

Referências

1. Cohen PR, Erickson CP, Calame A. Atrophic dermatofibroma: a comprehensive literature review. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2019;9:449–68.
2. Gutierrez N, Calame A, Erickson C, Cohen PR. Atrophic dermatofibroma: a unique dermatofibroma variant. *Cureus*. 2021;13:e14570.
3. Kelati A, Aqil N, Baybay H, Gallouj S, Mernissi FZ. Beyond classic dermoscopic patterns of dermatofibromas: a prospective research study. *J Med Case Rep*. 2017;11:266.
4. Karabay EA, Demir D, Gürsoy F, Zindanci I. A rare case of atrophic dermatofibroma with dermoscopic findings. *J Cosmet Dermatol*. 2021;20:2598–601.
5. Yano-Takamori A, Tsuji G, Nakahara T, Kido-Nakara M, Furue M. A case of atrophic dermatofibroma overexpressing matrix metalloproteinase-1. *Case Rep Dermatol*. 2019;11:264–7.

Misaki Kusano  e Toshiyuki Yamamoto 

Departamento de Dermatologia, Fukushima Medical University, Fukushima, Japão

* Autor para correspondência.

E-mail: toyamade@fmu.ac.jp (T. Yamamoto).

Recebido em 11 de maio de 2022; aceito em 11 de junho de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.11.009>

2666-2752/ © 2023 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/>).

Melanoma amelanótico em criança^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Uma menina de 3 anos apresentava história de nódulo rosado na perna esquerda havia sete meses. A lesão era inicialmente uma pápula de cerca de 2 mm, depois aumentou de tamanho ao longo de sete meses, com erosão e exsudação do nódulo devido ao frequente ato de coçá-lo. A paciente não apresentava sintomas sistêmicos, e seu histórico familiar era normal. O nódulo ulcerado não respondeu aos antibióticos orais. O exame físico mostrou nódulo rosado de 2,5 × 2,5 cm de diâmetro na parte interna da perna esquerda, de textura dura, borda irregular e superfície ulcerada, com duas pequenas pápulas ao redor (fig. 1A). Os exames de sangue de rotina, de funções hepática e renal e os testes de coagulação, foram normais. De acordo com as manifestações clínicas, dermatofibrosarcoma protuberans, esporotricose e infecções micobacterianas atípicas foram considerados no diagnóstico diferencial. O nódulo foi completamente excisado cirurgicamente e em seguida foi realizado exame histopatológico da lesão total. Os achados histopatológicos (fig. 1B–D, fig. 2A–B) mostraram hiperplasia pseudoepiteliomatosa, ulceração e proliferação de melanócitos, com núcleos angulados, em padrão lentiginoso na junção dermo-epidérmica. Havia alguns melanócitos atípicos em ascensão pagetoide e, na derme superior, observaram-se melanócitos epitelioides parcialmente agrupados em ninhos. Na porção inferior da lesão foram detectados má circunscrição, celularidade densa, falta de maturação e crescimento infiltrativo. Em grande aumento observaram-se grandes núcleos irregulares hipercromáticos com atipia proeminente e pouca

diferenciação. No componente dérmico havia amoldamento nuclear e células tumorais estendendo-se aos tecidos profundos. A imuno-histoquímica (fig. 2C–D, fig. 3A–D) mostrou Melan A (+), S-100 (+), HMB-45 (–), P16 (–), Ciclina D1 (+), Ki-67 (cerca de 20%, +), sugerindo proliferação elevada. O diagnóstico de melanoma amelanótico (MA) foi confirmado com base no achado nodular irregular ulcerado, no achado microscópico e nos resultados da imuno-histoquímica. As investigações, incluindo tomografia computadorizada de cabeça e tórax e ultrassonografia de linfonodos superficiais, fígado, baço e rins foram normais. Esses resultados não revelaram nenhuma metástase. A paciente está sendo acompanhada cuidadosamente há dois anos e felizmente está viva e em condições saudáveis, com crescimento e desenvolvimento normais.

