



IMAGENS EM DERMATOLOGIA

Melanoacantoma: uma potencial armadilha ao exame de microscopia confocal de reflectância ☆,☆☆

Ana Carolina Souza Porto *, Tatiana Pinto Blumetti , Mariana Petaccia de Macedo  e Juliana Casagrande Tavoloni Braga 

Departamento de Oncologia Cutânea, A.C. Camargo Cancer Center, São Paulo, SP, Brasil

Recebido em 15 de agosto de 2018; aceito em 10 de janeiro de 2019

Disponível na Internet em 14 de dezembro de 2019

PALAVRAS-CHAVE

Ceratose seborreica;
Dermoscopia;
Diagnóstico;
Melanoma;
Microscopia confocal

Resumo Melanoacantoma é uma variante rara da ceratose seborreica, notável por apresentar pigmentação escura, rápido crescimento radial e difícil distinção do melanoma. Histologicamente, caracteriza-se por proliferação de ceratinócitos e melanócitos dendríticos. Relatamos o caso de um homem, 76 anos, com lesão em couro cabeludo de rápido crescimento, dermatoscopia suspeita e, à microscopia confocal, presença de células dendríticas por toda a lesão. Com base nesses achados, a lesão foi considerada suspeita e excisada. Análises histopatológica e imuno-histoquímica foram consistentes com diagnóstico de melanoacantoma.

© 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/>).

Introdução

O melanoacantoma cutâneo (MC) é uma variante rara da ceratose seborreica (CS), que ocorre principalmente em adultos de pele clara, preferencialmente na cabeça, no pescoço e no tronco.^{1,2} Essa lesão benigna é notável por

apresentar pigmentação escura, rápido crescimento radial e difícil distinção do melanoma. O MC tem sido pouco caracterizado com dermatoscopia e com microscopia confocal de reflectância (MCR).³

Relato de caso

Paciente do sexo masculino, 76 anos, apresentava placa marrom escura de 9mm, assimétrica, com rápido crescimento, em região parietal. À dermatoscopia, apresentava pseudoaberturas foliculares, “dedos gordos” e pontos irregularmente distribuídos (fig. 1).

Para confirmar nossa hipótese diagnóstica de CS, avaliamos a lesão com MCR. Nas camadas espinhosa e granulosa, observamos padrão em favo de mel típico, projeções epidérmicas, invaginações preenchidas por queratina e, inesperadamente, muitas células pagetoides dendríticas. Ao

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2019.01.002>

☆ Como citar este artigo: Porto ACS, Blumetti TP, Macedo MP, Braga JCT. Melanoacanthoma: a potential pitfall on reflectance confocal microscopy. An Bras Dermatol. 2019;94:747–50.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Oncologia Cutânea, A.C. Camargo Cancer Center, São Paulo, SP, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: carolporto1@hotmail.com (A.C. Porto).

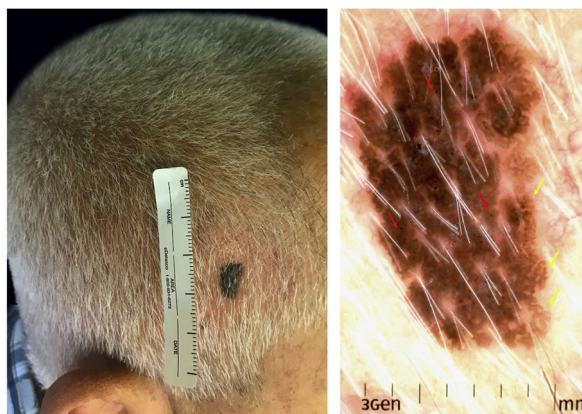


Figura 1 Imagem clínica e dermatoscópica do melanoacantoma. A, Imagem clínica: placa de 9 mm, assimétrica, marrom escura, bem demarcada na região parietal direita. B, Imagem dermatoscópica com luz polarizada: presença de pontos distribuídos irregularmente na lesão (setas vermelhas) e “dedos gordos” (setas amarelas).

nível da junção dermo-epidérmica (JDE), papilas dérmicas bem demarcadas polimorfas, além de infiltração de células dendríticas entre as papilas. Ao nível da derme papilar, estruturas sugestivas de melanófagos (fig. 2). Com base

nesses achados, não foi possível classificar a lesão como benigna e essa foi excisada.

A histopatologia revelou epiderme hiperplásica, hiperqueratose, acantose e melanócitos dendríticos distribuídos em toda a lesão. A imuno-histoquímica para Melan A e CD1a foram positivas, confirmaram o aumento da densidade de melanócitos e de células de Langerhans (fig. 3). Esses achados foram consistentes com MC.

