

Maria das Graças Vale Barbosa Guerra: Elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Sinésio Talhari: Aprovação da versão final do manuscrito; participação e planejamento no design do estudo; revisão crítica do manuscrito.

Conflitos de interesse

Nenhum.

Referências

1. De Capitani EM, Vieira RJ, Bucarety F, Fernandes LC, Toledo AS, Camargo AC. Human accidents involving *Rhinocricus* spp., a common millipede genus observed in urban areas of Brazil. *Clin Toxicol (Phila)*. 2011;49:187–90.
2. Haddad V Jr, Cardoso JLC, Rotta O, Eterovic A. Acidentes provocados por Millipede com manifestações dermatológicas: relato de dois casos. *An Bras Dermatol*. 2000;75:471–4.
3. Lima CA, Cardoso JL, Magela A, Oliveira FG, Talhari S, Haddad Junior V. Exogenous pigmentation in toes feigning ischemia of the extremities: a diagnostic challenge brought by arthropods of the Diplopoda Class ("millipedes"). *An Bras Dermatol*. 2010;85:391–2.
4. Radford AJ. Millipede burns in man. *Trop Geogr Med*. 1975;27:279–87.

5. Haddad V Jr, Cardoso JL, Lupi O, Tying SK. Tropical dermatology: Venomous arthropods and human skin: Part II. Diplopoda, Chilopoda, and Arachnida. *J Am Acad Dermatol*. 2012;67:347, e1-e9.

Silmara Navarro Pennini ^{ID} a,b,* ,
Paula Frassinetti Bessa Rebello ^{ID} b ,
Maria das Graças Vale Barbosa Guerra ^{ID} b
e Sinésio Talhari ^{ID} a

^a Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical, Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado, Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, AM, Brasil

^b Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta, Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, AM, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: pennini.sn@gmail.com (S.N. Pennini).

Recebido em 7 de março de 2019; aceito em 24 de maio de 2019

Disponível 14 de dezembro de 2019

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2019.10.002>
2666-2752/ © 2019 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/>).

Plasmocitoma cutâneo difuso primário: quando uma abordagem clínico-patológica correta é fundamental para a saúde do paciente ☆☆☆

Prezado Editor,

Uma mulher de 76 anos apresentava várias placas arroxeadas nos braços (fig. 1), na região deltoide, nos cotovelos, no punho, na região mamária e nas pernas. As lesões eram dolorosas ao toque, mas sem prurido. Clinicamente, havia suspeita de eczema. Foi solicitada uma biópsia de pele do braço esquerdo.

O exame histológico das seções coradas com hematoxilina e eosina indicou presença de aglomerados difusos de células atípicas em forma oval, com citoplasma abundante, núcleos excêntricos, cromatina com aspecto de mostrador do relógio e, às vezes, nucléolos proeminentes, infiltravam-se na derme média e profunda (fig. 2). Figuras mitóticas foram observadas. As células neoplásicas eram morfolo-

gicamente semelhantes às células plasmáticas maduras. Portanto, foi feito um painel imuno-histoquímico específico: elas eram difusamente positivas para CD79a, CD138, CD56, MUM-1 e EMA e totalmente negativas para CD20. Estudos imuno-histoquímicos para cadeias leves kappa e lambda evidenciaram expressão monoclonal de cadeias leves de imunoglobulina kappa (fig. 3).



Figura 1 Múltiplas placas cutâneas arroxeadas, dolorosas, sem prurido e localizadas no braço esquerdo.

☆ Como citar este artigo: Broggi G, Martino E, Calafiore V, Calabiano R. Primary diffuse cutaneous plasmacytoma: when a correct clinico-pathologic approach is mandatory for the patient's health. *An Bras Dermatol*. 2019;94:767–9.

☆☆ Trabalho realizado no AOU Policlinico-Vittorio Emanuele, Catania, Itália.

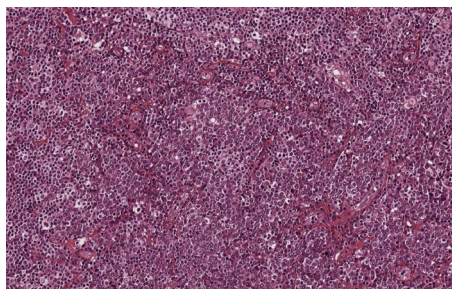


Figura 2 O tumor era composto de aglomerados de células ovais com citoplasma abundante, núcleos excêntricos e cromatina com aspecto de “mostrador de relógio” (Hematoxilina & eosina; 200×).

