

aumento do hematoma intraperitoneal e piora da condição física.

Até o momento, há poucos relatos de ruptura de metástases hepáticas em pacientes com melanoma tratados com inibidores de *checkpoint* imunológico. Na paciente do presente relato, as metástases hepáticas responderam bem à terapia com pembrolizumabe e diminuíram drasticamente de tamanho 13 meses após seu início. Entretanto, após três meses, ocorreu ruptura das metástases hepáticas, sugerindo a possibilidade de que as metástases hepáticas aumentaram rapidamente durante esses três meses. O desfecho relatado anteriormente na maioria dos pacientes foi morte por progressão do melanoma ou ressangramento alguns meses após o início da ruptura.

Como a ruptura da metástase hepática do melanoma é muito rara, o diagnóstico correto pode ser tardio, resultando em rápido desfecho fatal dos pacientes afetados. Portanto, os médicos devem ter em mente esse evento raro ao tratar pacientes com metástases hepáticas de melanoma que apresentam anemia rapidamente progressiva e dor abdominal.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Shohei Igari: Concepção e planejamento do estudo, realizou a pesquisa e contribuiu na análise e interpretação dos dados, redigiu a versão inicial do manuscrito, leu e aprovou a versão final do manuscrito.

Toshiyuki Yamamoto: Concepção e planejamento do estudo, auxiliou na elaboração do manuscrito.

Miyuki Yamamoto: Realizou a pesquisa e contribuiu na análise e interpretação dos dados, leu e aprovou a versão final do manuscrito.

Nobuyuki Kikuchi: Realizou a pesquisa e contribuiu na análise e interpretação dos dados, leu e aprovou a versão final do manuscrito.

Mikio Ohtsuka: Realizou a pesquisa e contribuiu na análise e interpretação dos dados, auxiliou na elaboração do manuscrito, leu e aprovou a versão final do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

- Nosaka T, Hiramatsu K, Nemoto T, Saito Y, Ozaki Y, Takahashi K, et al. Ruptured hepatic metastases of cutaneous melanoma during treatment with vemurafenib: an autopsy case report. *BMC Clin Pathol.* 2015;15:15.
- Wolfson RM, Romsa J. Ruptured liver metastasis with active hemorrhage has the classic appearance of a giant cavernous hemangioma on 99mTc-labeled RBC scintigraphy. *Clin Nucl Med.* 2012;37:984–5.
- Chun HJ, Osuga K, Fahrni M, Nakamura H. Massive bleeding of ruptured metastatic hepatic melanoma treated by transarterial embolization. *Jpn J Radiol.* 2010;28:395–7.
- Wagner WH, Lundell CJ, Donovan AJ. Percutaneous angiographic embolization for hepatic arterial hemorrhage. *Arch Surg.* 1985;120:1241–9.
- Moris D, Chakedis J, Sun SH, Spolverato G, Tsilimigras DI, Ntanasis-Stathopoulos I, et al. Management, outcomes, and prognostic factors of ruptured hepatocellular carcinoma: a systematic review. *J Surg Oncol.* 2018;117:341–53.

Shohei Igari *, Miyuki Yamamoto , Nobuyuki Kikuchi , Mikio Ohtsuka  e Toshiyuki Yamamoto 

Departamento de Dermatologia, Fukushima Medical University, Fukushima, Japão

* Autor para correspondência.

E-mail: shohey19@fmu.ac.jp (S. Igari).

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

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.01.003>

2666-2752/ © 2024 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/>).

