

## CARTAS - CASO CLÍNICO

### Um caso de colagenose reacional perfurante adquirida segmentar: revisão de literatura da apresentação peculiar ☆☆☆



Prezado Editor,

A colagenose reacional perfurante adquirida (CRPA) é afecção difícil de tratar, caracterizada por pápulas umbilicadas recorrentes cuja histopatologia mostra colágeno dérmico degenerado com subsequente eliminação transepidermica.<sup>1</sup> Diabetes e insuficiência renal podem ser os principais antecedentes precipitantes,<sup>2</sup> e a doença manifesta-se como erupção distribuída por todo o corpo. O presente relato descreve um caso de CRPA recalcitrante com distribuição unilateral segmentar ao longo de trajeto neural que respondeu com sucesso ao tratamento com dapsona oral. Também foram revisados oito casos semelhantes relatados anteriormente para discutir a compreensão atual dessa apresentação clínica extremamente rara.

Uma mulher japonesa saudável, de 71 anos, apresentou histórico de dois meses de lesões eruptivas endurecidas com prurido intenso na região lombar esquerda, que aumentaram rapidamente em número. Esteroides tópicos e anti-histamínicos não foram eficazes. O exame revelou papulonódulos avermelhados, endurecidos e não confluentes, distribuídos zonalmente do abdome inferior esquerdo até a região dorsal, afetando os segmentos nervosos unilaterais T12-L3 (fig. 1A-C). As lesões tinham tampão central bem demarcado, consistente com os achados dermatoscópicos (fig. 1D-E). O teste do esfregaço de Tzanck abaixo dos tampões foi negativo, e o exame microscópico repetido das crostas foi negativo para escabiose. Os exames laboratoriais, incluindo marcadores diabéticos e funções renal e tireoidiana, estavam todos dentro da faixa de normalidade. Os testes sorológicos para os vírus varicela-zóster e herpes-simplex mostraram padrão de infecção latente. A histopatologia da pele mostrou erosão central preenchida por tampão em forma de taça contendo fragmentos de queratina, fibras de colágeno e numerosas células

inflamatórias consistindo principalmente em linfócitos e eosinófilos na derme (fig. 2A-B). Fibras de colágeno orientadas verticalmente, observadas na coloração pelo método de van Gieson, eram eliminadas da derme subjacente através do tampão (fig. 2C). A imunomarcagem com anticorpos anti-panqueratina AE1/AE3 não evidenciou elementos dos anexos cutâneos dentro do tampão (fig. 2D). Esses aspectos sugerem o diagnóstico de CRPA.

Enquanto a paciente continuava utilizando corticosteroide tópico ultrapotente e anti-histamínico, minociclina oral 200mg/dia foi adicionada, mas foi ineficaz. Então, a minociclina foi descontinuada e imediatamente foi iniciado tratamento com dapsona oral 50mg/dia, 2 × /dia, o que aliviou imediatamente o prurido acentuado com diminuição da induração das erupções. Após seis semanas, as erupções apresentaram achatamento e quase desapareceram deixando discreta pigmentação (fig. 3A-B) e não houve recorrência depois disso.

Até o momento, houve apenas nove casos de CRPA unilateral,<sup>2-9</sup> incluindo o presente caso (tabela 1). Em virtude de sua aparência única, é descrito como “zosteriforme” quando a erupção ocorre ao longo de segmento nervoso unilateral.<sup>6</sup> As características clínicas não mostraram predominância de gênero (quatro homens e cinco mulheres) ou especificidade do local da região anatômica afetada, embora tenha apresentado tendência a ser mais comum em indivíduos de meia-idade e idosos (67,0 ± 15,0 anos, mediana ± DP), com média de idade de 62,4 anos. O tratamento e sua resposta variaram de acordo com a idade e comorbidades. Dos nove casos, seis (66,7%) apresentaram erupções pelo menos cinco meses após desenvolverem herpes-zóster ou mesmo durante o curso do tratamento nos mesmos locais da pele, implicando possível envolvimento da resposta isotópica de Wolf vista em alguns casos de CRPA e outras dermatoses perfurantes, como a doença de Kyrle. Em um dos casos a doença ocorreu na pele tatuada. Curiosamente, diabetes e/ou doenças renais crônicas, ambas doenças precedentes comuns em CRPA, foram pouco comuns, com um total de quatro casos (44,4%); apenas um caso tinha diabetes (1/9, 11,1%) e os três restantes tinham insuficiência renal crônica (3/9, 33,3%).

