

## Carcinoma urotelial metastático☆☆



Prezado Editor,

Um homem de 61 anos de idade, do sul da Espanha, apresentou-se no Departamento de Dermatologia do Hospital Regional Universitario de Malaga com múltiplos nódulos eritemato-violáceos dolorosos no queixo, tronco e couro cabeludo (fig. 1). O paciente havia sido diagnosticado com câncer vesical micropapilar músculo-invasivo um ano antes e recebeu tratamento com radioterapia e quimioterapia com cisplatina em protocolo de tratamento poupador da bexiga. Foi realizada biópsia de pele do tronco, que mostrou células atípicas de tamanho médio dispostas em ninhos ou maciços, que exibiam núcleos ovoides redondos e citoplasma eosinofílico abundante, formando pequenos agregados em forma de roseta na derme superficial e profunda (fig. 2). As imunomarcações com CK-20 e CK-7 foram positivas.

A tomografia computadorizada abdominal/pélvica mostrou espessamento difuso da parede vesical (fig. 2) após o término da terapia.

Lesões cerebrais múltiplas compatíveis com metástases foram observadas na ressonância magnética do crânio. A TC evidenciou linfonodos mediastinais, nódulos subcutâneos e infiltrado no parênquima pulmonar compatíveis com linfangeite carcinomatosa. A imagem da cintilografia mostrou a presença de múltiplas metástases ósseas.

O paciente iniciou tratamento com pembrolizumabe, corticoesteróide oral e radioterapia holocraniana (20 Gy), mas faleceu sete meses depois.

O carcinoma urotelial é o segundo tumor geniturinário mais comum.<sup>1</sup> A doença localizada representa cerca de 80% dos casos, com o restante apresentando envolvimento regional ou a distância.<sup>1</sup> Os sítios de metástases mais comuns são os gânglios linfáticos, fígado, pulmão, ossos e, raramente, o cérebro. Metástases cutâneas de câncer urotelial são incomuns, com uma incidência de 0,84%-3,6% e são consideradas um sinal de mau prognóstico. A infiltração metastática da pele pode ocorrer em decorrência de:<sup>2,3</sup> a) extensão direta do tumor; b) disseminação hematogênica ou linfática; c) implantação iatrogênica de células tumorais.

O diagnóstico requer alto índice de suspeita clínica e confirmação histopatológica. A apresentação clínica é bastante diversa e, mais comumente, inclui metástases nodulares subcutâneas isoladas.<sup>4</sup> No entanto, os pacientes também apresentam infiltrados difusos, eritematosos e elevados sob a pele. O padrão zosteriforme, doença de Paget extramamária, foi documentado. *Eritema gyratum repens* e acantose *nigricans* foram relatados como distúrbios paraneoplásicos.<sup>4,5</sup>

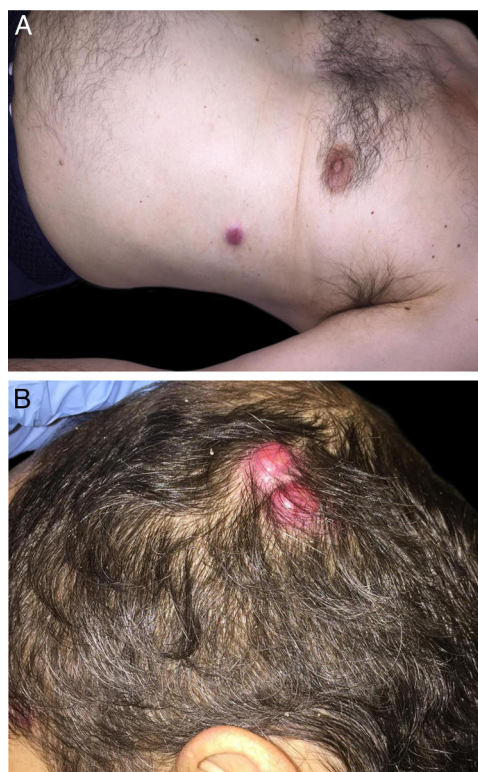


Figura 1 Múltiplos nódulos eritemato-violáceos no tronco (A) e couro cabeludo (B).

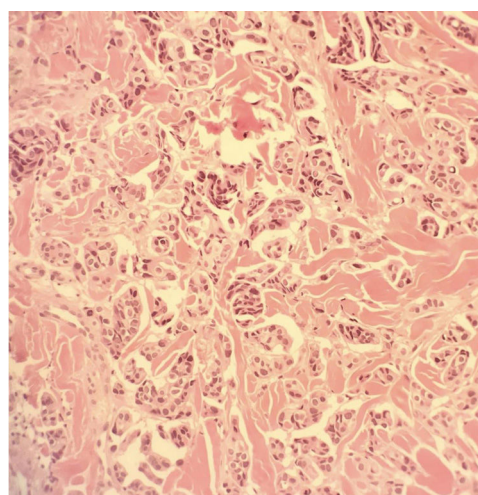


Figura 2 Células neoplásicas de tamanho médio organizadas em ninhos (Hematoxilina & eosina, 400×).