Histiocitose cefálica benigna: manifestação exuberante em lactente^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Histiocitoses são enfermidades raras consequentes à proliferação de células derivadas de células dendríticas ou

de macrófagos. As manifestações clínicas se caracterizam por quadros de evolução benigna até formas disseminadas, graves. A classificação de 1987 sugeria a existência de três grandes grupos: histiocitose derivadas das células de Langerhans, as não Langerhans e as histiocitoses malignas.¹ Porém, um novo sistema de classificação revisado consiste em cinco grupos de doenças. Grupo L: histiocitoses Langerhans; grupo M: histiocitoses malignas; Grupo R: doença de Rosai-Dorfman e histiocitoses não cutâneas não Langerhans; Grupo H: linfo-histiocitose hemofagocítica e síndrome de ativação de macrófagos. Já o Grupo C reúne as histiocitoses não Langerhans localizadas na pele e mucosas, incluindo a histiocitose cefálica benigna (HCB).² A HCB é rara, ocorre nos primeiros três anos de vida, tem autorresolução, com lesões principalmente no segmento

[☆] Como citar este artigo: Abreu AFT, Amorim RP, Oliveira PM, Moraes MPT, Marques SA. Benign cephalic histiocytosis: exuberant manifestation in an infant. *An Bras Dermatol.* 2024;99:451–4.

^{☆☆} Trabalho realizado na Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.



Figura 1 Inúmeras máculas e pápulas eritematovioláceas, isoladas ou confluentes, acometendo particularmente o terço superior da face.

cefálico. Relatamos lactente, sexo feminino, 1 mês e 21 dias, com lesões havia 10 dias, rapidamente evolutivas. Ao exame, a paciente encontrava-se em bom estado, com máculas e pápulas eritematovioláceas isoladas ou confluen-

tes acometendo particularmente o terço superior da face, e lesões isoladas na região cervical e no tronco; não havia lesões acrais ou de mucosa (fig. 1). As hipóteses iniciais foram de HCB ou histiocitose tipo Hashimoto-Pritzker (HHP). O exame histopatológico mostrou intenso infiltrado de histiócitos na derme superficial papilar até porção média da derme reticular e células com núcleo oval e citoplasma claro (fig. 2). A imunomarcação foi positiva para fascina e CD68 e negativa para CD1a e S100, caracterizando histiocitose não Langerhans (fig. 3). A investigação tomográfica cefálica, pulmonar e abdominal foi negativa, confirmando o diagnóstico de HCB. A conduta foi tranquilizar os pais, prescrição de hidrocortisona e acompanhamento periódico.

Evolutivamente, houve aumento das lesões e ampliação da área acometida. Porém, no 50º dia de seguimento, as lesões apresentavam-se melhor e no 60º dia houve praticamente resolução completa (fig. 4).

A HCB foi descrita por Gianotti et al. em 1971,³ e estimam-se 70 casos descritos na literatura de língua inglesa até 2017.⁴ As lesões surgem em torno do segundo ao sexto mês de vida e são localizadas na face e região cervical; raramente atingem o couro cabeludo. Também podem acometer tronco e raiz dos membros.⁵ A coloração é eritematosa, ou eritematoviolácea; são do tipo mácula ou pápula, podendo confluir e aumentar em número e área até estabilizar. A regressão espontânea pode se estender até o 50º mês de idade.

O diagnóstico diferencial, além da HHP, se faz com o xantogranuloma juvenil (XGJ) e mastocitose. Os aspectos clínicos e a imunomarcação negativa para CD1a e S100 excluíram HHP. A ausência de coloração amarelo-alaranjada, lesões praticamente restritas à face e ausência histológica de células gigantes de Touton excluíram XGJ. Mastocitose, hipótese mais distante, se exclui pelo aspecto clínico, ausência do sinal de Darier e ausência de agregados de mastócitos no histopatológico. Há relatos isolados de associação de HCF e XGJ e mesmo de aparecimento de diabetes *insipidus* em dois pacientes, tempos após resolução dermatológica.^{2,4} Portanto, o acompanhamento deve ser mantido por longo prazo.

