

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

Gianfranco Barabino: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual na conduta propedêutica e / ou terapêutica dos casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Aurora Parodi: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual na conduta propedêutica e / ou terapêutica dos casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. de Freitas MR, Said G. Leprous neuropathy. *Handb Clin Neurol*. 2013;115:499-514.

2. Girdhar BK. Neuritic leprosy. *Indian J Lepr*. 1996;68:35-42.
3. Jardim MR, Antunes SL, Santos AR, Nascimento OJ, Nery JA, Sales AM, et al. Criteria for diagnosis of pure neural leprosy. *J Neurol*. 2003;250:806-9.
4. Reja AH, De A, Biswas S, Chattopadhyay A, Chatterjee G, Bhattacharya B, et al. Use of fine needle aspirate from peripheral nerves of pure-neural leprosy for cytology and PCR to confirm the diagnosis: a pilot study. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2013;79:789-94.
5. De A, Hasanoor Reja AH, Aggarwal I, Sen S, Sil A, Bhattacharya B, et al. Use of Fine Needle Aspirate from Peripheral Nerves of Pure-neural Leprosy for Cytology and Polymerase Chain Reaction to Confirm the Diagnosis: A Follow-up Study of 4 Years. *Indian J Dermatol*. 2017;62:635-43.

Ilaria Trave ^{a,*}, Alberto Cavalchini ^b,
Gianfranco Barabino ^b e Aurora Parodi ^a

^a Departamento de Ciências da Saúde, University of Genoa, Ospedale Policlinico San Martino, Gênova, Itália
^b Ospedale Policlinico San Martino, Gênova, Itália

* Autor para correspondência.

E-mail: ilaria.trave@gmail.com (I. Trave).

Recebido em 24 de abril de 2020; aceito em 31 de maio de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2020.05.033>

2666-2752/ © 2021 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/>).

Pápulas axilares: localização incomum do líquen nítido^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

O líquen nítido é doença cutânea papuloescamosa crônica, relativamente rara, caracterizada por múltiplas pápulas em cúpula, medindo de 1 a 2 mm, da cor da pele, brilhantes e frequentemente chamadas de pápulas semelhantes à cabeça de um alfinete¹. O aparecimento das lesões geralmente é assintomático; além disso, às vezes pode estar associado a prurido.¹ Essa condição incomum foi descrita pela primeira vez por Pinkus, em 1901.² A pele é o principal local de ocorrência, mas as membranas mucosas e as unhas também podem ser afetadas.³

Nenhuma predileção por raça ou sexo foi relatada, embora a maioria dos casos pareça surgir em crianças e adultos jovens.^{1,4} Existem formas localizadas e generalizadas de líquen nítido, às vezes descritas em variantes clínicas:

familiar, actínica, confluenta, vesicular, hemorrágica, palmoplantar, mucosa, espinulosa e folicular, queratodérmica, perfurante ou linear.^{2,5} As lesões localizam-se preferencialmente na superfície flexora dos braços e punhos e no abdome e genitália, embora possam se tornar disseminadas.⁵ Este relato de caso adiciona à literatura indexada o segundo caso de líquen nítido localizado exclusivamente em ambas as axilas.

O paciente é um homem caucasiano de 26 anos de idade, que foi examinado para avaliação de lesões assintomáticas em ambas as axilas; as lesões estavam presentes havia mais de quatro anos e mostravam aparecimento insidioso. O paciente negou tratamento prévio das lesões ou qualquer ingestão de medicamentos precedendo o aparecimento das mesmas. Ao exame dermatológico, foram observadas, em ambas as axilas, pápulas discretas e agrupadas da cor da pele, brilhantes, firmes, monomórficas e arredondadas em cúpula, com diâmetro de 1 a 3 mm (fig. 1).

Uma biópsia de pele foi realizada nessas lesões, que mostrou um infiltrado linfo-histiocitário em uma papila dérmica aumentada, com crescimento descendente dos cones epidérmicos (cristas interpapilares) ao redor do infiltrado inflamatório dérmico em forma de "garra segurando uma bola" (figs. 2 e 3). Observou-se que a epiderme sobrejacente era normal e não havia evidência de espongiose ou exocitose.

O paciente foi tratado com a combinação de dexclorfeniramina 2 mg e betametasona 0,25 mg t.i.d. por via oral por 10 dias; depois do tratamento, o paciente mostrou estar virtualmente livre de lesões.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.04.015>

☆ Como citar este artigo: Belda Junior W, Criado PR, Di Chiacchio NG. Axillary papules: an uncommon location of lichen nitidus. *An Bras Dermatol*. 2021;96:381-3.

