

7. Nakajima T, Kuyama K, Sun Y. Histopathological and immunohistochemical studies of intramucosal nevus in the oral mucosa: with special reference to "maturation" and "origin" of the nevus cell. *Int J Oral Med Sci.* 2010;9:88–95.
8. Azis Z, Aboulouidad S, Bouihi ME, Hattab NM, Chehbouni M, Raji A. Oral amelanotic malignant melanoma: a case report. *Pan Afr Med J.* 2020;37:350.
9. Cooper H, Farsi M, Miller R. A rare case of oral mucosal amelanotic melanoma in a 77-year-old immunocompromised man. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2021;14:27–9.
10. Wilkins K, Turner R, Dolev JC, LeBoit PE, Berger TG, Maurer TA. Cutaneous malignancy and human immunodeficiency virus disease. *J Am Acad Dermatol.* 2006;54:189–206, quiz 207–10.

Izadora Fernanda Veiga de Jesus Costa ^{id a},
 Deyla Duarte Carneiro Vilela ^{id a}, Bruno Cunha Pires ^{id b},
 Jener Gonçalves de Farias ^{id c}, Valéria Souza Freitas ^{id b}
 e Jean Nunes dos Santos ^{id a,d,*}

^a Programa de Pós-Graduação em Odontologia e Saúde,
 Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Bahia,
 Salvador, BA, Brasil

^b Centro de Anatomia Patológica Pires, Feira de Santana,
 BA, Brasil

^c Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira
 de Santana, Feira de Santana, BA, Brasil

^d Laboratório de Patologia Oral e Maxilofacial, Salvador,
 BA, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mails: jeanpatol@gmail.com,
jeannunes@ufba.br (J.N. Santos).

Recebido em 8 de fevereiro de 2024; aceito em 11 de março
 de 2024

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.07.026>

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/>).

Carcinoma ductal écrino escamoide: série de cinco casos de tumor raro ^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

O carcinoma ductal écrino escamoide (CDEE) é neoplasia cutânea maligna rara que, na histologia, demonstra comportamento bifásico, com diferenciação tanto escamosa (superfície do tumor) quanto ductal écrina (profundidade do tumor), frequentemente confundido com o carcinoma espinocelular (CEC), especialmente em biopsias superficiais. O CDEE tem relevância clínica significativa em virtude de seu potencial de metástase e agressividade local.^{1,2} Portanto, o objetivo desta série de casos é demonstrar a apresentação clínica e histopatológica de cinco casos de CDEE, a fim de aprimorar o conhecimento e o manejo dessa neoplasia rara.

A **tabela 1** resume as principais informações dos cinco casos de CDEE. A doença afetou exclusivamente adultos idosos do sexo masculino, com idade média de 68 anos. Todos os casos ocorreram na região da cabeça e pescoço, com predileção pela face (três de cinco casos). Houve antecedente de imunossupressão por transplante de órgãos em três pacientes e radioterapia prévia no local em um caso. Na histopatologia (**fig. 1**), os tumores apresentaram padrão de crescimento infiltrativo na derme, invadindo ocasionalmente o tecido subcutâneo e muscular. Nas regiões mais superficiais dos tumores, observou-se diferenciação esca-

mosa, semelhante ao CEC bem diferenciado, enquanto que nas regiões mais profundas houve diferenciação ductal em diferentes graus, acompanhada por ninhos e cordões de células epiteliais com atipia moderada a grave, envolvidos por estroma desmoplásico. A presença de invasão perineural foi observada em três casos, e invasão angiolinfática em um caso. A diferenciação ductal foi confirmada pela positividade da imuno-histoquímica para o antígeno de membrana epitelial (EMA) e o antígeno carcinoembrionário (CEA) em todos os tumores (**fig. 2**). As informações sobre tratamento e evolução estão disponíveis para quatro dos cinco pacientes, visto que um deles perdeu seguimento após a biopsia incisiva do tumor. Todos os quatro casos foram submetidos a tratamento cirúrgico com margens cirúrgicas livres após o procedimento. Em dois dos quatro casos, as margens cirúrgicas foram avaliadas intraoperatoriamente por congelação, enquanto nos outros dois casos a análise das margens ocorreu após a cirurgia. O período médio de seguimento após a cirurgia foi de 28,5 meses, com evidência de recorrência local em dois pacientes; um deles havia sido submetido a cirurgia convencional com análise de margens após a cirurgia, e o outro fora submetido a cirurgia com análise de margens intraoperatória por congelação. Além disso, além de evoluir com recorrência local, um dos pacientes também apresentou metástases linfonodais e pulmonares, resultando em óbito.

