


2. Dhar S, Srinivas SM, Dhar S, Basu S, Banerjee R, Malakar R, et al. Langerhans cell histiocytosis in children: a retrospective case series of 126 cases. *Pediatr Dermatol.* 2020;37:1085–9.
3. Hansel K, Tramontana M, Troiani S, Benedictis D, Bianchi L, Cucchia R, et al. Congenital self-healing Langerhans cell histiocytosis: a rare presentation of blueberry muffin baby "Spectrum". *Dermatopathology.* 2019;6:37–40.
4. Ungari M, Caresana G, Tanzi G, Drera B, Frittoli MC, Gusolfino MD, et al. Congenital unilesional cutaneous Langerhans cell histiocytosis: a case report. *Am J Dermatopathol.* 2020;00:1–5.
5. Dupeux M, Boccarda O, Frassati-Biaggi A, Hélias-Rodzewicz Z, Leclerc-Mercier S, Bodemer C, et al. Langerhans cell histiocytoma: a benign histiocytic neoplasm of diverse lines of terminal differentiation. *Am J Dermatopathol.* 2019;41:29–36.
6. Schwartz Z, Bender A, Magro CM. Solitary congenital Langerhans cell histiocytoma: a pattern of benign, spontaneous regression in patients with single lesion disease. *Pediatr Dermatol.* 2020;37:1009–13.
7. Micali G, Verzi AE, Quattrocchi E, Ng CY, Lacarrubba F. Dermatoscopy of common lesions in pediatric dermatology. *Dermatol Clin.* 2018;36:463–72.
8. Pigem R, Dyer A, Podlipnik S, Carrera C, Puig S, Ferrando J. Dermatoscopy of congenital Langerhans cell histiocytosis. *Dermatol Pract Concept.* 2020;10:e2020063.
9. Zunino-Goutorbe C, Eschard C, Durlach A, Bernard P. Congenital solitary histiocytoma: a variant of Hashimoto-Pritzker histiocytosis. *Dermatology.* 2008;216:118–24.
10. Simko SJ, Garmezy B, Abhyankar H, Lupo PJ, Chakraborty R, Lim KPH, et al. Differentiating skin-limited and multisystem Langerhans cell histiocytosis. *J Pediatr.* 2014;165:990–6.

Tiago Fernandes Gomes ^{a,*}, José Carlos Cardoso ^b,
Victoria Guiote ^a
e Felicidade Santiago ^a

^a Departamento de Dermatologia, Centro Hospitalar de Leiria, Portugal

^b Departamento de Dermatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

* Autor para correspondência.

E-mail: tiagofgomesd@gmail.com (T.F. Gomes).

Recebido em 4 de outubro de 2021; aceito em 22 de dezembro de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.03.026>

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/>).

Dermatoscopia da hipoceratose circunscrita palmar^{☆☆}



Prezado Editor,

Paciente do sexo feminino, 71 anos, asiática, veio encaminhada ao Ambulatório de Dermatologia para tratamento de ceratoses seborreicas. Após dois anos, em uma de suas consultas, foi notada lesão na região tenar esquerda, assintomática, caracterizada na época como possível escoriação. No entanto, em razão da persistência e do aumento da lesão, foi iniciada a investigação. A paciente negava traumatismo local. A lesão permanecia assintomática, medindo 1,6 × 1,2 cm, caracterizando-se por área única, arredondada, com centro deprimido e levemente eritematosa, não descamativa, com bordas bem definidas e elevadas (fig. 1).

O exame dermatoscópico foi realizado com o aparelho DermLite DL4[®] (3Gen, San Juan Capistrano, EUA) ao nível 0 (10×), sem gel de imersão. A região central da lesão apresentava pontos brancos e vermelhos e estrias esbranquiçadas com distribuição regular e simétrica sobre fundo rosa-claro. Além disso, foi visualizada borda com descamação periférica semelhante à escada (figs. 2-4). As hipóteses diagnósticas propostas foram doença de Bowen,

poroceratose, granuloma anular e traumatismo autoinfligido.

Foi realizada biópsia cutânea, com descrição de área bem circunscrita em que há diminuição da camada córnea (fig. 5). Após avaliação da literatura e frente ao resultado do exame anatomopatológico, estabelecemos a hipótese de hipoceratose circunscrita palmar. No entanto, a paciente perdeu o seguimento até a submissão deste artigo.

