

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Camila Roos Mariano da Rocha: Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Thais Corsetti Grazziotin: 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; aprovação da versão final do manuscrito.

Renan Rangel Bonamigo: Análise estatística; 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; aprovação da versão final do manuscrito.




Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Caccavale S, Calabrese G, Mattiello E, Broganelli P, Ramondetta A, Pietretti G, et al. Cutaneous melanoma arising in congenital melanocytic nevus: a retrospective observational study. *Dermatology*. 2020;14:1-6.
2. Kopf AW, Bart RS, Hennessey P. Congenital nevocytic nevi and malignant melanomas. *J Am Acad Dermatol*. 1979;1:123-30.
3. Wu PA, Mancini AJ, Marghoob AA, Frieden IJ. Simultaneous occurrence of infantile hemangioma and congenital melanocytic nevus: coincidence or real association? *J Am Acad Dermatol*. 2008;58 Suppl:S16-22.
4. Tannous ZS, Mihm MC Jr, Sober AJ, Duncan LM. Congenital melanocytic nevi: clinical and histopathologic features, risk of melanoma, and clinical management. *J Am Acad Dermatol*. 2005;52:197-203.

5. Zaal LH, Mooi WJ, Klip H, Horst CMAM. Risk of malignant transformation of congenital melanocytic nevi: a retrospective nationwide study from The Netherlands. *Plast Reconstr Surg*. 2005;116:1902-9.
6. Sahin S, Levin L, Kopf AW, Rao BK, Triola M, Koenig K, et al. Risk of melanoma in medium-sized congenital melanocytic nevi: a follow-up study. *J Am Acad Dermatol*. 1998;39:428-33.
7. Seidenari S, Martella A, Pellacani G. Polarized light-surface microscopy for description and classification of small and medium-sized congenital melanocytic naevi. *Acta Derm Venereol*. 2003;83:1-6.
8. Fernandes NC, Machado JLR. Estudo clínico dos nevos melanocíticos congênitos na criança e no adolescente. *An Bras Dermatol*. 2009;84:129-35.
9. Cengiz FP, Emiroglu N, Ozkaya DB, Su O, Onsun N. Dermoscopic features of small, medium, and large-sized congenital melanocytic nevi. *Ann Dermatol*. 2017;29:26-32.
10. Changchien L, Dusza SW, Agero ALC, Korzenko AJ, Braun RP, Sachs D, et al. Age- and site-specific variation in the dermoscopic patterns of congenital melanocytic nevi: an aid to accurate classification and assessment of melanocytic nevi. *Arch Dermatol*. 2007;143:1007-14.
11. Stefanaki C, Soura E, Stergiopoulou A, Kontochristopoulos G, Katsarou A, Potouridou I, et al. Clinical and dermoscopic characteristics of congenital melanocytic naevi. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32:1674-80.

Camila Roos Mariano da Rocha  a,*,
Thais Corsetti Grazziotin  b
e Renan Rangel Bonamigo  a,c,d

^a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

^b Escola de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

^c Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

^d Serviço de Dermatologia da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: camilamarianodarocha@gmail.com (C.R. Rocha).

Recebido em 25 de novembro de 2020; aceito em 20 de março de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2021.03.002>

2666-2752/ © 2022 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/>).

Dermatoscopia e ultrassonografia de lesões nodulares de sarcoma de Kaposi: novos conhecimentos para conduzir a quimioterapia intralesional? ☆☆☆



Prezado Editor,

O sarcoma de Kaposi (SK) é neoplasia mesenquimal angio-proliferativa rara, de baixo grau, associada ao herpes-vírus

humano 8 (HHV-8), caracterizada por manchas, placas e nódulos cutâneos.¹

A dermatoscopia e a ultrassonografia (US) são técnicas complementares úteis no estudo das lesões do SK;^{2,3} a US também fornece orientação valiosa para o tratamento intralesional.⁴ A correlação entre os achados dermatoscópicos e ultrassonográficos ainda não foi relatada no SK. Descrevemos dois casos de lesões nodulares de SK de tamanho médio a grande, virgens de tratamento, com características arquitetônicas e vasculares complexas, avaliadas por dermatoscopia e US. Especula-se que a avaliação das lesões do SK através de técnicas não invasivas possa auxiliar no manejo adequado da quimioterapia intralesional.

