







Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

- Espósito ACC, Cassiano DP, da Silva CN, Lima PB, Dias JAF, Hassun K, et al. Update on melasma-part I: pathogenesis. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2022;12:1967–88.
- Cassiano DP, Espósito ACC, da Silva CN, Lima PB, Dias JAF, Hassun K, et al. Update on melasma-part II: treatment. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2022;12:1989–2012.
- Seçkin HY, Kalkan G, Baş Y, Akbaş A, Önder Y, Özyurt H, et al. Oxidative stress status in patients with melasma. *Cutan Ocul Toxicol*. 2014;33:212–7.
- Njoo MD, Menke HE, Pavel S, Westerhof W. N-Acetylcysteine as a bleaching agent in the treatment of melasma. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 1997;9:86–7.
- Arjinpethana N, Asawanonda P. Glutathione as an oral whitening agent: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Dermatolog Treat*. 2012;23:97–102.
- Lima PB, Dias JAF, Espósito ACC, Miot LDB, Miot HA. French maritime pine bark extract (pycnogenol) in association with triple combination cream for the treatment of facial melasma in women: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021;35:502–8.
- Miola AC, Miot HA. P-value and effect-size in clinical and experimental studies. *J Vasc Bras*. 2021;20:e20210038.
- Nwankwo CO, Jafferany M. N-Acetylcysteine in psychodermatological disorders. *Dermatol Ther*. 2019;32:e13073.
- Guiotoku MM, Pereira FP, Miot HA, Marques ME. Pseudoporphyria induced by dialysis treated with oral N-acetylcysteine. *An Bras Dermatol*. 2011;86:383–5.
- Farahat AA, El-Garhy H, El-Mahdy NA, Ali BM. Evaluation of the efficacy and safety of topical and oral glutathione in treatment of melasma. *The Medical Journal of Cairo University*. 2018;86:3083–92.
- Dias JAF, Lima PB, Cassiano DP, Esposito ACC, Bagatin E, Miot LDB, et al. Oral ketotifen associated with famotidine for the treatment of facial melasma: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022;36:e123–5.
- Cassiano D, Esposito ACC, Hassun K, Bagatin E, Lima MMDA, Lima EVA, et al. Efficacy and safety of microneedling and oral tranexamic acid in the treatment of facial melasma in women: an open, evaluator-blinded, randomized clinical trial. *J Am Acad Dermatol*. 2020;83:1176–8.

Melissa de Almeida Corrêa Alfredo  ^a,
 Ingrid Rocha Meireles Holanda  ^a,
 Daniel Pinho Cassiano  ^b,
 Ana Cláudia Cavalcante Espósito  ^c,
 Paula Basso Lima  ^a
 e Hélio Amante Miot  ^{a,*}

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

^b Departamento de Dermatologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

^c Departamento de Medicina, Universidade do Oeste Paulista, Unoeste, Presidente Prudente, SP, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: helio.a.miot@unesp.br (H.A. Miot).

Recebido em 3 de setembro de 2023; aceito em 24 de outubro de 2023

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.07.028>
 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/>).

Nevos melanocíticos e melanomas da mucosa oral: descrição detalhada de série de casos^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Os nevos melanocíticos orais são lesões assintomáticas que podem ser pigmentadas ou não.^{1,2} Os melanomas orais são neoplasias malignas extremamente raras³ e também podem ser pigmentadas e não pigmentadas (amelanóticos),⁴ fato que torna seu diagnóstico clínico desafiador. O presente

