

## CARTAS - DERMATOPATOLOGIA

### A relevância da correlação clínico-patológica no diagnóstico da Doença de Rosai-Dorfman cutânea ☆☆☆

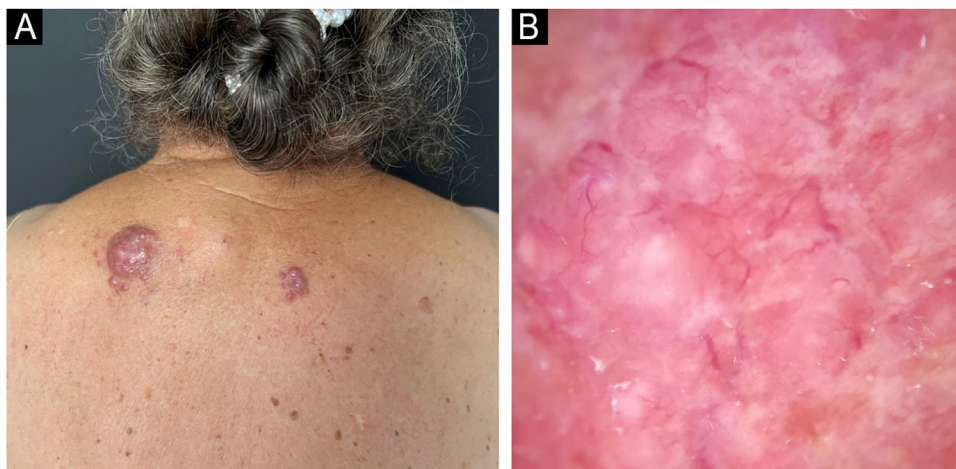


Prezado Editor,

Relatamos o caso de uma paciente do sexo feminino, 82 anos, que buscou avaliação dermatológica em virtude de duas lesões em dorso alto havia três meses, com crescimento progressivo. Negava sintomas como febre, sudorese ou perda ponderal. Ao exame físico, observaram-se duas placas papulosas violáceas em dorso alto e circundadas por pápulas de aspecto semelhante. A dermatoscopia mostrou fundo róseo, com estruturas brancas e telangiectasias (fig. 1). Não foi notada adenomegalia à palpação das principais cadeias linfonodais. Hemograma, parâmetros bioquímicos, tomografia

de tórax e ultrassonografia abdominal estavam dentro da normalidade. Ao exame histopatológico, identificou-se lesão dérmica com infiltrado linfo-histiocitário com emperiplose, isto é, fagocitose de linfócitos, plasmócitos e hemácias íntegras por histiócitos com citoplasma amplo e núcleo conspicuo (fig. 2). A imuno-histoquímica foi positiva nos histiócitos para os marcadores CD68 (clone PG-M1), ciclina D1 (clone EP12), S100 (clone 4C4.9) e negativa para CD1a (clone 010) (fig. 3). Assim, tomando em conjunto os achados clínicos, laboratoriais e histopatológicos, concluiu-se o diagnóstico de Doença de Rosai-Dorfman cutânea (DRDC).

A DRDC é afecção rara, causada por células não Langerhans, descrita como entidade clínico-patológica distinta<sup>1</sup> e classificada no grupo C das histiocitoses.<sup>2</sup> A doença exclusiva da pele corresponde a cerca de 3% de todos os casos extranodais.<sup>3</sup> Apesar de alguns trabalhos tentarem estabelecer relação da doença com infecções virais e doenças autoimunes, a etiologia ainda permanece desconhecida.<sup>1,4,5</sup>