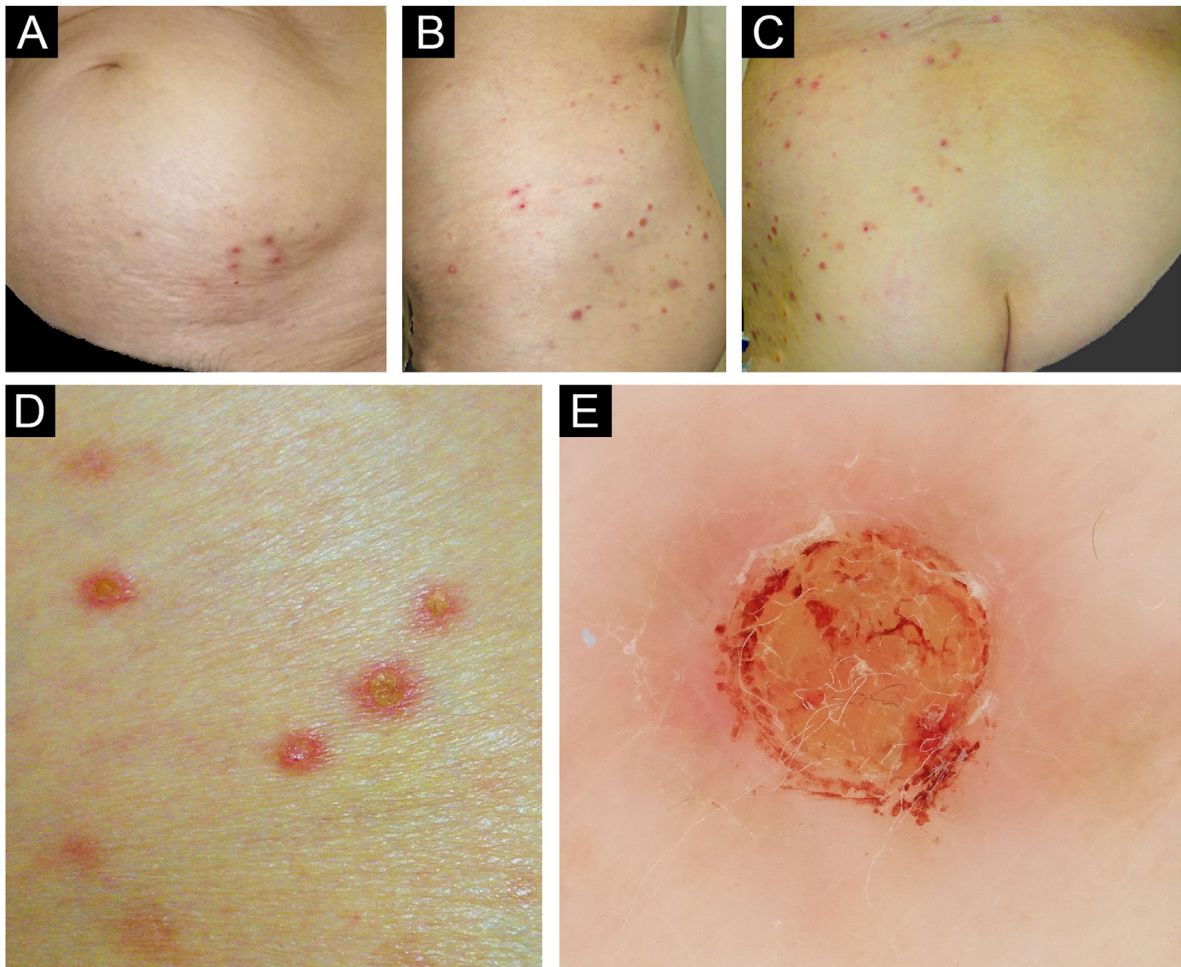
As estratégias de tratamento padrão para CRPA ainda precisam ser estabelecidas, mas o manejo apropriado de condições internas e oncológicas associadas pode ajudar a aliviar a atividade da doença.<sup>10</sup> Que seja de conhecimento dos autores, este caso é o primeiro relato de CRPA unilateral e neurosegmentar sem quaisquer condições médicas preexistentes ou mesmo trauma menor e, portanto, pode fornecer uma perspectiva diferente sobre uma patogênese