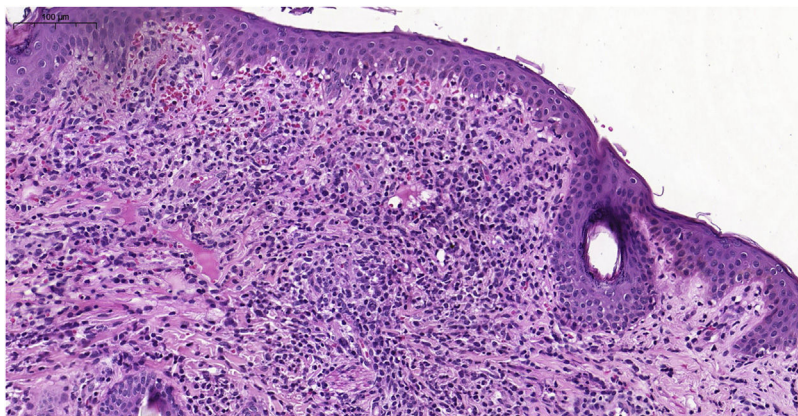


Figura 2 Exame histopatológico mostrando intenso infiltrado histiocitário na derme superficial até porção média da derme reticular.

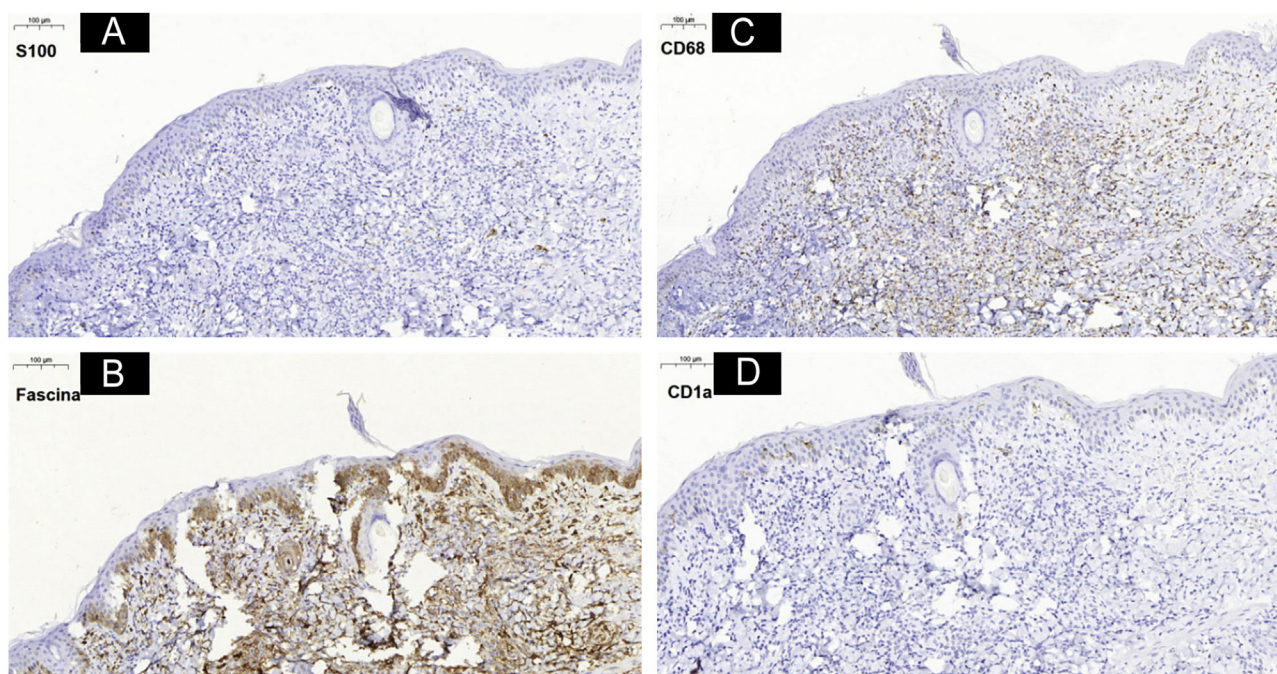


Figura 3 Exame de imuno-histoquímica com positividade dos marcadores fascina (B) e CD68 (C) e negatividade do S100 (A) e CD1a (D).



