

diagnóstico certamente estavam relacionadas à deficiência do sistema imunológico.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Piotr Brzeziński: Concepção; Planejamento; Estudos clínicos; Obtenção de dados; Análise estatística; elaboração do manuscrito.

Justyna Stomka: Concepção; Planejamento; Definição de conteúdo intelectual; Estudos clínicos; Análise de dados; Elaboração do manuscrito; Edição do manuscrito; Revisão do manuscrito.

Aleksandra Kitowska: Estudos clínicos; Obtenção de dados; Análise de dados; Análise estatística.

César Bimbi: Definição de conteúdo intelectual; Estudos clínicos; Análise de dados; Análise estatística; Edição do manuscrito; Revisão do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Wollina U, Koch A, Cardoso JC. Advanced Merkel cell carcinoma-A focus on medical drug therapy. *Dermatol Ther.* 2020;33:e13675.
2. Gonçalves MTV, Varella RB, Almeida NKO, Guimarães MAAM, Luz FB. Molecular detection of Merkel cell polyomavirus in basal cell carcinoma and perilesional tissue: a cross-sectional study. *An Bras Dermatol.* 2020;95:527–8.
3. Velez AMA, Jackson BL, Velasquez Cantillo KL, Benavides Alvarez AR, Howard MS. Merkel cell carcinoma versus metastatic small cell primary bronchogenic carcinoma. *Our Dermatol Online.* 2013;4:64–71.

4. Xue Y, Thakuria M. Merkel Cell Carcinoma Review. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2019;33:39–52.
5. Samimi M, Kervarrec T, Touze A. Immunobiology of Merkel cell carcinoma. *Curr Opin Oncol.* 2020;32:114–21.
6. Heath M, Jaimes N, Lemos B, Mostaghimi A, Wang LC, Peñas PF, et al. Clinical characteristics of Merkel cell carcinoma at diagnosis in 195 patients: the AEIOU features. *J Am Acad Dermatol.* 2008;58:375–81.
7. Hapcic K, Panchal J, Stewart J, Levine N. Giant Merkel cell carcinoma involving the upper extremity. *Dermatol Surg.* 2001;27:493–4.
8. Sivelli R, Ghirarduzzi A, Del Rio P, Ricci R, Sianesi M. Giant Merkel cell carcinoma of the left arm. Case report. *Ann Ital Chir.* 2009;80:489–92.
9. Rupchandani R, Umar T, Walsh S. Collision tumor: Merkel cell carcinoma and sebaceous carcinoma overlying Bowen's disease. *Our Dermatol Online.* 2021;12:277–9.

Piotr Brzeziński  a,b,* , Justyna Stomka  a,b, Aleksandra Kitowska  b e Cesar Bimbi  c

^a Departamento de Fisioterapia e Emergência Médica, Faculdade de Ciências da Saúde, Pomeranian Academy, Slupsk, Polônia

^b Departamento de Dermatologia, Provincial Specialist Hospital in Slupsk, Ustka, Polônia

^c Clínica Particular, Porto Alegre, RS, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: brzezoo77@yahoo.com (P. Brzeziński).

Recebido em 28 de setembro de 2021; aceito em 8 de novembro de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2021.11.024>
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/>).

Pápulas ceratóticas na coxa: manifestações cutâneas pouco reconhecidas de dermatomiosite ou variante Wong da dermatomiosite? ☆,☆☆



Prezado Editor,

Uma paciente de 53 anos foi hospitalizada no Serviço de Reumatologia com queixa de fraqueza muscular e dores

articulares, e foi encaminhada em decorrência das lesões cutâneas que surgiram havia quatro meses. O exame físico revelou eritema nasolabial e na fronte, eritema periungueal, eritema descamativo no joelho esquerdo, mancha eritematosa ceratótica no dorso da articulação metacarpo-falangeana (sinal de Gottron) e lesão ceratótica no aspecto radial do segundo dedo (mão de mecânico). Além disso, pequenas pápulas avermelhadas, ceratóticas e eritematosas papulares estavam disseminadas nas faces laterais da coxa direita (fig. 1). O exame laboratorial mostrou elevação de aspartato aminotransferase (180 U/L), alanina aminotransferase (100 U/L), lactato desidrogenase (487 U/L), creatina quinase (3506 UI/L), aldolase (35,8 U/L) e mioglobina (1230 ng/mL). O anticorpo antinuclear foi positivo (1:1280, padrão pontilhado). Os anticorpos séricos contra TIF-1γ (índice 48,0; normal < 32) e Mi-2 (índice > 150; normal < 53) estavam elevados, enquanto os anticorpos anti-Jo-1 e anti-MDA-5 estavam normais. O nível sérico de KL-6 estava normal, e nenhuma doença pulmonar intersticial (DPI) foi detectada. A histopatologia da pele revelou tampão ceratótico, epi-

