

muito usados em nosso meio. A oxibenzona foi encontrada em 14% dos casos, e o sesquiterpeno lactona em 4,7%.

Descrevemos uma série de pacientes com DAC cujos dados demográficos e frequência de alérgenos e fotoalérgenos diferem de outras regiões geográficas. Salientamos a importância dos testes epicutâneos e fotoepicutâneos para diagnóstico e condução desses casos.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Maria Antonieta Rios Scherrer: Concepção e desenho do estudo; levantamento dos dados, ou análise e interpretação dos dados; análise estatística; redação do artigo ou revisão crítica do conteúdo intelectual importante; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; aprovação final da versão final do manuscrito.

Mariana David Cangussu Fernandes Ribeiro: Redação do artigo; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura; aprovação final da versão final do manuscrito.

Hannah Barbosa Lopes dos Anjos: Redação do artigo; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura; aprovação final da versão final do manuscrito.





Vanessa Barreto Rocha: Concepção e desenho do estudo; revisão crítica do conteúdo intelectual importante; obtenção, análise e interpretação dos dados; aprovação final da versão final do manuscrito, participação efetiva na orientação da pesquisa.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Wang CX, Belsito DV. Chronic actinic dermatitis revisited. *Dermatitis*. 2020;31:68–74.
2. Tan KW, Haylett AK, Ling TC, Rhodes LE. Comparison of demographic and photobiological features of chronic actinic dermatitis in patients with lighter vs darker skin types. *JAMA Dermatol*. 2017;153:427–35.
3. Gonçalo M. Phototoxic and Photoallergic Reactions. In: Johansen JD, Frosch PJ, Lepoittevin JP, editors. *Contact Dermatitis*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2011. p. 361–76.
4. Que SK, Brauer JA, Soter NA, Cohen DE. Chronic actinic dermatitis: an analysis at a single institution over 25 years. *Dermatitis*. 2011;22:147–54.
5. Paek SY, Lim HW. Chronic actinic dermatitis. *Dermatol Clin*. 2014;32:355–61, viii-ix.

Maria Antonieta Rios Scherrer ^a,
Mariana David Cangussu Fernandes Ribeiro ^a,
Hannah Barbosa Lopes dos Anjos ^a
e Vanessa Barreto Rocha ^{b,*}

^a Anexo de Dermatologia, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

^b Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: vanessabarreto.vbr@gmail.com (V.B. Rocha).

Recebido em 21 de janeiro de 2024; aceito em 18 de março de 2024

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.11.001>

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/>).

Dermatofibroma: análise clinicopatológica de 239 casos ^{☆☆☆}



Prezado Editor,

Dermatofibroma é um dos tumores benignos de tecidos moles cutâneos mais frequentes, geralmente localizado nas extremidades. As lesões costumam apresentar-se como

nódulos cutâneos firmes, acastanhados, elevados e solitários. Na histopatologia, o dermatofibroma é caracterizado pela proliferação de células fusiformes, fibroblásticas e histiocitoides, uniformes em padrão estoriforme.^{1,2} Existem subvariantes de dermatofibroma que são observadas com menos frequência. Esses são os subtipos lipídico, aneurismático, hemossiderótico, celular, de células claras, atrófico, epitelióide e esclerótico.^{2,3} Raramente, também pode se apresentar apenas na forma subcutânea, sem comprometer as camadas mais superficiais da pele.⁴

O dermatofibroma comum é observado com frequência enquanto as variantes raras correspondem a 20% dos dermatofibromas avaliados histopatologicamente.² Subtipos diferentes do dermatofibroma comum podem ter manifestações clínicas diferentes e podem causar dificuldade no diagnóstico diferencial. Assim, o presente estudo objetivou a avaliação clinicopatológica de casos diagnosticados como dermatofibroma. Foi feita avaliação aprofundada

DOI do artigo original:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2024.03.012>

[☆] Como citar este artigo: Erdil Dİ, Leblebici C, Erdil D, Manav V, Erdemir VA, Aksu AE. Dermatofibroma: clinicopathological analysis of 239 cases. *An Bras Dermatol*. 2025;100:152–7.