O CDEE é tradicionalmente classificado como subtipo de carcinoma écrino. No entanto, sua etiopatogenia ainda é incerta, pois não está claro se surge a partir dos ductos écrinos com subsequente diferenciação escamoide, se é um subtipo de CEC ou se é um tumor verdadeiramente híbrido. O CDEE afeta principalmente idosos, geralmente na sétima ou oitava década de vida; sugere-se que a imunossupressão possa ser fator de risco. A maioria dos casos é observada na pele danificada pelo sol, especialmente na região da cabeça e pescoço; a face é a localização mais comum. Clinicamente, apresenta-se como nódulos e placas, frequen-

DOI do artigo original:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.10.006>

[☆] Como citar este artigo: Honorato CMA, Carrascoza GG, Abed NM, Moya FG. Squamoid eccrine ductal carcinoma: series of five cases of a rare tumor. *An Bras Dermatol.* 2024;99:936–9.

^{☆☆} Trabalho realizado no Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

Tabela 1 Resumo dos casos de carcinoma ductal écrino escamoide

	Sexo	Idade (anos)	Local	Imunossupressão	Presença de invasão perineural e angiolinfática	Tratamento	Tempo de seguimento (meses)	Desfecho
1	M	72	Supercílio	Transplantado renal em uso de tacrolimus, azatioprina e prednisona	Invasão perineural	Não se aplica	Não se aplica	Perda de seguimento
2	M	60	Temporal	Transplantado renal em uso de tacrolimus e everolimus	Invasão perineural e angiolinfática	Exérese cirúrgica com controle de margens intraoperatório por congelação	35	Sem sinais de recidiva local ou metástase
3	M	73	Fronte	Não	Não	Exérese cirúrgica convencional	21	Sem sinais de recidiva local ou metástase
4	M	73	Cervical	Não	Não	Exérese cirúrgica convencional	36	Recidiva local
5	M	62	Couro cabeludo	Transplantado renal em uso de prednisona	Invasão perineural	Exérese cirúrgica com controle de margens intraoperatório por congelação	22	Recidiva local e metástase pulmonar e linfonodal, evoluindo para óbito

M, Masculino.

