



CARTAS - CASO CLÍNICO

Caso de dermatofibroma atrófico: possível papel da metaloproteinase de matriz-2 ☆☆☆



Prezado Editor,

Paciente do sexo masculino, de 47 anos, visitou o Serviço de Dermatologia queixando-se de nódulo assintomático na extremidade inferior, que apareceu havia cinco anos. Paciente hígido e não identificou nenhum evento desencadeante, como picada de inseto ou trauma menor. O exame físico mostrou nódulo dérmico acastanhado de 5 mm de tamanho com depressão central na coxa esquerda (fig. 1A). A dermatoscopia mostrou área central de coloração avermelhada com descamação, circundada por rede pigmentar acastanhada (fig. 1B). O nódulo foi removido cirurgicamente com margem de 2 mm, sob anestesia local. O exame histopatológico mostrou área central deprimida e adelgaçamento dérmico (fig. 2A). Maior ampliação revelou proliferação de células tumorais fibroblásticas na derme e hiperplasia da epiderme sobrejacente (fig. 2B). A imunomarcagem com fator XIIIa foi positiva, mas o CD34 foi negativo. A coloração para fibras elásticas de van Gieson revelou diminuição das fibras elásticas na derme (fig. 2C). Foi realizada imunohistoquímica utilizando anticorpos contra metaloproteinase de matriz-2 (MMP-2), MMP-7, MMP-9 e MMP-12, sendo observada intensa expressão de MMP-2 nas células tumorais fibroblásticas (fig. 2D).

O dermatofibroma atrófico é variante rara, clinicamente caracterizado por nódulo ou placa acastanhada solitária, com umbilicação central.^{1,2} A espessura dérmica na área da lesão é geralmente a metade da espessura do tecido dérmico adjacente. Em revisão recente de casos de der-

matofibroma atrófico em 64 pacientes, as localizações mais comuns foram ombro (25%), membros inferiores (23,4%) e região dorsal (17,2%).¹ Em virtude das características clínicas, como nódulo ou placa acastanhada com depressão central, o diagnóstico clínico não é tão difícil. O exame dermatoscópico mostra rede pigmentar irregular, múltiplas manchas brancas semelhantes a cicatrizes, e coloração rosa-avermelhada,^{3,4} que podem ser de alguma ajuda para o diagnóstico clínico de dermatofibroma atrófico.

A fisiopatologia do adelgaçamento dérmico no dermatofibroma atrófico é desconhecida. Estudos anteriores revelaram que as fibras elásticas estão diminuídas ou ausentes nos dermatofibromas atróficos. Recentemente, a superexpressão de MMP-1 por células tumorais foi relatada no dermatofibroma atrófico.⁵ Além disso, no presente estudo, foi observado que a MMP-2 era fortemente expressa nas células fibroblásticas, enquanto a expressão de outras MMP, como MMP-7, MMP-9 e MMP-12, não foi observada. A limitação é que não foi examinada a expressão de MMP em dermatofibromas comuns sem adelgaçamento dérmico. Portanto, não é possível concluir que a expressão aumentada de MMP-2 seja a principal causa desse aspecto característico dos dermatofibromas atróficos. Entretanto, MMP-1 e MMP-2 podem desempenhar importante papel na degradação do tecido conjuntivo nos dermatofibromas atróficos; e mais estudos são necessários.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Misaki Kusano: Obtenção, análise e interpretação dos dados; elaboração e redação do manuscrito.

Toshiyuki Yamamoto: Revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2022.06.011>

☆ Como citar este artigo: Kusano M, Yamamoto T. A case of atrophic dermatofibroma: a possible role of matrix metalloproteinase-2. An Bras Dermatol. 2024;99:284-6.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Fukushima Medical University, Fukushima, Japão.

