

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

Gianfranco Barabino: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual na conduta propedêutica e / ou terapêutica dos casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Aurora Parodi: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual na conduta propedêutica e / ou terapêutica dos casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

## Conflito de interesses

Nenhum.

## Referências

1. de Freitas MR, Said G. Leprous neuropathy. *Handb Clin Neurol*. 2013;115:499-514.

2. Girdhar BK. Neuritic leprosy. *Indian J Lepr*. 1996;68:35-42.
3. Jardim MR, Antunes SL, Santos AR, Nascimento OJ, Nery JA, Sales AM, et al. Criteria for diagnosis of pure neural leprosy. *J Neurol*. 2003;250:806-9.
4. Reja AH, De A, Biswas S, Chattopadhyay A, Chatterjee G, Bhattacharya B, et al. Use of fine needle aspirate from peripheral nerves of pure-neural leprosy for cytology and PCR to confirm the diagnosis: a pilot study. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2013;79:789-94.
5. De A, Hasanoor Reja AH, Aggarwal I, Sen S, Sil A, Bhattacharya B, et al. Use of Fine Needle Aspirate from Peripheral Nerves of Pure-neural Leprosy for Cytology and Polymerase Chain Reaction to Confirm the Diagnosis: A Follow-up Study of 4 Years. *Indian J Dermatol*. 2017;62:635-43.

Ilaria Trave <sup>a,\*</sup>, Alberto Cavalchini <sup>b</sup>, Gianfranco Barabino <sup>b</sup> e Aurora Parodi <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Ciências da Saúde, University of Genoa, Ospedale Policlinico San Martino, Gênova, Itália  
<sup>b</sup> Ospedale Policlinico San Martino, Gênova, Itália

\* Autor para correspondência.

E-mail: [ilaria.trave@gmail.com](mailto:ilaria.trave@gmail.com) (I. Trave).

Recebido em 24 de abril de 2020; aceito em 31 de maio de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2020.05.033>

2666-2752/ © 2021 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/>).

## Pápulas axilares: localização incomum do líquen nítido<sup>☆,☆☆</sup>



Prezado Editor,

O líquen nítido é doença cutânea papuloescamosa crônica, relativamente rara, caracterizada por múltiplas pápulas em cúpula, medindo de 1 a 2 mm, da cor da pele, brilhantes e frequentemente chamadas de pápulas semelhantes à cabeça de um alfinete<sup>1</sup>. O aparecimento das lesões geralmente é assintomático; além disso, às vezes pode estar associado a prurido.<sup>1</sup> Essa condição incomum foi descrita pela primeira vez por Pinkus, em 1901.<sup>2</sup> A pele é o principal local de ocorrência, mas as membranas mucosas e as unhas também podem ser afetadas.<sup>3</sup>

Nenhuma predileção por raça ou sexo foi relatada, embora a maioria dos casos pareça surgir em crianças e adultos jovens.<sup>1,4</sup> Existem formas localizadas e generalizadas de líquen nítido, às vezes descritas em variantes clínicas:

familiar, actínica, confluenta, vesicular, hemorrágica, palmoplantar, mucosa, espinulosa e folicular, queratodérmica, perfurante ou linear.<sup>2,5</sup> As lesões localizam-se preferencialmente na superfície flexora dos braços e punhos e no abdome e genitália, embora possam se tornar disseminadas.<sup>5</sup> Este relato de caso adiciona à literatura indexada o segundo caso de líquen nítido localizado exclusivamente em ambas as axilas.

O paciente é um homem caucasiano de 26 anos de idade, que foi examinado para avaliação de lesões assintomáticas em ambas as axilas; as lesões estavam presentes havia mais de quatro anos e mostravam aparecimento insidioso. O paciente negou tratamento prévio das lesões ou qualquer ingestão de medicamentos precedendo o aparecimento das mesmas. Ao exame dermatológico, foram observadas, em ambas as axilas, pápulas discretas e agrupadas da cor da pele, brilhantes, firmes, monomórficas e arredondadas em cúpula, com diâmetro de 1 a 3 mm (fig. 1).

Uma biópsia de pele foi realizada nessas lesões, que mostrou um infiltrado linfo-histiocitário em uma papila dérmica aumentada, com crescimento descendente dos cones epidérmicos (cristas interpapilares) ao redor do infiltrado inflamatório dérmico em forma de "garra segurando uma bola" (figs. 2 e 3). Observou-se que a epiderme sobrejacente era normal e não havia evidência de espongiose ou exocitose.

O paciente foi tratado com a combinação de dexclorfeniramina 2 mg e betametasona 0,25 mg t.i.d. por via oral por 10 dias; depois do tratamento, o paciente mostrou estar virtualmente livre de lesões.