relato descreve uma série de casos de nevos melanocíticos e melanomas localizados na cavidade oral. Eles foram diagnosticados na histopatologia entre 4.030 biopsias orais realizadas no período de 2002 e 2021. O nevo melanocítico mais frequente foi o nevo azul (46,67%, n=7), seguido por nevo melanocítico composto (26,67%, n=4) e nevo melanocítico intramucoso (26,67%, n=4). Dois homens adultos tiveram diagnóstico de melanoma oral. Os dados clínicos são apresentados na [tabela 1](#), e a [tabela 2](#) mostra as características histopatológicas dos casos selecionados. As características histopatológicas dos nevos e melanomas estão representadas nas [figuras 1 e 2](#). Entre as lesões névicas pigmentadas, houve predileção pelo sexo feminino (80%), acometimento do palato (60%) e do nevo azul como diagnóstico.^{1,2} Apenas dois nevos melanocíticos intramucosos estavam localizados no palato. Os nevos melanocíticos orais são diagnosticados, em média, na terceira e quarta décadas de vida.¹ Segundo alguns autores,¹ os nevos azuis são identificados em pacientes idosos, enquanto os nevos compostos ocorrem em pacientes mais jovens, como observado no presente estudo. Em geral, as lesões identificadas apresentavam coloração escura ou preta e o tamanho médio era cerca de 4mm. É importante

DOI do artigo original:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2024.03.005>

☆ Como citar este artigo: Costa IFVJ, Vilela DDC, Pires BC, Farias JG, Freitas VS, Santos JN. Melanocytic nevi and melanomas of the oral mucosa: detailed description of a case series. *An Bras Dermatol*. 2024;99:931–6.

☆☆ Trabalho realizado no Laboratório de Patologia Oral e Maxilo-facial, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Tabela 1 Dados clínicos dos 17 casos selecionados

Caso	Gênero	Idade (anos)	Diagnóstico	Tamanho (mm)	Hipóteses clínicas	Local afetado	Aparência	Cor	Excisão
1	Feminino	50	Nevo azul	2	Nevo/mácula melanótica	Palato duro	-	Escura	Completa
2	Feminino	41	Nevo azul	-	Nevo/mácula melanótica	Palato duro	Mácula	Preta	Completa
3	Feminino	34	Nevo azul	-	Tatuagem por amálgama	Palato duro	-	Escura	Completa
4	Feminino	29	Nevo azul	3	Nevo azul/melanoma	Palato duro	Mácula	Preta	Completa
5	Feminino	19	Nevo melanocítico composto	-	-	Mucosa da região bucinadora	-	Escura	Completa
6	Feminino	29	Nevo melanocítico intramucoso	-	Fibroma traumático	Palato duro	Nódulo	Não pigmentado	Completa
7	Masculino	40	Nevo melanocítico intramucoso	10	-	Palato duro	Mancha	Preta	Incompleta
8	Feminino	43	Nevo melanocítico intramucoso	2	Mácula melanótica	Mucosa do lábio inferior	Mancha	Preta	Completa
9	Feminino	31	Nevo azul	2	Nevo/mácula melanótica	Palato duro	-	-	Completa
10	Feminino	30	Nevo azul	-	Mácula melanótica	Palato duro	Mácula	-	Incompleta
11	Feminino	14	Nevo melanocítico composto	-	-	Mucosa da região bucinadora	-	Preta	Incompleta
12	Masculino	74	Nevo azul	6	Mácula melanótica/nevo	Palato duro	Mácula	Preta	Completa
13	Feminino	-	Nevo melanocítico intramucoso	4	Hiperplasia fibrosa focal	Lábio inferior	Nódulo	Cor semelhante à mucosa normal	-
14	Masculino	51	Nevo melanocítico composto	-	-	Gengiva	-	-	-
15	Feminino	25	Nevo melanocítico composto	-	-	Lábio superior	-	-	-
16	Masculino	54	Melanoma	30	Granuloma piogênico	Gengiva e mucosa alveolar	Nódulo	Avermelhado/acinzentado	Incompleta
17	Masculino	44	Melanoma	50	Sarcoma de Kaposi	Mucosa do palato	Nódulo	Preto	-

observar que duas das lesões identificadas não apresentavam coloração escura, conforme relatado por Buchner et al.;² ambas foram diagnosticadas como nevo melanocítico intramucoso. Nenhum caso de nevo melanocítico juncional foi identificado no presente estudo. Todos os nevos apresentaram simetria,^{5,6} característica importante para defini-los como neoplasias benignas.⁵ Na histopatologia, o revestimento epitelial dos nevos apresentava hiperparaceratose/hiperkeratose, que foram observadas em um caso de nevo melanocítico composto e um caso de nevo melanocítico intramucoso, respectivamente. Superfícies papilomatosas/verrucosas acompanhadas de hiperkeratose e acantose são características comuns em nevos melanocíticos cutâneos.⁵ Hiperplasia pseudoepiteliomatosa foi observada em apenas dois casos. A melanina foi encontrada especialmente na camada basal do revestimento epitelial