DOI referente ao artigo:

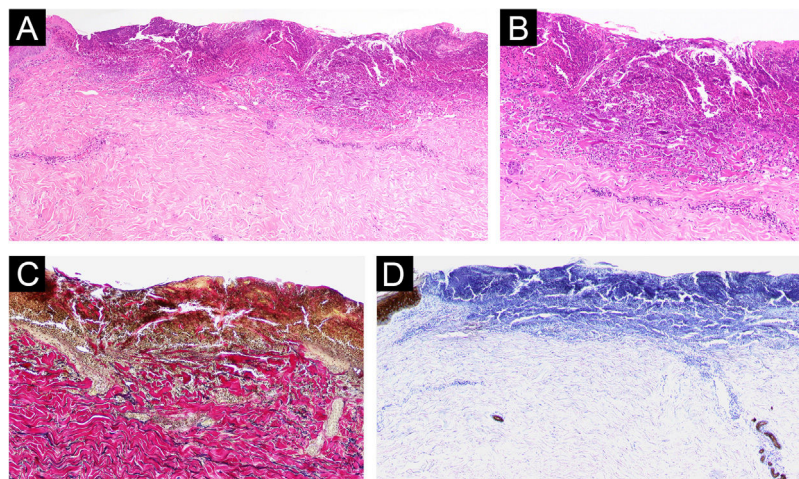
<https://doi.org/10.1016/j.abd.2024.03.010>

☆ Como citar este artigo: Yamauchi Y, Oyama N, Hasegawa M. A case of segmental acquired reactive perforating: literature review of the unique presentation. *An Bras Dermatol.* 2025;100:169–72.

☆☆ Trabalho realizado na Faculdade de Ciências Médicas, University of Fukui, Eiheiji-Fukui, Japão.



**Figura 1** Achados clínicos. As imagens clínicas mostraram pápulas e nódulos avermelhados no abdome inferior esquerdo até o aspecto dorsal do quadril, com arranjo metamérico (A-C). Observe que não há erupções do centro para a pele contralateral. Visão mais próxima das lesões cutâneas mostrando papulonódulos vermelhos, sem fusonamento, com tampões centrais em cada um (D), consistentes com o achado dermatoscópico (E).

