



## QUAL O SEU DIAGNÓSTICO?

### Caso para diagnóstico. Pápulas e nódulos hiperpigmentados e escoriados em paciente diabético ☆,☆☆



Catalina Hasbún <sup>a</sup>, Mauricio Sandoval <sup>b,\*</sup> e Sergio González-Bombardiere <sup>c</sup>

<sup>a</sup> Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

<sup>b</sup> Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

<sup>c</sup> Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Recebido em 10 de dezembro de 2019; aceito em 4 de março de 2020

Disponível na Internet em 4 de novembro de 2020

#### PALAVRAS-CHAVE

Diabetes *mellitus*;  
Doenças do colágeno;  
Falência renal  
crônica;  
Síndromes endócrinas  
paraneoplásicas

**Resumo** A colagenose perforante reacional é uma dermatose perforante rara caracterizada clinicamente por pápulas hiperpigmentadas intensamente pruriginosas, placas e nódulos com um tampão ceratótico central. A histopatologia revela eliminação transepidermica de fibras de colágeno. Sua fisiopatologia ainda está sob investigação, mas a forma adquirida tem sido associada a condições sistêmicas como diabetes melito e doença renal crônica. No entanto, a colagenose perforante reacional também foi descrita como uma síndrome paraneoplásica. Os autores apresentam o caso de uma paciente diabética, de 65 anos, com suspeita de neoplasia mieloproliferativa.

© 2020 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/>).

#### Relato do caso

Os autores relatam o caso de uma paciente do sexo feminino, 65 anos, diabética, com controle metabólico deficiente (HbA1c 14,9%) e histórico de lesões pruriginosas em tronco e extremidades havia dois meses.

Ao exame físico, observavam-se múltiplas pápulas umbilicadas, hiperpigmentadas e com tampão ceratótico central (figs. 1 e 2), além de linfadenopatias inguinais e cervicais de até 2 cm de diâmetro. As membranas mucosas não foram afetadas.

Os exames laboratoriais revelaram anemia leve com eosinofilia leve (hemoglobina 10,9 g/dL, 940 eosinófilos/mL),

DOI referente ao artigo:

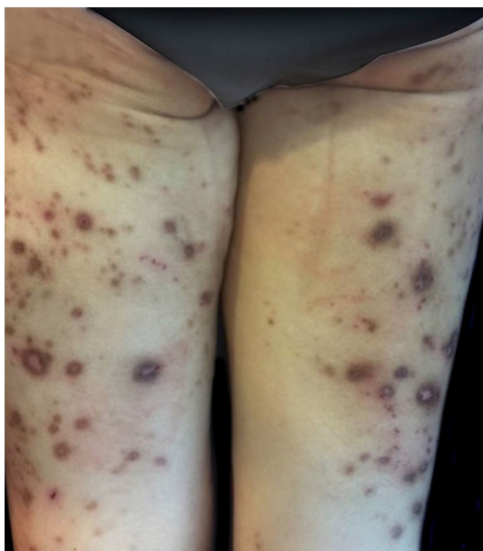
<https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.03.015>

☆ Como citar este artigo: Hasbún C, Sandoval M, González-Bombardiere S. Case for diagnosis. Hyperpigmented and excoriated papules and nodules in a diabetic patient. An Bras Dermatol. 2020;95:757–9.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

\* Autor para correspondência.

E-mail: [masando1@uc.cl](mailto:masando1@uc.cl) (M. Sandoval).



**Figura 1** Pápulas e nódulos umbilicados, hiperpigmentados e escoriados generalizados.



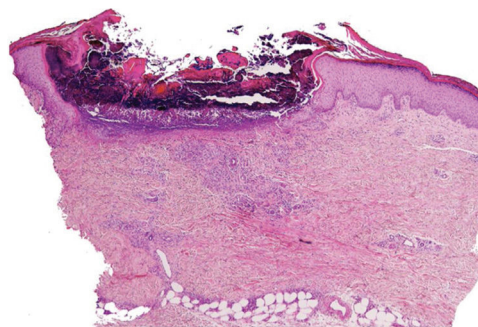
**Figura 2** Na ampliação, um tampão ceratótico central é visível.

velocidade de hemossedimentação elevada (93 mm/h) e desidrogenase láctica elevada (1,000 unidades/L).

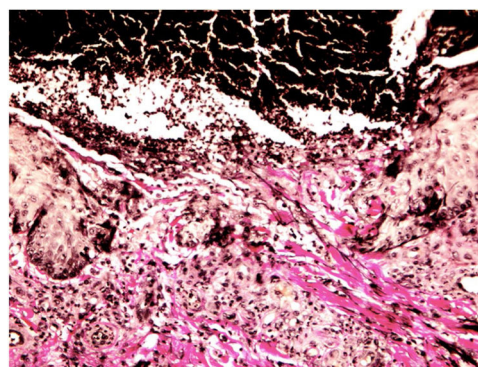
### Qual o seu diagnóstico?

- Prurigo nodular
- Erupção liquenoide medicamentosa
- Papulose linfomatoide
- Dermatose perfurante

A biópsia da pele evidenciou uma depressão cupuliforme da epiderme, com um tampão de queratina sobreposto



**Figura 3** Fotomicrografia mostra uma depressão cupuliforme da epiderme, com um tampão de queratina sobreposto que contém fibras colágenas, detritos de queratina e células inflamatórias (Hematoxilina & eosina, 100×).



