

Maria Clara Dantas Valle Soares: Análise e interpretação dos dados; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Carlos Bruno Fernandes Lima: Análise e interpretação dos dados, concepção e planejamento do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Calonje E. Tumours of the skin appendages. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. *Rook's Textbook of Dermatology*. 53, 8th ed. Oxford: Blackwell Publishing Ltd; 2010. p. 11–2.
2. Gumaste P, Ortiz A, Patel A, Baron J, Harris R, Barr R. Generalized basaloid follicular hamartoma syndrome: a case report and review of the literature. *Am J Dermatopathol*. 2015;37:37–40.

3. Mills O, Thomas B. Basaloid Follicular Hamartoma. *Arch Pathol Lab Med*. 2010;134:1215–9.
4. Kouzak SS, Mendes MS, Costa IM. Cutaneous mosaicism: concepts, patterns and classifications. *An Bras Dermatol*. 2013;88:507–17.

Gabriela Martins de Queiroz *, Tayla Cristina Lopes ,
Maria Clara Dantas Valle Soares 
e Carlos Bruno Fernandes Lima 

Universidade Potiguar, Natal, RN, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: gabrielamartins96@yahoo.com.br (G.M. Queiroz).

Recebido em 28 de agosto de 2020; aceito em 23 de outubro de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.09.010>
2666-2752/ © 2022 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/>).

Fibrossarcoma infantil congênito: tumor raro que os dermatologistas devem conhecer^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Paciente do sexo feminino, 7 meses de idade, apresentou história de lesão congênita, violácea, de crescimento rápido, localizada na superfície plantar direita. Ao exame dermatológico, verificou-se tumor de consistência firme, esférico, com vasos dilatados na superfície, ulceração central com tecido friável, sangrante e crostas hemáticas (fig. 1). A criança desenvolveu anemia grave (hemoglobina 4,4 g/dL), necessitando de hemotransfusão. A contagem de plaquetas estava normal. O exame histológico foi sugestivo de hemangioendotelioma kaposiforme. Tratamento com prednisona oral (2 mg/kg/dia) foi iniciado, mas interrompido após um mês por falta de resposta (fig. 1).

Os exames de ressonância magnética (RM) e a angiografia por ressonância magnética (ARM) revelaram massa sólida bem vascularizada, com envolvimento dos músculos subjacentes e extensão para a face anterior do pé. Havia realce difuso do contraste em toda a lesão, sem sinais de *shunts* arteriovenosos ou vasos tortuosos agrupados (*nidus*), afastando, assim, o diagnóstico de tumor vascular – entre eles, o hemangioendotelioma kaposiforme (fig. 2).

Uma segunda biópsia foi realizada revelando tumor hiper-celular fusiforme. A imuno-histoquímica foi positiva para vimentina e negativa para CD31, CD34, fator VIII, desmina, MyoD1, miogenina, CD99 e EMA, possibilitando o diagnóstico de fibrossarcoma infantil congênito (FIC).

A paciente foi submetida à quimioterapia neoadjuvante (vincristina, actinomicina-D e ciclofosfamida) para redução do tamanho do tumor (fig. 1), seguida de amputação do pé. Não há sinais de recorrência ou metástase no seguimento após cinco anos.

O FIC é tumor maligno raro da infância; no entanto, é o sarcoma de partes moles mais comum em crianças menores de 1 ano.¹ Esse tumor congênito altamente vascularizado é de difícil distinção clínica dos tumores ou malformações vasculares. Pode estar presente ao nascimento ou desenvolver-se durante os primeiros cinco anos; cerca de 80% dos casos são diagnosticados durante o primeiro ano de vida.²

Fibrossarcomas são doenças malignas provenientes dos fibroblastos mesenquimais. A variante infantil compartilha características histopatológicas com o fibrossarcoma adulto, mas tem prognóstico melhor. Embora as recorrências locais sejam comuns, a taxa de metástase do FIC é inferior a 10% e o índice de sobrevivência em 10 anos é de até 90%.³ As extremidades são mais comumente acometidas, e as lesões localizadas no tronco, cabeça e pescoço são menos frequentes, porém mais agressivas.^{1,4} Em razão do risco de recorrência local, a ressecção cirúrgica ampla é recomendada. A cirurgia sozinha apresenta taxas de recorrência de 17%-40%. A quimioterapia neoadjuvante reduz o risco de recorrência local e de metástases.^{2,3,5}