^{☆☆} Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, İstanbul Training and Research Hospital, İstanbul, Turquia.

Tabela 1 Características clínicas e histopatológicas de pacientes com dermatofibroma

		Mín-máx	Mediana	Média ± desvio padrão	
Idade		12,0-72,0	40,0	40,77 ± 12,92	
Tamanho (mm)		2,0-45,0	5,0	7,05 ± 6,31	
Gênero	Feminino			N	%
	Masculino			142	61,2
Localização	Extremidade inferior			90	38,7
	Extremidade superior			121	50,8
	Tronco			84	35,2
	Face			29	12,1
Diagnóstico diferencial clínico incluindo DF	(-)			4	1,6
	(+)			30	12,5
Histopatologia clássica de DF	(-)			209	87,4
	(+)			36	15
Variante histopatológica	Clássica			203	84,9
	Atrófica			18	7,5
	Celular			11	4,6
	Aneurismática			2	0,8
	Lipidizada			4	1,6
	Esclerótica			1	0,4

DF, dermatofibroma.

de variantes pouco frequentes, de seu diagnóstico diferencial e de como conseguir o diagnóstico dermatológico correto dessas variantes.

Foram avaliados retrospectivamente os prontuários médicos de 239 casos de dermatofibroma de 232 pacientes com diagnóstico clínico e histopatológico em uma clínica dermatológica entre os anos de 2012 a 2021. Pacientes com diagnósticos clínicos ou histopatológicos suspeitos ou que não tinham fotografia clínica foram excluídos do estudo. As seguintes características foram registradas:

Características demográficas: idade, gênero.

Características clínicas: tipo de dermatofibroma, localização e cor das lesões.

Características histopatológicas: subtipo do dermatofibroma.

Método estatístico: média, desvio padrão, mediana, valor mínimo, máximo, frequência e valores de razão foram utilizados na estatística descritiva dos dados. A distribuição das variáveis foi medida com o teste de Kolmogorov-Smirnov. O teste *U* de Mann-Whitney foi usado na análise de dados quantitativos independentes. O teste qui-quadrado foi usado para analisar dados qualitativos independentes, e o teste exato de Fisher foi usado quando as condições do teste qui-quadrado não foram atendidas. O programa SPSS 28.0 foi usado na análise estatística.

Os resultados de 239 casos de dermatofibroma de 232 pacientes foram incluídos no presente estudo. As características demográficas, clínicas e histopatológicas dos pacientes são mostradas na [tabela 1](#). Um total de 61,2% dos pacientes eram mulheres e 38,7% eram homens, com média de idade de 40,7 ± 12,9 anos. O local mais comum de envolvimento foi a extremidade inferior (50,8%), seguido pelo envolvimento da extremidade superior, com 35,2%. As lesões tinham tamanho médio de 7 ± 6,3 mm. Na histopatologia, 84,9% dos casos eram de subtipos comuns, seguidos por 7,5% de atróficos,

4,6% celulares, 1,6% lipidizados, 0,8% aneurismáticos e 0,4% escleróticos ([figs. 1-3](#)).

O dermatofibroma foi considerado o primeiro diagnóstico em 87,4% dos casos, enquanto em 12,5% dos casos ele não estava entre os diagnósticos preliminares. Os diagnósticos diferenciais mais comumente considerados foram granuloma por corpo estranho, prurigo nodular, pilomatricoma, que-loide e dermatofibrosarcoma *protuberans* (DFSP) em ordem decrescente ([fig. 4](#)).

