

Márcia Lanzoni de Alvarenga Lira: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

- Mizoguchi M, Murakami F, Ito M, Asano M, Baba T, Kawa Y, et al. Clinical, pathological, and etiologic aspects of acquired dermal melanocytosis. *Pigment Cell Res.* 1997;10:176–83.
- Kawakami T, Saito C, Soma Y. Acquired dermal melanocytosis of ota-like macules on the face and extremities lesions in a young Japanese woman. *Acta Derm Venereol.* 2009;89:415–6.
- Fukuda M, Kitajima J, Fushida H, Hamada T. Acquired dermal melanocytosis of the hand: a new clinical type of dermal melanocytosis. *J Dermatol.* 1993;20:561–5.
- Hori Y, Kawashima M, Oohara K, Kukita A. Acquired, bilateral nevus of ota-like macules. *J Am Acad Dermatol.* 1984;10:961–4.
- Nakauchi E, Oka M, Fukumoto T, Sakaguchi M, Nishigori C. Acquired dermal melanocytosis confined to the palm with a review of published cases of acquired dermal melanocytosis on the hands. *J Dermatol.* 2016;43:701–5.
- Kelly BP, Doherty SD, Calame A, Hsu S. Acquired dermal melanocytosis of the hand at the site of treated psoriasis. *Dermatol Online J.* 2009;15:2.

- Lee JY, Lee J, Kim YC. Histopathological features of acquired dermal melanocytosis. *Eur J Dermatol.* 2010;20:345–8.
- Hsiao PF, Chou W, Wu YH. A case series with acquired dermal melanocytosis: a retrospective study from 2001 to 2018. *Am J Dermatopathol.* 2022;44:789–98.
- Baykal C, Yılmaz Z, Sun GP, Büyükbabani N. The spectrum of benign dermal dendritic melanocytic proliferations. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33:1029–41.
- Jun JY, Byun HJ, Oh SJ, Oh SH, Park JH, Lee JH. Acquired dermal melanocytosis confined to the hand. *Ann Dermatol.* 2018;30:380–1.

Lucas Braga Leite *, Flávia Regina Ferreira 
e Márcia Lanzoni de Alvarenga Lira 

Serviço de Dermatologia, Hospital Municipal Universitário de Taubaté, Taubaté, SP, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: lucasbrale@gmail.com (L.B. Leite).

Recebido em 27 de março de 2023; aceito em 8 de maio de 2023

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.05.024>

2666-2752/ © 2024 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/>).

Dermatoscopia da alopecia neoplásica secundária à metástase cutânea de carcinoma da mama ☆,☆☆



Prezado Editor,

Descrevemos o caso de uma paciente do sexo feminino de 68 anos que apresentava história de lesões cutâneas assintomáticas no couro cabeludo associadas à perda de cabelos, com quatro meses de evolução. Há seis anos, havia sido diagnosticada com adenocarcinoma de mama esquerda subtipo luminal A, estágio pT3N2, e foi submetida a mastectomia, quimioterapia e radioterapia adjuvantes, além de ter feito uso de tamoxifeno e anastrozol. Dois meses antes do início do quadro dermatológico, a paciente havia recebido o diagnóstico de metástase linfonodal de carcinoma de mama na região supraclavicular esquerda.

Ao exame dermatológico do couro cabeludo, havia três placas eritematosas, arredondadas, circunscritas, com

superfície lisa e endurecida à palpação, com ausência de hastes capilares, na região parietal direita e no vértice, ambas com 2 cm de diâmetro, e na região frontal, medindo 3 cm de diâmetro (fig. 1).

Ao exame dermatoscópico, as lesões apresentavam área vermelho-leitosa, vasos arboriformes, telangiectasias finas, estruturas brancas brilhantes, pontos amarelos e áreas amorfas alaranjadas (figs. 2 e 3).