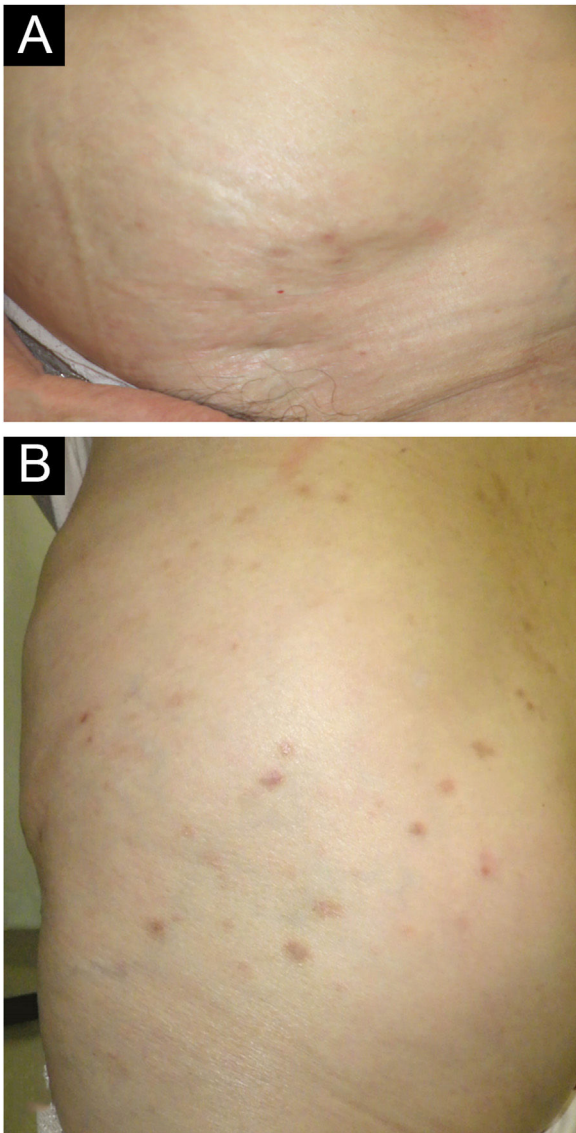


**Figura 2** Achados histopatológicos e de imuno-histoquímica. A histopatologia mostrou erosão central preenchida com tampão de queratina em forma de taça contendo numerosas células inflamatórias e fibras de colágeno, e infiltrados perivascularares de linfócitos e eosinófilos na derme (A, Hematoxilina & eosina, 40 $\times$ ; B, Hematoxilina & eosina, 200 $\times$ ). Coloração van Gieson para fibras elásticas demonstrando fibras de colágeno com eliminação transepidérmica desde a derme subjacente através do tampão (C, 200 $\times$ ). A imunomarcagem com anticorpo anti-panqueratina AE1/AE3 não revelou restos de anexos cutâneos dentro do tampão (D, 40 $\times$ ).

**Tabela 1** Características clínicas dos casos de CRPA unilateral

Caso n°	F/M (anos)	Lesões cutâneas	Herpes-zóster preexistente	Doenças sistêmicas	Referência n°
1	M (81)	Região abdominal esquerda (T10)	5M	DMNID	3
2	M (63)	Região torácica esquerda ~ dorso	3M	(-)	4
3	F (67)	Região torácica esquerda (T9)	4M	(-)	5
4	F (66)	Região cervical direita, ombro	2M	(-)	5
5	M (71)	Braço direito	1M	DRC	6
6	F (68)	Região torácica esquerda	Em andamento	DRC	7
7	F (37)	Perna direita	(-)	DRC	8
8	M (38)	Antebraço esquerdo	(-) *Tatuagem	(-)	9
9	F (71)	Região abdominal esquerda ~ região lombar (T11-L2)	(-)	(-)	Presente caso

DMNID, diabetes *mellitus* não insulino dependente; DRC, doença renal crônica.



**Figura 3** Achados clínicos após o tratamento. Após seis meses de tratamento oral com dapsona, as lesões apresentaram achatamento e quase desapareceram deixando discreta pigmentação.

ainda pouco reconhecida para CRPA, e não apenas coincidência.

### Suporte financeiro

Nenhum.

### Contribuição dos autores

Yudai Yamauchi: concepção e planejamento do estudo; obtenção dos dados; elaboração e redação do manuscrito; análise dos dados; aprovação da versão final do manuscrito.

Noritaka Oyama: Obtenção dos dados; análise dos dados; elaboração e redação do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Minoru Hasegawa: Elaboração e redação do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

### Conflito de interesses

Nenhum.

### Referências

- Mehregan AH, Schwartz OD, Livingood CS. Reactive perforating collagenosis. *Arch Dermatol.* 1967;96:277–82.
- Zhang X, Yang Y, Shao S. Acquired reactive perforating collagenosis: a case report and review of the literature. *Medicine (Baltimore).* 2020;99:e20391.
- Scola N, Gambichler T, Altmeyer P, Stücker M, Kreuter A. Acquired reactive perforating collagenosis following herpes zoster as isotopic response? *Hautarzt.* 2011;62:683–7.
- Ghorpade AK. Reactive perforating collagenosis with a giant lesion at the site of healed herpes zoster. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2011;77:202–3.
- Lee HN, Lee DW, Lee JY, Cho BK. Two cases of reactive perforating collagenosis arising at the site of healed herpes zoster. *Int J Dermatol.* 2001;40:191–2.
- Nakanishi G, Tsunemitsu R, Akagi O. Reactive perforating collagenosis occurring in a zosteriform distribution. *Br J Dermatol.* 1999;141:367–9.
- Bang SW, Kim YK, Whang KU. Acquired reactive perforating collagenosis: unilateral umbilicated papules along the lesions of herpes zoster. *J Am Acad Dermatol.* 1997;36:778–9.

8. Saenz Aguirre A, Martínez-González MI, García-Río I, Caton Santaren B, González-Pérez R. Acquired reactive perforating collagenosis in a patient with chronic renal failure and nephrogenic systemic fibrosis. *Australas J Dermatol.* 2021;62:e141–2.
9. Grube VL, Safeer LZ, Hafeez F. Acquired reactive perforating collagenosis occurring in association with nonred ink tattoo. *Am J Dermatopathol.* 2022;44:581–3.
10. Lukács J, Schliemann S, Elsner P. Treatment of acquired reactive perforating dermatosis - a systematic review. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2018;16:825–42.

