

Muito embora os enxertos sejam frequentemente utilizados nas correções de lesões acrais, o intenso enegrecimento do enxerto na evolução do quadro é comum e desfavorável ao uso dessa técnica, não só por motivos estéticos, mas principalmente por comprometer o adequado seguimento clínico quanto a possíveis recorrências locais do tumor. Além disso, a localização plantar compromete a nutrição dos enxertos, os quais evoluem muitas vezes com necrose parcial ou até total.

Dentre os vários métodos de reparo, a CSI tem sido relatada como efetiva quando comparada aos enxertos, ainda que necessite de maior tempo de cicatrização.^{2,4} Sua indicação é adequada para áreas sujeitas a maior pressão, uma vez que o trauma inerente a esses locais tende a comprometer a viabilidade de enxertos e retalhos.⁴ Também podemos citar ótimos resultados cosméticos, uma vez que não evoluem com enegrecimento, facilitando muito o seguimento desses pacientes. Ainda, por não requerer coleta de área doadora, a CSI não deixa cicatrizes adicionais, ao passo que enxertos e retalhos o fazem.^{1,2} Como desvantagem, a CSI requer maior tempo de recuperação com mais visitas médicas.

Jung et al.² evidenciaram que a CSI mostrou melhores resultados nas variantes analisadas, como infecções, seroma e necrose, se comparados aos pacientes submetidos a reparos com enxertos.² Em nossa experiência, a CSI tem sido método prático, de baixo custo e improvável de apresentar complicações infecciosas.

Nesta carta, apresentamos dois exemplos de abordagens cirúrgicas possíveis no manejo do MA, evidenciando que, apesar de apresentar recuperação mais longa, a CSI confere mínima morbidade, baixa taxa de complicações, evoluindo com excelentes resultados² tanto cosméticos quanto funcionais.¹ A observação de boas evoluções motivou esse relato e a iniciativa de realizar um estudo prospectivo com mais casos demonstrando nossos achados. Assim, ressalta-se que a abordagem por CSI deve ser considerada como ferramenta pelos cirurgiões no tratamento cirúrgico do MA.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Lívia Mesquita Zyman: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

José Antônio Jabur da Cunha: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo;

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

Andrea Ortega Gimenez: Elaboração e redação do manuscrito.





Marcus Maia: Obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Schoenfeld J, Wirth P, Helm T. Mohs micrographic surgery and secondary intention healing of a plantar melanoma in-situ. *Dermatol Online J.* 2017;23, pii: 13030/qt7d02z4f7.
2. Jung JY, Roh HJ, Lee SH, Nam K, Chung KY. Comparison of Secondary Intention Healing and Full-Thickness Skin Graft After Excision of Acral Lentiginous Melanoma on Foot. *Dermatol Surg.* 2011;37:1245–51.
3. Maia M, Russo C, Ferrari N, Ribeiro MCSA. Acral lentiginous melanoma: a challenge for early diagnosis. *An Bras Dermatol.* 2003;78:553–60.
4. Oh BH, Lee SH, Nam KA, Lee HB, Chung KY. Comparison of negative pressure wound therapy and secondary intention healing after excision of acral lentiginous melanoma on the foot. *Br J Dermatol.* 2013;168:333–8.
5. Maia M, Ferrari N, Russo C, Ribeiro MCSA, Santos ABO. Reflections regarding The Epidemiology of Cutaneous Melanoma in Brazil. *An Bras Dermatol.* 2002;77:163–70.

Lívia Mesquita Zyman *,
José Antônio Jabur da Cunha ,
Andrea Ortega Gimenez ,
e Marcus Maia 

Clínica de Dermatologia, Departamento de Medicina, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: liviamz@msn.com (L.M. Zyman).

Recebido em 10 de setembro de 2018; aceito em 10 de janeiro de 2019

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2019.01.001>
2666-2752/

© 2019 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/>).