dos nevos. Esse é um achado comum, pois a maioria das lesões era preta, exceto dois casos localizados no palato duro e lábio inferior, que eram cobertos por mucosa não pigmentada. Células dendríticas foram observadas apenas em dois nevos melanocíticos, embora a presença de melanócitos dendríticos não seja surpreendente na mucosa oral. O padrão celular dos nevos melanocíticos foi variável, com as células frequentemente dispostas em ninhos ou tecas, provavelmente correspondendo a casos de nevos não azuis. Porém, as células não estavam dispostas em um único padrão, com identificação de mais de um tipo na mesma lesão, achado que pode ser atribuído ao processo de maturação.⁶ A morfologia das células névicas varia dependendo da sua localização, e essa variação tem sido associada ao seu estágio de maturação.^{6,7} Frequentemente, foi difícil identificar todos os tipos de células (células do

Tabela 2 Características histopatológicas dos casos selecionados de nevos melanocíticos

Característica	Nevo azul	Nevo melanocítico intramucoso	Nevo melanocítico composto
<i>Revestimento epitelial</i>			
Hiperkeratose	0	0	0
Hiperparakeratose	1	1	0
Acantose	6	2	2
Adelgaçamento	0	3	2
Células dendríticas	1	0	1
Superfície papilomatosa/verrucosa	0	0	0
Presença de melanina	1	0	1
Hiperplasia pseudoepiteliomatosa	0	2	1
<i>Mitoses</i>			
Lâmina própria superior	0	1	0
Lâmina própria inferior	0	0	0
<i>Padrão celular</i>			
Ninhos	0	3	2
Cordões	0	1	0
Difuso	0	2	2
Outros	4	1	0
<i>Citoplasma</i>			
Poligonal	3	2	0
Epiteloide	0	3	2
Fusifor-me	7	0	0
Citoplasma claro	0	3	1
Citoplasma pálido	0	0	0
Citoplasma levemente eosinofílico	0	3	2
Citoplasma com melanina	7	2	2
Pleomorfismo	0	1	1
Hipercromasia	0	1	1
<i>Núcleo</i>			
Arredondado a oval, com nucléolo proeminente (células névicas tipo A)	0	3	2
Núcleos pequenos e densos, semelhantes a linfócitos (células névicas tipo B)	0	2	2
Núcleo arredondado, oval ou alongado	5	3	0
Pseudoinclusão	0	3	0
<i>Tecido conjuntivo/lâmina própria</i>			
Maturação	0	2	2
Fibrose	5	2	1
Neurotização (células tipo C)	0	1	1
Degeneração mucinosa	0	1	0
Células gigantes	0	3	1
Infiltração adiposa	0	0	0
Aspecto angiomatoso	0	1	1
Herniação	0	1	0
Estrutura semelhante a corpúsculo de Meissner	0	0	0
<i>Meissner</i>			
Melanófagos (incontinência pigmentar)	4	2	2
Balonização	0	0	0
Células dendríticas e fusiformes paralelas à superfície	7	0	0
Células dendríticas e fusiformes paralelas à superfície, ao redor de nervos e vasos sanguíneos	1	0	0
Células névicas ao redor de nervos e vasos sanguíneos	0	2	0
<i>Simetria</i>	5	3	1

