


Referências

1. Serras RP, Rasteiro DC, Mendes MM, Mouzinho MM. Melanoma Marjolin's ulcer in the hand: a case report. *Int J Surg Case Rep.* 2019;60:345–7.
2. Shah M, Crane JS. Marjolin Ulcer. *Treasure Island (FL): StatPearls Publishing;* 2021.
3. Khan K, Schafer C, Wood J. Marjolin ulcer: a comprehensive review. *Adv Skin Wound Care.* 2020;33:629–34.
4. Saeed DM, Braniecki M, Groth JV. A rare case of acral amelanotic melanoma, nodular type. *Int Wound J.* 2019;16:1445–9.
5. Cozzani E, Gasparini G, Intersimone D, Cestari R, Cioni M, Parodi A. Amelanotic acral melanoma mimicking a plantar wart. *JAAD Case Rep.* 2019;5:424–46.

Valentina Lourenço Lacerda de Oliveira *,
Lucia Martins Diniz , Karla Spelta 
e Elton Almeida Lucas 

Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes,
Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: valentinalloliveira@gmail.com (V.L.L. Oliveira).

Recebido em 26 de julho de 2021; aceito em 28 de agosto de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.03.002>

2666-2752/ © 2023 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/>).

Caso para diagnóstico. Ulcerações bilaterais nas falanges distais dos segundos e terceiros quirodáctilos^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Paciente do sexo feminino, 60 anos, trabalhando com gastro-nomia, hipertensa, diabética do tipo 2 e com dislipidemia, referiu parestesia no polegar, no indicador e no dedo médio bilateralmente associada à dor noturna, iniciadas havia três anos. Há dois anos, passou a apresentar lesões cutâneas ulceradas, sangrantes, indolores nos segundos e terceiros quirodáctilos (fig. 1); no terceiro dedo da mão esquerda, havia lesão já cicatrizada. A paciente não apresentava outras lesões cutâneas nem outros sinais sugestivos de hanseníase, como espessamento neural, nem perda de força de outros grupamentos musculares. Apresentava também hipoestesia desses dedos, referindo ausência de dor nos ferimentos profissionais.

O exame neurológico mostrou que o sinal de Tinel estava presente, bem como dor à flexão do punho. A eletroneuromiografia evidenciou grave neuropatia sensitivo-motora axonal do nervo mediano, a qual comprometia seu segmento distal, com ausência de potencial no teste de neurocondução. Radiografia das mãos evidenciou osteólise de falange distal dos indicadores. Ressonância magnética de punho evidenciou espessamento bilateral do nervo mediano no retináculo (fig. 2 A, B), apresentando espessura normal fora dessa

região (fig. 2C); os nervos ulnares apresentaram aspecto normal.

Qual o seu diagnóstico?

- a) Hanseníase
- b) Neuropatia diabética
- c) Síndrome do túnel do carpo ulcerativa
- d) Dermatite artefacta

Discussão

A síndrome do túnel do carpo (STC) é mononeuropatia focal provocada pela compressão do nervo mediano quando atravessa o túnel osteofibroso do carpo. No caso aqui relatado, o nervo mediano no retináculo esquerdo 18,7 mm² e 22,1 mm² no direito – considera-se normal até 15 mm², e forma grave da doença acima de 19 mm².¹

A forma idiopática da STC ocorre mais em mulheres, de 40 a 60 anos, e na metade dos casos é bilateral,² semelhante ao caso aqui descrito.

As formas secundárias se dão por traumas, como luxação dos ossos do carpo, ou por alterações articulares do punho, como artrose ou artrites inflamatórias.²

Acometimento cutâneo na STC é raro, tendo sido descrito como forma ulcero-mutilante em 1979 por Bouvier,³ com alguns relatos na literatura dermatológica,^{4–6} geralmente descritas como formas ulcerativas ou ulcero-mutilantes.

Há um relato português de nove casos em estudo retrospectivo,⁷ confirmados por eletromiografia. Todos começaram com parestesia no segundo e terceiro quirodáctilos, e um caso apresentou dor noturna. Todos os casos radiografados (um terço) apresentavam osteólise das falanges distais. Sete casos (77%) apresentavam ulcerações no segundo e terceiro quirodáctilos, também de maneira semelhante ao caso aqui descrito, e dois casos apresentaram ulceração em apenas um dedo.

As lesões apresentadas por essa paciente são características de neuropatia periférica, com fundo limpo e bordas calosas e sem dor, agravadas provavelmente pela ativi-

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2022.03.008>

☆ Como citar este artigo: Almeida Jr HL, Garcia FP, Gomes LM, Almeida AL. Case for diagnosis. Bilateral ulcerations on the distal phalanges of the second and third fingers. *An Bras Dermatol.* 2023;98:531–3.