Foi relatado um caso de metástase cutânea de origem urotelial mimetizando condiloma acuminado.<sup>2</sup> A metástase peniana no câncer primário vesical é um evento extremamente raro.<sup>2</sup>

O prognóstico de pacientes com câncer vesical com disseminação cutânea geralmente é ruim, com sobrevida média de menos de um ano.<sup>3</sup>

O tratamento ideal do câncer urotelial com histopatologia de variante micropapilar ainda não está claro.<sup>4</sup> Embora esse tumor esteja associado a características clinicopatológicas adversas, uma metanálise recente sugere que o câncer

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.06.028>

☆ Como citar este artigo: Gómez-Moyano E, Martínez Garcia S, Hernandez Alcaraz D, Ayala-Blanca M. Metastatic urothelial carcinoma. An Bras Dermatol. 2021;96:519-20.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital Regional Universitario de Malaga, Málaga, Espanha.

urotelial micropapilar não exige necessariamente algoritmos de tratamento diferentes.<sup>4</sup>

O manejo ideal de pacientes com cT1 (o tumor invade o tecido conjuntivo subepitelial, estágio clínico) permanece controverso. Cada caso deve ser discutido individualmente, considerando outros fatores clinicopatológicos. A discussão das opções de tratamento deve ser parte de um processo compartilhado de tomada de decisão.<sup>4</sup>

### Suporte financeiro

Nenhum.

### Contribuições dos autores

Elisabeth Gómez-Moyano: Curadoria de dados; análise formal; investigação; metodologia; administração do projeto; *software*; supervisão; validação; visualização; funções/escrita - delineamento original; escrita - revisão.

Silvestre Martínez Garcia: Análise formal; investigação; metodologia; administração do projeto; *software*; supervisão; validação; visualização; funções/escrita - delineamento original; escrita - revisão.

David Hernandez Alcaraz: Análise formal; investigação; metodologia; administração do projeto; validação da supervisão; visualização; funções/escrita - delineamento original; escrita - revisão.





Maria Ayala-Blanca: Investigação; metodologia; administração do projeto; supervisão; validação; visualização; funções/escrita - delineamento original; escrita - revisão.

### Conflito de interesses

Nenhum.

### Referências

1. Raghavan D. Cutaneous manifestations of genitourinary malignancy. *Semin Oncol.* 2016;43:347–52.
2. Giunchi F, Vasuri F, Valerio V, Montagnani I, Nelli F, Fiorentino M, et al. Unusual asymptomatic presentation of bladder cancer metastatic to the penis. *Pathol Res Pract.* 2017;213:717–20.
3. Kerkeni W, Ayari Y, Charfi L, Bouzouita A, Ayed H, Cherif M, et al. Transitional Bladder Cell Carcinoma Spreading to the Skin. *Urol Case Rep.* 2017;11:17–8.
4. Abufaraj M, Foerster B, Schernhammer E, Moschini M, Kimura S, Hassler M, et al. Micropapillary Urothelial Carcinoma of the Bladder: A Systematic Review and Meta-analysis of Disease Characteristics and Treatment Outcomes. *Eur Urol.* 2019;75:649–58.
5. Thomaidou E, Armoni G, Klapholz L, Hadayer N, Maly A, Ramot R. Zosteriform cutaneous metastases. *Clin Exp Dermatol.* 2018;43:718–37.

Elisabeth Gómez-Moyano \*,  
Silvestre Martínez Garcia , David Hernandez  
Alcaraz  e Maria Ayala-Blanca   
*Hospital Regional Universitario de Malaga, Málaga,  
Espanha*

\* Autor para correspondência.  
E-mails: [elisabeth.gomez.moyano@gmail.com](mailto:elisabeth.gomez.moyano@gmail.com),  
[eligm80@hotmail.com](mailto:eligm80@hotmail.com) (E. Gómez-Moyano).

Recebido em 3 de junho de 2020;  
aceito em 23 de junho de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2020.06.029>  
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/>).

## Desenvolvimento de pênfigo vegetante após cirurgia micrográfica de Mohs e crioterapia<sup>☆,☆☆</sup>



Prezado Editor,

O pênfigo vegetante (PVeg) é um subtipo de pênfigo vulgar (PV), caracterizado por bolhas flácidas que se tornam erosadas e placas vegetantes, tipicamente nas áreas intertriginosas, face e couro cabeludo.<sup>1</sup> Histopatologicamente apresenta-se como hiperplasia pseudoepiteliomatosa (HPE) associada à acantólise suprabasal.

O pênfigo induzido por trauma é raro após procedimentos cirúrgicos; há apenas alguns relatos de ocorrência após a cirurgia micrográfica de Mohs (CMM).<sup>2-5</sup> Aqui, apresentamos um paciente que desenvolveu PVeg após CMM para carcinoma espinocelular (CEC) do tórax e após criocirurgia para ceratose actínica na têmpora e na região frontal. Que seja do conhecimento dos autores, este é o primeiro relato de PVeg em um local tratado por CMM ou criocirurgia.

Homem caucasiano, de 81 anos de idade, apresentava há alguns meses um nódulo eritematoso hiperqueratótico na região anterior direita do tórax. A biópsia confirmou CEC bem diferenciado, e o paciente foi submetido à CMM para retirada do tumor; o defeito foi reparado com fechamento linear. Concomitantemente, foi submetido à criocirurgia na têmpora esquerda e região frontal para ceratose actínica. O curso pós-operatório, inicialmente sem intercorrências, complicou-se por má cicatrização, exsudação e secreção nas feridas cirúrgicas e maceração na periferia. As culturas das feridas apresentaram crescimento de *Pseudomonas aeruginosa*, mas o paciente não respondeu aos antibióticos tópicos e sistêmicos. Dois meses após a CMM, observou-se que o paciente apresentava melhora mínima com erosões e placas vegetantes hiperqueratóticas, que se expandiam circunferen-

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2020.07.018>

☆ Como citar este artigo: Jetter N, Cerci FB, Pandher K, Krunic AL. Pemphigus vegetans developing after Mohs micrographic surgery and cryotherapy. *An Bras Dermatol.* 2021;96:520–3.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Northwestern University Feinberg, Chicago, EUA.