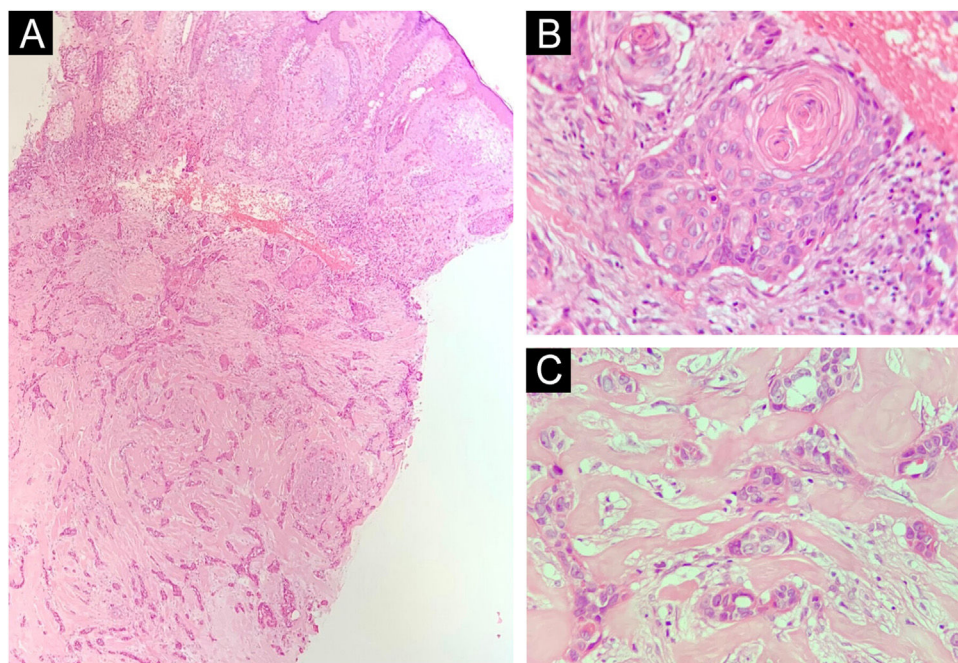


Figura 1 Histopatologia. (A) Corte histológico evidenciando tumor com crescimento infiltrativo invadindo a derme profunda (Hematoxilina & eosina, 4×). (B) Diferenciação escamosa nas porções mais superficiais (Hematoxilina & eosina, 20×). (C) Diferenciação ductal écrina na profundidade do tumor (Hematoxilina & eosina, 10×).

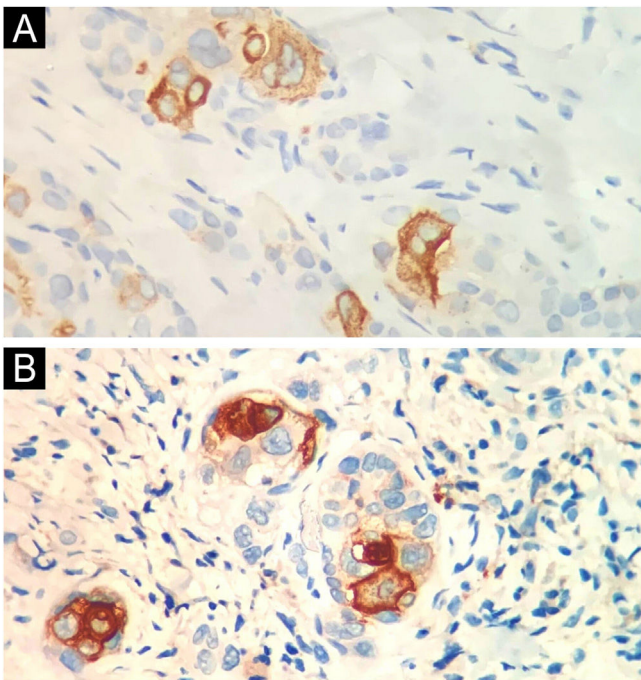


Figura 2 Positividade da imuno-histoquímica para EMA (A) e CEA (B), confirmando a presença de diferenciação ductal.

temente ulcerados, com dimensões geralmente pequenas, conforme demonstra a [figura 3](#).¹⁻³

O diagnóstico é realizado por exame anatomopatológico, no qual o CDEE revela aparência bifásica. Nas áreas superficiais do tumor, ocorre diferenciação escamosa com conexão à epiderme, enquanto nas áreas mais profundas há clara diferenciação ductal écrina. A diferenciação escamosa é tipicamente ausente nas regiões mais profundas. Além disso, observa-se crescimento infiltrativo com a presença de cordões de células epiteliais que exibem atipia citológica, bem como resposta estromal desmoplásica circundante.¹⁻⁵ O CDEE frequentemente se estende ao tecido subcutâneo e pode estar associado à invasão perineural e angiolinfática, fatores que podem explicar sua alta taxa de recorrência local (25%), mesmo após excisão completa, e seu potencial de metástase (13%), segundo dados da literatura.¹ O tratamento do CDEE envolve excisão ampla local e acompanhamento clínico regular. A cirurgia micrográfica de Mohs é opção benéfica.¹

Portanto, diante da raridade e do desconhecimento associados a essa neoplasia, além de seu potencial de desfechos desfavoráveis, é imprescindível conduzir estudos adicionais para aprofundar a compreensão e o manejo do CDEE. Nossos achados sugerem a necessidade de vigilância intensificada em pacientes transplantados renais, já que três dos cinco casos ocorreram nesse grupo. A conscientização sobre essa neoplasia é fundamental, uma vez que provavelmente é subdiagnosticada, visando assegurar seu diagnóstico precoce e tratamento adequado e, consequentemente, melhorar os desfechos clínicos dos pacientes afetados.

