

Em conclusão, o HP na vulva é entidade benigna que constitui desafio diagnóstico. O tumor é bastante raro, e os médicos não têm experiência suficiente para suspeitar de sua presença. A dermatoscopia dessa lesão, mesmo não sendo decisiva no diagnóstico, pode ser útil no diagnóstico diferencial com neoplasias importantes como melanoma e CEC. Entretanto, nesses casos, o método diagnóstico de referência continua sendo a histopatologia.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Vincenzo De Giorgi: Concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito; revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante; supervisão do estudo.

Biancamaria Zuccaro: Obtenção dos dados.

Flavia Silvestri: Obtenção dos dados.

Federico Venturi: Obtenção dos dados.

Vincenzo De Giorgi teve acesso total a todos os dados do estudo e assume a responsabilidade pela integridade dos dados e pela precisão da análise dos mesmos.




A paciente descrita neste manuscrito deu seu consentimento informado por escrito para a publicação dos detalhes de seu caso.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. El-Khoury J, Renald MH, Plantier F, Avril MF, Moyal-Barracco M. Vulvar hidradenoma papilliferum (HP) is located on the sites of mammary-like anogenital glands (MLAGs): analysis of the photographs of 52 tumors. *J Am Acad Dermatol.* 2016;75:380–4.
2. Tosti G, Salvini C, Barisani A, Grazi R, Pirola S, Cantisani C, et al. Vulvar hidradenoma papilliferum: a clinical and dermoscopic study. *Clin Exp Dermatol.* 2020;45:1035–9.
3. De Giorgi V, Salvati L, Barchielli A, Caldarella A, Gori A, Scarfi F, et al. The burden of cutaneous adnexal carcinomas and the risk of associated squamous cell carcinoma: a population-based study. *Br J Dermatol.* 2019;180:565–73.
4. De Giorgi V, Massi D, Salvini C, Mannone F, Cattaneo A, Carli P. Thin melanoma of the vulva: a clinical, dermoscopic-pathologic case study. *Arch Dermatol.* 2005;141:1046–7.
5. De Giorgi V, Salvini C, Massi D, Raspollini MR, Carli P. Vulvar basal cell carcinoma: retrospective study and review of literature. *Gynecol Oncol.* 2005;97:192–4.

Vincenzo De Giorgi , Biancamaria Zuccaro , Flavia Silvestri  e Federico Venturi 

Seção de Dermatologia, Departamento de Ciências da Saúde, Università degli Studi di Firenze, Florença, Itália

* Autor para correspondência.

E-mail: vincenzo.degiorgi@unifi.it (V. De Giorgi).

Recebido em 11 de outubro de 2021; aceito em 5 de novembro de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.03.027>

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/>).

Formação de queiloide após perfuração da orelha através da zona de transição^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

A perfuração da orelha (*piercing*) é um dos principais fatores de risco para a formação de queiloide. A maioria das perfurações é realizada apenas através do tecido mole do lóbulo da orelha (zona 1). Além disso, pode ser realizado através da cartilagem da orelha (zona 2) ou na zona de transição (zona 3) entre a cartilagem da orelha e o lóbulo da orelha.¹ A incidência de complicações decorrentes da perfuração transcartilaginosa é de aproximadamente 35% em razão da natureza avascular da cartilagem auricular.¹

Não há estudos sobre queloides na zona de transição na literatura. A hipótese dos autores é que a perfuração da orelha através da zona de transição deve ser avaliada como se fosse através da zona da cartilagem.

Os autores apresentam aqui três casos de formação de queiloide após perfuração da orelha através da zona de transição. Nenhum dos pacientes descritos aqui tinha história pessoal ou familiar de formação de queiloide ou cicatriz hipertrófica. O diagnóstico foi confirmado pelo exame histopatológico em todos os pacientes. As características clínicas dos pacientes são apresentadas na [tabela 1](#). O paciente 1 tinha um total de quatro perfurações, duas no lóbulo da orelha direita, uma no lóbulo da orelha esquerda e uma na zona de transição da orelha direita. O paciente 2 tinha um total de cinco perfurações, duas no lóbulo da orelha direita, duas no lóbulo da orelha esquerda e uma na zona de transição da orelha direita. Todas as perfurações foram realizadas simultaneamente em ambos os pacientes. No entanto, não foi observada formação de queiloide nos pontos de perfuração do lóbulo da orelha, onde não havia perfuração transcartilaginosa ([fig. 1](#)). O paciente 3 tinha apenas uma perfuração, na zona de transição da orelha direita ([fig. 2](#)). Foi realizada uma combinação de corticosteroide intralesional administrado a uma dose de 40 mg/mL em intervalos de três a quatro semanas por 16

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.08.016>

☆ Como citar este artigo: Zorlu O, Yazici S, Balaban Adım Ş. Keloid formation following ear piercing through the transitional zone. *An Bras Dermatol.* 2023;98:548–50.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia e Venereologia, Bursa Uludag University School of Medicine, Bursa, Turquia.