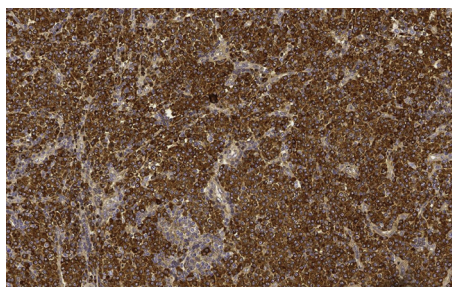


Figura 3 Estudos imuno-histoquímicos evidenciaram expressão monoclonal de cadeias leves de imunoglobulina kappa (Imunoperoxidase; 200×).

Para completar o processo diagnóstico, foi feita uma biópsia da medula óssea, negativa para localização de mieloma múltiplo (MM) – menos de 10% de células plasmáticas; sem restrição clonal. Não foram observadas proteínas Bence-Jones na urina. O hemograma e a análise bioquímica do sangue revelaram valores normais de hemoglobina, creatinina sérica e cálcio sérico. A eletroforese de proteínas séricas evidenciou um pico da cadeia leve lambda.

Uma vez confirmada a ausência de doença em outras localizações, foi feito o diagnóstico clínico-patológico de plasmocitoma cutâneo difuso primário (PCDP). Considerando o amplo comprometimento cutâneo, a paciente foi submetida a um tratamento sistêmico: bortezomibe na dose de 1,3 mg/m² por via subcutânea nos dias 1, 8, 15 e 22, mel-falano administrado por via oral na dose de 14 mg nos dias 1, 2, 3 e 4 e dexametasona na dose de 20 mg nos dias 1, 2, 8, 9, 15, 16, 22, e 23 (VMP). Após nove ciclos, a tomografia computadorizada por emissão de pósitrons com fluorodeoxiglicose evidenciou o desaparecimento completo das lesões de pele e ausência do pico da imunoglobulina G lambda na eletroforese de proteínas séricas.

A paciente completou o tratamento sem efeitos adversos e, até o momento, após um ano e oito meses de acompanhamento, nenhuma recorrência foi detectada.

O PCDP é uma doença rara¹ que surge primariamente na pele; portanto, pode ser considerado um plasmocitoma cutâneo extramedular localizado (PEM) e não deve ser confundido com plasmocitoma cutâneo secundário (PCS) no contexto de MM.² De acordo com uma revisão sistemática recente, apenas 68 casos de plasmocitomas cutâneos primários (PCP) foram relatados na literatura, a maioria dos quais eram lesões isoladas.³

O PCDP geralmente surge como nódulos cutâneos azul-arroxeados com predileção por face, tronco e extremidades.^{1,2} Histologicamente, um padrão de infiltração difusa ou nodular pode ser observado nos PCP; as células neoplásicas podem apresentar diferentes estágios do processo de maturação das células plasmáticas, desde características bem diferenciadas a características pleomórficas (semelhantes aos plasmoblastos).^{4,5} PCPs com características semelhantes a plasmoblastos são compostos de células neoplásicas com maior razão nuclear/citoplasmática, cromatina finamente dispersa e nucléolos mais proeminentes.⁴ O epidermotropismo geralmente está ausente nas PCPs.⁵

O principal fator prognóstico é a apresentação clínica (lesões únicas ou múltiplas),³ mas também é importante considerar o desempenho do paciente e as comorbidades que podem prejudicar a adesão ao tratamento. Em sua revisão sistemática, Tsang et al.³ mostraram que a única variável clínica associada à sobrevida livre de recorrência (SLR) e à sobrevida global (SG) foi o número de lesões (únicas ou múltiplas); em particular, esses autores observaram uma grande diferença na sobrevida mediana e na SLR entre pacientes com lesões únicas e aqueles com lesões múltiplas.³ Nesse último subconjunto de pacientes, quimioterapia sistêmica é necessária devido ao alto índice de evolução para MM e ao mau prognóstico.¹

O diagnóstico diferencial de PCP inclui MM com PCS, plasmocitoma extramedular com envolvimento cutâneo secundário, outros linfomas cutâneos de células B, em particular linfoma de zona marginal (LZM) com diferenciação acentuada de células plasmáticas e doenças infecciosas como infecções por *Borrelia*.