Múltiplos fibroepiteliomas de Pinkus após radioterapia ☆,☆☆

Prezado Editor,

O fibroepitelioma de Pinkus (FEP) ou carcinoma basocelular fibroepitelial é neoplasia cutânea rara, apresentando

frequência entre 0,2% e 1,4% de uma série de carcinoma basocelular.^{1,2} Sua etiopatogenia é controversa, considerada por alguns autores como variante do carcinoma basocelular (CBC) e, por outros, variante do tricoblastoma.² Mas há estudos sugerindo influência marcante da exposição prévia à radioterapia.^{1,3} A partir da suspeição clínica, o histopatológico peculiar e inconfundível confirma o diagnóstico.² Descreve-se caso de homem apresentando lesões cutâneas neoplásicas restritas ao local de radioterapia prévia na coxa esquerda para tumor ósseo.

Homem de 69 anos de idade, branco, com história de tumor ósseo no fêmur esquerdo aos 17 anos de idade, com necessidade de intervenção cirúrgica e radioterapia

☆ Como citar este artigo: Badaró BA, Diniz LM, Negris Neto E, Lucas EA. Multiple Fibroepitheliomas of Pinkus after radiotherapy. *An Bras Dermatol.* 2019;94:633–5.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

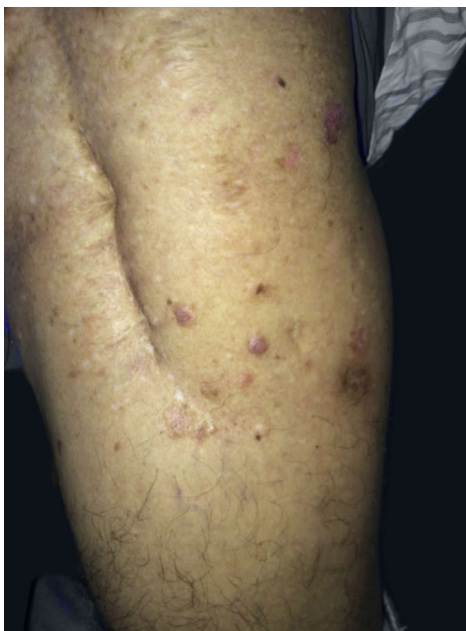


Figura 1 Presença de pápulas eritematosas, com brilho perláceo e placas, pouco elevadas, eritematoacastanhadas adjacentes à cicatriz cirúrgica na coxa esquerda – visão anterolateral.

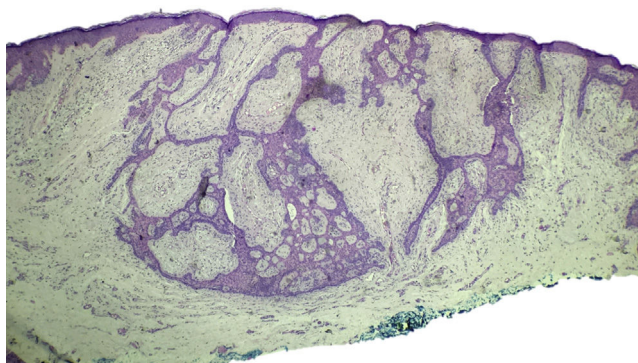


Figura 2 Proliferação epitelial infiltrando a derme, com anastomoses em aspecto cordonal, acompanhado de desmoplasia circunjacente (hematoxilina & eosina, $\times 4$).

adjuvante. Após anos, notou o aparecimento de pápulas eritematoacastanhadas, assintomáticas, de evolução lenta, restritas à pele adjacente à cicatriz cirúrgica, na área previamente irradiada. Em 2016, buscou atendimento dermatológico, quando foi evidenciada uma placa discretamente elevada, eritematosa, com borda inferior pigmentada, de brilho perláceo, localizada na face lateral superior da coxa esquerda, e algumas pápulas eritematosas, com brilho perláceo, localizadas próximo à cicatriz cirúrgica (fig. 1). O estudo histopatológico da placa excisada da região superior da coxa esquerda evidenciou neoplasia de células basaloídes infiltrando a derme, com anastomoses em aspecto cordonal, acompanhado de desmoplasia circunjacente, compatível com FEP (fig. 2). Todas as demais lesões na área irradiada foram excisadas e submetidas ao histopatológico, mantendo-se o diagnóstico de FEP, com múltiplas lesões.

