL origina-se da cápsula fibrosa que envolve o implante, exceto nos estágios avançados, quando compromete o tecido circundante. A doença foi diagnosticada no estágio I em 83% dos pacientes e apenas 7% apresentaram doença em estágio IV.^{1,6}

A etiopatogenia do BIA-ALCL é multifatorial, especificamente infecção crônica na configuração texturizada do implante, formação de biofilme Gram-negativo, resposta imune, inflamação crônica, genética do hospedeiro (p. ex., JAK/STAT, p53) e tempo de oncogênese. Os presumíveis gatilhos incluem fricção mecânica, partículas do invólucro do implante de silicone, lixiviação de silicone e bactérias. O BIA-ALCL se manifesta em tempo médio de oito a dez anos após o implante da prótese mamária.⁶⁻⁹ Considerando que 2%-4% dos casos podem ocorrer bilateralmente, ambos os implantes da presente paciente foram removidos com capsulectomia total,^{1,6,8,10} e a quimioterapia foi iniciada sob o regime CHOP (ciclofosfamida, cloridrato de doxorrubicina, sulfato de vincristina e prednisona). Após seis ciclos, a resposta morfofotométrica completa da paciente foi confirmada por PET/CT, com posterior desaparecimento das lesões cutâneas.

Deve-se estabelecer o papel de certos agentes (brentuximabe vedotin), terapias adjuvantes (radioterapia) e transplante autólogo de células-tronco, principalmente em estágios localmente agressivos ou avançados (estágios II-IV).

O presente caso de uma paciente com BIA-ALCL que apresentou ictiose adquirida enfatiza uma abordagem multidisciplinar para diagnóstico precoce e manejo adequado.

Suporte financeiro

Nenhum.

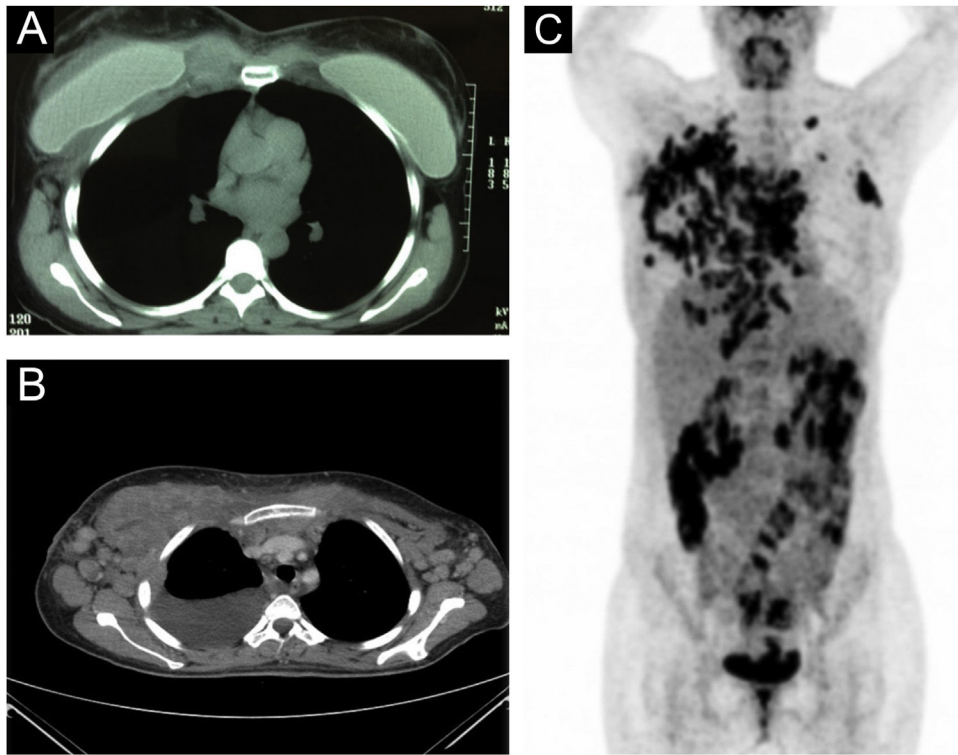


Figura 2 (A-B) Coleção líquida circundando o implante mamário direito, com aumento de partes moles na articulação condroesternal, definição deficiente dos planos peitorais em sua porção medial e trabeculação de tecido adiposo subcutâneo. (C) Múltiplas linfadenomegalias foram observadas no mediastino anterior e bilateralmente nas regiões axilares e fossas supraclaviculares.