O MA é um tipo raro de melanoma, de difícil diagnóstico por não apresentar as características clínicas e patológicas clássicas do melanoma, especialmente em crianças.¹ As localizações comuns do MA em crianças mais novas são cabeça, pescoço e extremidades, embora existam alguns poucos relatos disponíveis na literatura indicando que o MA na infância afete áreas incomuns, como íris, região volar e região intracraniana, e pode ser uma complicação de albinismo óculo-cutâneo e melanose neurocutânea.^{2–4} Embora a histopatologia exclua doença infecciosa, o MA pode se apresentar clínica ou patologicamente como lesão spitzoide, que é facilmente diagnosticada erroneamente como nevo de Spitz e leva a tratamento inadequado ou tardio. A chave para diferenciar o MA do nevo de Spitz baseia-se na análise abrangente das apresentações clínicas e alterações histopatológicas. Clinicamente, a lesão geralmente não ultrapassa 1 cm de diâmetro e apresenta ulceração superficial. Na histopatologia, maturação dos melanócitos, demarcação bem definida, boa simetria, fendas e corpúsculos de Kamino são detectados no nevo de Spitz. Além de não apresentar as alterações do nevo de Spitz, o MA evidencia falta de maturação, má diferenciação, grandes núcleos irregulares com atipias proeminentes, alto índice de proliferação e mitoses na porção inferior do tumor. Na maioria dos casos, a histopatologia pode indicar o diagnóstico correto, mas em alguns casos ela pode levar a diagnósticos errôneos e os marcadores imuno-histoquímicos podem ajudar

DOI do artigo original:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.09.017>

☆ Como citar este artigo: Chen A, Ren F. Amelanotic malignant melanoma in a child. *An Bras Dermatol*. 2024;99:286–8.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Chongqing Medical University Affiliated Children's Hospital, Chongqing, China.

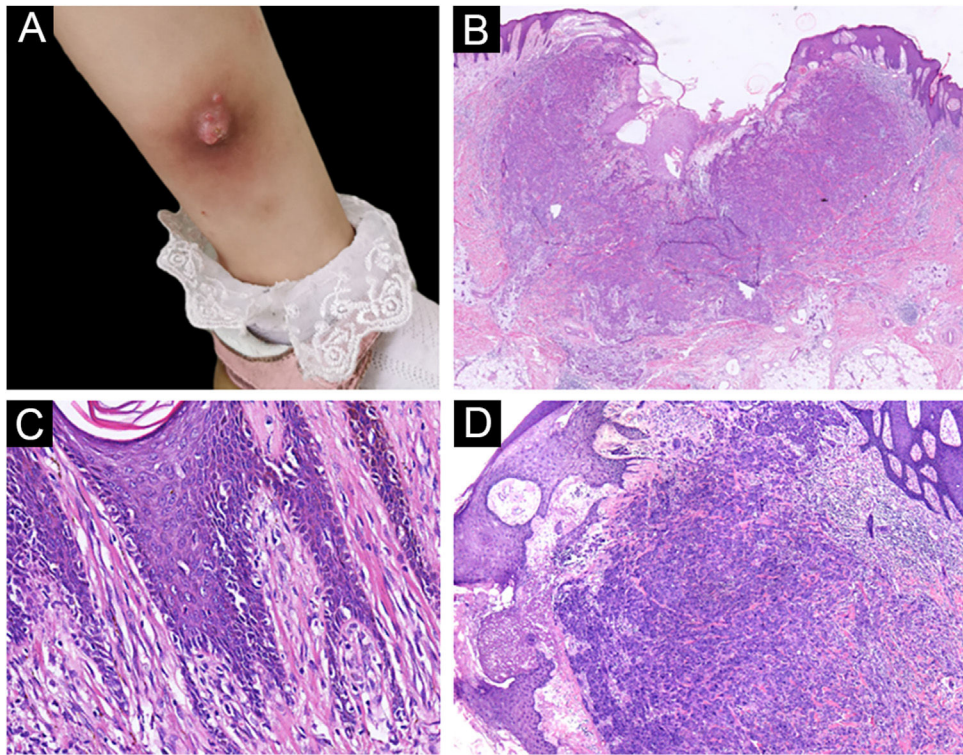


Figura 1 (A) Nódulo rosado com superfície ulcerada na parte interna da perna esquerda. (B) Lesão ulcerada infiltrativa (Hematoxilina & eosina, 10 $\times$). (C) Proliferação de melanócitos com núcleos angulados em padrão lentiginoso (Hematoxilina & eosina, 200 $\times$). (D) Hiperplasia pseudoepiteliomatosa e melanócitos epitelioides parcialmente agrupados em ninhos na derme superior (Hematoxilina & eosina, 40 $\times$).