Foi realizada biópsia incisional da lesão da região frontal do couro cabeludo, e o exame anatomopatológico mostrou infiltração na derme por células epitelioides atípicas, isoladas e em cordões com lúmens glandulares (fig. 4). O exame imuno-histoquímico foi positivo para receptor de estrógeno, GATA 3 e citoqueratinas (AE1/AE3) e negativo para receptor de estrógeno. Os achados histopatológicos associados aos da imuno-histoquímica foram compatíveis com metástase cutânea de carcinoma de mama.

A alopecia neoplásica (AN) é dividida em primária, quando a neoplasia se origina no couro cabeludo, e secundária, quando decorrente de metástase.¹ A apresentação clínica mais comum é a alopecia cicatricial, com pápulas ou nódulos assintomáticos no couro cabeludo, eritematosos ou normocrômicos, frequentemente localizados na região parietal e frontal do couro cabeludo.²

Em geral, as células neoplásicas destroem os folículos pilosos, induzindo recrutamento de células inflamatórias e fibroplasia nas lesões bem estabelecidas, que cursam com alopecia cicatricial. A principal neoplasia associada à AN é o carcinoma de mama. Outros tumores associados à AN primária ou secundária são carcinoma de células

DOI do artigo original: <https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.01.009>

☆ Como citar este artigo: Santos BS, Macêdo ECD, Scabello BNA, Grossi PPO, Valente NYS. Dermoscopy of neoplastic alopecia secondary to cutaneous metastasis from breast carcinoma. *An Bras Dermatol.* 2024;99:742–5.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, SP, Brasil.

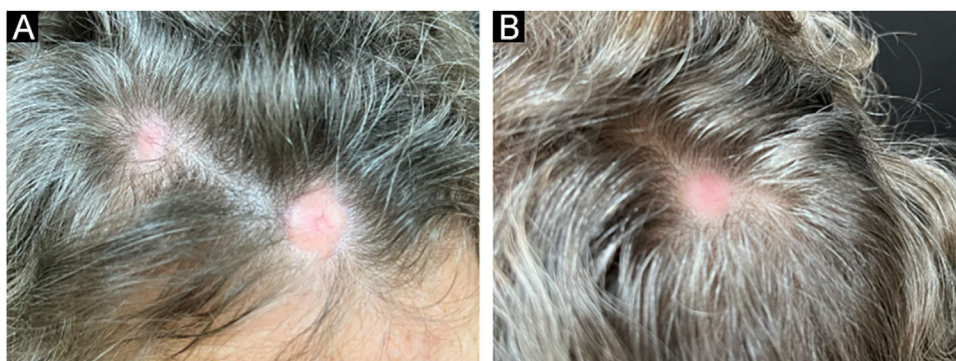


Figura 1 Placas eritematosas alopecias arredondadas na região frontal, parietal direita (A) e no vértice do couro cabeludo (B).

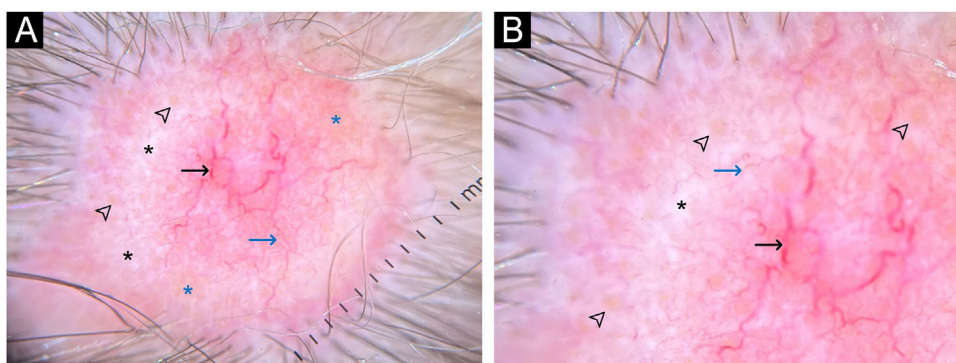


Figura 2 Dermatoscopia da lesão da região frontal. Áreas vermelho-leitosas, vasos arboriformes (setas pretas), telangiectasias finas (setas azuis), áreas brancas brilhantes (asteriscos pretos), pontos amarelos (pontas de seta), áreas alaranjadas mal delimitadas (asteriscos azuis). Luz polarizada com contato e fluido de imersão (10 ×).

