



## Dermatite actínica crônica: estudo retrospectivo de testes epicutâneos e fotoepicutâneos entre 2007 e 2023<sup>☆,☆☆</sup>

Prezado Editor,

A dermatite actínica crônica (DAC) é fotodermatose de etiologia incerta, propondo-se que seja decorrente de maior suscetibilidade a reações de hipersensibilidade tardia a fotoalérgenos endógenos e exógenos.<sup>1,2</sup> Caracteriza-se por eczema em áreas fotoexpostas, poupando regiões fotoprotégidas. É diagnosticada pelo quadro clínico, por alterações histopatológicas compatíveis com eczema e pela diminuição da dose eritematosa mínima (DEM) nos fototestes com UVB e UVA na maioria dos casos.<sup>3</sup>

Dos 1.920 pacientes submetidos a testes epicutâneos no ambulatório de dermatite de contato no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), entre 2007 e 2023, 37 (1,9%) realizaram fototestes epicutâneos e 21 (1,1%) foram diagnosticados com DAC pelo quadro clínico ou por lesões desencadeadas ou pioradas pela exposição solar. Foram excluídos pacientes em uso de medicamentos fotossensibilizantes, portadores de lúpus eritematoso, outras colagenoses, rosácea e outras condições relacionadas. Os testes de contato foram realizados utilizando-se a bateria padrão brasileira em vigor (FDA Allergenic RJ, Brasil) colocados em contêntores do tipo Finn Chambers® com Scanpor® (Smartpractice, EUA) ou Allergochambers® (Neoflex, São Paulo), segundo técnicas publicadas.<sup>4</sup> Semanas depois, em períodos variáveis de tempo, foram realizados testes fotoepicutâneos com alérgenos da FDA Allergenic (RJ, Brasil) e Chemotechnique Diagnostics (Suécia), segundo referência publicada (tabela 1).<sup>5</sup> Realizou-se, concomitantemente, o fototeste, no qual a região glútea foi irradiada com luz UVB (Handisol®, National Biologic Corporation model Sel 002) e UVA (Prolumina, SP), uma em cada glúteo, utilizando-se aparelhos regularmente calibrados. As doses de UVB foram calculadas de acordo com o fototipo (tabela 2), e para UVA testaram-se 5 e 10 J/cm<sup>2</sup>. As leituras foram realizadas imediatamente após a emissão das luzes, e com 30 e 60 minutos e 24 e 48 horas após a irradiação. Como nenhum paciente apresentou DEM < 10 J/cm<sup>2</sup> para UVA, irradiou-se o conjunto de alérgenos com essa dose.

Todos os pacientes eram do sexo masculino, tinham entre 46 e 80 anos (média de 61 anos), 12 (57%) fototipos II-IV e nove (43%) V e VI. O tempo de evolução foi de 18 meses a 20 anos, sem história pessoal ou familiar de atopia. Onze (52%) eram casos ocupacionais, dos quais oito (38%) eram trabalhadores de áreas expostas ao sol (cinco pedreiros, um coveiro,

**Tabela 2** Exposição de UVB conforme o fototipo (Fitzpatrick)

Fototipo	Dose (mJ)	Tempo de exposição (seg)
I	10-20	10-20
II	20-30	20-30
III	30-40	30-40
IV	40-50	40-50
V	50-60	50-60
VI	60-70	60-70

um lavrador e um fazendeiro), e seis (28,5%) aposentados. Os locais de acometimento foram face e membros superiores em 11 (52%), dorso das mãos em nove (43%), pescoço e região peitoral superior em oito (38%), pálpebras em três (14%), membros inferiores, abdome e disseminação em dois (9,5%) e dorso de pés em 1 (4,7%; tabela 3).

Dos 16 fototestes realizados com UVB, dois mostraram DEM abaixo do seu fototipo. Nenhum paciente apresentou sensibilidade à radiação UVA.