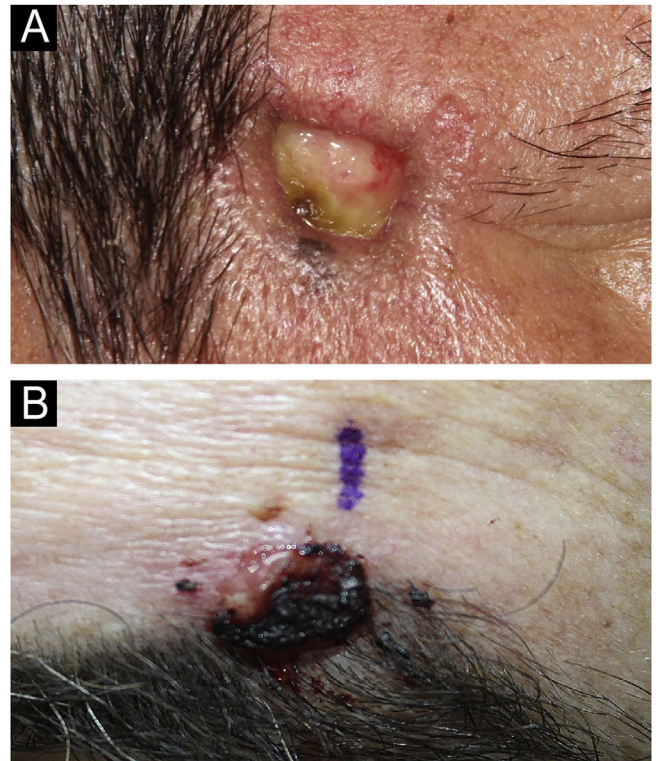


Figura 3 Clínica. (A) Placa normocrômica, de cerca de 2 cm, com vasos irregulares na borda e centro ulcerado. (B) Nódulo eritematoso, de cerca de 2 cm, com superfície friável recoberta por crosta hemática.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Cecília Mirelle Almeida Honorato: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura.

Giovanna Gelli Carrascoza: Elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura.

Nubia Marrer Abed: Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Fernanda Gonçalves Moya: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Van Der Horst MPJ, Garcia-Herrera A, Markiewicz D, Martin B, Calonje E, Brenn T. Squamoid eccrine ductal carcinoma a clinicopathologic study of 30 cases. *Am J Surg Pathol.* 2016;40:755–60.
2. Lim MM, Macdonald JA. Squamoid eccrine ductal carcinoma: treatment and outcomes. *Am J Dermatopathol.* 2022;44:249–53.
3. Saraiva MIR, Vieira MAHB, Portocarrero LKL, Fraga RC, Kakizaki P, Valente NYS. Squamoid eccrine ductal carcinoma. *An Bras Dermatol.* 2016;91:799–802.
4. Yim S, Lee YH, Chae SW, Kim WS. Squamoid eccrine ductal carcinoma of the ear helix. *Clin Case Rep.* 2019;7:1409–11.
5. Mckissack SS, Wohltmann W, Dalton SR, Miletta NR. Squamoid eccrine ductal carcinoma: an aggressive mimicker of squamous cell carcinoma. *Am J Dermatopathol.* 2019;41:140–3.

Cecília Mirelle Almeida Honorato *,
Giovanna Gelli Carrascoza , Nubia Marrer Abed 
e Fernanda Gonçalves Moya 

Departamento de Dermatologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: draceciliahonorato@gmail.com (C.M. Honorato).

Recebido em 7 de agosto de 2023; aceito em 19 de outubro de 2023

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.07.032>

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/>).