Tabela 1 Características clínicas dos pacientes

Paciente nº	Sexo	Idade na perfuração do pavilhão auricular (anos)	Tempo entre a perfuração e a formação do queloide	Localização do queloide	Outras complicações causadas pela perfuração
1	F	17	< 1 a	D, P, zona 3	Nenhuma
2	F	20	< 1 a	D, AP, zona 3	Nenhuma
3	M	34	< 1 a	D, A, zona 3	Nenhuma

F, feminino; M, masculino; a, ano; D, direito; P, posterior; A, anterior; AP; anteroposterior.

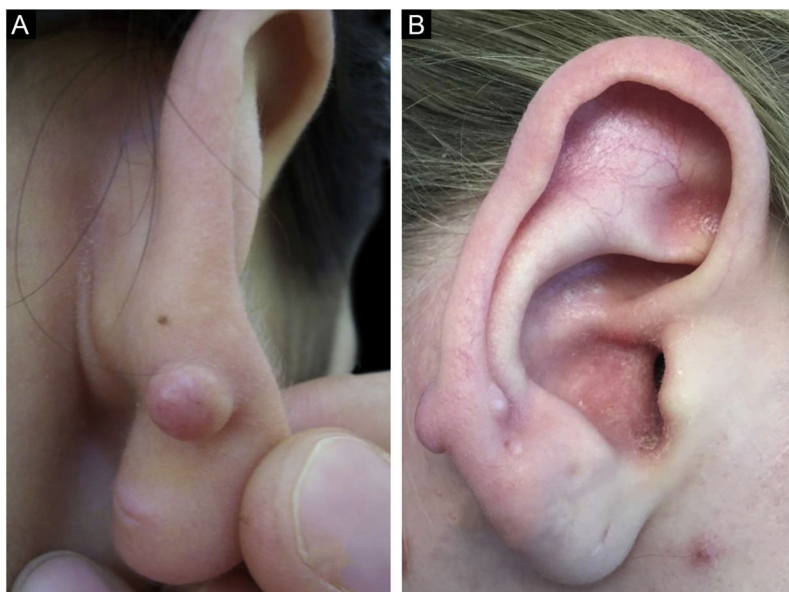


Figura 1 Formação de queloide após perfuração na zona de transição no paciente 1 (A) e no paciente 2 (B). Não há formação de queloide nos pontos de perfuração do lóbulo da orelha em ambos os pacientes.

semanas e criocirurgia. Não foi observada recorrência precoce em nenhum dos pacientes durante o primeiro ano de seguimento.

O material da joia utilizada, a parte posterior do brinco, o tipo de procedimento de perfuração e as complicações relacionadas à perfuração no momento do procedimento podem contribuir para a formação de queloide.² Nenhum dos pacientes descritos neste estudo apresentou complicações relacionadas à perfuração no momento do procedimento. Nesses casos, a formação de queloide foi mais provavelmente associada à lesão da cartilagem.

Atualmente, a regulação positiva da proteína da matriz oligomérica da cartilagem (COMP), uma glicoproteína da matriz extracelular não colagenosa, já foi demonstrada no tecido queloidiano, sugerindo que a COMP facilita a formação do queloide acelerando a deposição de colágeno.³ Além disso, foi relatado que múltiplas exostoses hereditárias, caracterizadas pelo desenvolvimento de múltiplas massas osteocartilaginosas benignas, foram consideradas fator de risco para a formação de queloides após a excisão cirúrgica de osteocondromas, representando outra associação de queloides e condrocitos.⁴

Foi relatado que não há diferença em relação às complicações relacionadas à perfuração comparando o lóbulo da orelha com a porção cartilaginosa do pavilhão auricular.^{1,5} Esse resultado pode ser atribuído ao fato de

que a perfuração no lóbulo da orelha é realizada com mais frequência do que a perfuração na cartilagem ou na zona de transição.

Avaliar perfurações no pavilhão auricular através da zona de transição como se fossem através da zona da cartilagem pode ser mais apropriado. A zona de transição e a cartilagem do pavilhão auricular devem ser evitadas durante a perfuração para prevenir o desenvolvimento de queloides.

