

urotelial micropapilar não exige necessariamente algoritmos de tratamento diferentes.<sup>4</sup>

O manejo ideal de pacientes com cT1 (o tumor invade o tecido conjuntivo subepitelial, estágio clínico) permanece controverso. Cada caso deve ser discutido individualmente, considerando outros fatores clinicopatológicos. A discussão das opções de tratamento deve ser parte de um processo compartilhado de tomada de decisão.<sup>4</sup>

### Suporte financeiro

Nenhum.

### Contribuições dos autores

Elisabeth Gómez-Moyano: Curadoria de dados; análise formal; investigação; metodologia; administração do projeto; *software*; supervisão; validação; visualização; funções/escrita - delineamento original; escrita - revisão.

Silvestre Martínez Garcia: Análise formal; investigação; metodologia; administração do projeto; *software*; supervisão; validação; visualização; funções/escrita - delineamento original; escrita - revisão.

David Hernandez Alcaraz: Análise formal; investigação; metodologia; administração do projeto; validação da supervisão; visualização; funções/escrita - delineamento original; escrita - revisão.





Maria Ayala-Blanca: Investigação; metodologia; administração do projeto; supervisão; validação; visualização; funções/escrita - delineamento original; escrita - revisão.

### Conflito de interesses

Nenhum.

### Referências

1. Raghavan D. Cutaneous manifestations of genitourinary malignancy. *Semin Oncol.* 2016;43:347–52.
2. Giunchi F, Vasuri F, Valerio V, Montagnani I, Nelli F, Fiorentino M, et al. Unusual asymptomatic presentation of bladder cancer metastatic to the penis. *Pathol Res Pract.* 2017;213:717–20.
3. Kerkeni W, Ayari Y, Charfi L, Bouzouita A, Ayed H, Cherif M, et al. Transitional Bladder Cell Carcinoma Spreading to the Skin. *Urol Case Rep.* 2017;11:17–8.
4. Abufaraj M, Foerster B, Schernhammer E, Moschini M, Kimura S, Hassler M, et al. Micropapillary Urothelial Carcinoma of the Bladder: A Systematic Review and Meta-analysis of Disease Characteristics and Treatment Outcomes. *Eur Urol.* 2019;75:649–58.
5. Thomaidou E, Armoni G, Klapholz L, Hadayer N, Maly A, Ramot R. Zosteriform cutaneous metastases. *Clin Exp Dermatol.* 2018;43:718–37.

Elisabeth Gómez-Moyano \*,  
Silvestre Martínez Garcia , David Hernandez  
Alcaraz  e Maria Ayala-Blanca   
*Hospital Regional Universitario de Malaga, Málaga,  
Espanha*

\* Autor para correspondência.  
E-mails: [elisabeth.gomez.moyano@gmail.com](mailto:elisabeth.gomez.moyano@gmail.com),  
[eligm80@hotmail.com](mailto:eligm80@hotmail.com) (E. Gómez-Moyano).

Recebido em 3 de junho de 2020;  
aceito em 23 de junho de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2020.06.029>  
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/>).

## Desenvolvimento de pênfigo vegetante após cirurgia micrográfica de Mohs e crioterapia<sup>☆,☆☆</sup>



Prezado Editor,

O pênfigo vegetante (PVeg) é um subtipo de pênfigo vulgar (PV), caracterizado por bolhas flácidas que se tornam erosadas e placas vegetantes, tipicamente nas áreas intertriginosas, face e couro cabeludo.<sup>1</sup> Histopatologicamente apresenta-se como hiperplasia pseudoepiteliomatosa (HPE) associada à acantólise suprabasal.

O pênfigo induzido por trauma é raro após procedimentos cirúrgicos; há apenas alguns relatos de ocorrência após a cirurgia micrográfica de Mohs (CMM).<sup>2-5</sup> Aqui, apresentamos um paciente que desenvolveu PVeg após CMM para carcinoma espinocelular (CEC) do tórax e após criocirurgia para ceratose actínica na têmpora e na região frontal. Que seja do conhecimento dos autores, este é o primeiro relato de PVeg em um local tratado por CMM ou criocirurgia.