Caso 1

Um homem de 82 anos com SK clássico comprovado pela histopatologia, de longa data e com história médica sem

☆ Como citar este artigo: Nazzaro G, Toulaki A, Maronese CA, Zelin E, Passoni E, Brambilla L. Dermoscopy and ultrasonography of Kaposi's sarcoma nodules: new insights to guide intralesional chemotherapy? *An Bras Dermatol*. 2022;97:665-7.

☆☆ Trabalho realizado na Unidade de Dermatologia, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milão, Itália.

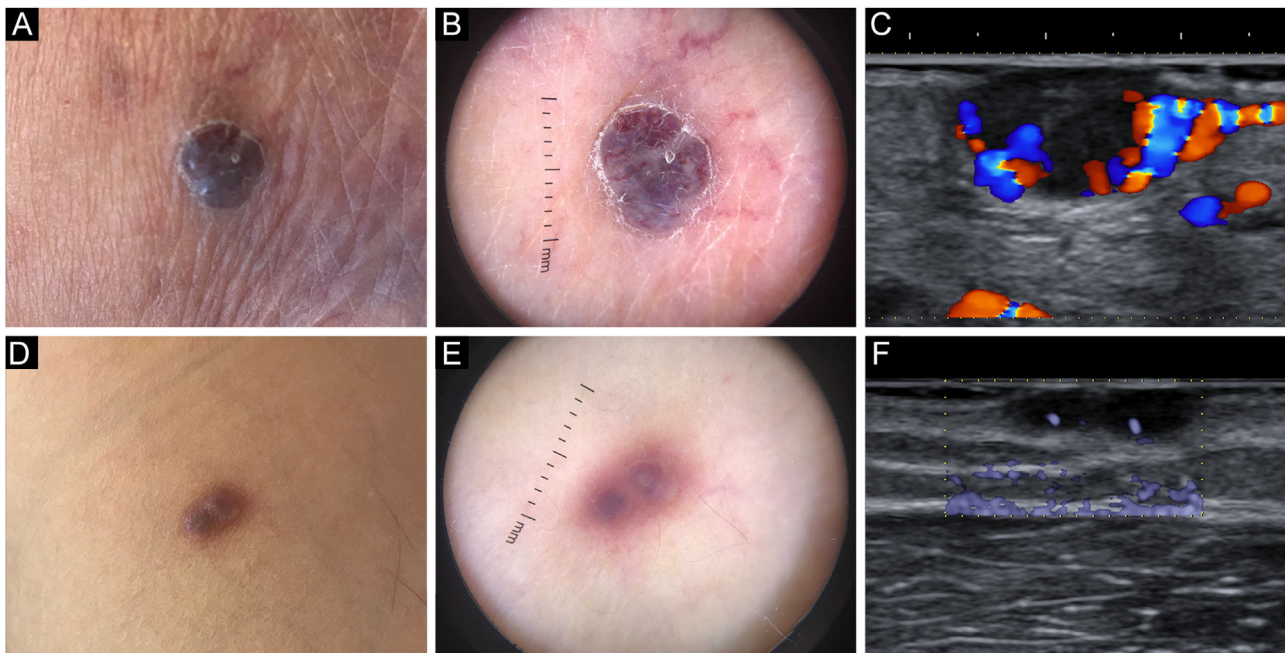


Figura 1 Aparência clínica, dermatoscópica (dispositivo portátil Dermlite DL200 Hybrid, 3Gen, San Juan Capistrano, CA) e ultrassonográfica (transdutor de matriz linear multifrequência ARIETTA 850 15,0-18,0MHz, Hitachi Medical Systems®, Zug, Suíça) das lesões estudadas dos pacientes 1 (A -C) e 2 (D-F).