Discussão

O MC é uma neoplasia incomum, histologicamente caracterizada por proliferação de ceratinócitos e de melanócitos dendríticos espalhados por todo o tumor.³⁻⁵ A incidência exata de MC entre os subtipos histopatológicos de CS não é clara. Roh et al. encontraram alta porcentagem (9,2%) em seu estudo e refutaram que o MC seja extremamente raro.⁶

Quatro relatos de casos descreveram previamente a dermatoscopia do MC e tanto características sugestivas de lesões benignas quanto de lesões malignas foram relatadas. Rossiello et al. descreveram um caso com padrão dermatoscópico em “explosão de estrelas”,⁷ enquanto Shankar et al. observaram padrão de sulcos e fissuras.⁴ Chung et al. descreveram características típicas de CS em oito casos de MC; pseudoaberturas foliculares e bordas bem demarcadas foram os achados mais comuns. Por outro lado, critérios

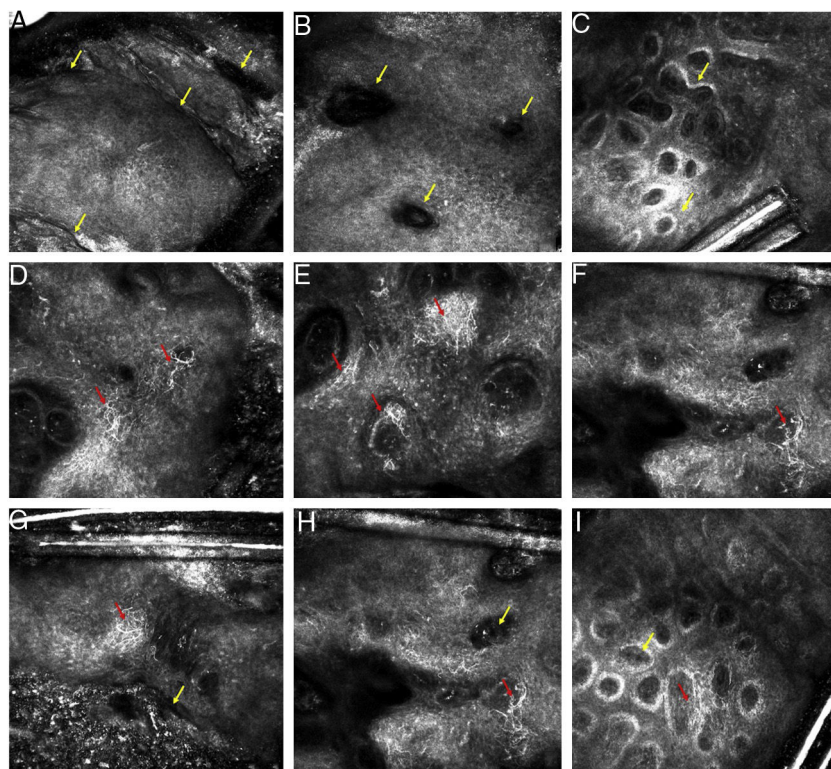


Figura 2 A-I, Imagens da microscopia confocal do melanoacantoma. A-C, Achados sugestivos de CS. A, Ao nível epidérmico, padrão em favo de mel típico e projeções epidérmicas (setas amarelas); B, Invaginações preenchidas por queratina (setas amarelas); C, Ao nível da JDE, papilas dérmicas bem demarcadas, redondas e polimorfas (setas amarelas). D-E, Achados suspeitos para melanoma. D, Ao nível epidérmico, padrão em favo de mel típico e células pagetoides dendríticas (setas vermelhas); E e F, Ao nível da JDE, infiltração de células dendríticas em torno e entre as papilas dérmicas (setas vermelhas). G-I, Achados presentes tanto na CS (setas amarelas) quanto no melanoma (setas vermelhas).

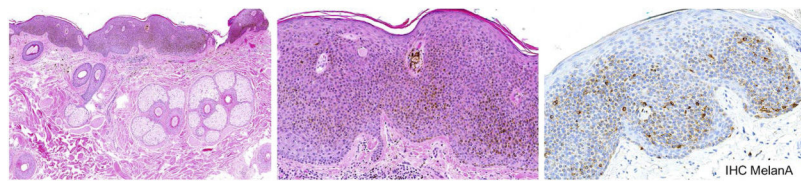


Figura 3 Análise histopatológica e imuno-histoquímica do melanoacantoma. A, Epiderme hiperplásica, hiperqueratose e acantose intensa. B, Permeados aos ceratinócitos, observam-se melanócitos dendríticos presentes em toda a lesão. C, Imuno-histoquímica mostrando densidade aumentada de melanócitos. (A e B, Coloração Hematóxina & eosina; C, coloração Melan A; aumento original: A, 40×; B–C, 400×).

dermatoscópicos específicos para melanoma também foram identificados em seis desses casos; véu branco azulado e pontos atípicos foram as características mais frequentes.¹ No mais recente relato, Shahriari et al. descreveram pápula enegrecida com pigmentação preto-azulada, considerada suspeita de melanoma nodular.³

A avaliação dermatoscópica com luz polarizada (LP) da lesão relatada demonstrou pseudoaberturas foliculares, “dedos gordos” e pontos irregularmente distribuídos. O uso de LP é melhor para visualização de estruturas mais profundas e a luz não polarizada é melhor para estruturas mais superficiais. Com LP, pseudocistos córneos são mais difíceis de serem vistos; a melanina fica mais nítida e escura e pseudoaberturas foliculares podem ser interpretadas como pontos. Assim, o uso apenas de LP, cada vez mais popular entre dermatologistas, pode dificultar o diagnóstico de CS.

