

Tabela 1 Relatos com foco em xantoma verruciforme em vários locais na área genital

Pacientes	Idade/ Duração da sexo doença	Hipótese clínica	Tamanho (mm)	Localização	Sintomas	Progressão	Gatilho	HPV
1 ³	29F 17 anos	Condiloma	ND	Vulva	Nenhum	Sem alteração	ND	ND
2 ⁴	42F 20 anos	ND	3 a 25	Vulva	ND	Em crescimento	ND	Negativo
3 ⁵	38M 2,5 meses	Fasciíte necrotizante	8 × 5	Pênis e períneo	Nenhum	Aumento do tamanho	Enxerto de pele	ND
4 ⁶	63M 4 anos	Condiloma	10 a 15	Bolsa escrotal	Prurido	Em crescimento	ND	ND
5 ⁷	67M 4 anos	ND	25	Bolsa escrotal	ND	Em crescimento	ND	HPV 6a
Presente caso	83M 20 anos	Condiloma	13 a 25	Bolsa escrotal	Prurido	Em crescimento e com sangramento	Fatores externos	Negativo

ND, não descrito.



Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Shafer WG. Verruciform xanthoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1971;31:784–9.
2. Stiff KM, Cohen PR. Vegas (Verruciform genital-associated) xanthoma: a comprehensive literature review. *Dermatol Ther.* 2017;7:65–79.
3. Santa Cruz DJ, Martin SA. Verruciform xanthoma of the vulva. *Am J Clin Pathol.* 1979;71:224–8.
4. Sopena J, Gamó R, Iglesias L, Rodríguez-Peralto JL. Disseminated verruciform xanthoma. *Br J Dermatol.* 2004;151:717–9.
5. Cumberland L, Dana A, Resh B, Fitzpatrick J, Goldenberg G. Verruciform xanthoma in the setting of cutaneous trauma and chronic inflammation: report of a patient and a brief review of the literature. *J Cutan Pathol.* 2010;37:895–900.
6. Joo J, Fung MA, Jagdeo J. Successful treatment of scrotal verruciform xanthoma with shave debulking and fractionated carbon dioxide laser therapy. *Dermatol Surg.* 2014;40:214–7.

7. Khashlily NM, Uezato H, Kamiyama T, Maruno M, Kariya KI, Oshiro M, et al. Association of human papillomavirus type 6 with a verruciform xanthoma. *Am J Dermatopathol.* 2000;22:447–52.
8. Zegarelli DJ, Aegarelli-Schmidt EC, Zegalli EV. Verruciform xanthoma: a clinical, light microscopic, and electron microscopic study of two cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1974;38:725–34.
9. Agarwal-Antal N, Zimmermann J, Scholz T, Noyes, Leachman SA. A giant verruciform xanthoma. *J Cutan Pathol.* 2002;29:119–24.

Natsuko Matsumura *
e Toshiyuki Yamamoto 

Departamento de Dermatologia, Fukushima Medical University, Fukushima, Japão

* Autor para correspondência.

E-mail: natsukom@fmu.ac.jp (N. Matsumura).

Recebido em 10 de junho de 2022; aceito em 3 de outubro de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.06.020>
2666-2752/ © 2023 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/>).

Caso para diagnóstico. Nódulo unilateral no mamilo

Prezado Editor,

Paciente do sexo feminino, hispânica, de 44 anos, procurou a Clínica de Dermatologia com lesão exofítica assintomática no mamilo direito que estava presente havia dois



anos. Não apresentava história familiar de câncer de mama. A lesão começou como uma pequena placa eritematosa que gradualmente cresceu e desenvolveu erosão focal. Ao exame dermatológico, notou-se lesão eritematosa, dura, mal definida, medindo 1,0 × 1,0 cm, com erosão central, essa também vista à dermatoscopia (fig. 1). Não havia linfadenopatia ou retração mamilar.