Figura 4 (A) Máculas e pápulas infiltradas e avermelhadas, principalmente na face, sem envolvimento de áreas acraias, mucosas ou órgãos internos. (B-D) Evolução das lesões no decorrer do seguimento, nos dias 22°, 36° e 50°, respectivamente.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Ana Flávia Teixeira de Abreu: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Rebecca Perez de Amorim: 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.

Pedro Marciano de Oliveira: 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.

Marcelo Padovani de Toledo Moraes: 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.

Silvio Alencar Marques: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelec-

tual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Histiocytosis syndromes in children. Writing Group of the Histiocyte Society. *Lancet*. 1987;1:208-9.
2. Emile JF, Ablu 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.
3. Gianotti F, Caputo R, Ermacora E, Gianni E. Benign cephalic histiocytosis. *Arch Dermatol*. 1986;122:1038-43.
4. Polat Ekinci A, Buyukbabani N, Baykal C. Novel clinical observations on benign cephalic histiocytosis in a large series. *Pediatric Dermatol*. 2017;34:392-7.
5. Patsatsi A, Kyriakou A, Sotiriadis D. Benign cephalic histiocytosis: case report and review of the literature. *Pediatr Dermatol*. 2014;31:547-50.

Ana Flávia Teixeira de Abreu ^{ID}*,
Rebecca Perez de Amorim ^{ID},
Pedro Marciano de Oliveira ^{ID},
Marcelo Padovani de Toledo Moraes ^{ID}
e Silvio Alencar Marques ^{ID}

Departamento de Infectologia, Dermatologia, Diagnóstico por Imagem e Radioterapia, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: anaflaviatabreu@hotmail.com (A.F. Abreu).

Recebido em 29 de setembro de 2022; aceito em 8 de novembro de 2022

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.02.018>

2666-2752/ © 2024 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/>).

Plasmocitoma cutâneo: uma manifestação rara do mieloma múltiplo ☆,☆☆



Prezado Editor,

As metástases cutâneas resultam da disseminação de um tumor para o tegumento por meio de embolização linfática ou vascular, pela implantação direta durante cirurgias ou pelo envolvimento da pele por contiguidade. Estudos indicam frequência de 0,7%-10,4% de metástases cutâneas, principalmente secundárias a neoplasias viscerais.¹ As neoplasias primárias mais associadas à metástase cutânea incluem: câncer de mama, pulmão e melanoma.² Existem poucos casos relatados de metástase cutânea de mieloma múltiplo (MiM), tema principal neste relato de caso. O comprometimento cutâneo associado ao MiM ocorre em menos de 10% dos casos.

Em virtude da raridade dessa manifestação, bem como da importância de seu diagnóstico correto, o presente relato apresenta uma paciente com MiM e metástase cutânea após recidiva de doença.

Paciente do sexo feminino, 49 anos, diagnosticada com MiM havia 12 anos. Realizou diversos tratamentos, incluindo transplante de medula óssea. Apresentava lesão indolor na perna direita com três meses de evolução e histórico de exérese de tumoração na tíbia direita com reconstrução por prótese no ano anterior. Ao exame, apresentava duas tumorações eritematosas, bem delimitadas, de contornos

regulares, localizadas na região pré-tibial direita, medindo até 3 cm (fig. 1). No local de cicatriz da prótese ortopédica, foi verificada a existência de nódulo eritematoso de aproximadamente 2 cm, endurecido, aderido aos planos profundos, indolor. O exame anátomopatológico de biópsia incisional foi compatível com neoplasia de grandes



Figura 1 Tumorações eritematosas na região pré-tibial direita.

☆ Como citar este artigo: Carrai LHM, Abrahao-Machado ECF, Gontijo LM, Castro L. Cutaneous plasmacytoma: a rare manifestation of multiple myeloma. *An Bras Dermatol*. 2024;99:454-6.

☆☆ Trabalho realizado na Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, Brasil.