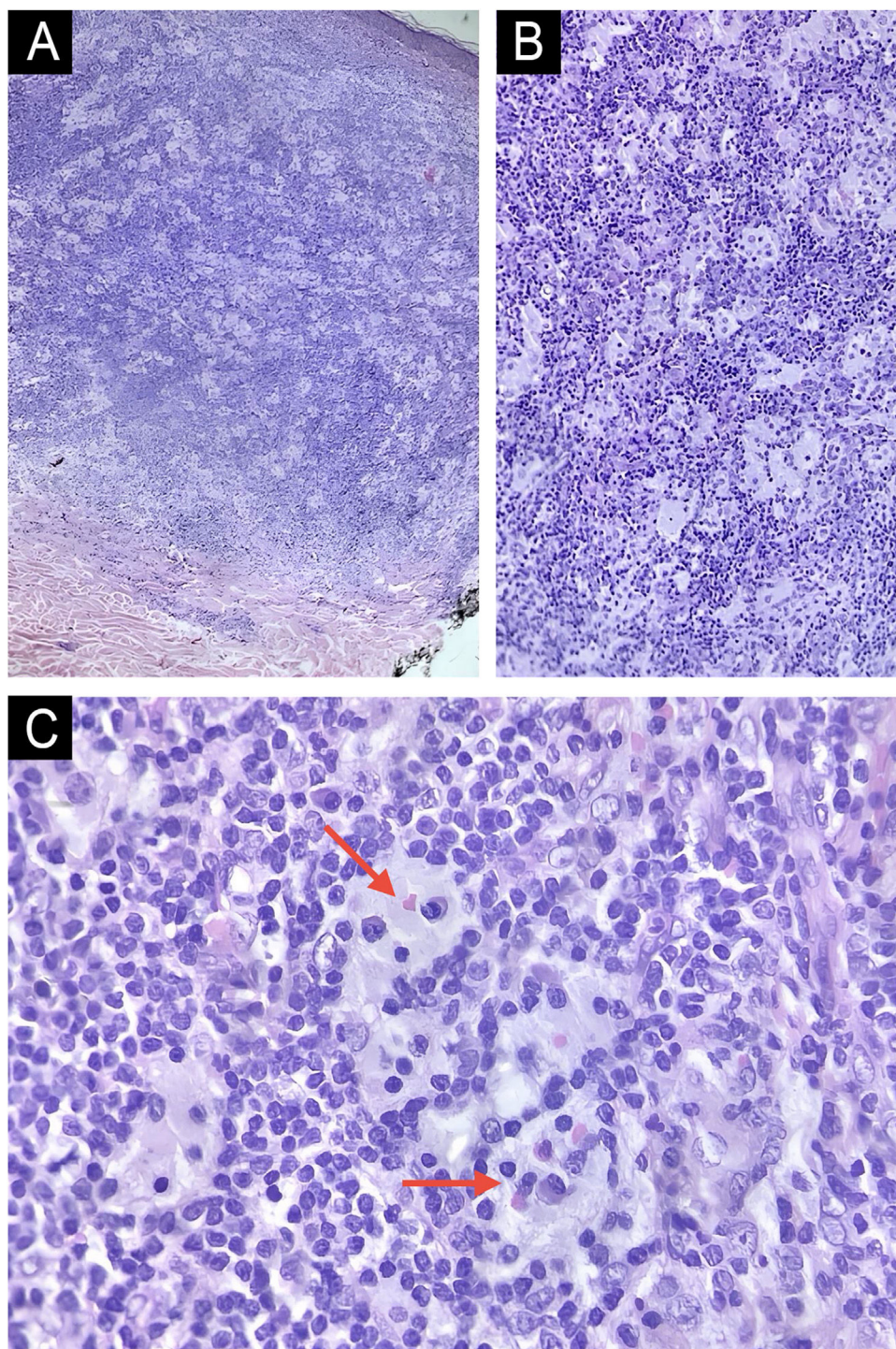
**Figura 1** Foto clínica e dermatoscópica das lesões. (A) Duas placas papulosas violáceas em dorso alto, com pápulas da mesma coloração ao redor. (B) Estruturas brancas e telangiectasias com fundo róseo à dermatoscopia.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2025.501180>

☆ Como citar este artigo: Baldecerra CF, Zanardi PI, Zanatta RC, Giovanni Filho SCF, Moreira CR. The relevance of clinical-pathological correlation in the diagnosis of Cutaneous Rosai-Dorfman disease. An Bras Dermatol. 2025;100:501180.