Foi realizada biópsia incisional do mamilo direito. A histopatologia revelou tumor dérmico bem circunscrito com configuração adenomatosa e papilífera. O tumor consistia em múltiplas estruturas ductais revestidas por dupla camada de células colunares eosinofílicas, algumas das quais apresentavam secreção por decapitação celular. Uma camada basal de células mioepiteliais estava presente. A abertura ductal se comunicava com o epitélio superficial em uma das extremidades. Não foi observada atipia celular ou pleomorfismo (fig. 2).

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.09.014>

☆ Como citar este artigo: Mendez-Flores RG, Uriarte-Ruiz K, Vega-Memije ME, Ruiz-Gomez D, Toussaint-Caire S. Case for diagnosis. Unilateral nodule on the nipple: erosive adenomatosis of the nipple. *An Bras Dermatol.* 2023;98:850–2.

☆☆ Trabalho realizado no General Hospital “Dr. Manuel Gea González”, Cidade do México, México.

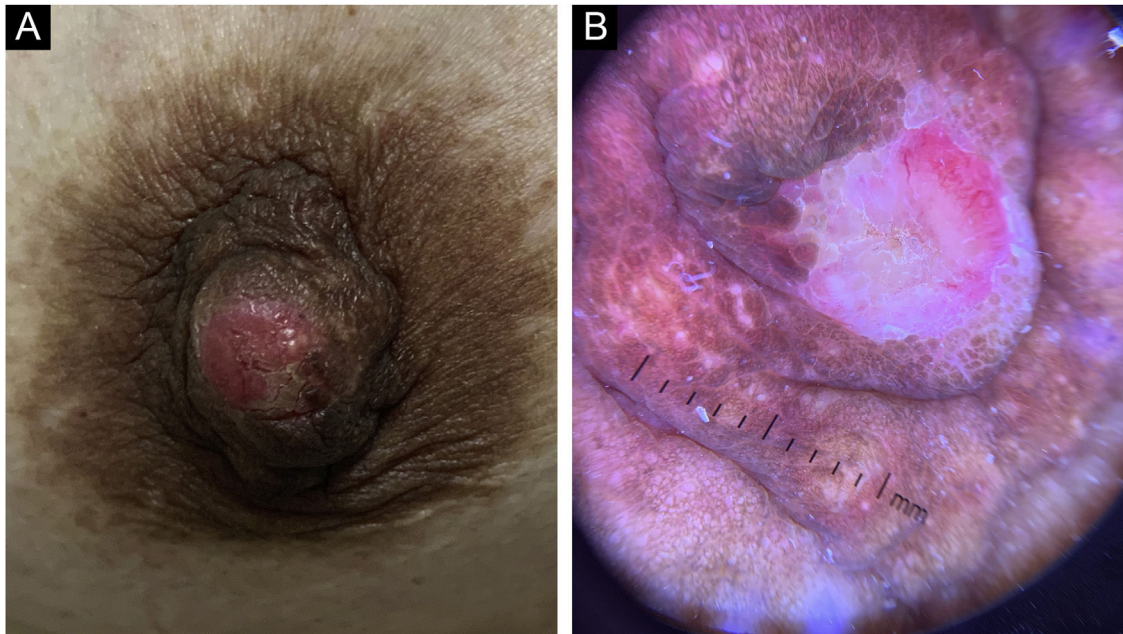


Figura 1 (A) Nódulo firme mostrando erosão central no mamilo direito. (B) A dermatoscopia mostra áreas róseas-esbranquiçadas e áreas vermelhas sem estrutura