A idade, o gênero dos pacientes e o tamanho da lesão não diferiram significativamente ($p > 0,05$) entre os grupos com e sem histopatologia clássica (HP). A idade dos pacientes no grupo com diagnóstico diferencial de DF foi significativamente menor ($p < 0,05$) em comparação com o grupo sem DF no diagnóstico diferencial. A distribuição por gênero não diferiu significativamente entre os grupos com e sem diagnóstico diferencial de DF ($p > 0,05$). O tamanho da lesão foi significativamente maior no grupo com pré-diagnóstico de DF do que no grupo sem pré-diagnóstico de DF ($p < 0,05$). A taxa de padrão histopatológico comum no grupo com diagnóstico diferencial de DF foi significativamente maior ($p < 0,05$) do que no grupo sem diagnóstico diferencial de DF ([tabela 2](#)).

O dermatofibroma é um dos tumores benignos de pele mais comuns encontrados na prática clínica. Embora seu diagnóstico seja relativamente simples na forma comum, o diagnóstico pode ser desafiador nos casos em que a histopatologia evidencia subtipos raros. No presente estudo, variantes raras foram observadas a uma taxa de 15%. Foi relatado na literatura que dermatofibromas podem imitar muitas lesões diferentes, exibindo diferentes cores e vários espectros clínicos. Granuloma por corpo estranho, prurigo nodular e pilomatricoma foram os diagnósticos diferenciais mais comuns na prática clínica dos autores.

Em um estudo que incluiu 30 histiocitomas fibrosos aneurismáticos, frequentemente foram considerados no

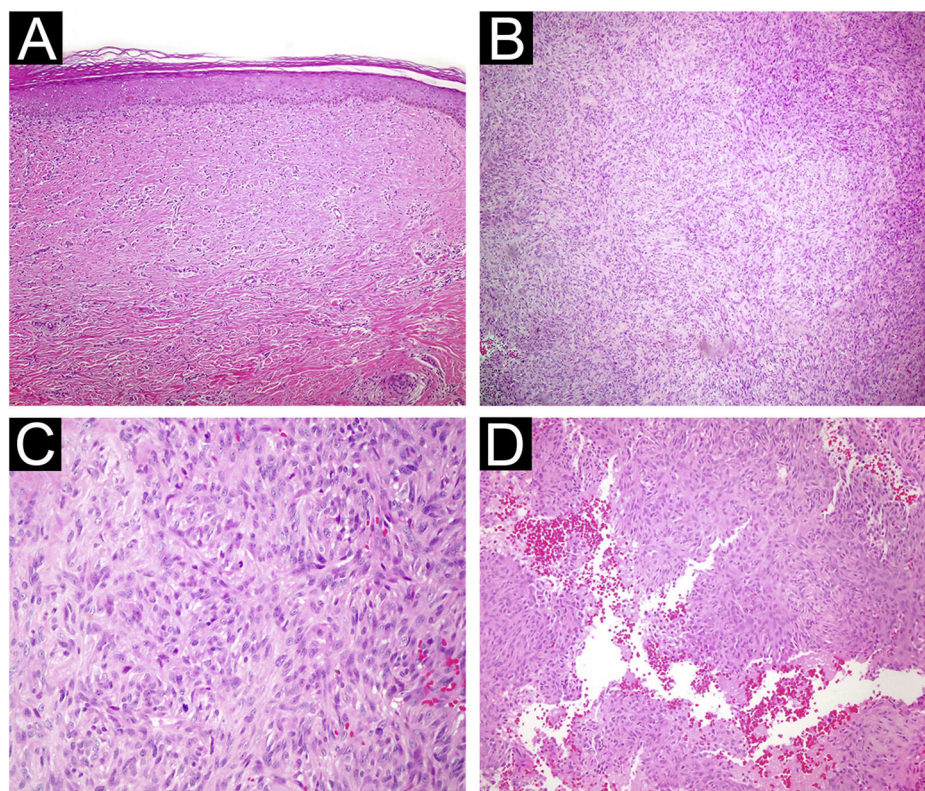


Figura 1 (A) Dermatofibroma atrófico. A lesão é hipocelular e exhibe hialinização acentuada (Hematoxilina & eosina, 200 ×). (B) Dermatofibroma celular com celularidade acentuada (Hematoxilina & eosina, 100 ×). (C) Dermatofibroma celular mostrando mitoses proeminentes (Hematoxilina & eosina, 400 ×). (D) Histiocitoma fibroso aneurismático. Espaços císticos repletos de hemácias são observados dentro da lesão (Hematoxilina & eosina, 200 ×).

