





Referências

1. Baselga E, Cordisco MR, Garzon M, Lee MT, Alomar A, Blei F, et al. Rapidly involuting congenital haemangioma associated with transient thrombocytopenia and coagulopathy: a case series. *Br J Dermatol.* 2008;158:1363–70.
 2. Sarkar M, Mulliken JB, Kozakewich HP, Robertson RL, Burrows PE. Thrombocytopenic coagulopathy (Kasabach-Merritt phenomenon) is associated with kaposiform hemangioendothelioma and not with common infantile hemangioma. *Plast Reconstr Surg.* 1997;100:1377–86.
 3. Braun V, Prey S, Gurioli C, Boralevi F, Taieb A, Grenier N, et al. Congenital haemangiomas: a single-centre retrospective review. *BMJ Paediatr Open.* 2020;4:e000816.
 4. Andreu-Barasoain M, Naz E, Díaz M, López-Estebanz JL. Rapidly involuting congenital hemangioma associated with transient anemia and thrombocytopenia. *Int J Dermatol.* 2013;52:1025–6.
 5. Rangwala S, Wysong A, Tollefson MM, Khuu P, Benjamin LT, Bruckner AL. Rapidly involuting congenital hemangioma associated with profound, transient thrombocytopenia. *Pediatr Dermatol.* 2014;31:402–4.
- Ana María Palma ^{a,b}, Tamara Gracia-Cazaña ^{a,b,*}, Carmen Ruiz de la Cuesta-Martín ^c e Yolanda Gilaberte ^{a,b}
- ^a *Serviço de Dermatologia, Hospital Miguel Servet, Zaragoza, Espanha*
^b *IIS Aragon, Zaragoza University, Zaragoza, Espanha*
^c *Serviço de Pediatria, Hospital Miguel Servet, Zaragoza, Espanha*
- * Autor para correspondência.
E-mail: tamgracaz@gmail.com (T. Gracia-Cazaña).
- Recebido em 6 de março de 2022; aceito em 20 de junho de 2022
- <https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.12.011>
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/>).

Xantogranuloma palmar solitário do adulto



Prezado Editor,

Paciente do sexo feminino, 45 anos, com história de câncer de mama direita havia dois anos, veio à consulta por lesão em crescimento e assintomática na região palmar direita que havia aparecido quatro meses antes da consulta. Ao exame físico, apresentava pápula amarelada de 5 mm, em forma de cúpula, com borda periférica descamativa (fig. 1A). A dermatoscopia revelou áreas homogêneas, simétricas, amarelas, sem estrutura, com crosta central e borda circundante rosada (padrão em “sol poente”; fig. 1B). A ultrassonografia cutânea revelou lesão redonda, hipocóica, ocupando derme e hipoderme, com múltiplos pequenos vasos periféricos (fig. 2). Suspeitou-se de tumor anexial benigno, mas era necessário descartar metástase cutânea. A excisão completa da lesão revelou proliferação dérmica de histiócitos mononucleados com citoplasma espumoso e células gigantes de Touton, positivas para CD68 e negativas para S100 e CD1a (fig. 3). Foi feito o diagnóstico de xantogranuloma solitário do adulto. Foi feita excisão completa e a lesão não apresentou recidiva. A paciente permanece em completa remissão do carcinoma de mama.

O xantogranuloma do adulto é um subtipo de histiocitose de células não Langerhans (HCNL) pertencente ao grupo dos xantogranulomas, classificada no grupo C (“cutânea”) da classificação revisada das histiocitoses.¹ O xantogranuloma