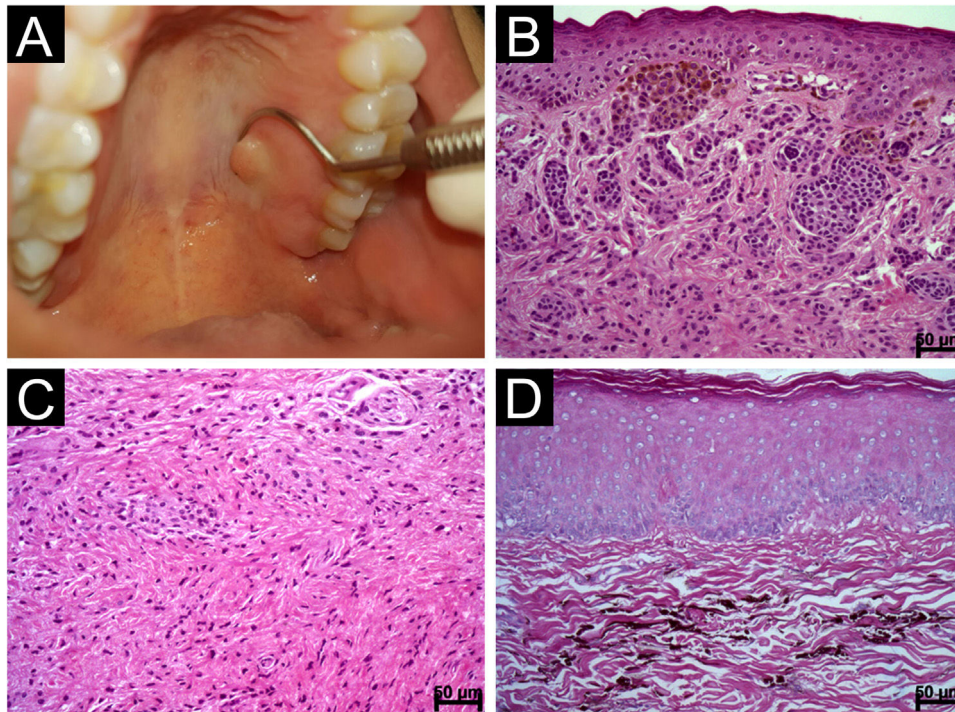


Figura 1 Nevos intramucosos e azuis. (A) Edema nodular coberto por mucosa íntegra na região esquerda do palato correspondendo a nevo melanocítico intramucoso. (B) Ninhos de células névicas pigmentadas separadas do revestimento epitelial por membrana basal evidente. Observar células poligonais e epitelioides na região subepitelial e as células profundas semelhantes a linfócitos (Hematoxilina & eosina, barra de escala: 50 μ). C, Nevo azul mostrando células fusiformes anguladas, profundamente assentadas com neurotização, tipo C (Hematoxilina & eosina, barra de escala: 50 μ). D, Nevo azul composto por células fusiformes e dendríticas contendo pigmento melanina acastanhado (Hematoxilina & eosina, barra de escala: 50 μ).

tipo A, tipo B, tipo C) de maneira específica e clara no mesmo caso; entretanto, dois casos de nevo melanocítico intramucoso exibiram todos esses elementos celulares. Em 53,33% (n=8) dos casos, as células apresentavam formato fusiforme e estavam dispostas em paralelo à superfície, achados típicos de nevo azul. Neurotização foi encontrada em dois casos de nevo melanocítico intramucoso e em um caso de nevo composto. Pseudoinclusões e células gigantes foram identificadas em nevos intramucosos, como descrito anteriormente.⁷ Melanófagos também indicam maturação e foram encontrados em nove dos casos selecionados. Todos os casos foram tratados por excisão cirúrgica e nenhum sinal de recorrência foi detectado.² No entanto, em três casos as lesões não foram removidas completamente. Nenhum dos casos de nevo melanocítico apresentou alterações histopatológicas ou suspeita de malignidade como assimetria. Uma característica importante para definir nevos melanocíticos como neoplasias benignas é sua simetria.⁵ O melanoma é o principal diagnóstico diferencial dessas lesões, embora também deva ser incluída a pigmentação de origem exógena e endógena. Foram identificados apenas dois casos de melanoma invasivo em pacientes do sexo masculino na quinta e sexta décadas de vida, demonstrando que essa neoplasia é muito rara na boca, particularmente o melanoma amelanótico.⁸ Avaliação imuno-histoquímica com S100 e Melan-A foi importante para a confirmação diagnóstica e o diagnóstico diferencial. A ausência do pigmento melanina dificulta o diagnóstico de melanoma amelanótico. O plasmocitoma extraósseo foi o principal diagnóstico diferencial no