Suporte financeiro

Esta pesquisa não recebeu nenhum subsídio específico de agências de fomento nos setores público, comercial ou sem fins lucrativos.

Contribuição dos autores

Todos os autores (Zorlu O, Yazici S e Adım ŞB) estiveram envolvidos de forma ativa na concepção e planejamento do estudo, revisão crítica da literatura, obtenção, análise e interpretação dos dados, orientação da pesquisa, elaboração e redação do manuscrito e revisão do manuscrito. Todos os autores leram e aprovaram a versão final do manuscrito.



Figura 2 Formação de queiloide após perfuração através da zona de transição no paciente 3.




Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Simplot TC, Hoffman HT. Comparison between cartilage and soft tissue ear piercing complications. *Am J Otolaryngol.* 1998;19:305–10.

2. Hochman B, Isoldi FC, Silveira TS, Borba GC, Ferreira LM. Does ear keloid formation depend on the type of earrings or piercing jewellery? *Australas J Dermatol.* 2015;56:e77–9.
3. Inui S, Shono F, Nakajima T, Hosokawa K, Itami S. Identification and characterization of cartilage oligomeric matrix protein as a novel pathogenic factor in keloids. *Am J Pathol.* 2011;179:1951–60.
4. Hosalkar H, Greenberg J, Gaugler RL, Garg S, Dormans JP. Abnormal scarring with keloid formation after osteochondroma excision in children with multiple hereditary exostoses. *J Pediatr Orthop.* 2007;27:333–7.
5. Fijałkowska M, Kasielska A, Antoszewski B. Variety of complications after auricle piercing. *Int J Dermatol.* 2014;53:952–5.

Ozge Zorlu ^{a,*}, Serkan Yazici ^a
e Şaduman Balaban Adım ^b

^a Departamento de Dermatologia e Venereologia, Bursa Uludag University School of Medicine, Bursa, Turquia

^b Departamento de Patologia, Bursa Uludag University School of Medicine, Bursa, Turquia

*Autor para correspondência.

E-mail: zorluzg@gmail.com (O. Zorlu).

Recebido em 22 de julho de 2021; aceito em 6 de agosto de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.03.017>

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/>).

Pênfigo vulgar associado à perfuração nasosseptal, infecção da conjuntiva ocular por herpes e formação de milia^{☆,☆☆}

Prezado Editor,

Descreve-se uma paciente de 60 anos com diagnóstico de pênfigo vulgar (PV) associado a apresentações incomuns, isto é, envolvimento da mucosa nasal com perfuração sep-



tal, envolvimento da conjuntiva ocular por infecção pelo vírus herpes simples (HSV) e milia na pele re-epitelizada. Cada associação será discutida com base nos resultados dos exames laboratoriais.

O exame clínico revelou lesões cutâneas erosivas, principalmente na face, no tronco e nos membros, além de lesões na mucosa da língua, na gengiva e no palato (fig. 1A) e hiperemia na conjuntiva esquerda. Também foram detectadas erosões e crostas na mucosa nasal e perfuração nasosseptal anterior. Além disso, a presença de milia foi observada na pele da face e dos ombros, onde anteriormente havia acometimento pelo PV (fig. 1B).

A histopatologia mostrou acantólise suprabasal em biópsias do tórax e do septo nasal (fig. 2A). A deposição de IgG na superfície dos queratinócitos foi detectada por imunofluorescência direta (IFD) utilizando esfregaços de Tzanck da mucosa oral (fig. 2B), o que sugeriu PV. O anticorpo anti-HSV tipo 1 (Abcam, Cambridge, EUA) em IFD usando esfregaços obtidos por raspagem mostrou imunomarcagem negativa na mucosa oral, mas imunorreativa nuclear na conjuntiva ocular (fig. 2C), enquanto a imuno-histoquímica usando biópsia da mucosa nasal mostrou imunomarcagem negativa para HSV. A reação em cadeia da polimerase para *Leishmania* sp.,

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2021.09.019>

☆ Como citar este artigo: Vernal S, Bueno-Filho R, Hashimoto T, Roselino AM. Pemphigus vulgaris associated with nasoseptal perforation, ocular conjunctival herpes infection and milia formation. *An Bras Dermatol.* 2023;98:550–2.

☆☆ Trabalho realizado no Laboratório de Dermatologia, Hospital Universitário, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil, e no Departamento de Dermatologia, Kurume University School of Medicine e Kurume University Institute of Cutaneous Cell Biology, Fukuoka, Japão.