Homem caucasiano, de 81 anos de idade, apresentava há alguns meses um nódulo eritematoso hiperkeratótico na região anterior direita do tórax. A biópsia confirmou CEC bem diferenciado, e o paciente foi submetido à CMM para retirada do tumor; o defeito foi reparado com fechamento linear. Concomitantemente, foi submetido à criocirurgia na têmpora esquerda e região frontal para ceratose actínica. O curso pós-operatório, inicialmente sem intercorrências, complicou-se por má cicatrização, exsudação e secreção nas feridas cirúrgicas e maceração na periferia. As culturas das feridas apresentaram crescimento de *Pseudomonas aeruginosa*, mas o paciente não respondeu aos antibióticos tópicos e sistêmicos. Dois meses após a CMM, observou-se que o paciente apresentava melhora mínima com erosões e placas vegetantes hiperkeratóticas, que se expandiam circunferen-

DOI referente ao artigo:

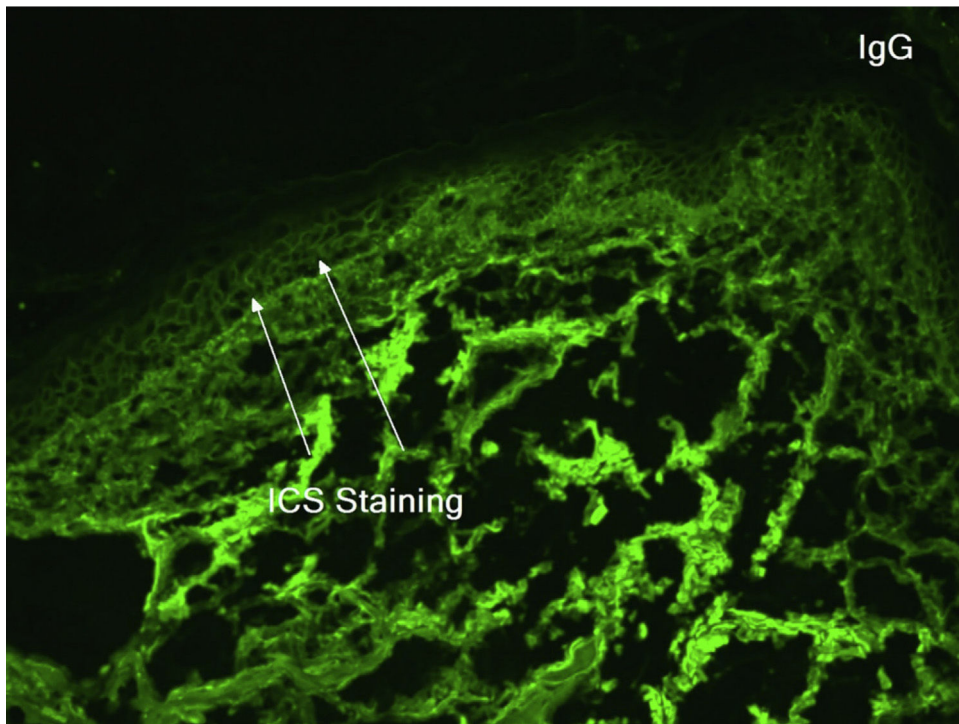
<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2020.07.018>

☆ Como citar este artigo: Jetter N, Cerci FB, Pandher K, Krunic AL. Pemphigus vegetans developing after Mohs micrographic surgery and cryotherapy. *An Bras Dermatol.* 2021;96:520–3.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Northwestern University Feinberg, Chicago, EUA.



**Figura 1** (A), Placas vegetantes, hiperqueratóticas e erosadas na pele do tórax direito (local da cirurgia de Mohs). O local do fechamento primário foi marcado com uma linha branca. (B), Têmpora esquerda/região frontal (local da criocirurgia). Os locais do trauma original foram marcados com círculos amarelos.



**Figura 2** Imunofluorescência direta demonstrando deposição intercelular (ICS) de IgG.

cialmente a partir dos locais do procedimento (fig. 1). Uma biópsia de pele do tórax demonstrou HPE e acantólise suprabasal sugerindo PVeg. A imunofluorescência direta mostrou depósitos de IgG e C3 nos espaços intercelulares da epiderme, compatíveis com PV (fig. 2). A imunofluorescência indireta revelou autoanticorpos contra a superfície celu-

lar epidérmica com título de 1:40. O ensaio ELISA mostrou titulação de anticorpo anti desmogleína (DSG1) e de 131,4 anti-DSG3 de 34,2 (> 20 para ambos).

Os resultados de imunofluorescência e histopatologia, juntamente com a apresentação clínica, foram consistentes com PVeg. Iniciou-se tratamento oral com dexametasona



**Figura 3** Cicatrização completa três semanas após o início da terapia imunossupressora com eritema residual nas duas lesões. Cicatriz linear no meio do tórax direito agora pode ser vista no centro.