caso 16 (melanoma amelanótico), enquanto a pigmentação no caso 17 sugeriu ser um melanoma, embora as neoplasias neurais possam apresentar pigmentação e também sejam incluídas no diagnóstico diferencial. É importante ressaltar que, no caso 16, o paciente relatou ser HIV positivo. Sabe-se que o melanoma tem prognóstico desfavorável e pode haver associação com a condição imunológica do indivíduo. Estudos anteriores mostraram o desenvolvimento de melanoma em receptores de transplante, pacientes com linfoma não Hodgkin e pacientes HIV positivos.⁹ Pacientes infectados pelo HIV apresentam alterações imunológicas que podem contribuir para o desenvolvimento de outras lesões malignas, incluindo o aumento da produção de citocinas Th2.¹⁰ Entretanto, mais estudos são necessários para elucidar a existência da relação entre imunossupressão e risco aumentado de desenvolvimento do melanoma. O presente estudo mostrou que nevos melanocíticos e melanomas invasivos da cavidade oral são neoplasias raras. Nenhum dos nevos melanocíticos apresentou alterações que pudessem indicar malignidade. Portanto, ambos os tipos de lesões devem ser incluídos no diagnóstico diferencial de lesões pigmentadas e não pigmentadas da cavidade oral.

Suporte financeiro

Este estudo recebeu suporte financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado da Bahia (FAPESB).