Tabela 2 Diagnóstico de dermatofibroma de acordo com variáveis clínicas

		Pré-diagnóstico de DF - (n = 40)	Mediana	Pré-diagnóstico de DF + (n = 209)	Mediana	p
		Média ± DP/n (%)		Média ± DP/n (%)		
Idade		47,21 ± 13,73	50,0	39,85 ± 12,56	39,0	0,005 ^a
Gênero	Feminino	15 (38,5%)		127 (62,6%)		
	Masculino	14 (35,9%)		76 (37,4%)		0,263 ^b
Tamanho		5,17 ± 4,24	4,0	7,33 ± 6,51	5,0	0,043 ^a
DF Clássico	(-)	11 (36,7%)		25 (12,0%)		0,000 ^b
	(+)	19 (63,3%)		184 (88,0%)		

^a Teste U de Mann-Whitney.

^b Teste de qui-quadrado.

diagnóstico inicial: nevo intradérmico, leiomioma ou tumor vascular benigno. Trombose focal e deposição de hemossiderina foram considerados os fatores que afetam a cor da apresentação.⁵ De maneira similar, no presente estudo, um caso de histiocitoma fibroso aneurismático apresentou-se com coloração preta e causou dificuldades no diagnóstico diferencial.

O dermatofibroma lipidizado pode ter a forma de um grande nódulo amarelo exofítico, geralmente ao redor do tornozelo, e pode ser clinicamente confundido com xantogranuloma juvenil. O dermatofibroma lipidizado costuma afetar a extremidade inferior, enquanto o xantogranuloma juvenil afeta a região da cabeça e pescoço.^{2,6} Todos os casos

de dermatofibroma lipidizado no presente relato estavam localizados nas extremidades inferiores.

A diferenciação entre dermatofibroma celular e DFSP é muito relevante. Uma de suas características distintas é que ele pode afetar clinicamente diferentes localizações, como face, mãos e pés, além das extremidades.⁷ A imunomarcação com antígeno de célula progenitora humana (CD34) varia entre 50% e 100% no DFSP, enquanto a imunomarcação focal com CD34 pode ser detectada em <20% no DF.⁸ Em estudo recente, foi observado necrose do tecido adiposo e infiltrado linfocítico em todos os casos de dermatofibroma celular, e sua ausência em casos de DFSP pode ser útil no diagnóstico histopatológico.⁹ Enquanto o dermatofibroma foi considerado o diagnóstico