características dignas de nota, queixou-se de uma lesão recém-formada no calcanhar esquerdo, apresentando-se clinicamente como um nódulo violáceo medindo 9×6 mm, com descamação em colarete periférico. A dermatoscopia mostrou duas grandes áreas vasculares violáceas separadas por uma área branca acinzentada e sem estrutura (fig. 1a-b). Ao exame com US em modo B, a lesão apresentava estrutura oval hipoeoica com bordas bem demarcadas e com septo normoeoico mediano interno delimitando duas subunidades separadas. O exame com Doppler colorido revelou que as subunidades eram supridas por dois vasos sanguíneos diferentes. Além disso, seu fluxo sanguíneo não se comunicava em grau significativo (fig. 1c/Vídeo 1 – material suplementar).

Caso 2

Um homem de 63 anos com SK clássico comprovado pela histopatologia, de longa data e com histórico médico normal, veio à consulta em virtude do aparecimento de um nódulo angiomatoso medindo 7×5 mm no braço direito, apresentando superfície lisa e borda desbotada. A dermatoscopia evidenciou duas áreas violáceas sem estrutura sobre fundo rosa-acastanhado, separadas por uma área um pouco mais pálida entre elas; além disso, nenhuma estrutura vascular foi observada (fig. 1d-e). Na US em modo B, o nódulo apresentava duas subunidades adjacentes, e uma estrutura semelhante a um septo foi observada no centro da lesão. As imagens no modo eFlow confirmaram a presença de pedúnculos vasculares distintos suprindo cada subunidade (fig. 1f).

Foi oferecido em ambos os casos o tratamento intralesional com vincristina, adequado para o tamanho da lesão – a quantidade de vincristina infiltrada era pro-

porcional ao maior diâmetro do nódulo, medido clínica e dermatoscopicamente.⁵ Mais especificamente, 0,09 mL e 0,07 mL de sulfato de vincristina (Vincristina Teva, Teva Italia Srl®, Assago, Itália) na concentração de 1 mg/mL foram administrados nos pacientes 1 e 2, respectivamente.

Uma resposta completa foi alcançada em ambos os casos, sem evidência clínica de recorrência após 12 meses de seguimento.

A administração intralesional de medicamentos é particularmente vantajosa em lesões nodulares de SK, potencializando a presença de uma pseudocápsula para contenção e concentração da medicação. Falhas terapêuticas e até mesmo piora paradoxal nos dias seguintes à injeção são raras, mas já foram descritas. Os fatores predisponentes conhecidos incluem grande tamanho da lesão (7-8 mm) e localização plantar e plantar lateral do nódulo.⁵ Septos que delimitam espaços vasculares autônomos dentro de lesões nodulares de SK podem teoricamente levar ao aprisionamento do medicamento, preenchimento excessivo e subsequente ativação inflamatória nos tecidos circundantes após o tratamento. São apresentados dois casos de SK nos quais a dermatoscopia revelou áreas sem estrutura, esbranquiçadas-acinzentadas correspondendo a septos na ultrassonografia. Mais pesquisas são necessárias para demonstrar uma relação causal entre a complexidade estrutural e falhas terapêuticas observadas com quimioterapia intralesional.

Embora nenhuma recomendação definitiva possa ser dada nesse momento, argumenta-se que seria prudente examinar lesões nodulares de SK para verificar a presença de características dermatoscópicas sugestivas de septações antes do tratamento intralesional. Caso alguma septação seja observada, um estudo ultrassonográfico, bem como

a administração de vincristina guiada por US, podem ser oferecidos.⁴

Suporte financeiro

Nenhum.