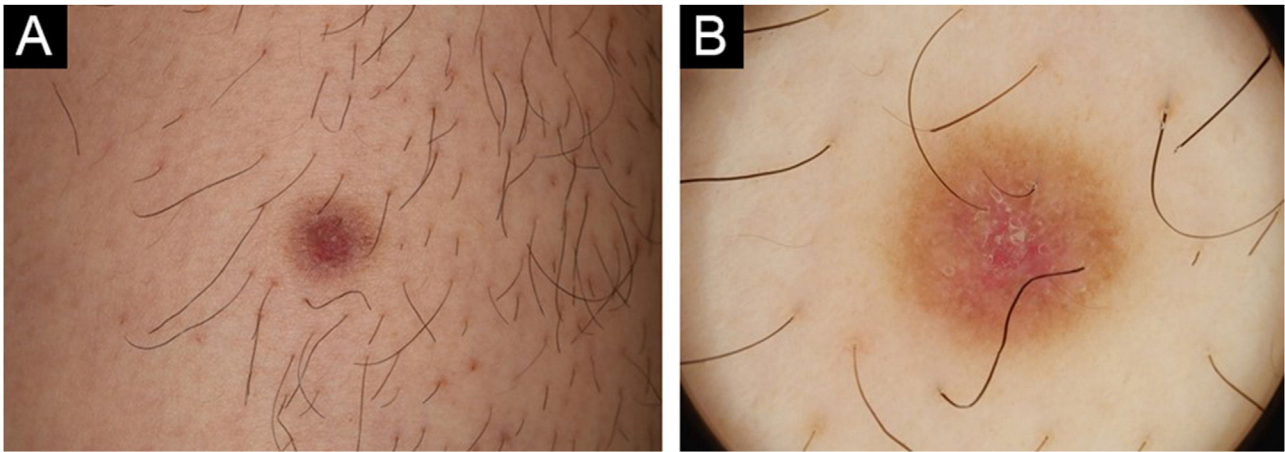


Figura 1 (A) Aspecto clínico do nódulo acastanhado com depressão central. (B) Dermatoscopia mostrando mancha central avermelhada com descamação branco-amarelada circundada por rede pigmentar acastanhada.