Discussão

Em 2002, Perez et al. publicaram uma série de dez casos na qual descreveram uma nova entidade, caracterizada por lesão solitária assintomática, circular, circunscrita, eritematosa e deprimida, palmar ou plantar – principalmente nas eminências tenar e hipotenar das palmas. Na época, os autores descreveram como malformação epidérmica, denominando-a hipoceratose circunscrita palmar ou plantar (HCP), e demonstraram que esta é mais prevalente em pacientes mais idosos e em mulheres, acometendo preferencialmente as palmas.¹

Desde então, cerca de 100 casos foram descritos; porém, a etiologia continua desconhecida. Em 2013, Rocha e Nico descreveram os primeiros casos brasileiros, corroborando os principais achados de Perez et al., apesar de um dos casos apresentar mais de uma lesão.²

A primeira descrição dermatoscópica da HCP na literatura foi realizada por Ishiko et al.,³ em 2007, relatando dois casos em mulheres asiáticas. Desde então, os relatos têm crescido em frequência, contendo descrições semelhantes à do caso aqui relatado: descamação "tipo degrau" na periferia da lesão, eritema bem demarcado, com pontos

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.03.026>

☆ Como citar este artigo: Hayacibara ÉH, Sales SZ, Lellis RF, Lazzarini R. Dermoscopy of circumscribed palmar hypokeratosis. *An Bras Dermatol.* 2023;98:539–41.

☆☆ Trabalho realizado na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Clínica de Dermatologia, São Paulo, SP, Brasil.

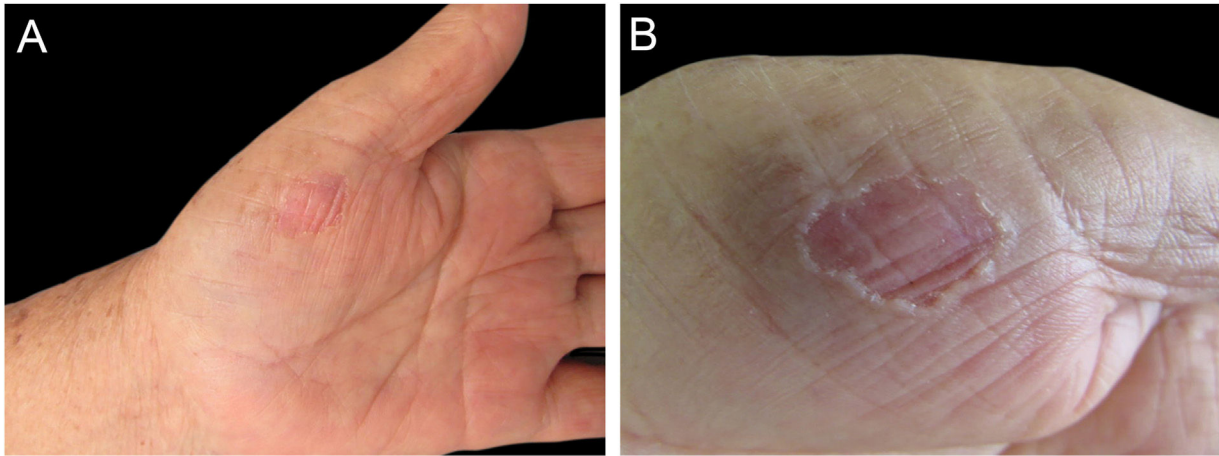


Figura 1 (A) Registro clínico da lesão da paciente após quatro anos de evolução. (B) Detalhe da lesão em maior aumento: dermatose na região tenar da palma esquerda, caracterizada por área ligeiramente eritematosa com bordas elevadas.

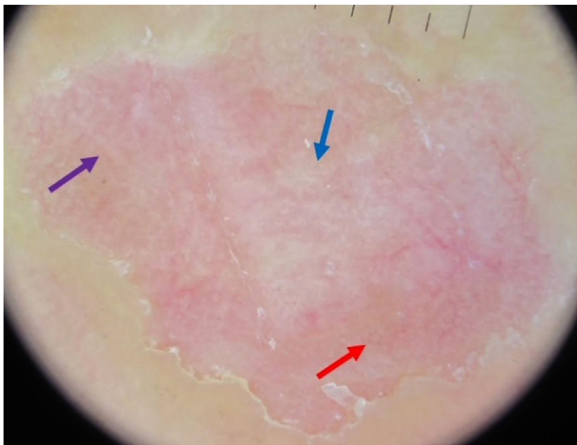


Figura 2 Imagem dermatoscópica, com luz polarizada, evidenciou na região central da lesão, pontos brancos (seta azul), vermelhos (seta vermelha) e estrias esbranquiçadas.