O consentimento informado foi obtido para publicar fotografias e dados dos pacientes. O compartilhamento de dados não é aplicável a este artigo, pois nenhum novo dado foi criado ou analisado no presente estudo.

Contribuição dos autores

Gianluca Nazzaro: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Athanasia Turlaki: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Carlo Alberto Maronese: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Enrico Zelin: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

Emanuela Passoni: Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Lucia Brambilla: Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses







Nenhum.

Apêndice. Material adicional

Pode consultar o material adicional para este artigo na sua versão eletrônica disponível em [doi:10.1016/j.abdp.2022.07.024](https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.07.024).

Referências

1. Schwartz RA, Micali G, Nasca MR, Scuderi L. Kaposi sarcoma: a continuing conundrum. *J Am Acad Dermatol.* 2008;59:179–206.
2. Yilmaz TE, Akay BN, Heper AO. Dermoscopic findings of Kaposi sarcoma and dermatopathological correlations. *Australas J Dermatol.* 2020;61:e46–53.
3. Carrascosa R, Alfageme F, Roustán G, Suarez MD. Skin Ultrasound in Kaposi Sarcoma. *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107:e19–22.
4. Nazzaro G, Genovese G, Turlaki A, Passoni E, Berti E, Brambilla L. Ultrasonographic intraoperative monitoring and follow-up of Kaposi's sarcoma nodules under treatment with intralesional vincristine. *Skin Res Technol.* 2019;25:200–3.
5. Brambilla L, Bellinva M, Turlaki A, Scoppio B, Gaiani F, Boneschi V. Intralesional vincristine as first-line therapy for nodular lesions in classic Kaposi sarcoma: a prospective study in 151 patients. *Br J Dermatol.* 2010;162:854–9.

Gianluca Nazzaro ^a, Athanasia Turlaki ^a, Carlo Alberto Maronese ^{a,b,*}, Enrico Zelin ^c, Emanuela Passoni ^a e Lucia Brambilla ^a

^a Unidade de Dermatologia, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milão, Itália

^b Departamento de Fisiopatologia e Transplantes, Università degli Studi di Milano, Milão, Itália

^c Departamento de Dermatologia e Venereologia, Dermatology Clinic, Maggiore Hospital, University of Trieste, Trieste, Itália

* Autor para correspondência.

E-mail: carlo.maronese@unimi.it (C.A. Maronese).

Recebido em 8 de fevereiro de 2021; aceito em 9 de março de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.07.024>

2666-2752/ © 2022 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/>).

Dermatoscopia em melanomas síncronos em série de casos

Prezado Editor,

Cerca de 5% dos pacientes com diagnóstico de melanoma apresentarão um segundo melanoma primário, e estima-se que 26 a 40% sejam síncronos.¹ Definem-se como tumores

síncronos aqueles diagnosticados no mesmo momento ou dentro do intervalo de até três meses.²

O melanoma pode exibir amplo espectro de apresentação dermatoscópica, e o padrão em casos síncronos foi avaliado em poucos estudos. Foi aventado que, se fatores endógenos e exógenos para um indivíduo permanecem os mesmos, as características clínicas e dermatoscópicas das lesões deveriam ser semelhantes.³ O maior conhecimento provém de duas publicações de Moscarella et al., que avaliaram a dermatoscopia de melanomas múltiplos e incluíram 32 pacientes com neoplasias síncronas em um estudo e 18 casos no outro.^{2,3} No primeiro estudo, observou-se maior chance de lesões síncronas exibirem dermatoscopia semelhante quando comparadas com melanomas metacrônicos.³ No outro, a similaridade dermatoscópica

☆ Como citar este artigo: Sá DC, Pinheiro JA, Magalhães EPB, Pontes MAA. Dermoscopy in synchronous melanomas: a case series. *An Bras Dermatol.* 2022;97:667–73.

☆☆ Trabalho realizado no Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza, CE, Brasil.