do adulto é histopatologicamente idêntico ao xantogranuloma juvenil (XGJ), a HCNL mais comum. Em geral, ocorre no sexo masculino nas duas primeiras décadas de vida, e a apresentação mais comum é pápula ou nódulo solitário, assintomático, variando de 5 mm a 1–2 cm de tamanho, com superfície translúcida, lisa, amarelada a acastanhada com telangiectasias em alguns casos. Nos adultos, a lesão tende a persistir ao longo do tempo, em vez de involuir, como nas crianças. O xantogranuloma do adulto e o juvenil geralmente localizam-se na região da cabeça e pescoço, seguido do tronco e extremidades; no entanto, todas as localizações cutâneas foram descritas, incluindo regiões palmares e plantares.² Relatos de casos, incluindo casos de XGJ nas superfícies volares (palmas e plantas) descreveram cores incomuns que aparecem nesses locais, como vermelho opaco ou cor da pele, e borda periférica hiperqueratótica bem definida na dermatoscopia.³ Os achados dermatoscópicos típicos do xantogranuloma do adulto e do juvenil incluem fundo homogêneo amarelo/alaranjado ou vermelho/rosado, frequentemente chamado de padrão em “sol poente”.⁴ O diagnóstico clínico diferencial inclui vários tumores benignos e malignos, como nevo de Spitz, dermatofibroma, neoplasias anexas, molusco contagioso, hemangioma, carcinoma basocelular, melanoma amelanótico e linfomas. Em localizações volares, o diagnóstico diferencial deve incluir neoplasias frequentes nessas localizações, como poroma écrino, granuloma piogênico, fibroqueratoma digital, nevos, verrugas virais, melanoma amelanótico e reticulo-histiocitoma solitário.³ Há poucos relatos descrevendo as características ultrassonográficas dos xantogranulomas; apresentam-se como nódulo dérmico hipocóico bem definido, com vascularização arterial fina e de baixa velocidade (pico de velocidade sistólica máxima, 6,5 cm/s) detectada internamente na ultrassonografia por Doppler colorido. Nenhum realce posterior ou artefato de sombra acústica foi relatado.⁵

No presente caso, houve a necessidade de descartar metástase cutânea em virtude da história médica progressiva

DOI do artigo original:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.10.014>

☆ Como citar este artigo: Serra-Garcia L, Carrera C, Giavedoni P, Riquelme-Mc Loughlin C. Solitary palmar adult xanthogranuloma. *An Bras Dermatol.* 2024;99:302–4.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, Catalunha, Espanha.

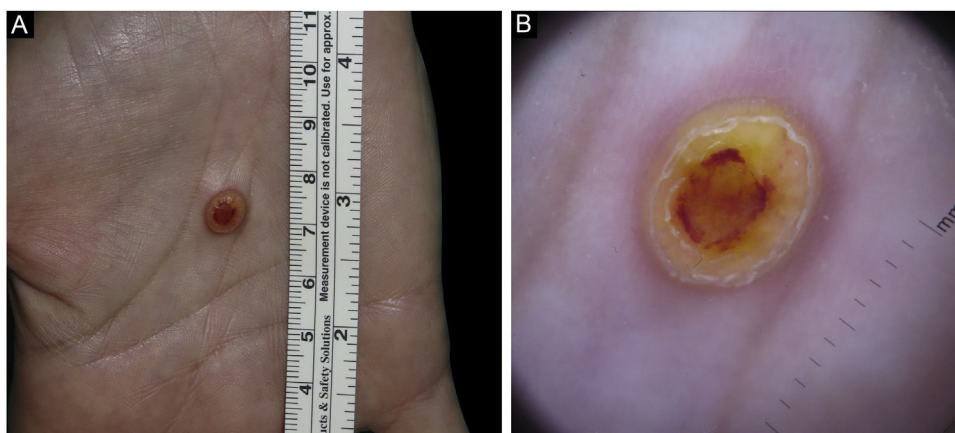


Figura 1 Xantogranuloma do adulto na região palmar. (A) Pápula amarelada em forma de cúpula medindo 5 mm, com crosta eritematosa central e borda periférica eritematosa descamativa. (B) Dermatoscopia mostrando áreas homogêneas, simétricas, amarelas, sem estrutura, com crosta central e borda circundante rosada (padrão em "sol poente").