Tradução, adaptação cultural e validação do instrumento *Family Dermatology Life Quality Index* para a língua portuguesa (FDLQI-BRA)☆☆



Prezado Editor,

Afecções dermatológicas são muito prevalentes; entretanto, apesar de geralmente apresentarem baixa mortalidade, podem infligir alta morbidade e impacto na qualidade de vida (QV). Ademais, o convívio com portadores de dermatoses pode refletir angústia, demandar cuidados e gasto financeiro. Assim, a doença dermatológica pode interferir na dinâmica familiar. O impacto da doença na QV do paciente é denominado “impacto primário”, e quando envolve os familiares e/ou conviventes, chama-se “impacto secundário”.¹ Compreender as dificuldades enfrentadas pelos familiares é essencial para a criação de programas educacionais e planejamento de apoio para a promoção de QV de quem convive com pacientes dermatológicos.

O *Family Dermatology Life Quality Index* (FDLQI) é instrumento genérico, autopreenchido, para a avaliação do impacto secundário aos conviventes com portadores de doenças dermatológicas. Compõe-se de 10 itens de respostas graduadas em escala do tipo *Likert*, que variam de 0 (“nada”) a 3 (“muitíssimo”), considerando aspectos físicos (cansaço e sobrecarga física), psicológicos e sociais, assim como os relacionados a relações pessoais, laborais

e financeiras.² O FDLQI apresentou elevada consistência interna para diversas línguas como inglês (original), japonês e persa.^{3,4} Foi desenvolvido na Universidade de Cardiff (País de Gales), pelo mesmo grupo que elaborou o *Dermatology Life Quality Index* (DLQI). Não há outros instrumentos genéricos para avaliação da QV de conviventes com portadores de dermatoses. Todavia, há questionários específicos disponíveis, como o *Psoriasis Family Index* (PFI) e o *Family Dermatitis Impact* (FDI), ambos traduzidos e validados no Brasil.^{5,6}

Conduziu-se estudo tipo metodológico com objetivo de traduzir, adaptar culturalmente e validar o FDLQI para a língua portuguesa do Brasil (FDLQI-BRA). O projeto foi aprovado pelo comitê de ética institucional e o consentimento foi obtido dos participantes.

Após autorização dos autores, conduziu-se a tradução para o português e retrotradução. Para essa etapa, quatro especialistas fluentes em português e inglês, e um não especialista, geraram versão traduzida consensual, cuja retrotradução foi aprovada pelos autores do instrumento.⁷

Para a adaptação cultural, 10 familiares de pacientes portadores de doenças dermatológicas responderam ao questionário, e foram interrogados a respeito da clareza da linguagem utilizada, sobre a adequação dos termos linguísticos adotados, acerca da aplicabilidade do instrumento e sua relevância na prática clínica dermatológica. Essa etapa gerou a versão final brasileira: FDLQI-BRA ([Material Suplementar 1 e 2](#)).

Para validação de conteúdo, foram selecionados cinco dermatologistas experientes, e solicitados que avaliassem os itens conforme sua relevância e pertinência. Essa avaliação foi realizada por escala do tipo *Likert*, graduada de 1 a 5 - em que 1 é irrelevante/pouco pertinente e 5 é muitíssimo relevante/pertinente.⁷ O cálculo do Índice de Validação de Conteúdo (IVC) resultou em escores $\geq 0,8$ na maioria dos itens, com exceção ao item 6 (“recreação e lazer”), com 0,6.⁸

Para a fase de validação do FDLQI-BRA, foram incluídos 111 participantes com idade ≥ 18 anos, que coabitavam o domicílio do paciente. Os critérios de não inclusão foram

DOI do artigo original:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2024.02.005>

☆ Como citar este artigo: Souza ML, Miot HA, Martinez JE. Translation, cultural adaptation, and validation of the Family Dermatology Life Quality Index instrument into the Brazilian Portuguese language (FDLQI-BRA). *An Bras Dermatol.* 2024;99:939–42.

☆☆ Trabalho realizado no Ambulatório de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil e Prática Privada, Sorocaba, SP, Brasil.