☆☆ Trabalho realizado na Faculdade de Medicina do ABC, São Paulo, SP, Brasil.



Figura 1 Axila direita apresentando pápulas cutâneas cor da pele, discretas e agrupadas, brilhantes, firmes, arredondadas, monomórficas e em cúpula, medindo de 1 a 3 mm.

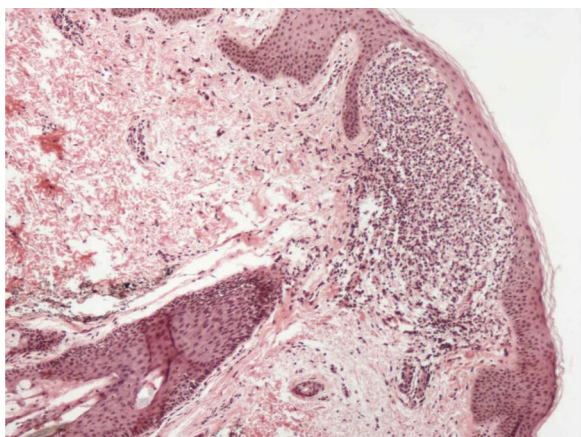


Figura 2 Infiltrado em uma papila dérmica aumentada, com crescimento descendente dos cones epidérmicos ao redor do infiltrado inflamatório dérmico no formato de "garra segurando uma bola" (Hematoxilina & eosina, 40 ×).

Há apenas um relato de líquen nítido nas axilas.³ Nosso paciente apresentou lesões apenas nessa área, enfatizando o aspecto peculiar de nosso relato. Outrora considerada uma reação tuberculoide, o líquen nítido é atualmente compreendido como uma doença de origem desconhecida. O diagnóstico diferencial inclui líquen plano, psoríase, veruga plana e queratose pilar.^{1,4} Foram relatados casos raros de líquen nítido associado a dermatite atópica, doença de Crohn, síndrome de Down e artrite crônica juvenil.^{1,3} A primeira hipótese clínica em nosso caso foi a doença de Fox-

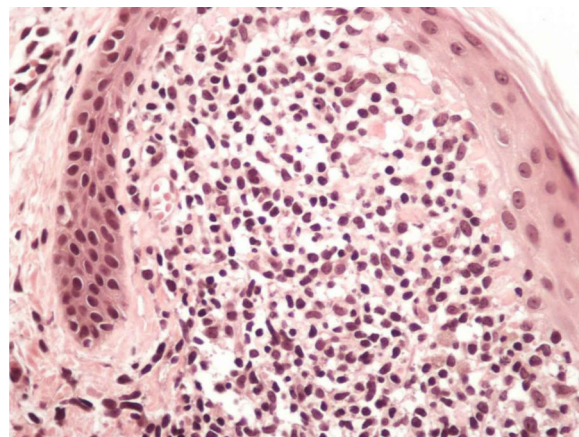


Figura 3 Detalhe do infiltrado linfo-histiocitário em uma papila dérmica aumentada (Hematoxilina & eosina, 200 ×).

-Fordyce, em decorrência da presença de pápulas nas axilas. O diagnóstico final foi estabelecido pela análise histopatológica.

Devido à rara apresentação clínica de líquen nítido localizado exclusivamente em ambas as axilas, os médicos devem alertar para a necessidade de realização de biópsia cutânea para confirmar esse diagnóstico. O estudo histopatológico mostrou achados característicos de líquen nítido, incluindo infiltrado linfo-histiocitário em uma papila dérmica aumentada com adelgaçamento da epiderme subjacente e extensão descendente dos cones epidérmicos na margem lateral do infiltrado, produzindo uma típica imagem de "garra segurando uma bola".^{1,5}

Em dois terços dos pacientes, as lesões apresentam remissão espontânea após alguns meses a um ano. Glicocorticoides tópicos podem ser úteis nas formas localizadas.¹ Em nosso caso, o paciente foi tratado com sucesso com uma combinação de dexclorfeniramina 2 mg e betametasona 0,25 mg t.i.d. por via oral por 10 dias.