Os achados histopatológicos do FIC incluem a proliferação de células fusiformes densas e áreas vascularizadas. A imuno-histoquímica é positiva para vimentina e, em alguns casos, para desmina, actina de músculo liso e citoqueratina.⁴ O FIC é caracterizado em até 85% dos

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.09.010>

☆ Como citar este artigo: Pereira LB, Gontijo JRV, Garcia MM, Fonseca KC. Congenital infantile fibrosarcoma: a rare tumor dermatologists should know about. *An Bras Dermatol*. 2022;97:825–7.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

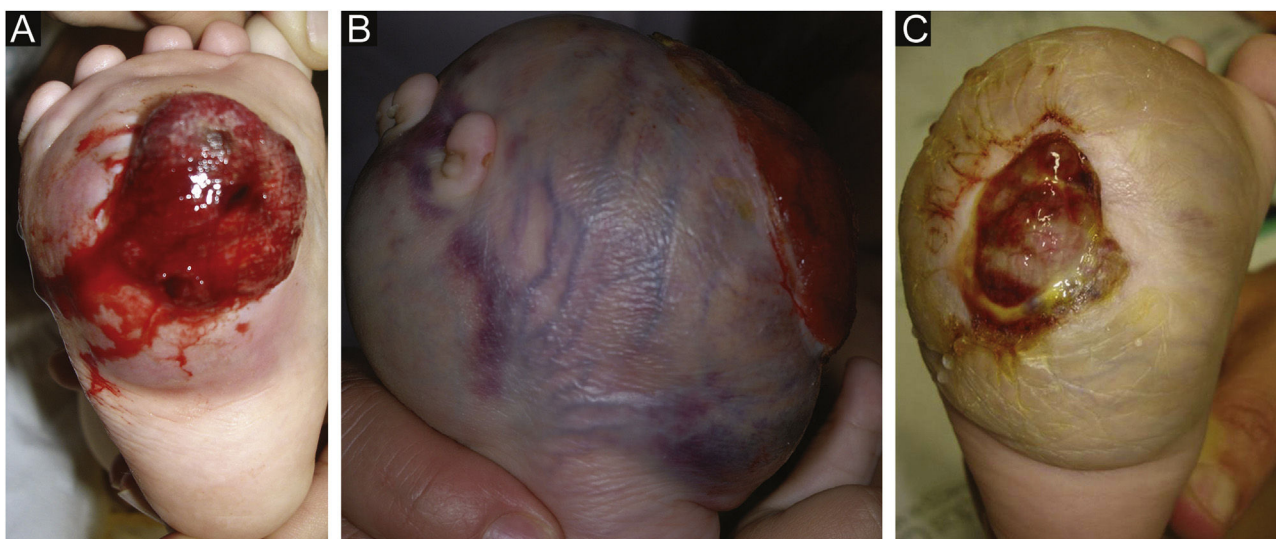


Figura 1 (A), Massa tumoral ulcerada e sangrante. (B), Após 13 semanas, aumento importante do tamanho (antes da quimioterapia). (C), Redução do tumor e da úlcera após quimioterapia adjuvante e antes da amputação.



Figura 2 (A), Ressonância magnética identificando massa expansiva com realce difuso do contraste. (B), Angiografia por ressonância magnética mostrando lesão expansiva sustentada por estruturas vasculares. Não há evidência de fístulas arteriovenosas ou *nidus*.

casos por translocação cromossômica específica $t(12; 15)(p13;q25)$ que codifica uma fusão do gene *ETV6-NTRK3*.^{1,3-5}

O diagnóstico de FIC deve ser sempre considerado ao se deparar com um tumor congênito, esférico, com sangramento nas extremidades de crianças, a fim de se evitar atrasos no tratamento.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Luciana Baptista Pereira: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

João Renato Vianna Gontijo: Revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Marcelo de Mattos Garcia: Revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Karine Corrêa Fonseca: Revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.





Conflito de interesses

Nenhum

Referências

- Nicholas RG, Brennan TE. Congenital infantile fibrosarcoma of the glabella: Nuances of achieving surgical cure without cos-

- metic or functional deformity. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2019;117:110–4.
- Parida L, Fernandez-Pineda I, Uffman JK, Davidoff AM, Krasin MJ, Pappo A, et al. Clinical management of infantile fibrosarcoma: a retrospective single-institution review. *Pediatr Surg Int.* 2013;29:703–8.
 - Orbach D, Rey A, Cecchetto G, Oberlin O, Casanova M, Thebaud E, et al. Infantile fibrosarcoma: management based on the European experience. *J Clin Oncol.* 2010;28:318–23.
 - Farmakis SG, Herman TE, Siegel MJ. Congenital infantile fibrosarcoma. *J Perinatol.* 2014;34:329–30.
 - Tarik E, Lamiae R, Abdelouahed A, Tarik M, Hassan G, Anouar DM. Unusual case of congenital/infantile fibrosarcoma in a newborn. *Afr J Paediatr Surg.* 2013;10:185–7.