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.03.018>

☆ Como citar este artigo: Yamamoto M, Yamamoto T. Keratotic papules on the thigh: underrecognized skin manifestations of dermatomyositis or Wong-type dermatomyositis? *An Bras Dermatol.* 2023;98:263–4.

☆☆ Trabalho realizado na Fukushima Medical University, Fukushima, Japão.



Figura 1 Características clínicas das pápulas foliculares na coxa.

derme delgada, liquefação da camada basal, queratinização de células individuais e infiltrado de células inflamatórias na derme papilar (fig. 2). Nenhuma neoplasia maligna interna foi detectada por exames detalhados. O eletromiograma do bíceps revelou padrão miogênico. A ressonância magnética

mostrou alta intensidade de sinal nos músculos do braço e da coxa. A paciente foi tratada com sucesso utilizando pulsoterapia com metilprednisolona seguida de prednisolona oral.

A variante Wong da dermatomiosite (DM) é caracterizada por pápulas foliculares eritematosas ceratóticas, que histopatologicamente mostram hiperqueratose folicular com tampões ceratóticos preenchendo infundíbulos foliculares dilatados.¹ Se esse tipo é um subtipo distinto de DM ou não, ainda é controverso. O presente caso apresentou vários sintomas cutâneos relacionados à DM e, portanto, os autores acreditam que as pápulas ceratóticas na coxa do presente caso podem ser mais bem consideradas como manifestação rara da DM, em vez da variante Wong da DM.

A associação entre a variante Wong da DM e neoplasia maligna ou DPI permanece incerta. De acordo com a pesquisa dos autores, 35 casos de variante Wong da DM foram relatados na literatura, incluindo casos com aparência de pitíriase rubra pilar e casos com pápulas ceratóticas foliculares nos glúteos ou extremidades, juntamente com outras manifestações cutâneas compatíveis com DM. Wong et al.¹ relataram que 52% de 23 pacientes (11 variantes Wong e 12 DM típicas) tiveram neoplasia maligna como complicação, mas a frequência de neoplasia maligna ou DPI na variante Wong da DM é incerta. Após a exclusão do presente relato, foram examinados os 24 casos de variante Wong da DM. Neoplasia maligna interna foi observada em três casos dentre 17 com descrição de malignidade (sete eram desconhecidos).²⁻⁴ DPI foi observada em apenas um caso dentre oito casos (16 eram desconhecidos). O presente caso não apresentava DPI ou neoplasia maligna interna; entretanto, a paciente está em acompanhamento cuidadoso, pois apresentou anticorpo anti-TIF-1 γ positivo. O anticorpo anti-TIF-1 γ está intimamente relacionado à DM associada ao câncer, e pacientes adultos com esse anticorpo apresen-