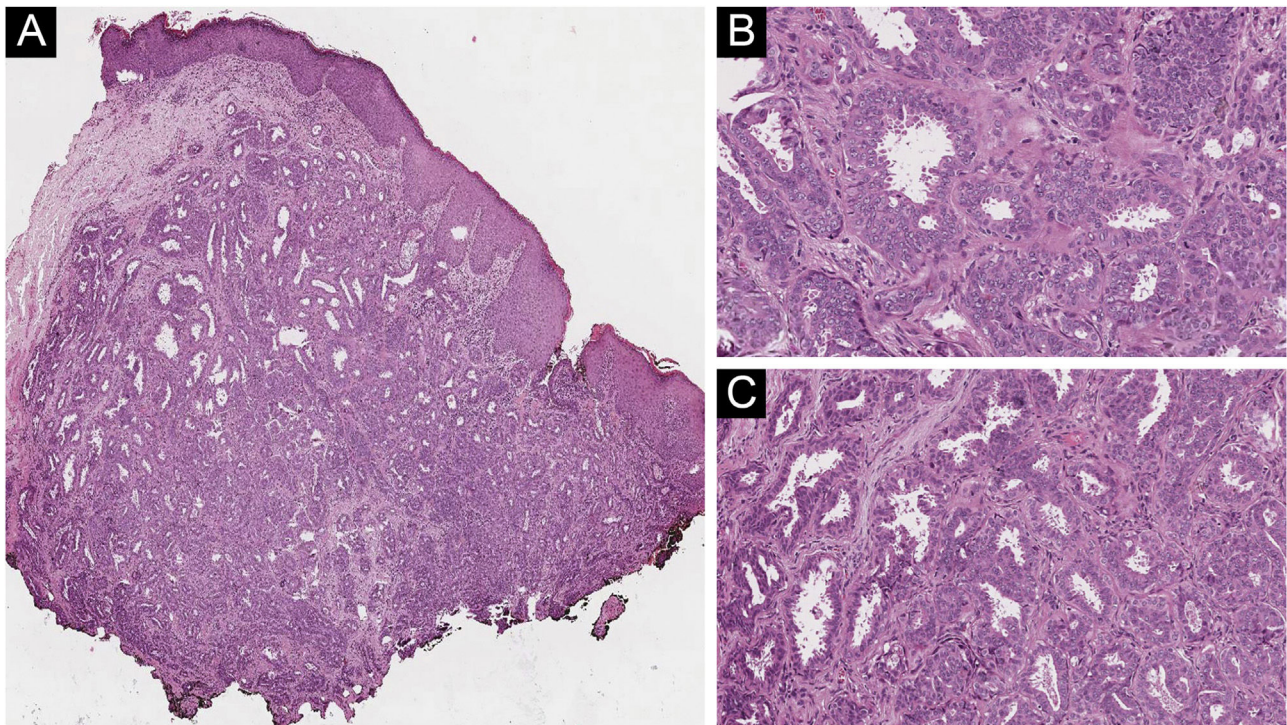


Figura 2 (A) Histopatologia mostrando proliferação glandular dérmica bem circunscrita e não encapsulada (Hematoxilina & eosina, 100 ×). (B e C) Estruturas ductais revestidas por células epiteliais cuboideis, que apresentam projeções secretoras apócrinas na borda luminal (Hematoxilina & eosina, 400 ×)

Qual o seu diagnóstico?

- a) Doença de Paget da mama
- b) Dermatite de contato
- c) Carcinoma ductal
- d) Adenomatose erosiva do mamilo

Discussão

A adenomatose erosiva do mamilo (AEM), também conhecida como adenoma mamilar, adenoma papilífero do mamilo ou papilomatose florida, é tumor epitelial benigno incomum que se origina dos ductos lactotróficos do complexo areolopapilar. Foi relatada pela primeira vez como papiloma intraductal benigno em 1951, por Haagensen et al.^{1,2}

Como no presente paciente, afeta mulheres de meia-idade, com média de idade de 43 a 45 anos, e é incomum no sexo masculino.²

Clinicamente, apresenta-se como massa eritematosa unilateral com erosão parcial ou completa, e secreção serosa ou serossanguinolenta. Em estádios avançados, o mamilo torna-se aumentado, espesso e endurecido e pode se apresentar como uma grande massa exofítica.³

A doença de Paget mamária também pode se manifestar como tumor mamilar com erosão e secreção serossanguinolenta, e frequentemente está associada ao carcinoma ductal *in situ*.⁴ Assim, os diagnósticos diferenciais mais importantes incluem doença de Paget mamária e carcinoma ductal mamário; no entanto, outras doenças inflamatórias (dermatite de contato) e infecciosas podem mimetizar a AEM.