0,15 mg/kg e azatioprina 150 mg/dia e esteroides tópicos, com resolução completa das lesões cutâneas em tempo oportuno (fig. 3).

O PV induzido por traumatismo é descrito após procedimentos cirúrgicos gerais (abdominal, torácico, ortopédico) e odontológicos.<sup>1</sup> Dos 36 casos de PV induzido pós cirurgia, 13 ocorreram em pacientes sem pênfigo preexistente. A revisão da literatura revelou apenas dois casos de PV e dois casos de PF após CMM, e um caso de PF após criocirurgia para ceratose actínica.<sup>2-5</sup> Na maioria dos casos de pênfigo após CMM, incluindo o presente caso, os pacientes apresentaram cicatrização sem intercorrências no período pós-operatório imediato, seguida por desenvolvimento de erosões, formação de escamas, secreção e descamação quatro a cinco semanas após o procedimento, simulando infecção da ferida operatória ou dermatite de contato.<sup>2,4,5</sup> Todos os casos exigiram alto índice de suspeita para pênfigo, com confirmação por biópsia e exame de imunofluorescência.

Diversos mecanismos foram propostos para explicar a indução do pênfigo e a koebnerização do pênfigo preexistente por trauma cirúrgico, e é provável que o processo seja multifatorial.<sup>1</sup> Lesões epidérmicas podem expor as DSG 1 e 3 e levar à formação de novos autoanticorpos em pacientes geneticamente suscetíveis ou à ativação de anticorpos preexistentes em títulos baixos (subclínicos).<sup>1,2,4</sup> Ainda, o trauma cirúrgico pode expor antígenos não relacionados ao pênfigo, mas capazes de resposta imunológica aos antígenos do pênfigo por meio do processo de disseminação do epítipo.<sup>1,3</sup> Esses fatores poderiam explicar o período de latência mais longo (15 semanas) para a indução do pênfigo em procedimentos cirúrgicos não dermatológicos, nos quais há consideravelmente menor dano da epiderme. Com a CMM, criocirurgia ou biópsia tangencial (*shave*) há mais danos às

camadas da pele e na junção dermoepidérmica, acarretando maiores concentrações de antígenos liberados (DSG 1 e 3), levando à disseminação de epítipos mais eficiente e resposta imunológica mais rápida e intensa.<sup>1,3</sup> Finalmente, o próprio CEC expor as DSG 1 e 3 e desencadear uma resposta autoimune.

O PVeg representa um desafio diagnóstico adicional, pois tem semelhanças histopatológicas com o CEC por causa da presença de HPE. Além de estar associada à acantólise suprabasal, a HPE em casos de PVeg é de origem anexial (foliular), confinada à epiderme e derme, com atipia mínima, raras mitoses e ausência de necrose individual de ceratinócitos.

Em pacientes com doença bolhosa prévia, a reconstrução de feridas da CMM deve ser simples, e o fechamento parcial ou por segunda intenção deve ser considerado.<sup>4</sup> Alguns autores recomendam aumentar a imunossupressão oral no período pós-operatório imediato.<sup>5</sup>

Em pacientes como o do presente caso, sem história prévia de doença bolhosa, o profissional que realiza a CMM deve ter um alto índice de suspeita quando do aparecimento de feridas que não cicatrizam ou inflamação localizada que ocorra várias semanas após o procedimento cirúrgico.

### Suporte financeiro

Nenhum.

### Contribuições dos autores

Nathan Jetter: Participação na concepção e planejamento do estudo; obtenção, análise e interpretação dos dados;

redação do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Felipe Bochnia Cerci: Análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Karan Pandher: Participação na concepção e planejamento do estudo; obtenção, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Aleksandar L. Krunic: Participação na concepção e planejamento do estudo; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

## Conflito de interesses

Nenhum.

## Referências

1. Daneshpazhooh M, Fatehnejad M, Rahbar Z, Balighi K, Ghandi N, Ghiasi M, et al. Trauma-induced pemphigus: a case series of 36 patients. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2016;14:166-71.
2. Duick MG, Zaks B, Moy RL, Kaplan RP. Mohs Micrographic Surgery-Induced Pemphigus. *Dermatol Surg.* 2001;27:895-7.
3. Nazik H, Ozturk P, Mulayim M, Koyuncu E. Pemphigus vulgaris and koebner phenomenon. *Med Science.* 2019;8:464-5.
4. Rotunda AM, Bhupathy AR, Dye R, Soriano TT. Pemphigus Foliaceus Masquerading as Postoperative Wound Infection. *Dermatol Surg.* 2005;31:226-31.
5. Tolkachjov SN, Frith M, Cooper LD, Harmon CB. Pemphigus Foliaceus Demonstrating Pathergy After Mohs Micrographic Surgery. *Dermatol Surg.* 2018;44:1352-3.