DOI referente ao artigo:

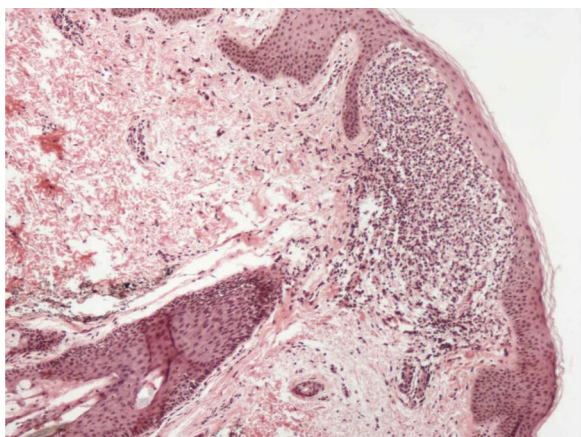
<https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.04.015>

☆ Como citar este artigo: Belda Junior W, Criado PR, Di Chiacchio NG. Axillary papules: an uncommon location of lichen nitidus. *An Bras Dermatol*. 2021;96:381-3.

☆☆ Trabalho realizado na Faculdade de Medicina do ABC, São Paulo, SP, Brasil.

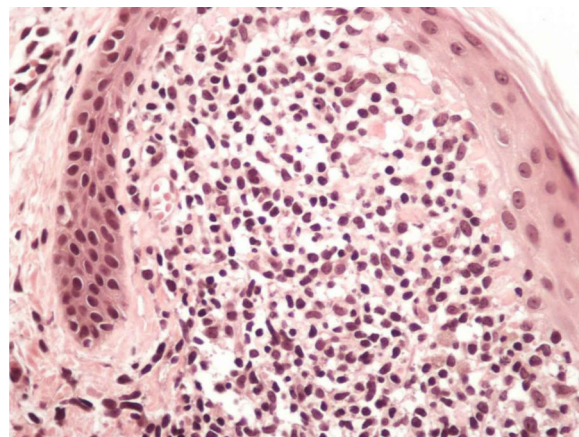


**Figura 1** Axila direita apresentando pápulas cutâneas cor da pele, discretas e agrupadas, brilhantes, firmes, arredondadas, monomórficas e em cúpula, medindo de 1 a 3 mm.



**Figura 2** Infiltrado em uma papila dérmica aumentada, com crescimento descendente dos cones epidérmicos ao redor do infiltrado inflamatório dérmico no formato de “garra segurando uma bola” (Hematoxilina & eosina, 40 ×).

Há apenas um relato de líquen nítido nas axilas.<sup>3</sup> Nosso paciente apresentou lesões apenas nessa área, enfatizando o aspecto peculiar de nosso relato. Outrora considerada uma reação tuberculoide, o líquen nítido é atualmente compreendido como uma doença de origem desconhecida. O diagnóstico diferencial inclui líquen plano, psoríase, veruga plana e queratose pilar.<sup>1,4</sup> Foram relatados casos raros de líquen nítido associado a dermatite atópica, doença de Crohn, síndrome de Down e artrite crônica juvenil.<sup>1,3</sup> A primeira hipótese clínica em nosso caso foi a doença de Fox-



**Figura 3** Detalhe do infiltrado linfo-histiocitário em uma papila dérmica aumentada (Hematoxilina & eosina, 200 ×).

-Fordyce, em decorrência da presença de pápulas nas axilas. O diagnóstico final foi estabelecido pela análise histopatológica.

Devido à rara apresentação clínica de líquen nítido localizado exclusivamente em ambas as axilas, os médicos devem alertar para a necessidade de realização de biópsia cutânea para confirmar esse diagnóstico. O estudo histopatológico mostrou achados característicos de líquen nítido, incluindo infiltrado linfo-histiocitário em uma papila dérmica aumentada com adelgaçamento da epiderme subjacente e extensão descendente dos cones epidérmicos na margem lateral do infiltrado, produzindo uma típica imagem de “garra segurando uma bola”.<sup>1,5</sup>

Em dois terços dos pacientes, as lesões apresentam remissão espontânea após alguns meses a um ano. Glicocorticoides tópicos podem ser úteis nas formas localizadas.<sup>1</sup> Em nosso caso, o paciente foi tratado com sucesso com uma combinação de dexclorfeniramina 2 mg e betametasona 0,25 mg t.i.d. por via oral por 10 dias.

Gostaríamos de destacar a raridade da apresentação deste caso e a importância de considerar o líquen nítido como diagnóstico diferencial de pápulas nas axilas, sejam pruriginosas ou não.

### Suporte financeiro

Nenhum.

