

Conflitos de interesse

Nenhum.

Referências

1. Ugurlu S, Bartley GB, Gibson LE. Necrobiotic xanthogranuloma: long-term outcome of ocular and systemic involvement. *Am J Ophthalmol.* 2000;129:651-7.
2. Seastrom S, Bookout A, Hogan DJ. Necrobiotic xanthogranuloma without a monoclonal gammopathy. *Cutis.* 2014;94:293-6.
3. Spicknall KE, Mehregan DA. Necrobiotic xanthogranuloma. *Int J Dermatol.* 2009;48:1-10.
4. Wood AJ, Wagner MV, Abbott JJ, Gibson LE. Necrobiotic xanthogranuloma: a review of 17 cases with emphasis on clinical and pathologic correlation. *Arch Dermatol.* 2009;145:279-84.
5. Miguel D, Lukacs J, Illing T, Elsner P. Treatment of necrobiotic xanthogranuloma - a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017;31:221-35.

Isaura Azevedo Fasciani ^{a,*},
Neusa Yuriko Sakai Valente ^a,
Maria Claudia Alves Luce ^b
e Priscila Kakizaki ^b

^a Departamento de Dermatologia, Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, SP, Brasil

^b Departamento de Dermatopatologia, Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, SP, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: isafasciani@hotmail.com (I.A. Fasciani).

Recebido em 21 de novembro de 2018; aceito em 13 de março de 2019

Disponível na Internet em 14 de fevereiro de 2020

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/>).

Um caso de atrofodermia linear de Moulin ☆☆☆



Prezado Editor,

Uma menina chinesa de 15 anos apresentou história de 10 anos de máculas marrom-claras assintomáticas e unilaterais que afetavam o braço direito e o lado direito do tronco. Não havia histórico de lesões cutâneas ou inflamação. O histórico médico e familiar não foi significativo. No exame físico, foram observadas máculas atróficas lineares hiperpigmentadas no braço e tronco direitos que seguiam as linhas de Blaschko e acometiam os aspectos anterior e posterior. A pele estava levemente atrófica à palpação. Não foram observados sinais de enrijecimento ou inflamação (fig. 1A-B). Os exames laboratoriais – inclusive hemograma, taxa de sedimentação de eritrócitos, teste da função hepática, perfil renal e anticorpos antinucleares – foram todos negativos ou dentro da faixa normal. A biópsia de lesão evidenciou epiderme normal com pigmentação aumentada na camada basal, colágeno dérmico mais compacto e infiltração linfocitária perivascular de pequeno grau na derme superior (fig. 2). A dermatoscopia evidenciou rede marrom-clara com margens pouco demarcadas. Foi estabelecido o diagnóstico de atrofodermia linear de Moulin (ALM) e iniciou-se o tratamento tópico com creme de halometasona a 0,5% e creme de hidroquinona a 2% por dois meses, sem melhora.

A ALM é entidade clínica rara e distinta, caracterizada por lesões cutâneas unilaterais, hiperpigmentadas e atróficas em faixa, que seguem as linhas de Blaschko, sem inflamação prévia ou aparência esclerótica. A doença

recebe o nome do pesquisador que, em 1992, relatou o caso de cinco pacientes com faixas pigmentadas mais ou menos atróficas ao longo das linhas de Blaschko.¹ A ALM geralmente evolui como lesão atrófica linear nos primeiros meses, deixa então de progredir e persiste. Sua etiologia permanece incerta. Todos os casos relatados até o momento foram esporádicos. Ela pode estar ligada a um mosaicismo genético ou autoimunidade. Um estudo do componente atrófico da ALM por ultrassonografia revelou que a redução do volume subcutâneo, não a diminuição da derme, foi a causa da aparência atrófica.² Embora sua manifestação clínica seja singular, a histopatologia da ALM é bastante discreta. A coloração com hematoxilina & eosina geralmente evidencia hiperpigmentação apenas na camada basal da epiderme, ausência de colágeno anormal ou fibras elásticas alteradas na derme ou de qualquer inflamação óbvia.¹ Pode haver certo grau de infiltrado linfocitário perivascular, acantose, adelgaçamento da epiderme, alterações no colágeno dérmico e redução ou fragmentação do tecido elástico.²

López et al.³ propuseram os seguintes critérios diagnósticos para a ALM: 1) Início durante a infância ou adolescência; 2) Desenvolvimento de lesões unilaterais hiperpigmentadas, levemente atróficas, que seguem as linhas de Blaschko no tronco ou nos membros; 3) Ausência de inflamação prévia ou de esclerodermia subsequente; 4) Curso clínico estável, não progressivo, sem padrão de remissão; 5) Achados histológicos de hiperpigmentação da camada basal da epiderme e derme normal com tecido conjuntivo e fibras elásticas inalterados. Até o momento, mais de 30 casos de ALM foram relatados na literatura. No entanto, esse diagnóstico pode ter sido superestimado. Se os critérios diagnósticos forem rigorosamente seguidos, alguns casos não podem ser classificados como ALM, pois esses autores relataram achados histológicos compatíveis com outras entidades clínicas.³

A ALM deve ser diferenciada da atrofodermia de Pasini e Pierini (APP), que apresenta configuração, atrofia e hiperpigmentação semelhantes, mas não segue as linhas de Blaschko. Além disso, a ALM é diferente da morfeia linear, que geralmente apresenta inflamação, enrijecimento ou esclerodermia anteriores.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2019.03.005>

☆ Como citar este artigo: Zhang L-W, Ma M-S, Chen T, Fu L-X. A case of linear atrophoderma of Moulin. *An Bras Dermatol.* 2020;95:119-21.