Doze pacientes (57%) apresentaram reação de hipersensibilidade tardia aos alérgenos da bateria padrão e/ou bateria de fototestes, e nove (43%) testes foram negativos. Quatro pacientes (19%) apresentavam testes positivos para três ou mais alérgenos. Os alérgenos detectados foram: bicromato de potássio em quatro pacientes (19%), bálsamo do Peru, sulfato de níquel e perfume *mix*, cada um presente em três (14%) pacientes, sesquiterpeno lactona *mix* (ou mistura de lactonas sesquiterpênicas) e *Compositae mix* em dois pacientes (9,5%) para cada alérgeno, e butil hidroxitolueno (BHT), ácido paraminobenzóico (PABA), parafenilenodiamina (PPDA), clorpromazina, prometazina, resina epóxi, carba *mix*, Kathon CG, cloreto de cobalto, líquen ácido *mix* cada um em apenas um paciente, respectivamente (4,7%).

Nos fototestes epicutâneos, 14 pacientes (66,6%) apresentaram positividade; desses, nove (38%) tinham concomitantemente hipersensibilidade tardia aos alérgenos pesquisados, quatro (19%) foram negativos e três (14%) não o realizaram. Os fotoalérgenos encontrados foram: clorpromazina em cinco pacientes (24%), perfume *mix* em quatro (19%), bicromato de potássio e oxibenzona em três (14%), prometazina e *Compositae mix* em dois (9,5%), BHT, PPDA e sesquiterpeno *mix* em um paciente (4,7%).

A DAC é comum em climas temperados e em homens caucasianos idosos, como observado nesta série; porém, foi relatada em outras regiões e em mulheres jovens de fototipos altos.<sup>1</sup> Associada à exposição solar, pode ser ocupacional, como em 38% de nossa série. Nenhum de nossos pacientes tinha história pessoal ou familiar para atopia ou era soropositivo para HIV. Descrita com período de evolução variável, encontramos entre 18 meses a 20 anos (média de quatro anos). De curso subagudo e crônico, apresenta inicialmente eritema e edema exuberantes em áreas fotoexpostas, simulando eritrodermia, mas poupando áreas cobertas. Evolui com placas e pápulas infiltradas e liquefificadas, atingindo outras áreas como couro cabeludo e palmoplantares, pode ter prurido intenso, linfadenopatia generalizada, oncodistrofia, alopecia difusa secundária. A infiltração, acentuando pregas cutâneas da face, confere aspecto de *facies* leonina. Em nossa série, dois casos apre-

DOI do artigo original:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2024.03.011>

☆ Como citar este artigo: Scherrer MA, Ribeiro MD, Lopes dos Anjos HB, Rocha VB. Chronic actinic dermatitis: a retrospective study of epicutaneous and photo epicutaneous tests between 2007-2023. An Bras Dermatol. 2025;100:149–51.

☆☆ Trabalho realizado no Anexo de Dermatologia, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

**Tabela 1** Bateria de fototestes epicutâneos utilizada no serviço

Nº	Substância	Concentração	Veículo
1	Octil dimetil PABA	5%	Vaselina sólida
2	Oxibenzona	3%	Vaselina sólida
3	Butil metoxidibenzoil metano	10%	Vaselina sólida
4	Sesquiterpeno lactona <i>mix</i> (costunolida, alantolactona, lactona dehidrocosterus)	0,1%	Vaselina sólida
5	Musk xileno	1%	Vaselina sólida
6	Bálsamo do Peru	25%	Vaselina sólida
7	Prometazina	1%	Vaselina sólida
8	Perfume <i>mix</i>	7%	Vaselina sólida
9	Irgasan	1%	Vaselina sólida
10	Bicromato de potássio	0,5%	Vaselina sólida
11	Hidrocloreto de clorpromazina	1%	Vaselina sólida
12	Tioureia	0,1%	Vaselina sólida
13	Líquen ácido <i>mix</i> (atranorina, ácido evérnico, ácido úsnico)	0,3%	Vaselina sólida
14	Clorexidina	0,5%	Água
15	Parafenilenodiamina	1%	Vaselina sólida
16	<i>Compositae mix</i> (extrato de <i>Anthemis nobilis</i> , <i>Chamomilla recutita</i> , <i>Achillea millefolium</i> , <i>Tanacetum vulgare</i> , <i>Arnica montana</i> , partenolídeo)	5%	Vaselina sólida
17	Cetoconazol	1%	Vaselina sólida
18	Diclofenaco de sódio	5%	Vaselina sólida
19	Piroxicam	1%	Vaselina sólida
20	Etilexil metoxicinamato	10%	Vaselina sólida