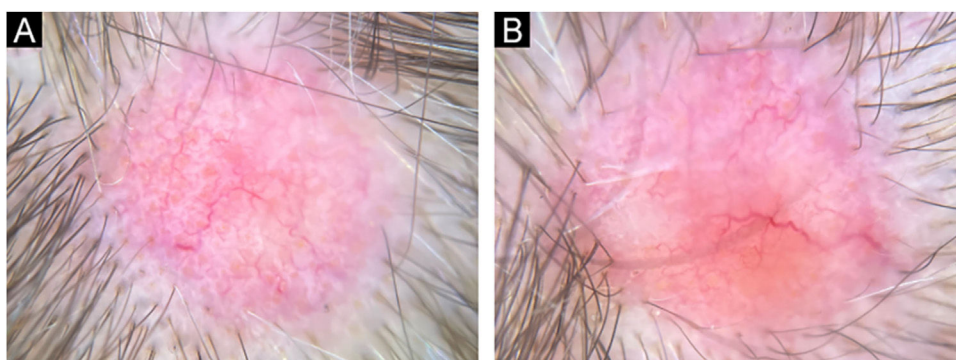


Figura 3 Dermatoscopia das lesões da região parietal direita (A) e do vértice (B). Padrão dermatoscópico semelhante ao encontrado na região frontal (figs. 2 e 3). Luz polarizada sem contato (10 ×).

escamosas, carcinoma basocelular, angiossarcoma, adenocarcinoma gástrico, tumor trofoblástico placentário e micose fungoide.^{3,4}

A descrição da AN e de seus achados dermatoscópicos é escassa na literatura. Vezzoni et al. descreveram um caso de AN secundária a neoplasia maligna da mama, vasos arboriformes extensos bem focados e telangiectasias menores sobre área vermelho-leitosa e uma área alaranjada, bem delimitada e com vasos polimórficos circundados por escama branco-amarelada.⁵ Já no relato de Çetinarlan et al. está descrito um caso de AN secundária a carcinoma renal sarcomatoide, caracterizada pela presença de

escamas amareladas no centro da lesão e escamas brancas periféricas, vasos polimórficos, de aspecto linear e em alça, e área vermelho-leitosa.⁶ Os vasos arboriformes visualizados na AN fazem do carcinoma basocelular importante diagnóstico diferencial dermatoscópico.

No presente relato, além dos achados previamente descritos, observamos a presença de estruturas brancas brilhantes e pontos amarelos à dermatoscopia das lesões. Os pontos amarelos, semelhantes à dermatoscopia de outras afecções do couro cabeludo, como alopecia areata e alopecia androgenética, representam óstios de folículos pilosos, que também foram observados no exame anatomopatológico.