Nathan Jetter <sup>a</sup>, Felipe Bochnia Cerci <sup>b,\*</sup>,  
Karan Pandher <sup>c</sup> e Aleksandar L. Krunic <sup>d</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Dermatologia, University of Illinois College of Medicine, Chicago, EUA

<sup>b</sup> Departamento de Dermatologia, Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil

<sup>c</sup> Chicago Medical School, Rosalind Franklin University, Chicago, EUA

<sup>d</sup> Departamento de Dermatologia, School of Medicine, Northwestern University Feinberg, Chicago, EUA

\* Autor para correspondência.

E-mails: [cercihc@hotmail.com](mailto:cercihc@hotmail.com), [felipecerci@ufpr.br](mailto:felipecerci@ufpr.br) (F.B. Cerci).

Recebido em 12 de maio de 2020;  
aceito em 3 de julho de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2020.07.026>

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/>).

## Pênfigo vulgar agravado por comportamento obsessivo-compulsivo: a importância do cuidado tópico oclusivo adjuvante<sup>☆☆</sup>



Prezado Editor,

O pênfigo vulgar (PV) pode ser diagnóstico clínico difícil se o comprometimento de mucosas não estiver presente. A ocorrência de autoanticorpos da classe IgG4 anti-desmogleína 1 (anti-Dsg1) está associada à patogênese das lesões cutâneas, e a anti-Dsg3, às lesões mucosas. Sorologicamente, a apresentação predominantemente cutânea tem autoanticorpos circulantes anti-Dsg1 e anti-Dsg3, com tendência a títulos mais altos de anti-Dsg1 do que de anti-Dsg3, o que implica em fenótipo clínico raro do PV.<sup>1</sup>

Relatamos o caso de um paciente do sexo masculino, 64 anos de idade, antecedente de depressão, diabetes *mel-*

*litus* tipo 2, etilismo e cirrose hepática. O paciente veio referenciado, com diagnóstico prévio de PV, em decorrência de dificuldades no manejo terapêutico e com sugestão de tratamento com rituximabe. Apresentava inúmeras lesões exulceradas recobertas por crostas hematomelínicas, predominantemente na face, no pavilhão auricular e na região cervical (fig. 1). Não se observaram lesões mucosas. Por causa da exuberância do quadro com clínica atípica, realizamos novas biópsias que confirmaram, por histologia e imunofluorescência direta, o diagnóstico de PV. Investigação clínica e laboratorial corroborou as comorbidades citadas. Sorologias para hepatites e infecção por HIV foram negativas. O paciente já estava em uso de prednisona 0,85 mg/kg havia dois anos, sem melhora.

Durante a internação hospitalar, identificou-se padrão compulsivo, diuturno, de manipulação das lesões, que resultava em exacerbação de lesões preexistentes e formação de crostas sobre as mesmas, o que aparentemente justificava a ausência de resposta ao tratamento. Após avaliação psiquiátrica, iniciou-se sertralina 50 mg/dia, psicoterapia e curativo com poli-hexanida e betaína (PHMB) gel, *rayon* e oclusão (fig. 2). Decidiu-se também por acrescentar azatioprina 150 mg/dia e manutenção da dose da prednisona. Observou-se melhora imediata e visível após dois dias da terapêutica instituída, e melhora significativa após 40 dias (fig. 3).

Estudo de acompanhamento de pacientes com pênfigo (senso amplo) observou incidência de depressão 1,98 vez mais frequente que no grupo controle e de 2,42 vezes maior quando o pênfigo se associava à baixa renda. Essa maior frequência de depressão estaria associada ao curso crônico,

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2020.06.026>

<sup>☆</sup> Como citar este artigo: Lima PB, Jorge MFS, Abbade LPF, Marques SA. Pemphigus vulgaris aggravated by obsessive-compulsive behavior: the importance of adjuvant topical occlusive dressing. *An Bras Dermatol.* 2021;96:523-5.

<sup>☆☆</sup> Trabalho realizado na Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.