

CARTAS - CASO CLÍNICO

Melanocitose dérmica adquirida restrita à mão☆☆☆



Prezado Editor,

Relatamos o caso de paciente do sexo feminino, branca, de 48 anos, apresentando máculas castanho-acinzentadas de aspecto rendilhado na palma da mão direita há 20 anos. Ao exame, havia predomínio nas dobras palmares da base do 3°, 4° e 5° quirodáctilos (fig. 1). Mais recentemente (dois a três anos), surgiu quadro semelhante, mais discreto, no dorso da mesma mão (fig. 2). Assintomáticas. Não foram encontrados fatores desencadeantes e de lesões semelhantes contralaterais ou em qualquer outra localização. Paciente não menopausada; negava uso de anticoncepcional oral. Ausência de comorbidades e histórico familiar. Realizada biópsia incisional na palma, que revelou proliferação esparsa e mal delimitada de células fusiformes com grande quantidade de melanina, em disposição perivascular e intersticial na derme reticular (figs. 3 e 4). As células foram positivas para os anticorpos anti S-100, HMB-45 e Melan-A em reação imuno-histoquímica, concluindo tratar-se da proliferação de melanócitos.

A melanocitose dérmica se caracteriza por condições que, histologicamente, apresentam melanócitos intra-dérmicos que se traduzem clinicamente por manchas acastanhadas, acinzentadas e/ou azuladas.^{1,2} As melanocitoses dérmicas podem ser congênitas, como a mancha mongólica, ou podem surgir após o nascimento ou mais tardiamente, como o nevo de Ota, o nevo de Ito e o nevo azul. O surgimento de lesões na vida adulta é extremamente raro e pouco relatado; quando acontece, costuma se desenvolver em pacientes com outras melanocitoses dérmicas preexistentes.³ A melanocitose dérmica adquirida (MDA) foi proposta originalmente por Hori et al. para lesões identificadas na face e mais comumente em mulheres jovens e de meia-idade japonesas.⁴ Subsequentemente, lesões de características semelhantes foram sendo descritas em topografias extrafaciais, incluindo tronco e extremidades.^{2,3,5} No presente caso, a paciente apre-



Figura 1 Dobras palmares da base do 3°, 4° e 5° quirodáctilos: máculas castanho-acinzentadas de aspecto rendilhado.



Figura 2 Dorso da mão - entre as bases do 3°, 4° e 5° quirodáctilos: máculas castanho-acinzentadas.

sentava clínica e histopatologia clássicas de MDA, confinada à mão direita, de surgimento tardio e sem fatores desencadeantes identificados, indo ao encontro dos achados de

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2023.05.013>

☆ Como citar este artigo: Leite LB, Ferreira FR, Lira MLA. Acquired dermal melanocytosis restricted to the hand. An Bras Dermatol. 2024;99:740-2.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital Municipal Universitário de Taubaté, Taubaté, SP, Brasil.

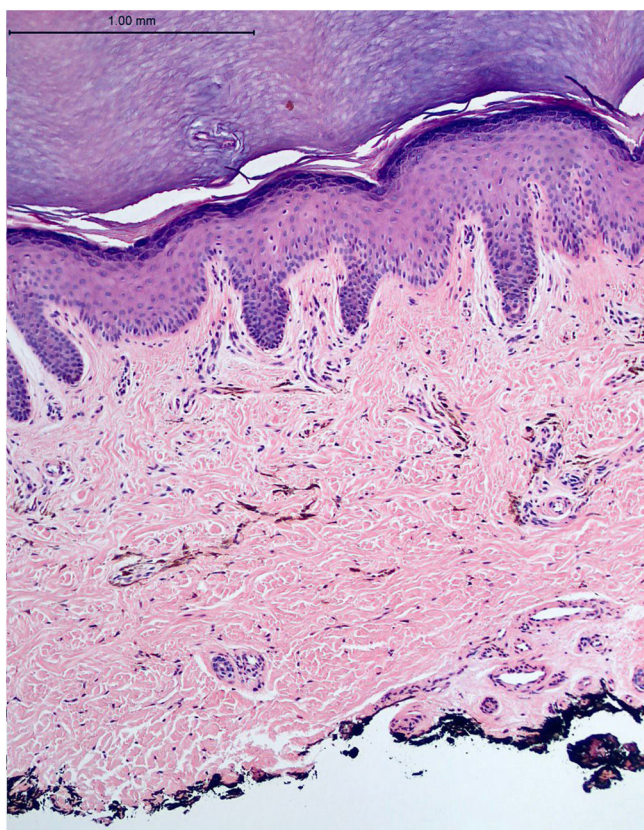


Figura 3 Pele acral - células dendríticas pigmentadas esparsas na derme reticular (Hematoxilina & eosina, 100×).