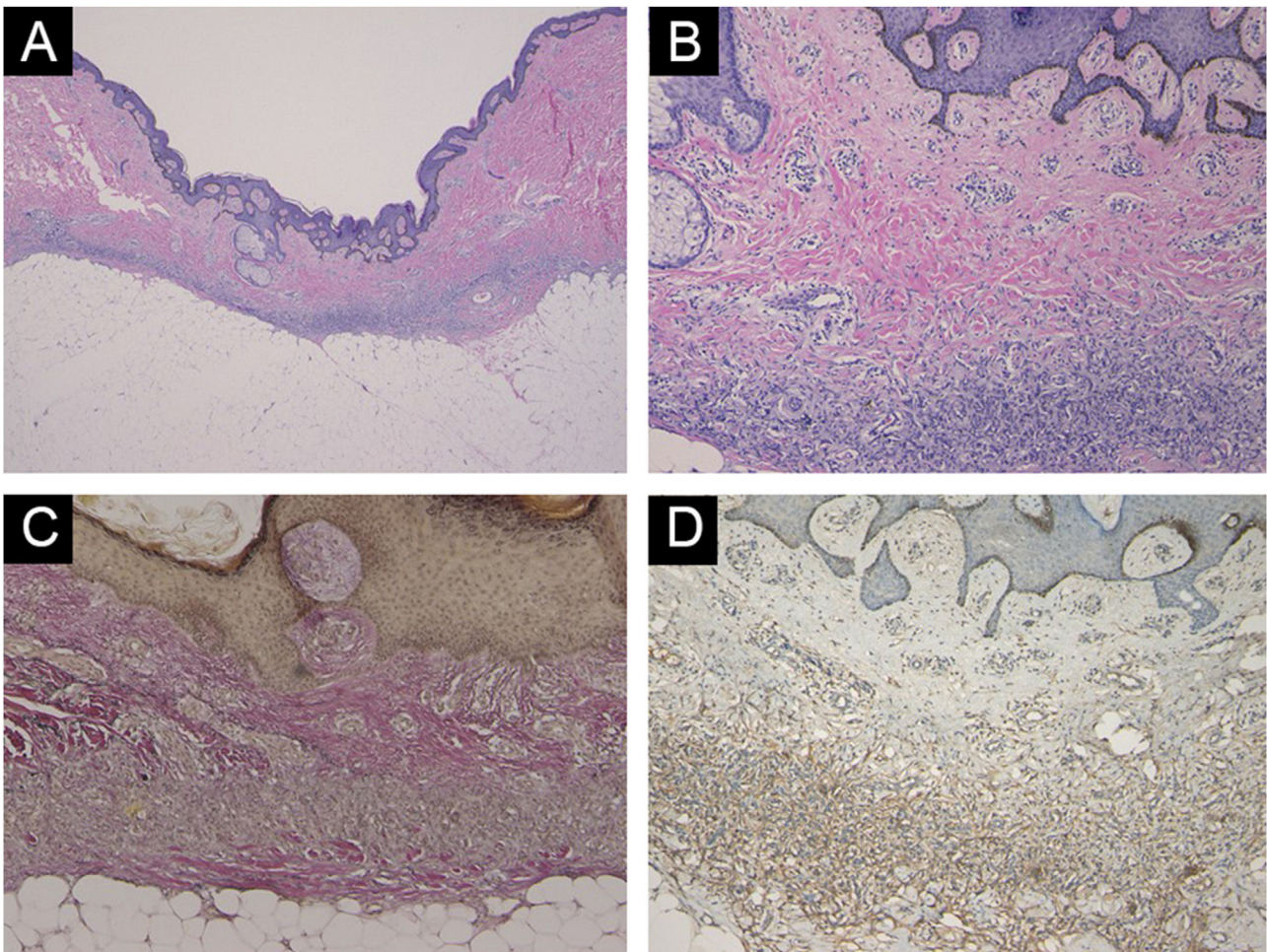


Figura 2 (A) Lesão com depressão central evidenciando adelgaçamento dérmico (Hematoxilina & eosina, 40x). (B) Maior ampliação mostrando proliferação de células tumorais fibroblásticas na derme e hiperplasia da epiderme subjacente (Hematoxilina & eosina, 200x). (C) Diminuição das fibras elásticas na derme adelgada (coloração para fibras elásticas de van Gieson, 200x). (D) Expressão acentuada de MMP-2 nas células tumorais fibroblásticas (200x).

Referências

1. Cohen PR, Erickson CP, Calame A. Atrophic dermatofibroma: a comprehensive literature review. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2019;9:449–68.
2. Gutierrez N, Calame A, Erickson C, Cohen PR. Atrophic dermatofibroma: a unique dermatofibroma variant. *Cureus*. 2021;13:e14570.
3. Kelati A, Aqil N, Baybay H, Gallouj S, Mernissi FZ. Beyond classic dermoscopic patterns of dermatofibromas: a prospective research study. *J Med Case Rep*. 2017;11:266.
4. Karabay EA, Demir D, Gürsoy F, Zindanci I. A rare case of atrophic dermatofibroma with dermoscopic findings. *J Cosmet Dermatol*. 2021;20:2598–601.
5. Yano-Takamori A, Tsuji G, Nakahara T, Kido-Nakara M, Furue M. A case of atrophic dermatofibroma overexpressing matrix metalloproteinase-1. *Case Rep Dermatol*. 2019;11:264–7.

Misaki Kusano  e Toshiyuki Yamamoto 

Departamento de Dermatologia, Fukushima Medical University, Fukushima, Japão

* Autor para correspondência.

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

Recebido em 11 de maio de 2022; aceito em 11 de junho de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.11.009>
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/>).