O FEP acomete áreas não fotoexpostas,^{1,2} comumente a região inguinal e lombossacra; apresenta incidência entre 40 e 60 anos de idade,¹ predomínio discreto em mulheres (54%).² Clinicamente, caracteriza-se por lesões únicas ou múltiplas, como pápula ou placa, normocrômica/acastanhada, cupuliforme ou séssil.^{1,2} O caso relatado diverge no sexo (homem); no entanto, assemelha-se pela localização (área não fotoexposta), idade (69 anos) e manifestação clínica (múltiplas placas discretamente elevadas e pápulas eritematoacastanhadas).

A etiopatogenia é controversa; alguns autores classificam o FEP como variante do CBC, e outros do tricoblastoma.^{1,2} Em revisão de literatura, as evidências permanecem numa linha tênue de difícil classificação, em alguns aspectos favorecendo o CBC e, em outros, o tricoblastoma.² Argumenta-se, no entanto, que há associação do FEP com antecedente de exposição à radioterapia,^{1,3} como no caso relatado, no qual as lesões neoplásicas do paciente restringiam-se à região previamente irradiada. Em revisão de literatura foram encontrados quatro artigos referindo a associação do FEP com área de pele previamente irradiada.^{1,3-5}

O exame histopatológico mostra-se fundamental para o diagnóstico, e é descrito como peculiar e inconfundível, evidenciando filamentos anastomosados finos de células basaloídes, cercados por estroma abundante que formam uma borda uniforme com a derme subjacente, assemelhando-se a favo de mel,^{1,2} características encontradas no caso relatado.

A evolução do FEP é lenta, apresentando baixa agressividade local e pouco risco de metástase.^{1,2} A excisão da lesão é recomendada e quase sempre curativa, pois os tratamentos tópicos são ineficazes.¹ O paciente deve manter o seguimento dermatológico para diagnóstico precoce e tratamento adequado de novas lesões.

No caso apresentado, o paciente excisou múltiplas lesões de FEP e se mantém em acompanhamento regular no serviço de dermatologia.

Relata-se este caso para enfatizar a possibilidade de outras etiologias dos carcinomas basocelulares, como a radioterapia cutânea prévia.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Bruna Anjos Badaró: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Lucia Martins Diniz: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Ernesto Negris Neto: Obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Elton Almeida Lucas: Obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Conflito de interesses





Nenhum.

Agradecimentos

Aos professores, colegas residentes e pacientes do serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes.

Referências

1. Holcomb MJ, Motaparathi K, Grekin SJ, Rosen T. Fibroepithelioma of Pinkus induced by radiotherapy. *Dermatol Online J.* 2012;18:5.
2. Haddock ES, Cohen PR. Fibroepithelioma of Pinkus Revisited. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2016;6:347–62.
3. Hartschuh W, Schulz T. Merkel cell hyperplasia in chronic radioation-damage skin: its possible relationship to fibroepithelioma of Pinkus. *J Cutan Pathol.* 1997;24:477–83.
4. Cahuzac P, Hermier C, Thivolet J. Premalignant fibroepithelial tumors of Pinkus and previous irradiation: report of a survey of 20 patients. *Ann Dermatol Venereol.* 1982;109:355–7.
5. Colomb D, Drevon JP, Kirkorian M, Gho A. The carcinogenic role of earlier x-ray irradiation of multiple epitheliomas of the back: Critical study of 15 personal cases. *Ann Dermatol Venereol.* 1985;112:13–9.

Bruna Anjos Badaró ^{a,*}, Lucia Martins Diniz ^{a,b},
Ernesto Negris Neto ^a
e Elton Almeida Lucas ^c

^a Serviço de Dermatologia, Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil

^b Departamento de Clínica Médica, Dermatologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil

^c Serviço de Dermatopatologia, Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: brunaanjosbadaro@hotmail.com (B.A. Badaró).

Recebido em 29 de outubro de 2018; aceito em 13 de janeiro de 2019

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2019.01.002>
2666-2752/

© 2019 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/>).