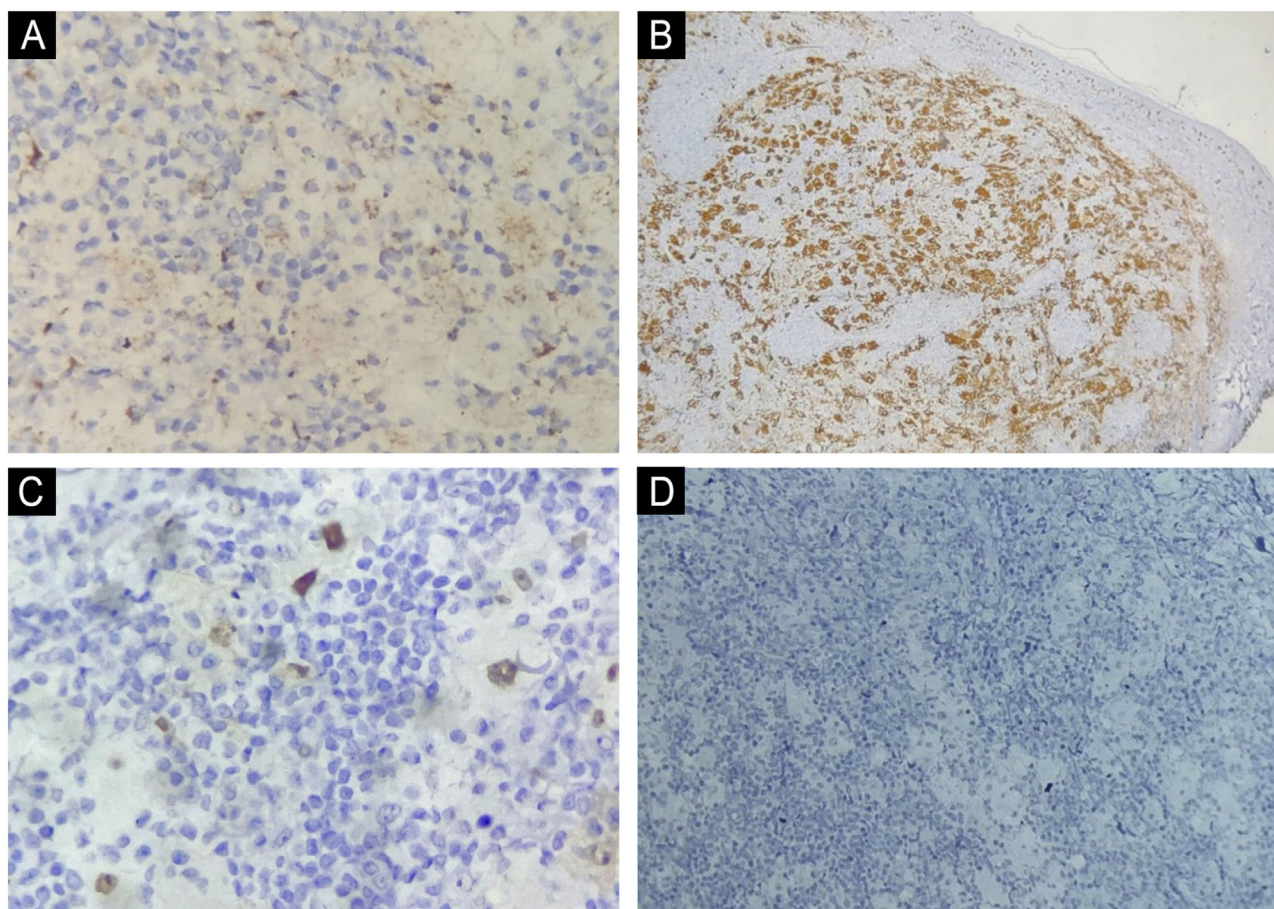
☆☆ Trabalho realizado no Ambulatório de Dermatologia, Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, Apucarana, PR, Brasil.



**Figura 2** Histopatologia de lesão em dorso, na coloração de Hematoxilina & eosina. (A) Proliferação linfo-histiocitária dérmica bem delimitada sem acometimento epidérmico (Hematoxilina & eosina, 40×). (B) Numerosos histiócitos de citoplasma amplo anfófilo entremeados por linfócitos pequenos (Hematoxilina & eosina, 100×). (C) Presença de emperipolese demonstrada nas setas vermelhas (Hematoxilina & eosina, 400×).