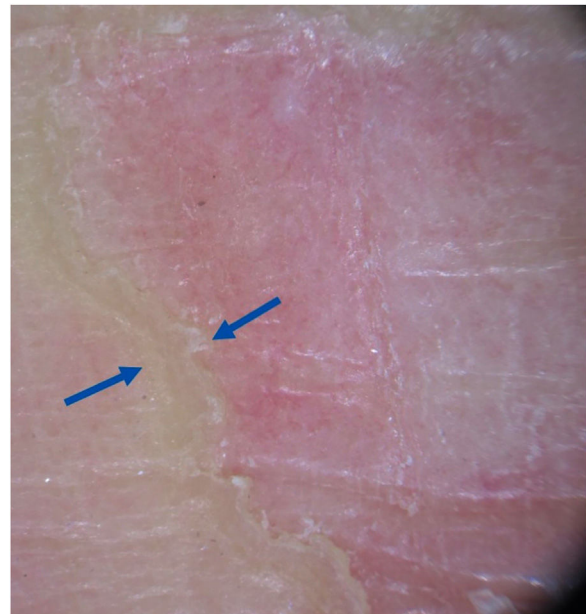


Figura 3 Em maior detalhe, imagem dermatoscópica, mostrando nítida diferença de relevo entre a borda e o centro da lesão.

brancos esparsos, os quais correspondem ao acrossiríngio, e pequenos pontos avermelhados, que poderiam corresponder a dilatações capilares.³⁻⁷ Vilas Boas da Silva et al. descreveram a presença de estrias esbranquiçadas em dois de seus três relatos.⁸

Inúmeras hipóteses etiológicas têm sido formuladas desde o primeiro relato por Perez et al. – que sugeriram possibilidade de malformação epidérmica clonal benigna,¹ – como desordem proliferativa dinâmica, desordem primária de queratinização localizada nas camadas granular e córnea, trauma, infecção dos queratinócitos pelo HPV e infecção bacteriana, como na ceratólise plantar sulcada.³

Ishiko et al. e Kanitakis et al. não encontraram DNA ou marcadores imuno-histoquímicos específicos para HPV.^{3,9} Entretanto, foi descrita maior presença de Ki-67 nos queratinócitos basais da lesão do que na pele sã, bem como antipanqueratina AE1+AE3, exceto nas regiões do acrossiríngio. Nos queratinócitos suprabasais da lesão, encontrou-se maior expressão de citoqueratina 16, com redução de CK-2e,³ CK-9 e conexina 26.⁵ Essa expressão anormal de queratinas poderia explicar a doença como

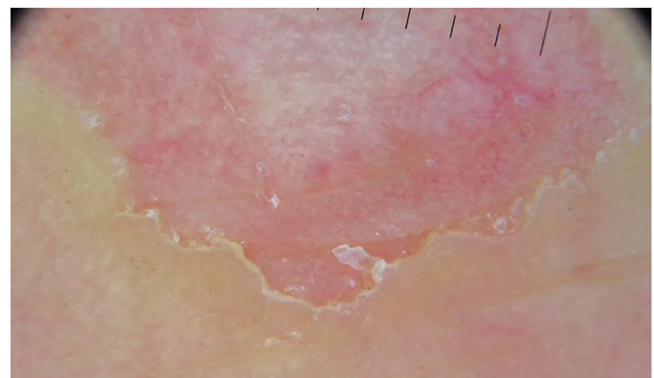


Figura 4 Imagem dermatoscópica da borda medial da lesão. Neste maior aumento, é possível visualizar o degrau visto na imagem anatomopatológica a seguir.



Figura 5 Exame histopatológico da lesão, corado por hematoxilina & eosina em que se observa área bem circunscrita, onde há diminuição da camada córnea (seta).

distúrbio de queratinização, e até sugerir a existência de subtipos.^{3,5,9}

Urbina et al., na revisão de literatura de 69 casos, demonstraram que a maioria deles ocorre no sexo feminino, acima dos 40 anos, com lesão solitária na região tenar, sem trauma prévio relatado.⁷ A paciente deste relato se enquadra em todas as informações.