**Figura 4** Fotomicrografia mostra fibras colágenas orientadas verticalmente sendo eliminadas através da epiderme (Van Gieson, 400×).

que continha fibras de colágeno, detritos de queratina e células inflamatórias nos cortes histológicos corados com hematoxilina-eosina (HE). A coloração de Van Gieson demonstrou fibras de colágeno orientadas verticalmente, extrudando através da epiderme (figs. 3 e 4).

A paciente foi tratada com anti-histamínicos e triancinolona. Um estudo secundário para investigar uma neoplasia mieloproliferativa foi negativo; a paciente foi encaminhada a um endocrinologista para melhorar o controle metabólico.

### Discussão

A collagenose perfurante reacional (CPR), uma doença rara no espectro das dermatoses perfurantes, apresenta perfuração epidérmica e eliminação transepidérmica de colágeno e/ou fibras elásticas como características histológicas.<sup>1</sup>

A CPR pode ser classificada em formas hereditárias e adquiridas. O tipo hereditário aparece na primeira infância e é determinado geneticamente por herança autossômica, enquanto a forma adquirida (CPRA) acompanha doenças sistêmicas, mais comumente diabetes melito (DM) e doença renal crônica (DRC).<sup>2</sup> No entanto, a CPRA também foi associada a neoplasias mieloproliferativas e sólidas.<sup>3</sup>

Clinicamente, a doença se apresenta com pápulas, placas e nódulos eritematosos e/ou hiperpigmentados. As lesões apresentam um tampão hiperkeratótico central umbi-

licado ou crateriforme, são intensamente pruriginosas e o fenômeno de Koebner é observado. Após a cicatrização, cicatrizes atróficas hipo ou hiperpigmentadas são comumente observadas.<sup>3,4</sup> Essas lesões aparecem em áreas de trauma superficial e são provavelmente causadas pelo prurido. Em pacientes diabéticos, a vasculopatia da derme foi proposta como um fator sinérgico.<sup>5</sup> Região palmoplantar, áreas intertriginosas e membranas mucosas geralmente não são afetadas.<sup>3,6</sup>

A CPR é um diagnóstico clínico que requer confirmação histopatológica; suas características dependem do estágio da doença. Inicialmente, fibras colágenas degeneradas e necrose estendem-se pela derme reticular; também pode ser observada hiperplasia epidérmica. Em lesões mais avançadas, a epiderme desenvolve uma depressão cupuliforme com um tampão de queratina basofílico sobreposto que consiste em células inflamatórias e detritos de queratina. As fibras colágenas verticais, que se coram em vermelho com a coloração elástica de Van Gieson e em azul com a coloração do tricrômico de Masson, podem ser observadas na base da ulceração e sendo eliminadas através da epiderme.<sup>7</sup>

Os objetivos do tratamento são a melhoria do prurido e das lesões cutâneas e, principalmente, o controle das doenças internas associadas. A terapia primária baseada em corticosteroides tópicos, anti-histamínicos ou antibióticos tem sido recomendada. Em caso de falha, deve-se considerar o tratamento de segunda linha com alopurinol.<sup>8,9</sup>

Este caso reforça a necessidade de se considerar o diagnóstico de CPRA em casos de lesões pruriginosas crônicas, principalmente no contexto de DM e DRC. Porém, mesmo nesse cenário, quando a suspeita clínica de uma neoplasia associada é alta, uma investigação básica de neoplasias malignas internas deve ser realizada.

## Suporte financeiro

Nenhum.

## Contribuição dos autores

Catalina Hasbún: 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; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Mauricio Sandoval: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Sergio González-Bombardiere: Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

## Conflitos de interesse

Nenhum.

## Referências

1. Kim RH, Kwa M, Adams S, Meehan SA, Stein JA. Giant acquired reactive perforating collagenosis in a patient with diabetes mellitus and metastatic breast carcinoma. *JAAD Case Rep.* 2016;2:22–4.
2. Karpouzis A, Giatromanolaki A, Sivridis E, Kouskoukis C. Acquired reactive perforating collagenosis: current status. *J Dermatol.* 2010;37:585–92.
3. Wagner G, Sachse MM. Acquired reactive perforating dermatosis. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2013;11:723–9.
4. Patterson JW. The perforating disorders. *J Am Acad Dermatol.* 1984;10:561–81.
5. Kawakami T, Saito R. Acquired reactive perforating collagenosis associated with diabetes mellitus: eight cases that meet Faver's criteria. *Br J Dermatol.* 1999;140:521–4.
6. Faver IR, Daoud MS, Su WP. Acquired reactive perforating collagenosis, Report of six cases and review of the literature. *J Am Acad Dermatol.* 1994;30:575–80.
7. Ormerod E, Atwan A, Intzedy L, Stone N. Dermoscopy features of acquired reactive perforating collagenosis: a case series. *Dermatol Pract Concept.* 2018;8:303–5.
8. Lukács J, Schliemann S, Elsner P. Treatment of acquired reactive perforating dermatosis – a systematic review. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2018;16:825–42.
9. Tiltz H, Becker JC, Legat F, Schettini AP, Inzinger M, Massone C. Allopurinol in the treatment of acquired reactive perforating collagenosis. *An Bras Dermatol.* 2013; 88:94–7.