Yudai Yamauchi , Noritaka Oyama \*  
e Minoru Hasegawa 

Departamento de Dermatologia, Faculdade de Ciências Médicas, University of Fukui, Fukui, Japão

\* Autor para correspondência.

E-mail: [norider@u-fukui.ac.jp](mailto:norider@u-fukui.ac.jp) (N. Oyama).

Recebido em 2 de março de 2024; aceito em 27 de março de 2024

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.10.023>

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/>).

## Dermatite de contato alérgica à alface

Prezado Editor,

A dermatite de contato das mãos é considerada a dermatose ocupacional mais frequente (90% a 95% dos casos), causando morbidade e prejuízo funcional. A diversidade de alérgenos no âmbito laboral dificulta a determinação do substrato causador, tornando o teste de contato (TC) fundamental para elucidação diagnóstica.<sup>1</sup>

Descreve-se um caso de dermatite de contato alérgica (DCA) desencadeada por alérgeno presente na alface, em um manipulador de alimentos, no qual o teste com a hortaliça *in natura* foi relevante para a confirmação diagnóstica.

Paciente do sexo masculino, de 46 anos, auxiliar de serviços gerais em hortifrutigranjeiro, sem histórico de alergias prévias, relatava bolhas, exsudação e prurido nas mãos há quatro meses. Alegava piora ao manipular vegetais verdes no trabalho. O paciente foi tratado com hidratantes, corticoides e antibióticos tópicos e sistêmicos, sem resposta. Ao exame, havia placas eritematosas, descamativas e liquenificadas, com erosões e fissuras nas palmas (*fig. 1*).

Realizou-se teste de contato com bateria latino-americana (IPI-ASAC, Brasil) que mostrou positividade para lactonas sesquiterpênicas (SLs). Em face do relato de piora com manipulação de folhas, aplicou-se também o TC com hortaliças frescas (coentro, cebolinha, salsa, agrião, folha e caule de alfaces americana e crespa) preparadas com uma gota de água bidestilada e aplicadas na pele sob oclusão por 48 horas (*fig. 2*), conforme orienta o Grupo Internacional de Estudo em Dermatite de Contato. O teste resultou positivo nos dois tipos de alfaces testados nas leituras com 48 e 96 horas (*fig. 3*). O teste *prick by prick* com as folhas *in natura*

mostrou-se negativo, afastando a dermatite de contato à proteína (DCP), outra causa de eczema das mãos.

Os achados corroboraram para o diagnóstico de DCA com nexos ocupacional, em que a alface é o agente causal. O paciente foi afastado do trabalho por 30 dias e medicado com emoliente e corticoide tópico, apresentando resolução das lesões; retornou ao trabalho, porém sem exposição direta a hortaliças e sem recidiva do quadro (*fig. 4*).

A DCA por alface é pouco relatada na literatura, considerando seu alto índice de consumo e cultivo. Relatos em manipuladores de alimentos, comprovam que qualquer pessoa envolvida no preparo está em risco.<sup>2</sup>

A bateria latino-americana para testes de contato conta com 40 substâncias, incluindo as SLs, que são metabólitos de plantas da família *Compositae* capazes de induzir citotoxicidade cutânea, causando dermatites graves.<sup>3</sup> Sua sensibilidade é testada usando uma mistura de três compostos em concentrações equimolares: alantolactona (classe eudesmanolida), costunolide (classe germacranolida) e dehidrocostus lactona (classe guaianolida), com concentração de 0,1% em petróleo;<sup>4,5</sup> raramente causa reações falso-positivas, pois há baixo risco de sensibilização ativa. Podem



**Figura 1** Ao exame, observam-se placas eritematosas, acastanhadas, com liquenificação, descamação, erosões e fissuras nas mãos.

DOI do artigo original:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.04.006>

\* Como citar este artigo: Rezende ML, Villarinho ALCF, Melo MGM, Campos CV. Allergic contact dermatitis to lettuce. *An Bras Dermatol.* 2025;100:172–4.

\*\* Trabalho realizado no Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.