☆☆ Trabalho realizado no Chengdu Second People's Hospital, Sichuan, China.

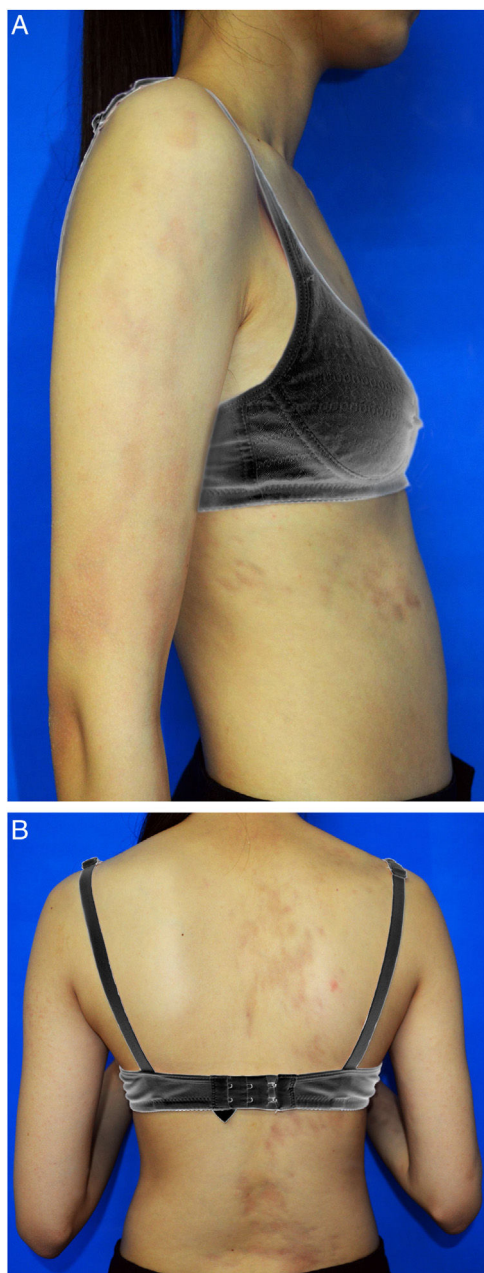


Figura 1 A, Máculas lineares hiperpigmentadas no braço direito e tronco direito que seguem as linhas de Blaschko. B, Máculas lineares hiperpigmentadas no braço direito e tronco direito seguindo as linhas de Blaschko.

Histopatologicamente, a morfeia apresenta feixes de colágeno compactados e orientados horizontalmente, com perda progressiva dos anexos cutâneos e da gordura subcutânea. No entanto, ainda não existe um consenso se a ALM é uma entidade distinta. Existem muitas semelhanças clínicas e histológicas entre ALM, APP e morfeia; portanto, alguns autores sugerem que essas doenças são parte de um espectro e que a ALM pode não ser uma entidade distinta.⁴ A ALM pode ser uma variante Blaschko-linear da APP, que por sua vez pode ser considerada uma forma abortiva de morfeia.⁴

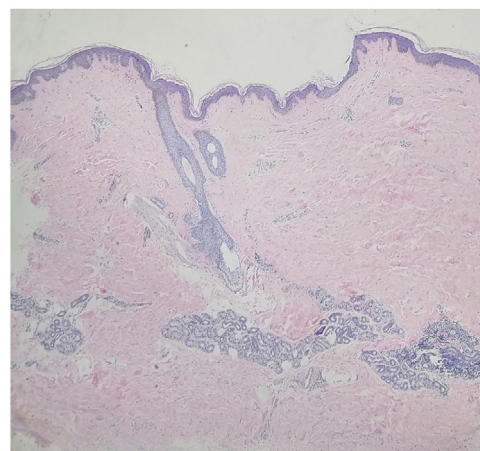


Figura 2 Epiderme normal com pigmentação aumentada da camada basal, com colágeno dérmico mais compacto e infiltração linfocitária perivascular de pequeno grau na derme superior (Hematoxilina & eosina, 40×).

Não existe tratamento eficaz para a ALM. Corticosteroides tópicos e heparina não foram bem-sucedidos. Alguns tratamentos experimentais levaram a uma resposta parcial: calcipotriol tópico, metotrexato sistêmico ou aminobenzoato e terapia intralésional com plasma rico em plaquetas.⁵ O presente relato apresenta um caso de ALM com características clínicas e histopatológicas clássicas.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Li-wen Zhang: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Meng-sha Ma: Obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito.

Tao Chen: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo.

Li-xin Fu: Revisão crítica da literatura.





Conflitos de interesse

Nenhum.