### Contribuições dos autores

Walter Belda Junior: aprovação da versão final do manuscrito; desenho e planejamento do estudo; redação e edição do manuscrito; coleta, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual na conduta propedêutica e/ou terapêutica dos casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Paulo Ricardo Criado: aprovação da versão final do manuscrito; desenho e planejamento do estudo; redação e edição do manuscrito; coleta, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa;

participação intelectual na conduta propedêutica e/ou terapêutica dos casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Nilton Gioia Di Chiacchio: aprovação da versão final do manuscrito; desenho e planejamento do estudo; redação e edição do manuscrito; coleta, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual na conduta propedêutica e/ou terapêutica dos casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.



## Conflito de interesses

Nenhum.

## Referências

1. Arizaga AT, Guadhan MD, Bang RH. Generalized lichen nitidus. *Clin Exp Dermatol.* 2002;27:115-7.
2. Rodriguez-Martin M, Rodriguez-Garcia F, Sáez M, Cabera R, Pérez-Robayna N, Sidro M, et al. [Pruritic papules in the axillae]. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:281-3.

3. Bettoli V, De Padova MP, Corazza M, Virgili A. Generalized lichen nitidus with oral and nail involvement in a child. *Dermatology.* 1997;194:367-9.
4. Francouer C, Frost M, Treadwell P. Generalized pinhead-sized papules in a child. *Arch Dermatol.* 1988;124:935-8.
5. Arrue I, Arregui MA, Saracibar N, Soloeta R. Perforating lichen nitidus on an atypical site. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:429-31.

Walter Belda Junior <sup>a</sup>, Paulo Ricardo Criado <sup>b</sup> e Nilton Gioia Di Chiacchio <sup>b,c,\*</sup>

<sup>a</sup> Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

<sup>b</sup> Faculdade de Medicina do ABC, São Paulo, SP, Brasil

<sup>c</sup> Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

\* Autor para correspondência.

E-mail: [dichiacchiong@gmail.com](mailto:dichiacchiong@gmail.com) (N.G. Di Chiacchio).

Recebido em 14 de janeiro de 2020; aceito em 11 de abril de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2020.04.012>  
2666-2752/ © 2021 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/>).

## Lesão peniana assintomática nodular de cor vermelha: apresentação incomum de carcinoma espinocelular



Prezado Editor,

Um homem de 65 anos de idade apresentava uma lesão nodular vermelha no corpo do pênis há dois meses. Ao exame físico, havia um crescimento eritematoso lobulado, sésil e não doloroso, bem definido, de tamanho aproximado de 5 × 3 cm envolvendo a glândula, o sulco coronal e a diáfise do pênis (fig. 1). Não havia linfadenopatia. Inicialmente, o paciente apresentou prurido discreto, e após um intervalo de tempo subsequente, notou o crescimento de pequena lesão peniana, que gradualmente progrediu para o tamanho atual – aumento que ocorreu em um intervalo de dois meses, juntamente com alguma dificuldade para retrair o prepúcio. Não havia história de disúria e o paciente apresentava boa saúde. Sua história familiar, médica e social não contribuíram com mais dados. O paciente tinha história de tabagismo durante 20 a 25 anos, e deixou de fumar nos últimos cinco anos.

Apesar de o paciente ter negado qualquer contato sexual, foi realizado o diagnóstico diferencial de condiloma acuminado, condiloma plano e granuloma inguinal com outros diferenciais remotos: xantoma verruciforme e carcinoma

espinocelular. Todas as investigações bioquímicas e hematólogicas, incluindo perfil lipídico, teste de função hepática, teste de função renal, eletrólitos séricos, exame de rotina e microscópico de urina e hemograma completo, estavam dentro dos limites normais. A microscopia em fundo escuro para *Treponema pallidum* e o esfregaço de tecido para corpúsculos de Donovan foram negativos. O teste sorológico para sífilis e ELISA para HIV tipos 1 e 2 foram negativos. A biópsia inicial mostrou condiloma acuminado com células escamosas apresentando perda de polaridade sem qualquer atipia citológica. Uma segunda biópsia foi realizada, e foi consistente com carcinoma espinocelular com padrão papilífero (fig. 2). A ultrassonografia do abdômen e da pelve apresentou resultado normal. Foi realizada excisão cirúrgica, que confirmou o diagnóstico de carcinoma espinocelular *in situ*.



**Figura 1** Crescimento bem definido, eritematoso, nodular, lobulado e sésil envolvendo a glândula, o sulco coronal e o corpo do pênis.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2020.06.019>

☆ Como citar este artigo: Rani S, Sardana K, Ahuja A. Beefy red asymptomatic penile lesion: unusual presentation of squamous cell carcinoma. *An Bras Dermatol.* 2021;96:383-4.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Dr Ram Manohar Lohia Hospital, Nova Delhi, Índia.