É fundamental enfatizar que as células plasmáticas neoplásicas nas PCPs podem ser citologicamente indistinguíveis das reativas em doenças infecciosas, o que pode ser uma possível armadilha diagnóstica para os patologistas. Portanto, a avaliação imuno-histoquímica da expressão mono ou policlonal das cadeias leves de imunoglobulina,⁴ combinada com a ausência de histórico sugestivo de infecção ou identificação de agentes causais, é essencial para o diagnóstico de malignidade.⁵

O MM raramente envolve a pele e, devido à ausência de características histológicas distintivas, a distinção entre SCP em MM e PCP só é possível por meio de exames clínicos e laboratoriais.²

Finalmente, o PCDP é uma doença rara que requer uma ampla abordagem multidisciplinar, fortemente recomendada para se obter o diagnóstico de PCP “verdadeiro” e assim escolher o tratamento ideal.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuições dos autores

Giuseppe Broggi: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito.

Enrica Martino: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito.

Valeria Calafiore: Obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Rosario Caltabiano: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.





Conflitos de interesse

Nenhum.

Referências

1. Malissen N, Fabre C, Joux JM, Bourquard P, Dandurand M, Marque M, et al. Multiple primary cutaneous plasmacytoma. *Ann Dermatol Venereol.* 2014;141:364–8.
2. Kazakov DV, Belousova IE, Müller B, Palmedo G, Samtsov AV, Burg G, et al. Primary cutaneous plasmacytoma: a clinicopathological study of two cases with a long-term follow-up and review of the literature. *J Cutan Pathol.* 2002;29:244–8.
3. Tsang DS, Le LW, Kukreti V, Sun A. Treatment and outcomes for primary cutaneous extramedullary plasmacytoma: a case series. *Curr Oncol.* 2016;23:e630–46.
4. Requena L, Kutzner H, Palmedo G, Calonje E, Requena C, Pérez G, et al. Cutaneous involvement in multiple myeloma: a clinicopathologic, immunohistochemical, and cytogenetic study of 8 cases. *Arch Dermatol.* 2003;139:475–86.

5. Rongioletti F, Patterson JW, Rebora A. The histological and pathogenetic spectrum of cutaneous disease in monoclonal gammopathies. *J Cutan Pathol.* 2008;35:705–21.

Giuseppe Broggi ^{a,*}, Enrica Martino ^b,
Valeria Calafiore ^b
e Rosario Caltabiano ^a

^a Departamento Gian Filippo Ingrassia, Seção de Patologia Anatômica, Universidade de Catania, Catania, Itália

^b Divisão de Hematologia, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Vittorio Emanuele, Catania, Itália

* Autor para correspondência.

E-mail: giuseppe.broggi@gmail.com (G. Broggi).

Recebido em 30 de novembro de 2018; aceito em 1 de abril de 2019

Disponível 14 de dezembro de 2019

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2019.04.002>

2666-2752/ © 2019 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/>).

Necrobiose lipoídica perfurante: boa resposta ao adalimumabe^{☆,☆☆}

Prezado Editor,

A necrobiose lipoídica (NL) é dermatose granulomatosa rara, de origem ainda desconhecida, frequentemente relacionada ao diabetes *mellitus* (DM).^{1,2} A forma perfurante da necrobiose lipoídica (NLP) é ainda mais infrequente e afeta principalmente adultos entre 30 e 60 anos, particularmente mulheres. A lesão clínica consiste em placas coalescentes, de vários diâmetros, na clássica localização da NL. A presença de *plugs* queratóticos, que deixam pequenas depressões no tecido quando removidos, é característica.² Histologicamente, há a eliminação do material necrobiótico pelo canal folicular, além dos granulomas “em paliçada” com necrobiose do colágeno.

Relatamos o caso de um paciente masculino de 65 anos, que referia surgimento de pápulas e placas inicialmente no antebraço direito havia um ano e, três meses depois, na região escapular e perna direita, com pústulas, edema e eritema até terço proximal de perna direita, acompanhadas por discreto prurido e desconforto no local. Paciente com hipertensão arterial e transtorno depressivo, em uso de losartana, fluoxetina e diosmina. Ex-tabagista, negava

etilismo e demais comorbidades. Ao exame dermatológico, apresentava placas eritematosas, infiltradas, de aspecto anular, com áreas ulcerada e fibrina em seu interior, em ambas as pernas, pé direito e braço direito (fig. 1). Exames sorológicos negativos, glicemia de jejum dentro da norma-



Figura 1 Placas eritematosas, infiltradas, de aspecto anular, com ulcerações, na perna e pé direitos.

[☆] Como citar este artigo: Nunes de Mattos AB, Brummer CF, Funchal GDG, Nunes DH. Perforating necrobiosis lipoidica: good response to adalimumab. *An Bras Dermatol.* 2019;94:769–71.

^{☆☆} Trabalho realizado no Hospital Universitário Polyodoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.