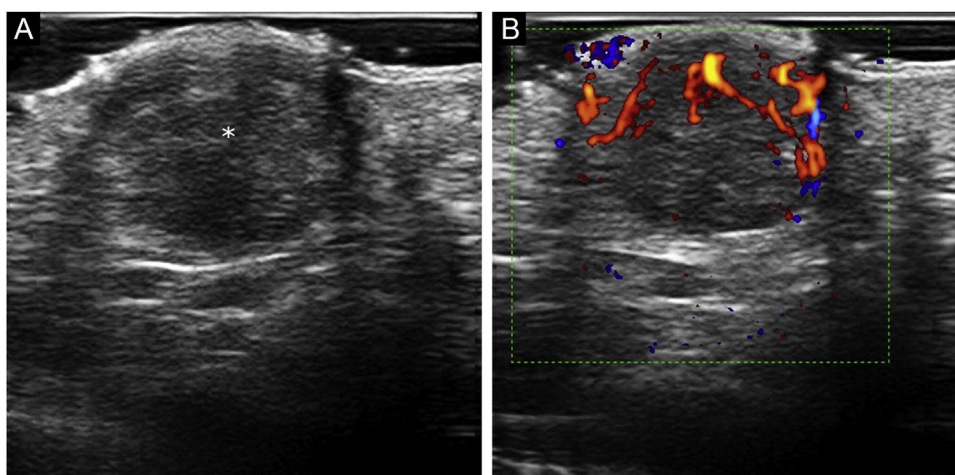


Figura 2 Características ultrassonográficas do xantogranuloma volar do adulto. (A) Ultrassonografia em escala de cinza (corte transversal, região palmar direita) mostrando nódulo hipoeicoico, dérmico e hipodérmico bem definido (asterisco) deslocando a camada epidérmica para cima. (B) Ultrassonografia com Doppler colorido da mesma lesão mostrando vascularização interna.

da paciente. Depois do melanoma, o carcinoma de mama é a fonte mais frequente de metástase cutânea em mulheres.⁶ Em virtude de sua alta incidência, as metástases cutâneas do carcinoma de mama são as mais frequentemente avaliadas pelos dermatologistas. A apresentação mais comum da metástase cutânea do câncer de mama é o nódulo assintomático, cor da pele ou marrom-rosado, localizado na parede torácica ou no abdome, mas também pode ocorrer nas extremidades. Um amplo espectro de apresentações clínicas tem sido descrito em metástases cutâneas de câncer de mama, que podem mimetizar uma grande variedade de lesões cutâneas benignas, como fibroqueratoma acral, granuloma piogênico, cisto folicular, dermatofibroma ou hemangioma, que devem ser incluídas no diagnóstico diferencial do xantogranuloma do adulto. O exame ultrassonográfico provou ser ferramenta útil para apoiar o diagnóstico de metástase cutânea de melanoma.⁷ Há menos evidências apoiando o uso da ultrassonografia para a detecção de metástases cutâneas de tumores sólidos; entretanto, essa técnica tem demonstrado auxiliar no diagnóstico de lesões nodu-

lares e subcutâneas malignas em pequenas séries.^{8,9} As características ultrassonográficas sugestivas de metástases cutâneas incluem formato policíclico e hipervascularização com múltiplos polos periféricos e vasos internos.¹⁰ As metástases cutâneas tem mau prognóstico, daí a importância do dermatologista na determinação de um diagnóstico precoce.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Laura Serra-García: Participação efetiva na revisão crítica da literatura, elaboração e redação do manuscrito e aprovação da versão final do manuscrito.