Em casos clínicos e dermatoscópicos equivocados de CS, Ahlgrim-Siess et al. mostraram que, ao exame de MCR, pelo menos três critérios para diagnóstico de CS podem ser encontrados em quase todas as lesões, inclusive projeções epidérmicas, invaginações preenchidas por queratina e pseudocistos córneos nos níveis suprabasais, papilas dérmicas bem demarcadas e polimórficas, no nível da JDE. Além disso, há ausência de características sugestivas de malignidade.⁸

Ao exame de MCR, melanócitos dendríticos em disseminação pagetoide dentro da epiderme, bem como a presença dessas células na JDE, são importantes indícios de melanoma, em particular o subtipo lentigo-maligno.⁹ Numerosas células dendríticas na epiderme suprabasal também podem ocorrer no carcinoma epidermoide pigmentado *in situ*.¹⁰ Em resumo, se células dendríticas são vistas espalhadas na lesão, é provável que o dermatologista sinta-se desconfortável e suspeito de malignidade.

As características à MCR do MC foram descritas em apenas um relato de caso por Shahriari et al. Os autores observaram numerosas células dendríticas nas camadas basal e suprabasal, padrão interpretado como suspeito de melanoma. A lesão foi excisada, confirmou MC.³

No presente caso, identificamos padrão em favo de mel típico e papilas dérmicas polimórficas, mas também infiltração de células dendríticas nas camadas basal, suprabasal e no nível da JDE. Tendo em vista a incongruidade dessas células dendríticas difusas, mesmo na presença de outros critérios de benignidade, a biópsia foi feita. Em análise retrospectiva, células dendríticas espalhadas por todo o tumor, na presença de critérios para CS, são consistentes com a descrição histopatológica do MC.

Em resumo, excluir o diagnóstico de melanoma foi difícil, mesmo após a MCR, assim como foi para Shahriari et al. Acreditamos que a presença de melanócitos dendríticos distribuídos de maneira uniforme por toda a lesão, no contexto de epiderme espessada com características de CS à MCR, possa ser uma possível pista do melanoacantoma. Relatos de mais casos analisados com essa técnica de imagem e a definição dos critérios diagnósticos desse tumor benigno são necessários, a fim de evitar que o MC seja uma armadilha ao exame de MCR.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Ana Carolina Souza Porto: 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; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Tatiana Pinto Blumetti: 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.

Mariana Petaccia de Macedo: 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.

Juliana Casagrande Tavoloni Braga: 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.

Conflitos de interesse

Nenhum.

Referências

1. Chung E, Marghoob AA, Carrera C, Marchetti MA. Clinical and Dermoscopic Features of Cutaneous Melanoacanthoma. *JAMA Dermatol.* 2015;151:1129–30.

2. Vasani RJ, Khatu SS, Melanoacanthoma: Uncommon presentation of an uncommon condition. *Indian Dermatol Online J.* 2013;4:119–21.
3. Shahriari N, Grant-Kels JM, Rabinovitz HS, Oliviero M, Scope A. In vivo reflectance confocal microscopy features of a melanoacanthoma. *Dermatol Pract Concept.* 2016;6:27–30.
4. Shankar V, Nandi J, Ghosh K, Ghosh S. Giant melanoacanthoma mimicking malignant melanoma. *Indian J Dermatol.* 2011;56:79–81.
5. Choi JE, Bae EJ, Kim AR, Son SW, Song HJ, Oh CH. A Case of Melanoacanthoma: Immunohistochemical Staining Using VECTOR[®] NovaRED[™] to Distinguish Melanocytes from the Cutaneous Pigment. *Ann Dermatol.* 2008;20:18–21.
6. Roh NK, Hahn HJ, Lee YW, Choe YB, Ahn KJ. Clinical and Histopathological Investigation of Seborrheic Keratosis. *Ann Dermatol.* 2016;28:152–8.
7. Rossiello L, Zalaudek I, Ferrara G, Docimo G, Giorgio CM, Argenziano G. Melanoacanthoma simulating pigmented spitz nevus: an unusual dermoscopy pitfall. *Dermatol Surg.* 2006;32:735–7.
8. Ahlgrimm-Siess V, Cao T, Oliviero M, Laimer M, Hofmann-Wellenhof R, Rabinovitz HS, et al. Seborrheic keratosis: reflectance confocal microscopy features and correlation with dermoscopy. *J Am Acad Dermatol.* 2013;69:120–6.
9. Carrera C, Marghoob AA. Discriminating Nevi from Melanomas: Clues and Pitfalls. *Dermatol Clin.* 2016;34:395–409.
10. Blumetti TP, Scope A, de Macedo MP, Ferreira JB, Gomes EE, Enokihara MY, et al. Dermoscopic and Reflectance Confocal Microscopy Findings in Extra-genital HPV16-associated Pigmented Squamous Cell Carcinoma in situ *Acta Derm Venereol.* 2016;96:836–7.