A DRDC afeta preferencialmente mulheres caucasianas e asiáticas, com idade média de 45 anos.<sup>1,2,4,5</sup> O quadro clínico pode variar entre lesões papulares, placas, nódulos e tumorações com coloração eritemato-acastanhada de tamanhos variados e assintomáticas.<sup>1-4</sup> Os locais mais comumente afetados são tronco, cabeça e pescoço.<sup>1,3</sup>

A histopatologia evidencia lesão dérmica e extensão para tecido subcutâneo, com presença de aglomerados de histiócitos e emperipolese, em fundo inflamatório misto com linfócitos e plasmócitos.<sup>4</sup> A imuno-histoquímica é de grande importância, principalmente para excluir diagnósticos diferenciais como histiocitoses de células de Langerhans.<sup>2</sup> O



**Figura 3** Análise imuno-histoquímica. (A) CD68 positiva (aumento de 400×). (B) S100 positiva (aumento de 40×). (C) Ciclina D1 positiva (aumento de 400×). (D) CD1a negativa (aumento de 100×).

principal critério é a positividade para S100 e CD68 e a negatividade para CD1a nas células histiocíticas na DRDC;<sup>4</sup> entretanto, também pode haver positividade para ciclina D1,<sup>6,7</sup> como visto no caso apresentado.

A DRD é doença benigna, com aproximadamente 50% dos casos com resolução espontânea.<sup>2</sup> Quando há acometimento exclusivamente cutâneo, o prognóstico torna-se ainda mais favorável, uma vez que apresenta baixo risco de envolvimento sistêmico.<sup>8</sup> O tratamento pode ser realizado com exérese cirúrgica, corticoides sistêmicos, imunomoduladores, quimioterapia ou radioterapia.<sup>1</sup> A paciente do presente caso foi submetida a exérese total das lesões e acompanhamento semestral, já tendo completado dois anos de seguimento clínico com ausência de recidivas, novas lesões ou sinais de doença sistêmica.

### Suporte financeiro

Nenhum.

### Contribuição dos autores

Carolina Ferreira Baldecerra: Revisão crítica da literatura; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

Patrícia Imai Zanardi: Revisão crítica da literatura; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

Rafaella Cristine Zanatta: Revisão crítica da literatura; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

Silvio César Franco Giovanni Filho: Revisão crítica da literatura; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; aprovação da versão final do manuscrito.

Cássio Rafael Moreira: Revisão crítica da literatura; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; aprovação final da versão final do manuscrito.

### Conflito de interesses

Nenhum.

### Disponibilidade de dados de pesquisa

Não se aplica.

## Editor associado científico

Hiram Laranjeira de Almeida Jr.

## Referências

1. Dalia S, Sagatys E, Sokol L, Kubal T. Rosai-Dorfman disease: Tumor biology, clinical features, pathology, and treatment. *Cancer Control*. 2014;21:322–7.
2. Bruce-Brand C, Schneider JW, Schubert P. Rosai-Dorfman disease: An overview. *J Clin Pathol*. 2020;73:697–705.
3. El-Kamel MF, Abdelaziz AM, Mohammed H. A new presentation of isolated cutaneous Rosai-Dorfman disease: Eruptive xanthoma-like lesions. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2020;86:158.
4. Ahmed A, Crowson N, Magro CM. A comprehensive assessment of cutaneous Rosai-Dorfman disease. *Ann Diagn Pathol*. 2019;40:166–73.
5. Brenn T, Calonje E, Granter SR, Leonard N, Grayson W, Fletcher CD, et al. Cutaneous Rosai-Dorfman disease is a distinct clinical entity. *Am J Dermatopathol*. 2002;24:385–91.
6. Baraban E, Sadigh S, Rosenbaum J, John Van Arnam, Bogusz AM, Mehr C, et al. Cyclin D1 expression and novel mutational findings in Rosai-Dorfman disease. *British journal of haematology*. 2019;186:837–44.
7. WHO Classification of Tumours Editorial Board. Haematolymphoid tumours. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2024. (WHO classification of tumours series, 5th ed.; vol. 11).
8. Landim FM, Rios HO, Costa CO, Feitosa RGF, Rocha Filho FD, Costa AAA. Doença de Rosai-Dorfman cutânea. *An Bras Dermatol*. 2009;84:275–8.

Carolina Ferreira Baldecerra \*, Patrícia Imai Zanardi ,  
Rafaella Cristine Zanatta ,  
Sílvia Cesar Franco Giovanni Filho   
e Cássio Rafael Moreira 

*Ambulatório de Dermatologia, Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, Apucarana, PR, Brasil*

\* Autor para correspondência.

*E-mail:* [carolbaldecerra1@gmail.com](mailto:carolbaldecerra1@gmail.com) (C.F. Baldecerra).

Recebido em 10 de janeiro de 2025; aceito em 19 de março de 2025