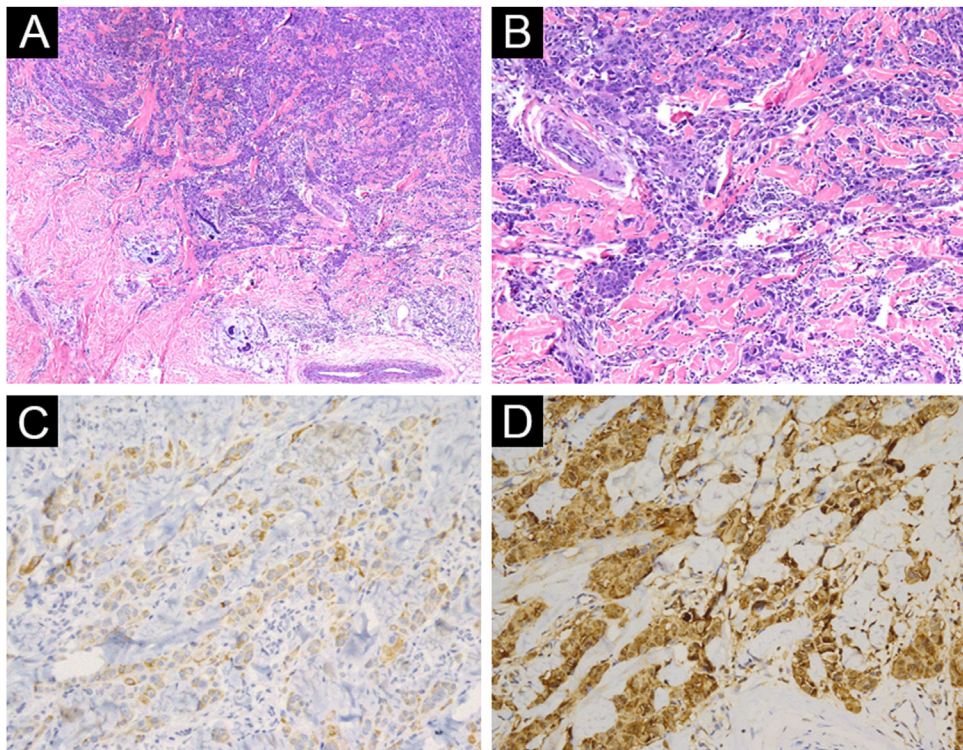


Figura 2 (A) Má circunscrição, celularidade densa, falta de maturação e crescimento infiltrativo foram detectados na porção inferior da neoplasia (Hematoxilina & eosina, 40 $\times$). (B) Grande aumento evidenciando núcleos hiper cromáticos, grandes e irregulares, com atipias proeminentes invadindo os tecidos profundos (Hematoxilina & eosina, 100 $\times$). (C) Imunomarcacão com Melan-A (200 $\times$). (D) Imunomarcacão com S-100 (200 $\times$).