**Tabela 3** Índice MOAHLFA deste estudo

MOAHLFA	Número de pacientes - n (%)
Homem ( <i>Male</i> )	21 (100%)
Ocupacional ( <i>Occupational</i> )	11 (52%)
Dermatite atópica ( <i>Atopic dermatitis</i> )	0
Dermatite de mãos ( <i>Hand dermatitis</i> )	9 (43%)
Dermatite de MMII ( <i>Leg dermatitis</i> )	2 (9,5%)
Dermatite facial ( <i>Facial dermatitis</i> )	11 (52%)
Idade > 40 anos ( <i>age &gt; 40 years</i> )	20 (95%)

Nota: O índice MOAHLFA é um acrônimo em inglês para a descrição dos dados sobre: homem (*male*), dermatite ocupacional (*occupational*), dermatite atópica (*atopic dermatitis*), dermatite de mãos (*hand dermatitis*), de MMII (*leg dermatitis*) e facial (*facial dermatitis*) e idade maior que 40 anos (*age > 40 years*), utilizado para comparação de diferentes populações submetidas ao teste de contato.

sentaram eritrodermia, e a face e os membros superiores foram os mais afetados em 11 pacientes.<sup>3</sup>

A redução da DEM para UVA e UVB denota doença mais grave. Já redução somente para UVB indica quadros leves a moderados, menos frequente, enquanto só para UVA é mais comum. Todos os nossos pacientes relatavam exacerbação ou desencadeamento do quadro após exposição solar; entretanto, somente dois em 16 pacientes apresentaram redução

para UVB. Raramente os fototestes são normais, ocorrendo geralmente no início do quadro. Diferenças étnicas e regionais podem explicar tais singularidades, mas faltam publicações envolvendo nossa região geográfica.<sup>1,2</sup>

Cerca de 70% desses pacientes podem apresentar dermatite alérgica de contato ou fotodermatite alérgica de contato.<sup>4</sup> Dos nossos pacientes, 57% apresentavam positividade a alérgenos, 66,6% a fotoalérgenos e 38% a ambos. Desses, 19% foram positivos para bicromato de potássio (24% eram pedreiros) e 19% apresentavam três ou mais positivities.

A PPDA, descrita como alérgeno emergente pela frequência de uso em mulheres que tingem cabelos, apesar de não quimicamente relacionada, pode ter reação cruzada com sesquiterpeno lactona.<sup>2</sup>

Entre os nossos pacientes, apenas um apresentou positividade, sem relevância, a PPDA. Dois foram sensibilizados a sesquiterpeno lactona e *Compositae mix*, que se correlacionam, mas não a PPDA.

Recentemente, outras reações cruzadas foram relatadas entre fragrância *mix* e colofônio, alérgenos da borracha e metais (níquel e cobalto), estes últimos mais relacionados a atopia.

Os fotoalérgenos mais associados a DAC são plantas (sesquiterpeno lactona), fragrâncias, cetoprofeno e compostos de filtros solares (avobenzona).<sup>1</sup> Diferentemente, neste estudo o fotoalérgeno mais detectado foi a clorpromazina (24%), cujos análogos di-hidroclorotiazida e prometazina são

muito usados em nosso meio. A oxibenzona foi encontrada em 14% dos casos, e o sesquiterpeno lactona em 4,7%.

Descrevemos uma série de pacientes com DAC cujos dados demográficos e frequência de alérgenos e fotoalérgenos diferem de outras regiões geográficas. Salientamos a importância dos testes epicutâneos e fotoepicutâneos para diagnóstico e condução desses casos.

### Suporte financeiro

Nenhum.