Os achados histopatológicos são a evidência mais valiosa para diferenciar a AEM dos tumores mamários inflamatórios e malignos. A histopatologia revela uma proliferação glandular, bem circunscrita, não encapsulada, revestida por dupla camada de células característica composta por uma camada externa de células mioepiteliais cúbicas ou achatadas e uma camada interna de células epiteliais cuboides ou cilíndricas, que podem apresentar projeções secretoras apócrinas em sua borda luminal.¹ A ausência de atipia citológica é uma característica importante.

A excisão cirúrgica com ressecção do mamilo é a terapia de escolha. A cirurgia micrográfica de Mohs e o procedimento de enucleação com *splitting* do mamilo podem remover totalmente o tumor, preservando a aparência e a funcionalidade desse sítio vital.⁴ Outros autores relataram resultados favoráveis de tratamento com criocirurgia e terapia fotodinâmica.^{5,6}

A identificação dessa lesão é crítica em virtude das implicações clínicas e terapêuticas, pois mastectomias desnecessárias ou cirurgias extensas podem ser evitadas com o diagnóstico correto. A paciente do presente caso foi tratada com excisão completa do tumor sem recidiva após um ano de seguimento.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Raúl Gerardo Mendez Flores: Redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; participação efetiva na orientação da pesquisa; aprovação da versão final do manuscrito.

Karen Uriarte Ruiz: Revisão crítica da literatura; redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante.

María Elisa Vega Memije: Participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.





Daniela Ruiz Gomez: Revisão crítica da literatura; redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Quintana-Codina M, Pérez-Muñoz N, Fernández-Figueras MT, Altemir A, Salleras M. Adenoma of the nipple: a mimic of breast malignancy. *Dermatol Online J.* 2021;27:1–4.
2. Na SNNH, Shaw V, Tan BKT. Nipple base-splitting enucleation (NiBSE) can preserve cosmesis and nipple sensation for the complete excision of benign nipple lesions. *Breast J.* 2020;26:2280–2.
3. Cosechen MS, Wojcik AS, Piva FM, Werner B, Serafini SZ. Erosive adenomatosis of the nipple. *An Bras Dermatol.* 2011;86:517–20.
4. Lopes Filho LL, Lopes IM, Lopes LR, Enokihara MM, Michalany AO, Matsunaga N. Mammary and extramammary Paget's disease. *An Bras Dermatol.* 2015;90:225–31.
5. Bae KN, Shin K, Kim WI, Yang MY, Lee WY, Kim HS, et al. Cryosurgery as a minimally invasive alternative treatment for a patient with erosive adenomatosis of the nipple. *Ann Dermatol.* 2021;33:182–5.
6. Zhou X, Zheng M, Zou Y, Wang J, Zhang L. Y in R 5-Aminolevulinic acid induced photodynamic therapy (ALA-PDT) for erosive adenomatosis of the nipple: a case report. *Photodiagnosis Photodyn Ther.* 2021;35:102387.

Raúl Gerardo Mendez-Flores ^{a,*}, Karen Uriarte-Ruiz ^a, María Elisa Vega-Memije ^b, Daniela Ruiz-Gomez ^b e Sonia Toussaint-Caire^a

^a Departamento de Dermatopatologia, General Hospital "Dr. Manuel Gea González", Cidade do México, México

^b Departamento de Dermatologia, General Hospital "Dr. Manuel Gea González", Cidade do México, México

* Autor para correspondência.

E-mail: mendezfloresdr@gmail.com (R.G. Mendez-Flores).

Recebido em 3 de julho de 2022; aceito em 1 de setembro de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.06.021>

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/>).