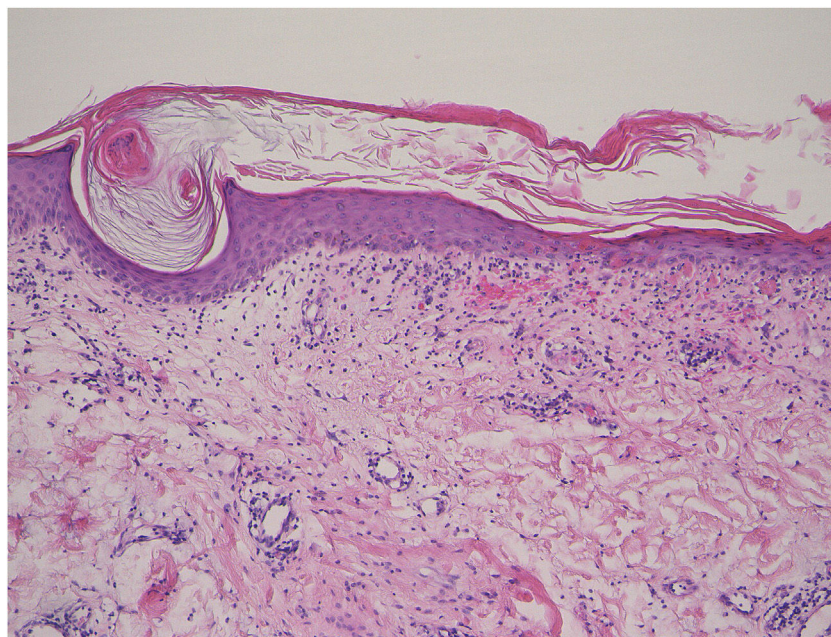


Figura 2 Histopatologia mostrando tampão ceratótico, epiderme delgada, liquefação da camada basal, queratinização de células individuais e infiltrado inflamatório de células mononucleares na derme superior (Hematoxilina & eosina $\times 100$).

tam neoplasia maligna em 65% dos casos.⁵ Mais estudos são necessários para avaliar a relação entre anticorpos específicos da miosite e lesões papulares ceratóticas.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Miyuki Yamamoto: Obtenção, análise e interpretação de dados; preparação e redação do manuscrito.

Toshiyuki Yamamoto: Aprovação da versão final do manuscrito.



Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Wong KO. Dermatomyositis: a clinical investigation of twenty-three cases in Hong Kong. *Br J Dermatol.* 1969;81:544–7.

- Mutasim DF, Egesi A, Spicknall KE. Wong-type dermatomyositis: a mimic of many dermatoses. *J Cutan Pathol.* 2016;43:781–6.
- Ishikawa M, Yamamoto T. Wong-type dermatomyositis: a first report from Japan. *J Dermatol.* 2017;44:e336–7.
- Yu WY, North JP, McCalmont TH, Shinkai K. Wong-type dermatomyositis during anti-PD-1 therapy. *JAAD Case Rep.* 2018;4:1049–51.
- Fujimoto M, Hamaguchi Y, Kaji K, Matsushita T, Ichimura Y, Kodera M, et al. Myositis-specific anti-155/140 autoantibodies target transcription intermediary factor 1 family proteins. *Arthritis Rheum.* 2012;64:513–22.

Miyuki Yamamoto 
e Toshiyuki Yamamoto *

Departamento de Dermatologia, Fukushima Medical University, Fukushima, Japão

* Autor para correspondência.

E-mail: toyamade@fmu.ac.jp (T. Yamamoto).

Recebido em 23 de março de 2021; aceito em 30 de março de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.12.002>

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/>).

Carcinoma ductal primário de mama ectópica^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

O carcinoma de mama ectópica é responsável por aproximadamente 0,3% a 0,6% de todos os cânceres de mama, e 95% são oriundos de tecido mamário aberrante.^{1,2}

O diagnóstico clínico pode ser tardio em decorrência da localização atípica, semelhança com outras doenças e exames complementares falhos.³

Descrevemos o caso de um carcinoma ductal primário de mama ectópica na axila diagnosticado e tratado como hidradenite supurativa (HS).

Paciente do sexo feminino, 62 anos, há um ano apresentava nódulo de 1,5 × 2,0 cm, eritematoso, bem delimitado, com centro atrófico, doloroso e endurecido à palpação na axila esquerda (fig. 1).

O diagnóstico clínico sugestivo de HS foi corroborado com a ultrassonografia, que demonstrava área de espessamento hipocogênico subcutâneo com formação de aspecto nodular. Foram prescritos antibióticos tópico e oral por 14 dias, além de infiltrações intralesionais de corticoide, sem melhora.

Realizamos biópsia incisional em elipse de dois sítios, medindo 0,5 cm, cujo exame anatomopatológico demonstrou epiderme preservada, presença de fileira e aglomerados de células epiteliais atípicas na derme (fig. 2); na imuno-histoquímica, foi demonstrada positividade para pankeratina, sugestivo de metástase cutânea.

O rastreamento neoplásico não evidenciou sítio primário. Portanto, foi realizada exérese total da lesão, que apresentou infiltração dérmica de células carcinomatosas, com tecido glandular mamário ectópico na profundidade (fig. 3). A imuno-histoquímica foi positiva para estrogênio e nega-



Figura 1 Nódulo eritematoso, móvel e com área de retração.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2021.02.017>

☆ Como citar este artigo: Assoni AS, Silva BB, Assoni AS, Sampaio FM. Primary ductal carcinoma of ectopic breast. *An Bras Dermatol.* 2023;98:265–7.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital Federal de Bonsucesso, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.