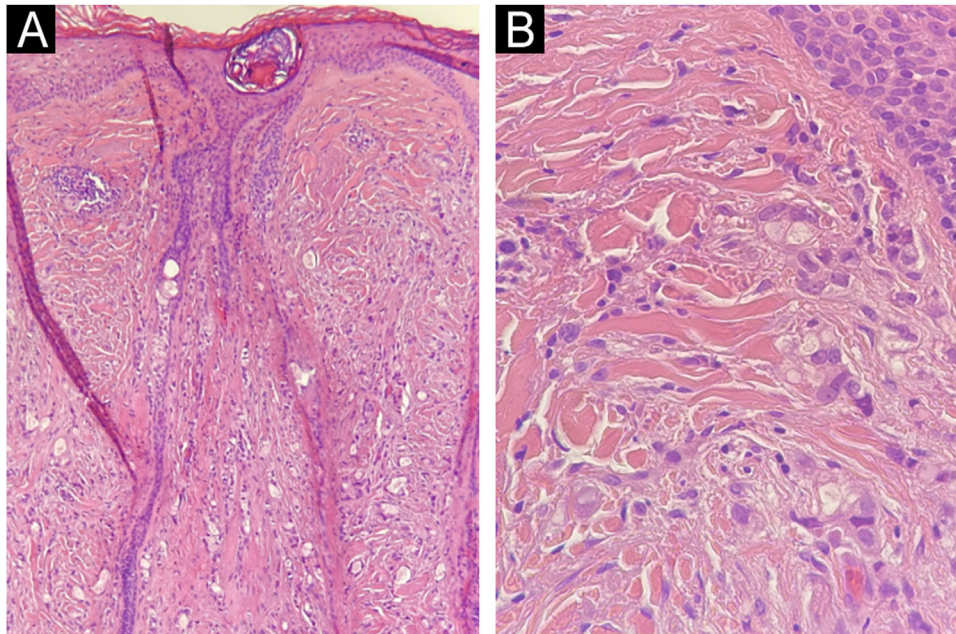


Figura 4 Histopatologia da metástase alopecica da região frontal. (A) Infiltrado difuso de células neoplásicas na derme. Presença de um folículo piloso com dilatação infundibular. (B) Detalhe do infiltrado neoplásico: células epitelioides atípicas, isoladas ou em pequenos agrupamentos rodeando lúmens glandulares. Hematoxilina & eosina, 100 × (A) e 400 × (B).

gico, apesar de a AN classicamente cursar com alopecia cicatricial. É possível que, em estágios iniciais da doença, os folículos pilosos ainda estejam preservados.

Com relação às metástases cutâneas em outras regiões anatômicas, também há poucos relatos sobre seus achados dermatoscópicos. Chernoff et al. sugeriram que a presença de estruturas vasculares à dermatoscopia de lesões nodulares em pacientes oncológicos deve ser um alerta para se considerar a possibilidade de metástase cutânea no diagnóstico diferencial.⁷

A dermatoscopia é um exame complementar não invasivo que tem sido utilizado para o diagnóstico e o manejo das alopecias em geral. Os aspectos clínicos da AN podem se assemelhar aos de outras doenças que cursam com alopecia circunscrita. O conhecimento das estruturas dermatoscópicas da AN pode auxiliar no diagnóstico diferencial das dermatoses do couro cabeludo. Além disso, a AN pode ser a primeira manifestação clínica de neoplasia maligna interna, e seu diagnóstico é altamente relevante para o paciente.

A suspeita diagnóstica de AN pode também surgir pela ausência de critérios dermatoscópicos clássicos de outras dermatoses do couro cabeludo em uma área de alopecia ou pela presença de estruturas encontradas nas metástases cutâneas, como vasos arboriformes, telangiectasias com áreas vermelho-leitosas e vasos polimórficos.

Contribuição dos autores

Bruno Simão dos Santos: Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Eduardo César Diniz Macêdo: Elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Bruna Nascimento Arruda Scabello: Elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Patrícia Porto de Oliveira Grossi: Elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Neusa Yuri Sakai Valente: Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Suporte financeiro

Nenhum.






Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Flanagan KE, Burns LJ, Pathoulas JT, Walker CJ, Pupo Wiss I, Cornejo KM, et al. Primary alopecia neoplastica: a novel case report and literature review. *Skin Appendage Disord.* 2021;7:499–509.
2. Paolino G, Pampena R, Grassi S, Mercuri SR, Cardone M, Corsetti P, et al. Alopecia neoplastica as a sign of visceral malignancies: a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33:1020–8.
3. Scheinfeld N. Review of scalp alopecia due to a clinically unapparent or minimally apparent neoplasm (SACUMAN). *Acta Derm Venereol.* 2006;86:387–92.
4. Ferraro A, Argeiro AL, Marques AS, Dias Junior LB, Antunes AM. Metastatic alopecia of breast carcinoma (neoplastic alopecia). *An Bras Dermatol.* 1986;61:267–8.