Cristina Carrera: Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão

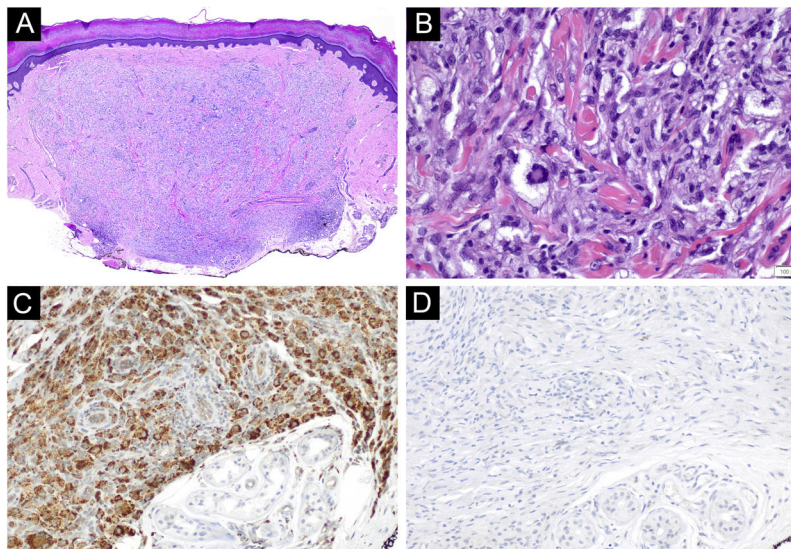


Figura 3 Características histopatológicas do xantogranuloma volar do adulto. (A e B) Proliferação dérmica de histiócitos mononucleados com citoplasma de aspecto espumoso e células gigantes de Touton (Hematoxilina & eosina, 40× e 400×, respectivamente). (C e D) Técnica imuno-histoquímica revelando histiócitos espumosos CD68 positivos e CD1a negativos, respectivamente (aumento de 200×).

crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Priscila Giavedoni: Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Constanza Riquelme-McLoughlin: Participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Emile JF, Ablá O, Fraitag S, Horne A, Haroche J, Donadieu J, et al. Revised classification of histiocytoses and neoplasms of the macrophage-dendritic cell lineages. *Blood*. 2016;127:2672–81.
2. Salari B, Dehner LP. Juvenile and adult xanthogranuloma: a 30-year single-center experience and review of the disorder and its relationship to other histiocytoses. *Ann Diagn Pathol*. 2022;58:151940.
3. Mervak J, Amadi U, Khandpur R, Ha Lan TT, Hristov A, Do TT, et al. Case series of volar juvenile xanthogranuloma: clinical observation of a peripheral rim of hyperkeratosis. *J Dermatol*. 2014;41:933–6.
4. Peruilh-Bagolini L, Silva-Astorga M, Hernández San Martín MJ, Manoli MS, Papageorgiou C, Apalla Z, et al. Dermoscopy of juvenile xanthogranuloma. *Dermatology*. 2021;237:946–51.
5. Niklitschek S, Niklitschek I, González S, Wortsman X. Color doppler sonography of cutaneous juvenile xanthogranuloma

with clinical and histologic correlations. *J Ultrasound Med*. 2016;35:212–3.

6. Betlloch-Mas I, Soriano-García T, Boira I, Palazón JC, Juan-Carpena G, Sancho-Chust JN, et al. Cutaneous metastases of solid tumors: demographic, clinical, and survival characteristics. *Cureus*. 2021;13:e19970.
7. Solivetti FM, Desiderio F, Guerrisi A, Bonadies A, Maini CL, Di Filippo S, et al. HF ultrasound vs. PET-CT and telethermography in the diagnosis of In-transit metastases from melanoma: a prospective study and review of the literature. *J Exp Clin Cancer Res*. 2014;33:96.
8. Wortsman X. Common applications of dermatologic sonography. *J Ultrasound Med*. 2012;31:97–111.
9. Cuenca-Barrales C, Aguayo-Carreras P, Bueno-Rodríguez A, Ruiz-Villaverde R. Estudio ecográfico de metástasis cutáneas de origen visceral. *Actas Dermo-Sifiliogr*. 2019;110:506–9.
10. Giovagnorio F, Valentini C, Paonessa A. High-resolution and color doppler sonography in the evaluation of skin metastases. *J Ultrasound Med*. 2003;22:1017–22, quiz 1023-5.

Laura Serra-García , Cristina Carrera , Priscila Giavedoni  e Constanza Riquelme-Mc Loughlin *

Departamento de Dermatologia, Hospital Clinic, Universitat de Barcelona, Barcelona, Espanha

* Autor para correspondência.

E-mail: MCRIQUELME@clinic.cat (C. Riquelme-Mc Loughlin).

Recebido em 16 de julho de 2022; aceito em 12 de outubro de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.11.004>

2666-2752/ © 2023 Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open

Access sob a licença de CC BY

(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).