Melanoma amelanótico em criança^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Uma menina de 3 anos apresentava história de nódulo rosado na perna esquerda havia sete meses. A lesão era inicialmente uma pápula de cerca de 2 mm, depois aumentou de tamanho ao longo de sete meses, com erosão e exsudação do nódulo devido ao frequente ato de coçá-lo. A paciente não apresentava sintomas sistêmicos, e seu histórico familiar era normal. O nódulo ulcerado não respondeu aos antibióticos orais. O exame físico mostrou nódulo rosado de 2,5 × 2,5 cm de diâmetro na parte interna da perna esquerda, de textura dura, borda irregular e superfície ulcerada, com duas pequenas pápulas ao redor (fig. 1A). Os exames de sangue de rotina, de funções hepática e renal e os testes de coagulação, foram normais. De acordo com as manifestações clínicas, dermatofibrosarcoma protuberans, esporotricose e infecções micobacterianas atípicas foram considerados no diagnóstico diferencial. O nódulo foi completamente excisado cirurgicamente e em seguida foi realizado exame histopatológico da lesão total. Os achados histopatológicos (fig. 1B–D, fig. 2A–B) mostraram hiperplasia pseudoepiteliomatosa, ulceração e proliferação de melanócitos, com núcleos angulados, em padrão lentiginoso na junção dermoepidérmica. Havia alguns melanócitos atípicos em ascensão pagetoide e, na derme superior, observaram-se melanócitos epitelioides parcialmente agrupados em ninhos. Na porção inferior da lesão foram detectados má circunscrição, celularidade densa, falta de maturação e crescimento infiltrativo. Em grande aumento observaram-se grandes núcleos irregulares hipercromáticos com atipia proeminente e pouca

diferenciação. No componente dérmico havia amoldamento nuclear e células tumorais estendendo-se aos tecidos profundos. A imuno-histoquímica (fig. 2C–D, fig. 3A–D) mostrou Melan A (+), S-100 (+), HMB-45 (–), P16 (–), Ciclina D1 (+), Ki-67 (cerca de 20%, +), sugerindo proliferação elevada. O diagnóstico de melanoma amelanótico (MA) foi confirmado com base no achado nodular irregular ulcerado, no achado microscópico e nos resultados da imuno-histoquímica. As investigações, incluindo tomografia computadorizada de cabeça e tórax e ultrassonografia de linfonodos superficiais, fígado, baço e rins foram normais. Esses resultados não revelaram nenhuma metástase. A paciente está sendo acompanhada cuidadosamente há dois anos e felizmente está viva e em condições saudáveis, com crescimento e desenvolvimento normais.

O MA é um tipo raro de melanoma, de difícil diagnóstico por não apresentar as características clínicas e patológicas clássicas do melanoma, especialmente em crianças.¹ As localizações comuns do MA em crianças mais novas são cabeça, pescoço e extremidades, embora existam alguns poucos relatos disponíveis na literatura indicando que o MA na infância afete áreas incomuns, como íris, região volar e região intracraniana, e pode ser uma complicação de albinismo óculo-cutâneo e melanose neurocutânea.^{2–4} Embora a histopatologia exclua doença infecciosa, o MA pode se apresentar clínica ou patologicamente como lesão spitzoide, que é facilmente diagnosticada erroneamente como nevo de Spitz e leva a tratamento inadequado ou tardio. A chave para diferenciar o MA do nevo de Spitz baseia-se na análise abrangente das apresentações clínicas e alterações histopatológicas. Clinicamente, a lesão geralmente não ultrapassa 1 cm de diâmetro e apresenta ulceração superficial. Na histopatologia, maturação dos melanócitos, demarcação bem definida, boa simetria, fendas e corpúsculos de Kamino são detectados no nevo de Spitz. Além de não apresentar as alterações do nevo de Spitz, o MA evidencia falta de maturação, má diferenciação, grandes núcleos irregulares com atípias proeminentes, alto índice de proliferação e mitoses na porção inferior do tumor. Na maioria dos casos, a histopatologia pode indicar o diagnóstico correto, mas em alguns casos ela pode levar a diagnósticos errôneos e os marcadores imuno-histoquímicos podem ajudar

DOI do artigo original:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.11.009>

☆ Como citar este artigo: Chen A, Ren F. Amelanotic malignant melanoma in a child. *An Bras Dermatol*. 2024;99:286–8.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Chongqing Medical University Affiliated Children's Hospital, Chongqing, China.