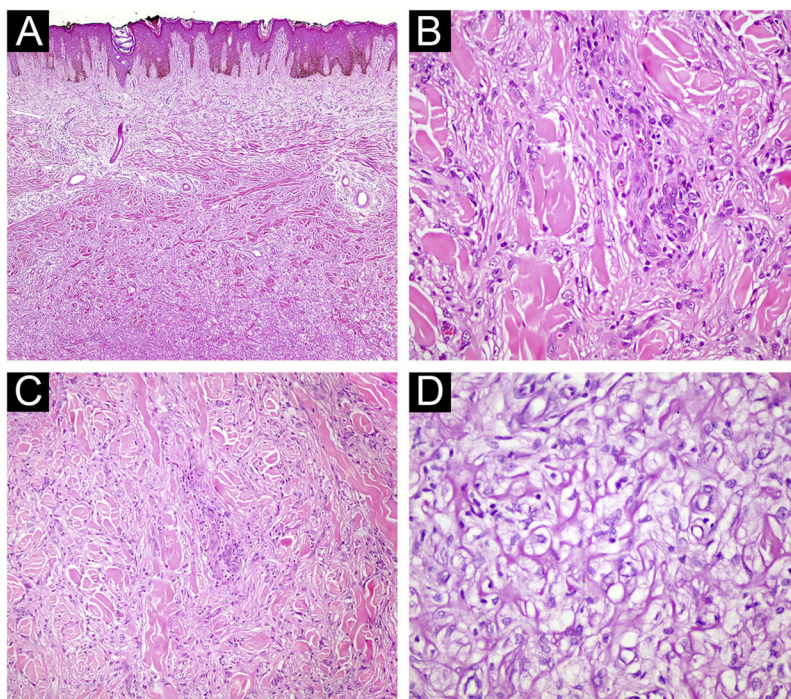


Figura 2 (A) Histiocitoma fibroso com características atípicas. Pleomorfismo nuclear acentuado é evidente (Hematoxilina & eosina, 200 ×). (B) Histiocitoma fibroso com características atípicas. Núcleos pleomórficos são observados (Hematoxilina & eosina, 400 ×). (C) Histiocitoma fibroso lipidizado. Hialinização significante é perceptível na lesão (Hematoxilina & eosina, 40 ×). (D) Aspecto espumoso no citoplasma de células do dermatofibroma (Hematoxilina & eosina, 400 ×).

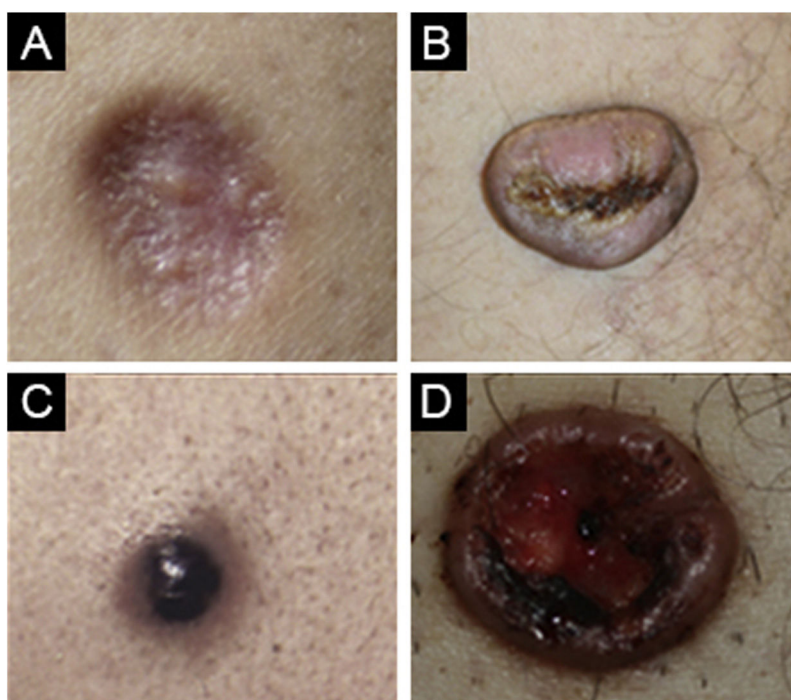


Figura 3 (A) Dermatofibroma atrófico. (B) Dermatofibroma celular. (C) Dermatofibroma aneurismático. (D) Dermatofibroma lipidizado.

inicial em 87,0% dos casos, em 12,5% dos casos ele não estava entre os diagnósticos. E, 17,0% deles eram casos de dermatofibroma celular. Portanto, é essencial conside-

rar o diagnóstico diferencial com DFSP ou outras neoplasias malignas.