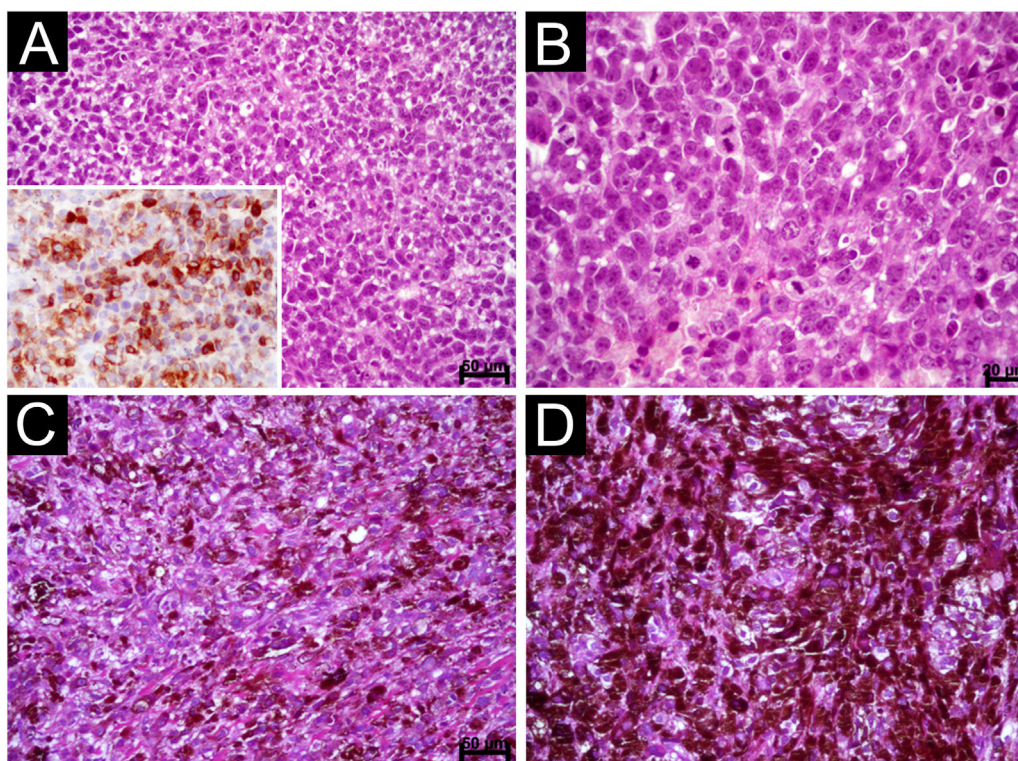


Figura 2 Melanoma bucal. (A) Proliferação difusa de células plasmocitoides e epitelioides contendo núcleos hiper cromáticos e ausência de pigmento melanina (barra de escala: 50 μ). Observar a imunocoloração com Melan-A (detalhe). (B) Detalhe da imagem anterior mostrando nucléolos e mitoses evidentes, mas não proeminentes (barra de escala: 20 μ). (C) Proliferação difusa de células epitelioides e fusiformes permeadas por pigmento melanina marrom-escuro (barra de escala: 50 μ). (D) Área mostrando pigmento conglomerado assumindo a forma de células epitelioides e fusiformes (barra de escala: 20 μ).

Contribuição dos autores

Izadora Fernanda Veiga De Jesus Costa: Concepção e planejamento do estudo; coleta de dados, ou análise e interpretação dos dados; elaboração e redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Jean Nunes dos Santos: Concepção e planejamento do estudo; coleta de dados, ou análise e interpretação dos dados; elaboração e redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Deyla Duarte Carneiro Vilela: Elaboração e redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Bruno Cunha Pires: Elaboração e redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Jener Gonçalves de Farias: Elaboração e redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Valéria Souza Freitas: Elaboração e redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual impor-

tante;revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Buchner A, Hansen LS. Pigmented nevi of the oral mucosa: a clinicopathologic study of 36 new cases and review of 155 cases from the literature. Part II: analysis of 191 cases. *Oral Sug Oral Med Oral Pathol.* 1987;63:676-82.
2. Buchner A, Leider AS, Merrell PW, Carpenter WM. Melanocytic nevi of the oral mucosa: a clinicopathologic study of 130 cases from Northern California. *J Oral Pathol Med.* 1990;19:197-201.
3. Williams MD. Update from the 4th Edition of the World Health Organization classification of head and neck tumours: mucosal melanomas. *Head Neck Pathol.* 2017;11:110-7.
4. Santana T, Queiroz A, Gonçalves LMC, Andrade NS, Trierveiler M. Focal melanocytic lesions of the oral mucosa: an epidemiological and morphological study. *Oral Dis.* 2023;29:2723-33.
5. Luzur B, Bastian BC, Calonje E. Melanocytic Nevi. In: Calonje E, Brenn T, Lazar A, McKee P, editors. *McKee's pathology of the skin with clinical correlations.* 4th ed. Edinburgh: Elsevier Saunders; 2012. p. 1150-220.
6. Goovaerts G, Buysens N. Nevus cell maturation or atrophy? *Am J Dermatopathol.* 1988;10:20-7.

7. Nakajima T, Kuyama K, Sun Y. Histopathological and immunohistochemical studies of intramucosal nevus in the oral mucosa: with special reference to "maturation" and "origin" of the nevus cell. *Int J Oral Med Sci.* 2010;9:88–95.
8. Azis Z, Aboulouidad S, Bouihi ME, Hattab NM, Chehbouni M, Raji A. Oral amelanotic malignant melanoma: a case report. *Pan Afr Med J.* 2020;37:350.
9. Cooper H, Farsi M, Miller R. A rare case of oral mucosal amelanotic melanoma in a 77-year-old immunocompromised man. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2021;14:27–9.
10. Wilkins K, Turner R, Dolev JC, LeBoit PE, Berger TG, Maurer TA. Cutaneous malignancy and human immunodeficiency virus disease. *J Am Acad Dermatol.* 2006;54:189–206, quiz 207–10.

Izadora Fernanda Veiga de Jesus Costa ^{id a},
 Deyla Duarte Carneiro Vilela ^{id a}, Bruno Cunha Pires ^{id b},
 Jener Gonçalves de Farias ^{id c}, Valéria Souza Freitas ^{id b}
 e Jean Nunes dos Santos ^{id a,d,*}

^a Programa de Pós-Graduação em Odontologia e Saúde,
 Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Bahia,
 Salvador, BA, Brasil

^b Centro de Anatomia Patológica Pires, Feira de Santana,
 BA, Brasil

^c Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira
 de Santana, Feira de Santana, BA, Brasil

^d Laboratório de Patologia Oral e Maxilofacial, Salvador,
 BA, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mails: jeanpatol@gmail.com,
jeannunes@ufba.br (J.N. Santos).