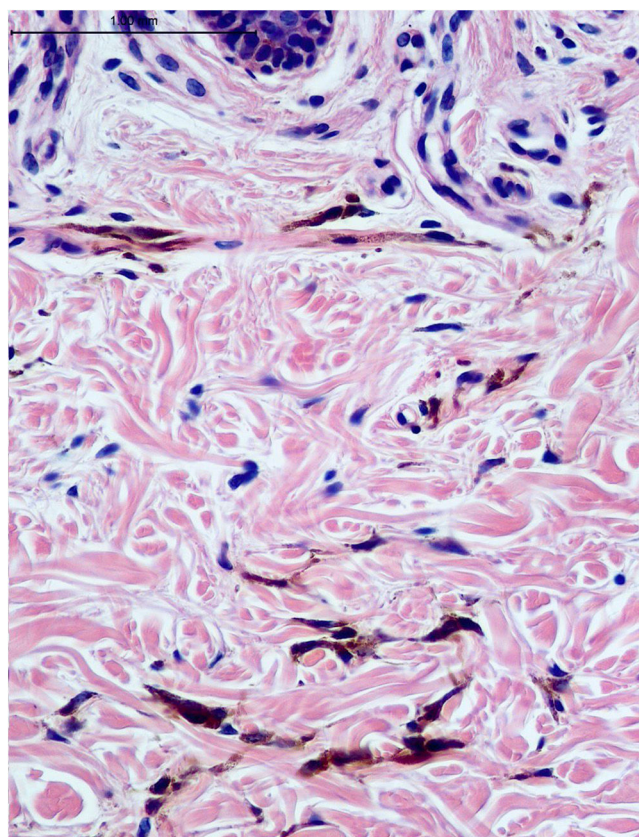


Figura 4 Derme reticular com proliferação de células dendríticas pigmentadas no meio de fibras colágenas preservadas (Hematoxilina & eosina, 400×).

Fukuda et al. e Nakauchi et al.^{3,5} Na literatura, a MDA das mãos apresenta lesões relativamente menores se comparadas às lesões de face e tronco, e tende a localizar-se nas linhas palmares e justarticulares,⁵ achados esses também detectados em nossa paciente.

A etiologia da MDA permanece desconhecida, mas algumas hipóteses já foram aventadas: a) queda de melanócitos epidérmicos; b) migração de melanócitos do bulbo capilar; ou c) reativação de melanócitos dérmicos latentes preexistentes por inflamação dérmica, atrofia ou degeneração da epiderme e/ou derme com o envelhecimento, ou outras causas.⁴ Estrogênios e progestágenos também parecem desempenhar papel relevante no desenvolvimento da MDA, principalmente quando na face, corroborado pela maior ocorrência em mulheres jovens e de meia-idade pré-menopausa.¹ De qualquer modo, a etiologia parece ser multifatorial, e sua determinação precisa provavelmente difícil.⁶

Histologicamente, os melanócitos são células localizadas na camada basal da epiderme, e o diagnóstico de melanocitose dérmica baseia-se na presença de melanócitos dendríticos na derme.⁷ Melan-A, S-100 e HMB-45 demonstram boa especificidade para lesões melanocíticas, podendo ser usados para avaliar a maturação dos melanócitos e ser potenciais marcadores no diagnóstico da MDA.⁸ A relação da MDA com melanoma encontra-se raramente discutida na literatura.⁹

O conhecimento da MDA e da possibilidade de sua ocorrência extrafacial contribuem para a suspeição clínica e

o subsequente diagnóstico dessa condição, mostrando-se de extrema importância frente aos possíveis diagnósticos diferenciais que podem se estabelecer no momento da consulta, incluindo melanoma lentiginoso acral, nevo azul tipo placa, mancha mongólica ectópica e hiperpigmentação pós-inflamatória.¹⁰

Estimulamos novos relatos de MDA restrita à mão, sedimentando seu conhecimento pela classe dermatológica, e estudos mais aprofundados que corroborem para a elucidação da etiologia dessa rara condição.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Lucas Braga Leite: 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.

Flávia Regina Ferreira: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual na conduta propedêutica e/ou terapia de casos avaliados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

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 incisiva 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 estrogênio, GATA 3 e citoqueratinas (AE1/AE3) e negativo para receptor de estrogênio. 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.