Referências

1. Moulin G, Hill MP, Guillaud V, Barrut D, Chevallier J, Thomas L. Acquired atrophic pigmented band-like lesions following Blaschko's lines. *Ann Dermatol Venereol.* 1992;119:729-36.
2. Norisugi O, Makino T, Hara H, Matsui K, Furuichi M, Shimizu T. Evaluation of skin atrophy associated with linear atrophoderma of Moulin by ultrasound imaging. *J Am Acad Dermatol.* 2011;65:232-3.
3. Lopez N, Gallardo MA, Mendiola M, Bosch R, Herrera E. A case of linear atrophoderma of Moulin. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:165-7.

- de Golian E, Echols K, Pearl H, Davis L. Linear atrophoderma of Moulin: a distinct entity? *Pediatr Dermatol.* 2014;31:373–7.
- Kharkar VD, Abak BA, Mahajan SA. Linear atrophoderma of Moulin: a rare entity. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2018;84:591–4.

Li-Wen Zhang , Meng-Sha Ma , Tao Chen *
e Li-Xin Fu 

Departamento de Dermatovenereologia, Chengdu Second People's Hospital, Sichuan, China

* Autor para correspondência.

E-mail: 13980427003@163.com (T. Chen).

Recebido em 18 de janeiro de 2019; aceito em 18 de março de 2019

Disponível na Internet em 15 de fevereiro de 2020

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/>).

Micose fungoide folicular com espículas e lesões similares a hidradenite supurativa em um paciente – Remissão completa com interferon alfa^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

A micose fungoide folicular (MFF) é variante da micose fungoide (MF) com características clínico-patológicas distintas, nas quais os linfócitos T neoplásicos exibem tropismo para o epitélio folicular.¹ O espectro das manifestações clínicas é heterogêneo.^{1,2} Entre elas, lesões acneiformes são comuns, mas lesões similares à hidradenite supurativa (LSHS) foram pouco descritas na literatura. Além disso, a MFF com espículas é uma apresentação clínico-patológica incomum, caracterizada por múltiplas pápulas foliculares hiperqueratóticas.

Um homem saudável de 65 anos apresentou história de seis meses de lesões cutâneas generalizadas, alopecia e prurido intenso. No exame dermatológico, foram observadas inúmeras pápulas foliculares pontiagudas e alopecia do couro cabeludo (fig. 1), com lesões queratóticas foliculares na tricoscopia. Alopecia irregular dos pelos do corpo e múltiplas espículas hiperqueratóticas milimétricas no tronco e membros estavam presentes, dando a sensação de pele áspera à palpação. Além disso, observou-se LSHS na área axilar. Não foi observada linfadenopatia palpável ou visceromegalia. A biópsia do couro cabeludo evidenciou infiltrado de linfócitos atípicos no epitélio folicular, com epidermotropismo (fig. 2). Imuno-histoquimicamente, os linfócitos foliculares apresentaram positividade para CD3 e CD4, com perda parcial de CD7; CD30 foi negativo. A análise molecular do TCR demonstrou uma população monoclonal de linfócitos. Os exames laboratoriais estavam dentro dos limites normais (hemograma, células de Sézary, bioquímica, eletroforese, imunoglobulinas, β -2 microglobulina) e nenhum

comprometimento sistêmico foi detectado no exame de imagem corporal. Foi estabelecido o diagnóstico de MFF. O paciente foi tratado com interferon alfa (3.000.000 unidades, três vezes por semana) e clobetasol tópico, alcançando remissão completa um ano depois, sem recidivas após três anos de acompanhamento (fig. 3).

A MFF é observada em menos de 10% dos pacientes com MF. Essa variante é mais comum em homens, com uma



Figura 1 Comprometimento extenso do couro cabeludo, com numerosas pápulas foliculares hiperqueratóticas esbranquiçadas e pontiagudas, além de alopecia.

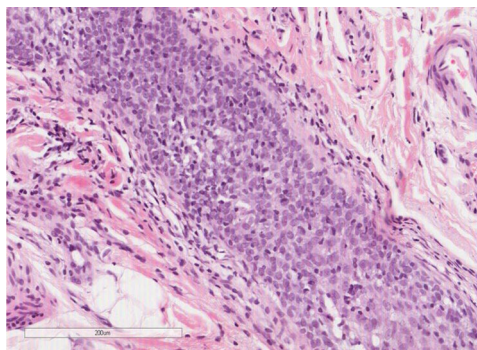


Figura 2 Biópsia do couro cabeludo: infiltrado de linfócitos de pequeno a médio porte com atipia de pequeno grau, ao redor e dentro do epitélio folicular. Não foi observada mucinose folicular (Hematoxilina & eosina, 20 ×).

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2019.04.011>

☆ Como citar este artigo: Garcia-Arpa M, Flores-Terry MA, Franco-Muñoz M, de Lara-Simón IM. Spiky follicular mycosis fungoides and hidradenitis suppurativa-like lesions in a patient – complete remission with interferon alpha. *An Bras Dermatol.* 2020;95:121–3.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Hospital Geral Universitário de Ciudad Real, Ciudad Real, Espanha.