Recebido em 8 de fevereiro de 2024; aceito em 11 de março
 de 2024

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.07.026>

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/>).

Carcinoma ductal écrino escamoide: série de cinco casos de tumor raro ^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

O carcinoma ductal écrino escamoide (CDEE) é neoplasia cutânea maligna rara que, na histologia, demonstra comportamento bifásico, com diferenciação tanto escamosa (superfície do tumor) quanto ductal écrina (profundidade do tumor), frequentemente confundido com o carcinoma espinocelular (CEC), especialmente em biopsias superficiais. O CDEE tem relevância clínica significativa em virtude de seu potencial de metástase e agressividade local.^{1,2} Portanto, o objetivo desta série de casos é demonstrar a apresentação clínica e histopatológica de cinco casos de CDEE, a fim de aprimorar o conhecimento e o manejo dessa neoplasia rara.

A **tabela 1** resume as principais informações dos cinco casos de CDEE. A doença afetou exclusivamente adultos idosos do sexo masculino, com idade média de 68 anos. Todos os casos ocorreram na região da cabeça e pescoço, com predileção pela face (três de cinco casos). Houve antecedente de imunossupressão por transplante de órgãos em três pacientes e radioterapia prévia no local em um caso. Na histopatologia (**fig. 1**), os tumores apresentaram padrão de crescimento infiltrativo na derme, invadindo ocasionalmente o tecido subcutâneo e muscular. Nas regiões mais superficiais dos tumores, observou-se diferenciação esca-

mosa, semelhante ao CEC bem diferenciado, enquanto que nas regiões mais profundas houve diferenciação ductal em diferentes graus, acompanhada por ninhos e cordões de células epiteliais com atipia moderada a grave, envolvidos por estroma desmoplásico. A presença de invasão perineural foi observada em três casos, e invasão angiolinfática em um caso. A diferenciação ductal foi confirmada pela positividade da imuno-histoquímica para o antígeno de membrana epitelial (EMA) e o antígeno carcinoembrionário (CEA) em todos os tumores (**fig. 2**). As informações sobre tratamento e evolução estão disponíveis para quatro dos cinco pacientes, visto que um deles perdeu seguimento após a biopsia incisiva do tumor. Todos os quatro casos foram submetidos a tratamento cirúrgico com margens cirúrgicas livres após o procedimento. Em dois dos quatro casos, as margens cirúrgicas foram avaliadas intraoperatoriamente por congelamento, enquanto nos outros dois casos a análise das margens ocorreu após a cirurgia. O período médio de seguimento após a cirurgia foi de 28,5 meses, com evidência de recorrência local em dois pacientes; um deles havia sido submetido a cirurgia convencional com análise de margens após a cirurgia, e o outro fora submetido a cirurgia com análise de margens intraoperatória por congelamento. Além disso, além de evoluir com recorrência local, um dos pacientes também apresentou metástases linfonodais e pulmonares, resultando em óbito.

O CDEE é tradicionalmente classificado como subtipo de carcinoma écrino. No entanto, sua etiopatogenia ainda é incerta, pois não está claro se surge a partir dos ductos écrinos com subsequente diferenciação escamoide, se é um subtipo de CEC ou se é um tumor verdadeiramente híbrido. O CDEE afeta principalmente idosos, geralmente na sétima ou oitava década de vida; sugere-se que a imunossupressão possa ser fator de risco. A maioria dos casos é observada na pele danificada pelo sol, especialmente na região da cabeça e pescoço; a face é a localização mais comum. Clinicamente, apresenta-se como nódulos e placas, frequen-

DOI do artigo original:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.10.006>

[☆] Como citar este artigo: Honorato CMA, Carrascoza GG, Abed NM, Moya FG. Squamoid eccrine ductal carcinoma: series of five cases of a rare tumor. *An Bras Dermatol.* 2024;99:936–9.

^{☆☆} Trabalho realizado no Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.