☆☆ Trabalho realizado pela Liga de Dermatologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

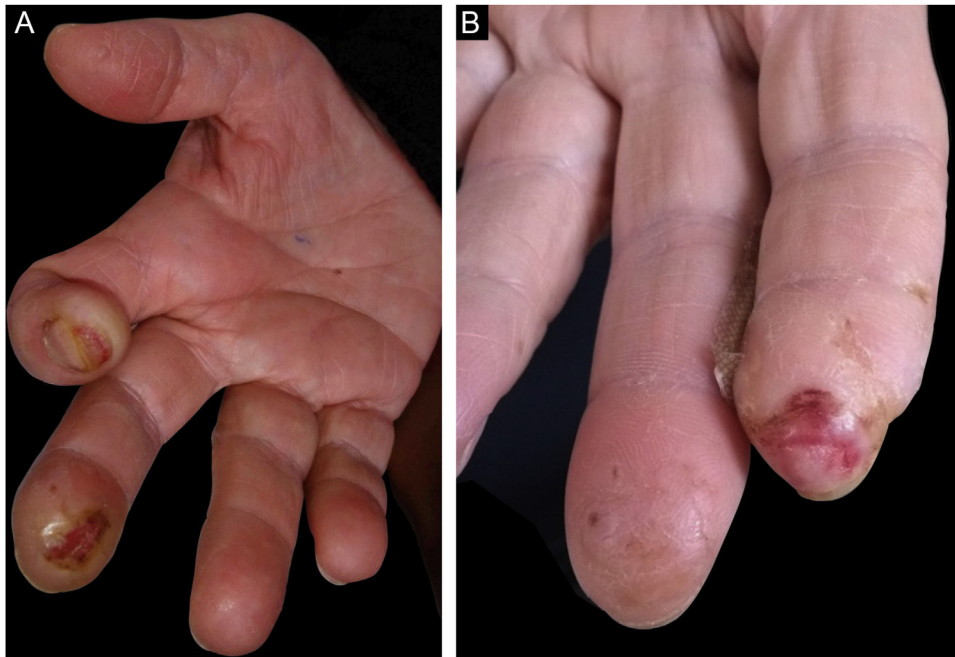


Figura 1 Aspecto clínico. (A) Mão direita – ulceração subungueal no indicador, úlcera com borda calosa na falange distal do dedo médio e atrofia da loja tenar. (B) Mão esquerda – ulceração na falange distal do indicador com diminuição do tamanho da falange e área cicatrizada na falange distal do dedo médio.

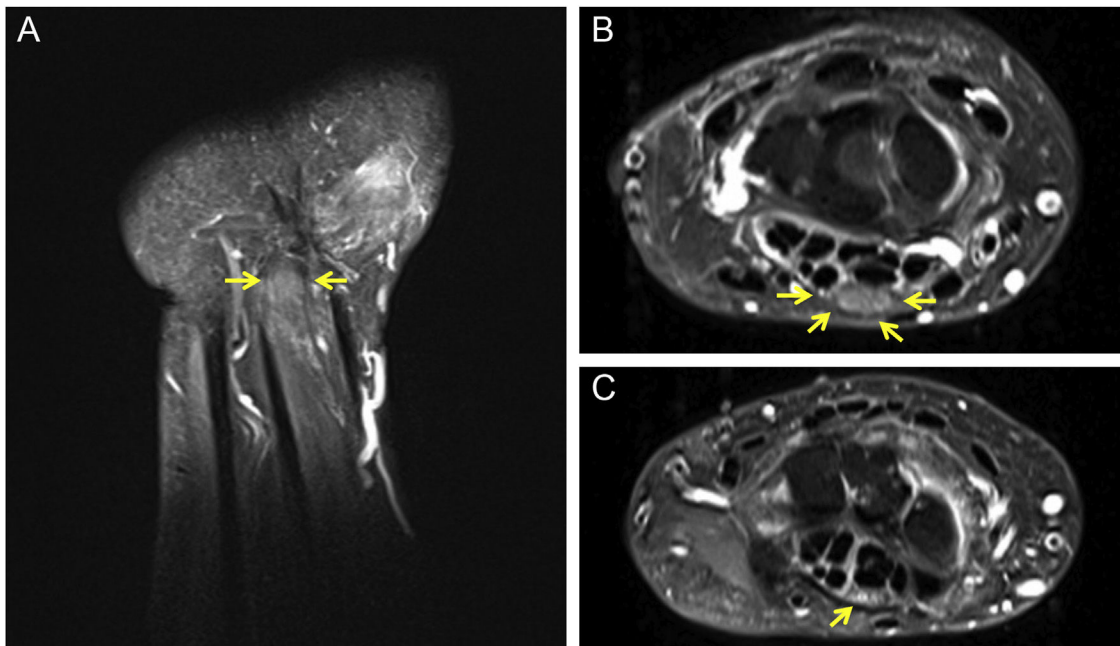


Figura 2 Ressonância nuclear magnética do punho direito. (A) Corte sagital com espessamento do nervo mediano (setas). (B) Corte axial com espessamento do nervo mediano no túnel do carpo (setas). (C) Nervo de espessura normal fora do túnel do carpo (seta).