Em relação à correlação histopatológica, descrevem-se perda parcial e abrupta da camada córnea, ortoceratose em cesta, dilatação capilar e processo inflamatório leve na derme superficial, condizente com o fundo eritematoso da dermatoscopia. Já os pontos esbranquiçados da dermatoscopia poderiam corresponder ao acrossiríngeo poupado da perda córnea, apesar de Vilas Boas da Silva sugerir que a hipoceratose justificaria o fato de ele estar mais visível. Não há descrição de lamela corneóide, mesmo após avaliação de múltiplos cortes.^{3-8,10}

Assim, este relato corrobora o valor diagnóstico da avaliação dermatoscópica na HCP, uma vez que se correlaciona fielmente à histopatologia, e pode adicionar na diferenciação entre os principais diagnósticos diferenciais (doença de Bowen e proceratose).

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Érika Hiromi Hayacibara: Elaboração e redação do manuscrito; Obtenção, análise e interpretação dos dados.

Sheila Zanconato Sales: Elaboração e redação do manuscrito; Obtenção, análise e interpretação dos dados.

Rute Facchini Lellis: Obtenção, análise e interpretação dos dados; Participação efetiva na orientação da pesquisa; Revisão crítica da literatura; Revisão crítica do manuscrito.





Rosana Lazzarini: Aprovação da versão final do manuscrito; Concepção e planejamento do estudo; Elaboração e redação do manuscrito; Obtenção, análise e interpretação dos dados; Participação efetiva na orientação da pesquisa; Revisão crítica da literatura; Revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Pérez A, Rütten A, Gold R, Urbina F, Misad C, Izquierdo MJ, et al. Circumscribed palmar or plantar hypokeratosis: a distinctive epidermal malformation of the palms or soles. *J Am Acad Dermatol.* 2002;47:21-7.
2. Rocha LK, Nico MM. Circumscribed palmoplantar hypokeratosis: report of two Brazilian cases. *An Bras Dermatol.* 2013;88:623-6.
3. Ishiko A, Dekio I, Fujimoto A, Kameyama K, Sakamoto M, Benno Y, et al. Abnormal keratin expression in circumscribed palmar hypokeratosis. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57:285-91.
4. Nishimura M, Nishie W, Nakazato S, Nemoto-Hasebe I, Fujita Y, Shimizu H. Circumscribed palmar hypokeratosis: correlation between histopathological patterns and dermoscopic findings. *Br J Dermatol.* 2012;167:221-2.
5. Tanioka M, Miyagawa-Hayashino A, Manabe T, Toichi E, Miyachi Y, Takahashi K. Circumscribed palmo-plantar hypokeratosis: a disease with two subtypes. *J Invest Dermatol.* 2009;129:1045-7.
6. Nazzaro G, Ponziani A, Brena M, Cavicchini S. Dermoscopy confirms diagnosis of circumscribed plantar hypokeratosis. *J Am Acad Dermatol.* 2017;76:543-5.
7. Urbina F, Pérez A, Requena L, Rütten A. Circumscribed palmar or plantar hypokeratosis 10 years after the first description: what is known and the issues under discussion. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105:574-82.
8. Silva PTB, Rodríguez-Lomba E, Avilés-Izquierdo JA, Ciudad-Blanco C, Suárez-Fernández R. Dermoscopic Features of Circumscribed Palmar Hypokeratosis. *JAMA Dermatol.* 2017;153:609-11.
9. Kanitakis J, Lora V, Chouvet B, Zambruno G, Haftek M, Faure M. Circumscribed palmo-plantar hypokeratosis: a disease of desquamation? Immunohistological study of five cases and literature review, *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.* *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2011;25:296-301.
10. Wechter T, Kantor R, Siamas K, Alapati U. Circumscribed palmoplantar hypokeratosis: a case report and review of the literature. *Dermatol Online J.* 2020;26, 13030/qt18r883m7.

Érika Hiromi Hayacibara ¹ ^a, Sheila Zanconato Sales ² ^{b,*}, Rute Facchini Lellis ³ ^c e Rosana Lazzarini ⁴ ^b

^a Clínica Privada de Dermatologia, São Paulo, SP, Brasil

^b Clínica de Dermatologia, Hospital da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

^c Laboratório de Patologia, Hospital da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: she_sales@hotmail.com (S.Z. Sales).

Recebido em 13 de janeiro de 2021; aceito em 7 de janeiro de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.03.001>

2666-2752/ © 2023 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/>).