A principal limitação do presente estudo é seu desenho retrospectivo. Entretanto, ter as fotografias de todos

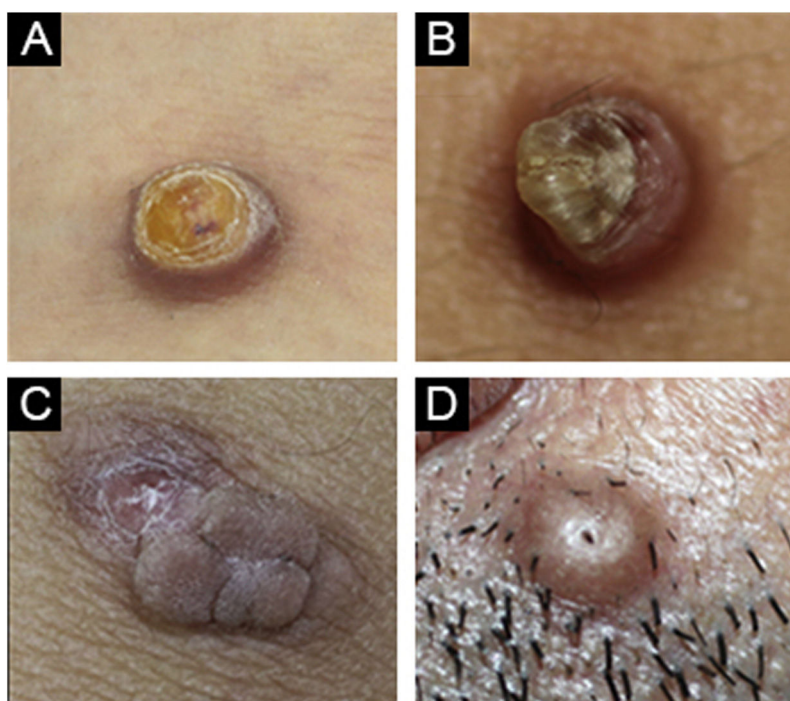


Figura 4 (A) Caso de dermatofibroma celular com pré-diagnóstico de poroma écrino. (B) Caso de dermatofibroma comum com pré-diagnóstico de ceratoacantoma. (C) Caso de dermatofibroma celular com pré-diagnóstico de acrocórdon com irritação cutânea. (D) Caso comum de dermatofibroma com pré-diagnóstico de tricofoliculoma.

os pacientes tornou a avaliação clínica possível. A ausência de outros subtipos histopatológicos raros de dermatofibroma pode ser outra limitação do presente estudo.

O dermatofibroma é um dos tumores benignos de tecidos moles mais comuns com diagnóstico direto. Por outro lado, reconhecer as variantes raras do dermatofibroma pode ajudar os clínicos a diferenciá-lo dos imitadores.

Contribuição dos autores

Dilara Ilhan Erdil: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura, obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa, participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; análise estatística, concepção e planejamento do estudo.

Cem Leblebici: Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Duygu Erdil: Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Vildan Manav: Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual

em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Vefa Aslı Erdemir: Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Ayşe Esra Koku Aksu: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; análise estatística; concepção e planejamento do estudo.

Suporte financeiro

Nenhum.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Han TY, Chang HS, Lee JH, Lee WM, Son SJ. A clinical and histopathological study of 122 cases of dermatofibroma (benign fibrous histiocytoma). *Ann Dermatol.* 2011;23:185–92.
2. Alves JV, Matos DM, Barreiros HF, Bartolo EA. Variants of dermatofibroma - a histopathological study. *An Bras Dermatol.* 2014;89:472–7.
3. Felty CC, Linos K. Epithelioid fibrous histiocytoma: a concise review. *Am J. Dermatopathol.* 2019;41:879–83.