Luciana Baptista Pereira  a,b,*
 João Renato Vianna Gontijo  a,c,
 Marcelo de Mattos Garcia  d,e
 e Karine Corrêa Fonseca  f

^a Serviço de Dermatologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

^b Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

^c Serviço de Dermatologia, Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, Brasil

^d Axial Medicina Diagnóstica, Belo Horizonte, MG, Brasil

^e Hospital UNIMED, Belo Horizonte, MG, Brasil

^f Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: lucianabaptistapereira@gmail.com (L.B. Pereira).

Recebido em 29 de outubro de 2020; aceito em 26 de dezembro de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.09.011>

2666-2752/ © 2022 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/>).

Achados dermatoscópicos em caso de queilite plasmocitária^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

A queilite plasmocitária (QCP) é doença inflamatória rara de origem desconhecida, dentro do espectro da mucosite de células plasmáticas. Clinicamente, manifesta-se como placa ou mancha eritematosa, erosada, e circunscrita, plana a levemente elevada, envolvendo o lábio inferior de pacientes idosos do sexo masculino.¹ Histopatologicamente, observa-se densa infiltração em faixa de plasmócitos na derme superior.² As características dermatoscópicas dessa entidade foram descritas em apenas um relato.³ Aqui, os autores descrevem um caso de QCP refratária e suas características dermatoscópicas.

Um homem de 52 anos, saudável, trabalhador agrícola, foi encaminhado ao hospital com história de dez anos de erosão eritematosa dolorosa no lábio inferior. O exame físico revelou placa eritematosa com xerose difusa, juntamente com erosões e crostas (fig. 1). A dermatoscopia mostrou lesão bem delimitada com área sem estrutura vermelho-leitosa, pequenas erosões e múltiplos vasos lineares aumentados na periferia, com distribuição radial.

Embora um pequeno foco da lesão apresentasse escamas, essa não era uma característica predominante (fig. 2). Exames laboratoriais, incluindo hemograma completo e testes de função hepática e renal, não mostraram achados anormais, e testes para hepatite B e C e infecção por HIV foram negativos; PPD, raio-X do tórax, testes de tireoide e eletroforese de proteínas estavam dentro da normalidade. A histopatologia mostrou epitélio pluriestratificado parcialmente ulcerado com paraceratose, sem atipias, com hiperplasia pseudoepiteliomatosa (fig. 3A). A derme apresentava focos de infiltrado inflamatório crônico com plasmócitos abundantes (fig. 3B), macrófagos e áreas de tecido de granulação. O estudo imuno-histoquímico revelou CK AE1/AE3 (–), CD68 (+) na membrana celular e citoplasma de macrófagos, e imunomarcagem positiva para cadeias kappa (fig. 3C) e lambda (fig. 3D). O paciente iniciou tratamento com corticoide tópico e intralesional de alta potência, com pouca resposta. Após uso de prednisona oral na dose de 1 mg/kg/dia, apresentou remissão total da lesão no sétimo dia (fig. 1). Entretanto, a lesão recidivou constantemente com a redução da medicação. O tratamento com inibidores tópicos da calcineurina não foi possível em decorrência das condições econômicas.

Um dos principais diagnósticos diferenciais no contexto deste paciente foi a queilite actínica (QA) ou mesmo progressão para carcinoma espinocelular (CEC). A dermatoscopia pode ser uma ferramenta útil para ajudar a diferenciar essas doenças. Foram encontradas algumas semelhanças entre nosso caso e o relatado anteriormente, em relação à regularidade da borda e ao aumento e proliferação de estruturas vasculares.³ Outras características importantes encontradas no presente caso foram o fundo vermelho-leitoso em toda a lesão com algumas erosões focais, ausência de borda estrelada e escamas (características sugestivas de QA) e distribuição radial dos vasos lineares

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.09.011>

[☆] Como citar este artigo: Truffello D, Cevallos C, Escanilla C, Morgan P. Dermoscopic findings in a case of plasma cell cheilitis. *An Bras Dermatol.* 2022;97:827–9.

^{☆☆} Trabalho realizado no Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins, Rancagua, Chile.