dade profissional da paciente. A STC deve ser suspeitada sempre que houver acometimento restrito ao segundo e terceiro quirodáctilos. O polegar costuma ser poupado, por ter inervação combinada do nervo radial.⁷

É relevante na dermatologia que se conheça essa enfermidade dado o importante diagnóstico diferencial com hanseníase (apesar de não se poder excluí-la totalmente), que se encaminhe esses casos para avaliação ortopédica e

tratamento, o qual pode ser conservador ou cirúrgico, com a retinaculotomia.⁸

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Hiram Larangeira de Almeida Jr.: 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.

Fernanda Pinto Garcia: 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.

Laura de Moraes Gomes: 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.

Antônia Larangeira de Almeida: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Ng AWH, Griffith JF, Tong CSL, Law EKC, Tse WL, Wong CWY, et al. MRI criteria for diagnosis and predicting severity of carpal tunnel syndrome. *Skeletal Radiol.* 2020;49:397-405.
2. Chammas M, Boretto J, Burmann LM, Ramos RM, Santos Neto FC, Silva JB. Carpal tunnel syndrome - Part I (anatomy, physiology, etiology, and diagnosis). *Rev Bras Ortop.* 2014;49:429-36.

3. Bouvier M, Lejeune E, Rouillat M, Marionnet J. Les formes ulcero-mutilantes du syndrome du canal carpien. *Rev Rhum.* 1979;46:169-76.
4. Cox NH, Large DM, Paterson WD, Ive FA. Blisters, ulceration, and autonomic neuropathy in carpal tunnel syndrome. *Br J Dermatol.* 1992;126:611-3.
5. Requena C, Requena L, Blanco S, Alvarez C, Galache C, Rodriguez E. Acral ulcerations and osteolysis, a severe form of the carpal tunnel syndrome. *Br J Dermatol.* 2004;150:166-7.
6. Scarfi F, Arunachalam M, Galeone M, Bassi A, Difonzo E. Fingertip necrosis as a sign of carpal tunnel syndrome. *J Am Acad Dermatol.* 2013;68:e51-2.
7. Gomes TF, Kieselova K, Teixeira V, Pereira N, Santiago F, Henrique M. Clinical Characteristics of Ulcerating Carpal Tunnel Syndrome Among Older Adults in Portugal. *JAMA Dermatol.* 2021;157:731-3.
8. Chammas M, Boretto J, Burmann LM, Ramos RM, Neto FS, Silva JB. Carpal tunnel syndrome - Part II (treatment). *Rev Bras Ortop.* 2014;49:437-45.

Hiram Larangeira de Almeida Jr  a,b,* ,
Fernanda Pinto Garcia  c, Laura de Moraes Gomes  d
e Antônia Larangeira de Almeida  b

^a Departamento de Dermatologia, Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil

^b Departamento de Dermatologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil

^c Hospital Erasto Gaertner, Curitiba, RS, Brasil

^d Department of Radiology, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: hiramalmeidajr@hotmail.com (H.L. de Almeida Jr).

Recebido em 21 de dezembro de 2021; aceito em 20 de março de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.03.013>

2666-2752/ © 2023 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/>).

Caso para diagnóstico. Alopecia cicatricial no vértice

Prezado Editor,

Paciente do sexo feminino, 34 anos, branca, queixava-se de alopecia no vértex havia seis anos, associada a pru-

rido e queimação local. Relatava que, desde o início do quadro, observou a formação de pústulas na periferia da lesão. Negava comorbidades ou medicamentos de uso contínuo. Relatava ter feito ciclos de sulfametoxazol-trimetoprim por 60-90 dias, com melhora parcial. Ao exame, área alopecica cicatricial na região do vértex, com pústulas foliculares na periferia, eritema e áreas com politriquia (**fig. 1**). À dermatoscopia, foram observadas pústulas foliculares, politriquia, descamação e eritema perifoliculares (**fig. 2**). Realizada biópsia da região periférica (área com atividade da doença), que evidenciou infiltrado inflamatório perifolículo misto, rico em plasmócitos e histiócitos, acometendo a região entre o istmo e o infundíbulo, com destruição folicular (**figs. 3 e 4**).

Qual o seu diagnóstico?

- a) Folliculite decalvante

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2021.11.013>

☆ Como citar este artigo: Miola AC, Ramos PM, Miot HA. Case for diagnosis. Cicatricial alopecia on the vertex - Folliculitis decalvans and lichen planopilaris phenotypic spectrum. *An Bras Dermatol.* 2023;98:533-6.

☆☆ Trabalho realizado no Ambulatório de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.