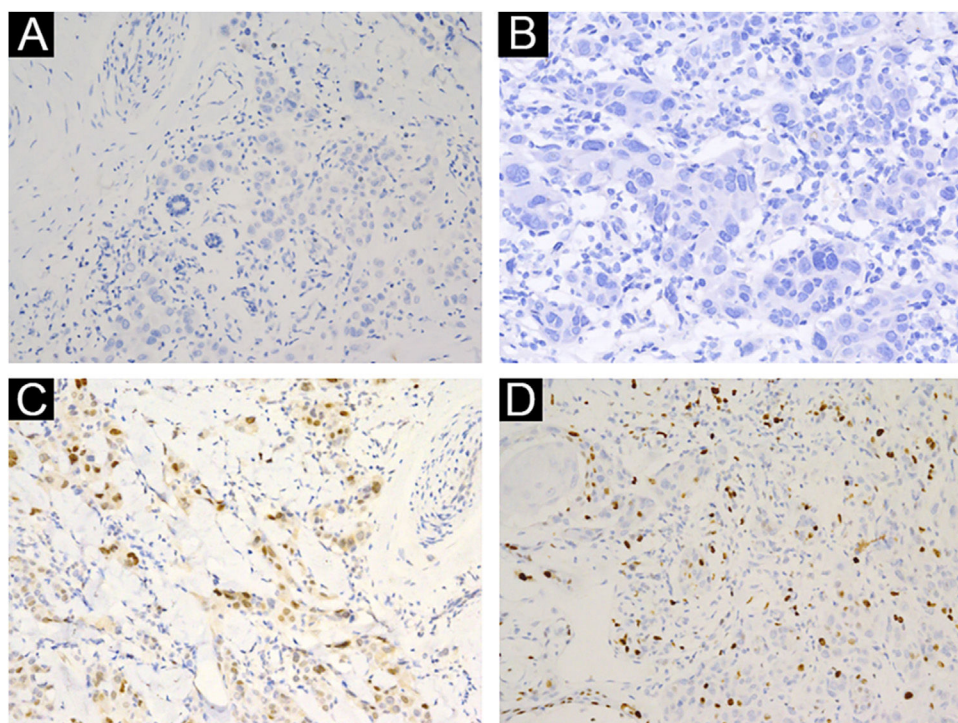


Figura 3 (A) HMB-45 negativo (200×). (B) P16 negativo (200×). (C) Ciclina D1 positivo (200×). D, Ki-67 (cerca de 20%) positivo (200×).

a entender melhor a natureza da lesão. No presente caso, a negatividade para P16 e a positividade para Ciclina D1 são consistentes com o diagnóstico de melanoma, e não com nevo de Spitz. Diante disso, propõe-se que os médicos fiquem atentos aos nódulos amelanóticos em crianças. Testes moleculares para melanoma surgiram para ajudar a obter o diagnóstico, como BRAF V600E, NRAS, ROS, TERT-p e NTRK por pirosequenciamento.⁵ A cirurgia é o tratamento mais eficaz para melanoma. Terapia adjuvante, como injeção de TNF- α em crianças, permanece incerta.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Anwei Chen: Escreveu o manuscrito.

Faliang Ren: Escreveu o manuscrito, forneceu o caso e revisou o manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Arenas Soto CM, González MI, Ordóñez Rubiano MF. Amelanotic melanoma in a child, the importance of suspecting the disease. *Australas J Dermatol*. 2017;58:319–20.

2. Zimmermann-Paiz MA, Quezada-Del Cid NC, García-de la Riva JC, Ordóñez-Rivas AM. Amelanotic iris melanoma in a 7-year-old hispanic boy with subclinical globe perforation. *Arch Soc Esp Oftalmol (Engl Ed)*. 2019;94:81–4.
3. Vanzieleghe BD, Lemmerling MM, Van Coster RN. Neurocutaneous melanosis presenting with intracranial amelanotic melanoma. *AJNR Am J Neuroradiol*. 1999;20:457–60.
4. Terenziani M, Spreafico F, Serra A, Podda M, Cereda S, Belli F. Amelanotic melanoma in a child with oculocutaneous albinism. *Med Pediatr Oncol*. 2003;41:179–80.
5. Sondak VK, Messina JL. What's new in pediatric melanoma and Spitz tumors? Pretty much everything. *Cancer*. 2021;127:3720–3.

An-Wei Chen e Faliang Ren *

Departamento de Dermatologia, Chongqing Medical University Affiliated Children's Hospital, Chongqing, China

* Autor para correspondência.

E-mail: renfaliang@hospital.cqmu.edu.cn (F. Ren).

Recebido em 28 de maio de 2022; aceito em 1 de setembro de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.12.003>

2666-2752/ © 2023 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/>).