### Contribuição dos autores

Maria Antonieta Rios Scherrer: Concepção e desenho do estudo; levantamento dos dados, ou análise e interpretação dos dados; análise estatística; redação do artigo ou revisão crítica do conteúdo intelectual importante; 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; aprovação final da versão final do manuscrito.

Mariana David Cangussu Fernandes Ribeiro: Redação do artigo; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura; aprovação final da versão final do manuscrito.

Hannah Barbosa Lopes dos Anjos: Redação do artigo; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura; aprovação final da versão final do manuscrito.





Vanessa Barreto Rocha: Concepção e desenho do estudo; revisão crítica do conteúdo intelectual importante; obtenção, análise e interpretação dos dados; aprovação final da versão final do manuscrito, participação efetiva na orientação da pesquisa.

### Conflito de interesses

Nenhum.

### Referências

1. Wang CX, Belsito DV. Chronic actinic dermatitis revisited. *Dermatitis*. 2020;31:68–74.
2. Tan KW, Haylett AK, Ling TC, Rhodes LE. Comparison of demographic and photobiological features of chronic actinic dermatitis in patients with lighter vs darker skin types. *JAMA Dermatol*. 2017;153:427–35.
3. Gonçalo M. Phototoxic and Photoallergic Reactions. In: Johansen JD, Frosch PJ, Lepoittevin JP, editors. *Contact Dermatitis*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2011. p. 361–76.
4. Que SK, Brauer JA, Soter NA, Cohen DE. Chronic actinic dermatitis: an analysis at a single institution over 25 years. *Dermatitis*. 2011;22:147–54.
5. Paek SY, Lim HW. Chronic actinic dermatitis. *Dermatol Clin*. 2014;32:355–61, viii-ix.

Maria Antonieta Rios Scherrer <sup>a</sup>,  
Mariana David Cangussu Fernandes Ribeiro <sup>a</sup>,  
Hannah Barbosa Lopes dos Anjos <sup>a</sup>  
e Vanessa Barreto Rocha <sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup> Anexo de Dermatologia, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>b</sup> Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

\* Autor para correspondência.

E-mail: [vanessabarreto.vbr@gmail.com](mailto:vanessabarreto.vbr@gmail.com) (V.B. Rocha).

Recebido em 21 de janeiro de 2024; aceito em 18 de março de 2024

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.11.001>

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/>).

## Dermatofibroma: análise clinicopatológica de 239 casos <sup>☆☆☆</sup>



Prezado Editor,

Dermatofibroma é um dos tumores benignos de tecidos moles cutâneos mais frequentes, geralmente localizado nas extremidades. As lesões costumam apresentar-se como

nódulos cutâneos firmes, acastanhados, elevados e solitários. Na histopatologia, o dermatofibroma é caracterizado pela proliferação de células fusiformes, fibroblásticas e histiocitoides, uniformes em padrão estoriforme.<sup>1,2</sup> Existem subvariantes de dermatofibroma que são observadas com menos frequência. Esses são os subtipos lipídico, aneurismático, hemossiderótico, celular, de células claras, atrófico, epitelióide e esclerótico.<sup>2,3</sup> Raramente, também pode se apresentar apenas na forma subcutânea, sem comprometer as camadas mais superficiais da pele.<sup>4</sup>

O dermatofibroma comum é observado com frequência enquanto as variantes raras correspondem a 20% dos dermatofibromas avaliados histopatologicamente.<sup>2</sup> Subtipos diferentes do dermatofibroma comum podem ter manifestações clínicas diferentes e podem causar dificuldade no diagnóstico diferencial. Assim, o presente estudo objetivou a avaliação clinicopatológica de casos diagnosticados como dermatofibroma. Foi feita avaliação aprofundada

DOI do artigo original:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2024.03.012>

<sup>☆</sup> Como citar este artigo: Erdil Dİ, Leblebici C, Erdil D, Manav V, Erdemir VA, Aksu AE. Dermatofibroma: clinicopathological analysis of 239 cases. *An Bras Dermatol*. 2025;100:152–7.

<sup>☆☆</sup> Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Istanbul Training and Research Hospital, Istanbul, Turquia.