Gostaríamos de destacar a raridade da apresentação deste caso e a importância de considerar o líquen nítido como diagnóstico diferencial de pápulas nas axilas, sejam pruriginosas ou não.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuições dos autores

Walter Belda Junior: aprovação da versão final do manuscrito; desenho e planejamento do estudo; redação e edição do manuscrito; coleta, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual na conduta propedêutica e/ou terapêutica dos casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Paulo Ricardo Criado: aprovação da versão final do manuscrito; desenho e planejamento do estudo; redação e edição do manuscrito; coleta, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa;

participação intelectual na conduta propedêutica e/ou terapêutica dos casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Nilton Gioia Di Chiacchio: aprovação da versão final do manuscrito; desenho e planejamento do estudo; redação e edição do manuscrito; coleta, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual na conduta propedêutica e/ou terapêutica dos casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.




Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Arizaga AT, Guadhan MD, Bang RH. Generalized lichen nitidus. *Clin Exp Dermatol.* 2002;27:115-7.
2. Rodriguez-Martin M, Rodriguez-Garcia F, Sáez M, Cabera R, Pérez-Robayna N, Sidro M, et al. [Pruritic papules in the axillae]. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:281-3.

3. Bettoli V, De Padova MP, Corazza M, Virgili A. Generalized lichen nitidus with oral and nail involvement in a child. *Dermatology.* 1997;194:367-9.
4. Francouer C, Frost M, Treadwell P. Generalized pinhead-sized papules in a child. *Arch Dermatol.* 1988;124:935-8.
5. Arrue I, Arregui MA, Saracibar N, Soloeta R. Perforating lichen nitidus on an atypical site. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:429-31.

Walter Belda Junior ^a, Paulo Ricardo Criado ^b e Nilton Gioia Di Chiacchio ^{b,c,*}

^a Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

^b Faculdade de Medicina do ABC, São Paulo, SP, Brasil

^c Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: dichiacchiong@gmail.com (N.G. Di Chiacchio).

Recebido em 14 de janeiro de 2020; aceito em 11 de abril de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2020.04.012>
2666-2752/ © 2021 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/>).

Lesão peniana assintomática nodular de cor vermelha: apresentação incomum de carcinoma espinocelular^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Um homem de 65 anos de idade apresentava uma lesão nodular vermelha no corpo do pênis há dois meses. Ao exame físico, havia um crescimento eritematoso lobulado, sésil e não doloroso, bem definido, de tamanho aproximado de 5 × 3 cm envolvendo a glândula, o sulco coronal e a diáfise do pênis (fig. 1). Não havia linfadenopatia. Inicialmente, o paciente apresentou prurido discreto, e após um intervalo de tempo subsequente, notou o crescimento de pequena lesão peniana, que gradualmente progrediu para o tamanho atual – aumento que ocorreu em um intervalo de dois meses, juntamente com alguma dificuldade para retrair o prepúcio. Não havia história de disúria e o paciente apresentava boa saúde. Sua história familiar, médica e social não contribuíram com mais dados. O paciente tinha história de tabagismo durante 20 a 25 anos, e deixou de fumar nos últimos cinco anos.

Apesar de o paciente ter negado qualquer contato sexual, foi realizado o diagnóstico diferencial de condiloma acuminado, condiloma plano e granuloma inguinal com outros diferenciais remotos: xantoma verruciforme e carcinoma

espinocelular. Todas as investigações bioquímicas e hematólogicas, incluindo perfil lipídico, teste de função hepática, teste de função renal, eletrólitos séricos, exame de rotina e microscópico de urina e hemograma completo, estavam dentro dos limites normais. A microscopia em fundo escuro para *Treponema pallidum* e o esfregaço de tecido para corpúsculos de Donovan foram negativos. O teste sorológico para sífilis e ELISA para HIV tipos 1 e 2 foram negativos. A biópsia inicial mostrou condiloma acuminado com células escamosas apresentando perda de polaridade sem qualquer atipia citológica. Uma segunda biópsia foi realizada, e foi consistente com carcinoma espinocelular com padrão papilífero (fig. 2). A ultrassonografia do abdômen e da pelve apresentou resultado normal. Foi realizada excisão cirúrgica, que confirmou o diagnóstico de carcinoma espinocelular *in situ*.



Figura 1 Crescimento bem definido, eritematoso, nodular, lobulado e sésil envolvendo a glândula, o sulco coronal e o corpo do pênis.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2020.06.019>

[☆] Como citar este artigo: Rani S, Sardana K, Ahuja A. Beefy red asymptomatic penile lesion: unusual presentation of squamous cell carcinoma. *An Bras Dermatol.* 2021;96:383-4.

^{☆☆} Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Dr Ram Manohar Lohia Hospital, Nova Delhi, Índia.