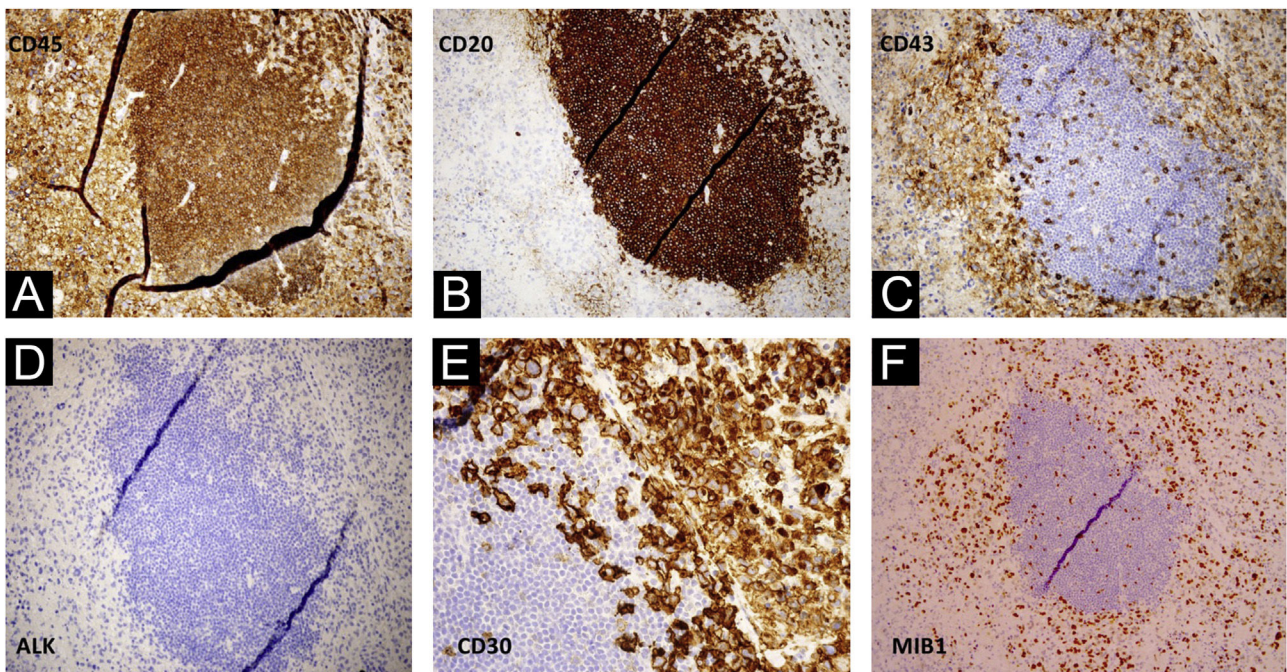


Figura 3 (A-F) Histopatologia com marcação imuno-histoquímica do linfonodo axilar direito: CD45⁺ CD30⁺, CD43⁺, Bcl-2⁺, MUM-1⁺, MIB-1⁺ (60%), CD3⁻, CD20⁻, CD79a⁻, CD10⁻, BCL6⁻, CD38⁻, LMP1⁻, ALK⁻, sugestiva de linfoma anaplásico de grandes células.

Contribuição dos autores

Héctor Chiang Wong: Aprovação da versão final do manuscrito, revisão crítica da literatura, obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica do caso estudado.

Pilar Martínez Sánchez: Aprovação da versão final do manuscrito, obtenção dos dados, participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica do caso estudado.

María del Carmen González Guzmán: Aprovação da versão final do manuscrito, obtenção, análise e interpretação dos dados.




Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

- Alotaibi S, Hamadani M, Al-Mansour M, Aljurf M. Breast Implant-associated anaplastic large cell lymphoma. *Clin Lymphoma Myeloma Leuk*. 2021;21:e272–6.
- Zhang XR, Chien PN, Nam SY, Chan YH. Anaplastic large cell lymphoma: molecular pathogenesis and treatment. *Cancers (Basel)*. 2022;14:1650.
- Alcalá R, Llombart B, Lavernia J, Traves V, Guillén C, Sanmartín O. Skin involvement as the first manifestation of breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma. *J Cutan Pathol*. 2016;43:602–8.
- DePaola NEK, Coggins H. Breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma: what we know. *J Adv Pract Oncol*. 2019;10:54–61.
- Marra A, Viale G, Pileri SA, Pravettoni G, Viale G, De Lorenzi F, et al. Breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma: a comprehensive review. *Cancer Treat Rev*. 2020;84:101963.

- Premji S, Barbieri A, Roth C, Rohren EM, Rivero G, Teegavarapu SP. An unusual case of breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma. *Case Rep Hematol*. 2022;2022:4700787.
- Turton P, El-Sharkawi D, Lyburn I. UK guidelines on the diagnosis and treatment of breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma on behalf of the medicines and healthcare products regulatory agency plastic, reconstructive and aesthetic surgery expert advisory group. *Br J Haematol*. 2021;192:444–58.
- Lajebardi SS, Rastogi P, Isacson D, Deva AK. What are the likely causes of breast implant associated anaplastic large cell lymphoma (BIA-ALCL)? *JPRAS Open*. 2022;32:34–42.
- Mehta-Shah N, Clemens MW, Horwitz SM. How I treat breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma. *Blood*. 2018;132:1889–98.
- de Leval L. Breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma and other rare T-cell lymphomas. *Hematol Oncol*. 2019;37:24–9.

Héctor Chiang Wong ^{a,*}, Pilar Martínez Sánchez ^b
e María del Carmen González Guzmán ^c

^a *Unidade de Hematologia, Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca, Equador*

^b *Unidade de Hematologia, Hospital 12 de Outubro, Madri, Espanha*

^c *Unidade de Reumatologia, Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca, Equador*

* Autor para correspondência.

E-mail: jhonjoy3@hotmail.com (H.C. Wong).

Recebido em 1 de novembro de 2022; aceito em 14 de dezembro de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.03.007>

2666-2752/ © 2024 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/>).