- Lee WJ, Jung JM, Won CH, Chang SE, Choi JH, Moon KC, et al. Clinical and histological patterns of dermatofibroma without gross skin surface change: a comparative study with conventional dermatofibroma. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2015;81:263–9.
- Nabatanzi A, Male M, Qu XY, Li YQ, Meng X, Di WS, et al. Aneurysmal fibrous histiocytoma: clinicopathology analysis of 30 cases of a rare variant of cutaneous fibrohistiocytoma. *Curr Med Sci.* 2019;39:134–7.
- Seo JK, Shin EJ, Jeong KH, Shin MK. Lipidized fibrous histiocytoma: differential diagnosis from juvenile xanthogranuloma. *Ann Dermatol.* 2019;31:254–6.
- Luzar B, Calonje E. Cutaneous fibrohistiocytic tumours - an update. *Histopathology.* 2010;56:148–65.
- Abenzoza P, Lillemo T. CD34 and factor XIIIa in the differential diagnosis of dermatofibroma and dermatofibrosarcoma protuberans. *Am J Dermatopathol.* 1993;15:429–34.
- Schechter SA, Bresler SC, Patel RM. Fat necrosis with an associated lymphocytic infiltrate represents a histopathologic clue that distinguishes cellular dermatofibroma from dermatofibrosarcoma protuberans. *J Cutan Pathol.* 2020;47:913–6.

Dilara İlhan Erdil ^{ID a,*}, Cem Leblebici ^{ID b}, Duygu Erdil ^{ID a}, Vildan Manav ^{ID a}, Vefa Aslı Erdemir ^{ID c} e Ayşe Esra Koku Aksu ^{ID a}

^a Departamento de Dermatologia, Istanbul Training and Research Hospital, University of Health Sciences, Istanbul, Turquia

^b Departamento de Patologia, Istanbul Training and Research Hospital, University of Health Sciences, Istanbul, Turquia

^c Departamento de Dermatologia, Istanbul Medeniyet University, Istanbul, Turquia

* Autor para correspondência.

E-mail: dilara2021@gmail.com (D.İ. Erdil).

Recebido em 24 de outubro de 2023; aceito em 17 de março de 2024

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.11.002>

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/>).

Celulite dissecante do couro cabeludo: características clínicas e impacto na qualidade de vida de 66 pacientes brasileiros ^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Celulite dissecante do couro cabeludo (CDCC), também conhecida como “perifoliculite *capitis abscedens et suffodiens*”, é alopecia cicatricial neutrofílica primária rara, com impacto negativo significativo na qualidade de vida dos pacientes.¹ Junto a hidradenite supurativa (HS), acne conglobata (AC) e cisto pilonidal (CP), a CDCC tem sido considerada parte da tetrade de oclusão folicular, sugerindo mecanismo patogênico comum para essas entidades.^{2,3}

A CDCC afeta principalmente homens afro-descendentes na 2ª e 3ª décadas de vida; no entanto, também foi descrita em caucasianos³ e em mulheres.⁴

O vértice e as áreas occipitais do couro cabeludo são predominantemente afetados. As lesões iniciais são estruturas semelhantes a comedões com pústulas, nódulos flutuantes e abscessos estéreis em distribuição focal ou difusa no couro cabeludo. Nesse estágio inicial, as características tricoscópicas podem ser semelhantes às da alopecia areata (AA) com pontos pretos, aberturas foliculares vazias e pon-

tos amarelos 3D de borda dupla. A intervenção precoce nesse estágio pode levar ao crescimento capilar^{5,6} (fig. 1) Se não forem tratadas, as lesões eventualmente resultam em nódulos dolorosos supurativos inflamatórios e fístulas interconectadas que, em última análise, levam à alopecia cicatricial (fig. 2).



Figura 1 Celulite dissecante do couro cabeludo: as lesões iniciais são geralmente caracterizadas por nódulos únicos e áreas de alopecia não cicatricial.

DOI do artigo original:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2024.06.003>

[☆] Como citar este artigo: Gerlero P, Peron I, Doche I, Freitas Rodrigues E, Macedo T, Rivitti-Machado MC. Dissecting cellulitis of the scalp: clinical characteristics and impact on quality of life of 66 Brazilian patients. *An Bras Dermatol.* 2025;100:158–61.

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