5. Vezzoni R, Toffoli L, Conforti C, Dri A, Retrosi C, di Meo N, et al. Breast cancer-related neoplastic alopecia: a case report and review of the literature. *Skin Appendage Disord.* 2021;7:339-45.
6. Çetinarlan T, Ermertcan AT, Temiz P, Evrenos MK, Müezzinoğlu T. Dermoscopy of scalp cutaneous metastasis of sarcomatoid renal cell carcinoma. *Dermatol Ther.* 2020;33:e14189.
7. Chernoff KA, Marghoob AA, Lacouture ME, Deng L, Busam KJ, Myskowski PL. Dermoscopic findings in cutaneous metastases. *JAMA Dermatol.* 2014;150:429-33.

Bruno Simão dos Santos *,
Eduardo César Diniz Macêdo ,
Bruna Nascimento Arruda Scabello ,
Patrícia Porto de Oliveira Grossi ,
e Neusa Yuriko Sakai Valente .

Departamento de Dermatologia, Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, SP, Brasil

* Autor para correspondência.
E-mail: santosbs@hotmail.com (B.S. Santos).

Recebido em 12 de dezembro de 2022; aceito em 19 de janeiro de 2023

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.05.018>
2666-2752/ 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/>).

Doença de Erdheim-Chester com mutação BRAF neg. Diagnóstico por meio de manifestações cutâneas e boa resposta com tratamento com anakinra^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

A doença de Erdheim-Chester (ECD) é histiocitose sistêmica não Langerhans muito rara, de origem desconhecida. Aproximadamente 550 casos foram descritos na literatura desde as primeiras publicações.¹

A ECD é caracterizada por infiltração xantogranulomatosa de diferentes tecidos por numerosos histiócitos com citoplasma de aspecto espumoso. A doença pode ser muito heterogênea, variando de casos indolentes a doença multissistêmica potencialmente fatal, com possível infiltração óssea, neurológica, cutânea, hipotalâmica-hipofisária, pulmonar e renal.

Os ossos longos são afetados em mais de 90% dos casos. Eles têm padrão de infiltração típico que consiste em manchas simétricas de osteosclerose nas diáfises sem comprometimento das epífises.¹

As manifestações cutâneas mais frequentes são lesões do tipo xantelasma, que ocorrem em 25-30% dos pacientes e que podem se tornar muito deformantes. Às vezes, as manifestações cutâneas precedem o quadro sistêmico.²

Historicamente, a ECD não tinha tratamentos eficazes. A recente descoberta de que mais de 60% dos pacientes com ECD apresentam a mutação BRAF^{V600E} levou à indicação de terapias direcionadas (inibidores de MEK e BRAF).^{3,4} Entretanto, quando a mutação BRAF é negativa, não há ensaios

terapêuticos prospectivos controlados para comparar tratamentos.

Apresentamos o caso de um paciente do sexo masculino, de 55 anos, acompanhado por uma década. Em 2010, aos 45 anos, o paciente consultou-se sobre espessamento cutâneo facial e deformidade facial progressiva com dificuldade de abertura oral. O paciente apresentava exoftalmia, pele amarelo-alaranjada, grandes telangiectasias e grandes bolsas nas pálpebras inferiores (*fig. 1*).



Figura 1 Aparência física em 2010: espessamento cutâneo facial e deformidade facial, de caráter progressivo, exoftalmia, pele de coloração amarelo-alaranjada, grandes telangiectasias e grandes bolsas nas pálpebras inferiores.

DOI do artigo original:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2023.02.012>

☆ Como citar este artigo: Morón-Ocaña JM, Pérez-Gil A. Erdheim-Chester Disease BRAF. Diagnosis through cutaneous manifestations and good response with anakinra treatment. *An Bras Dermatol.* 2024;99:745-7.

☆☆ Trabalho realizado na equipe de Dermatologia, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, Espanha