

# DERMATOLOGIA E PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS

Edição XXI

## CAPÍTULO 27

### MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS DE DOENÇAS SISTÊMICAS

DAVI ALMEIDA SANTANA<sup>1</sup>  
ELIS FELDSTEIN BOTELHO<sup>1</sup>  
ISABELA SCHULTZ RAMOS DE ANDRADE<sup>1</sup>  
MARIA CLARA PAGANELLI OLIVEIRA  
MURILLO CÉSAR SILVA<sup>1</sup>  
VITOR D'ÁVILA REIS OMETTO STOLF<sup>1</sup>  
GIOVANA CHIQUETTI<sup>2</sup>  
LIVIA MATIDA GONTIJO LEAL<sup>3</sup>

1. Discente – Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
2. Discente – Residência em Dermatologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
3. Docente – Departamento de Dermatologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

**Palavras-chave:** *Dermatoses; Malignidade; Rastreamento.*

DOI

10.59290/0924212500

EP EDITORA  
PASTEUR

## INTRODUÇÃO

A pele funciona como uma interface visível entre o organismo e o ambiente, desempenhando papéis imunológicos, sensoriais e metabólicos, além de refletir alterações sistêmicas, incluindo sinais precoces de malignidades internas. Em pacientes oncológicos, as manifestações cutâneas podem decorrer de infiltração tumoral direta (metástases) ou de mecanismos indiretos mediados por fatores humorais, imunológicos ou hormonais produzidos pelo tumor, caracterizando as dermatoses paraneoplásicas (CACCAVALE *et al.*, 2018; DOURMISHEV; DRAGANOV, 2009).

Essas síndromes podem surgir meses ou anos antes do diagnóstico da neoplasia primária, ocorrer simultaneamente ou manifestar-se como sinal precoce de recidiva tumoral (CACCAVALE *et al.*, 2018). Embora raras, algumas dermatoses paraneoplásicas apresentam alto valor preditivo positivo, refletindo forte associação com tumores específicos, como adenocarcinomas gastrointestinais, carcinomas do trato aerodigestivo superior ou tumores neuroendócrinos (DIDONA *et al.*, 2025).

Clinicamente, as dermatoses paraneoplásicas caracterizam-se por surgimento abrupto, evolução rápida e resistência frequente a terapias dermatológicas convencionais. Podem ser acompanhadas de sinais sistêmicos como perda ponderal, astenia, anemia ou prurido intratável (KING *et al.*, 2024; LAU *et al.*, 2025). O reconhecimento dessas síndromes exige elevado grau de suspeição clínica e conhecimento de suas associações oncológicas clássicas.

## MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E ASSOCIAÇÕES ONCOLÓGICAS

### Acantose nigricante maligna

A acantose nigricante maligna (ANM) (Figura 27.1) é uma dermatose paraneoplásica

rara, porém com fortíssima associação oncológica. Diferentemente da forma benigna (associada à obesidade e resistência insulínica), a ANM manifesta-se predominantemente em adultos sem distúrbios metabólicos prévios, apresentando evolução rápida e disseminada (COSTA *et al.*, 2012).

Aproximadamente 90% dos casos de ANM estão associados a adenocarcinomas abdominais, sendo o adenocarcinoma gástrico responsável por cerca de 60% dos casos. Outras neoplasias associadas incluem tumores hepáticos, ovarianos, pancreáticos e colorretais (COSTA *et al.*, 2012).

**Figura 27.1** Acantose nigricante maligna



**Legenda:** Observa-se placa espessa, acastanhada e hiperpigmentada na região cervical, com superfície aveludada e rugosa que confere aspecto de “sujeira” aderida à pele. A evolução abrupta em paciente adulto sem endocrinopatias sugere etiologia paraneoplásica, exigindo rastreamento para adenocarcinomas gastrointestinais. **Fonte:** Ilustração médica via Manus AI.

Clinicamente, a ANM caracteriza-se por placas espessas, aveludadas e hiperpigmentadas (castanho a negro), localizadas preferencialmente em dobras cutâneas (axilas, pescoço, região inguinal), podendo acometer mucosas e regiões palmo-plantares. A coexistência com *Triple Palms* ou sinal de Leser-Trélat aumenta substancialmente o valor preditivo para malignidade (COSTA *et al.*, 2012).

O tratamento definitivo consiste na abordagem da neoplasia subjacente. A ressecção tumoral bem-sucedida frequentemente resulta em regressão parcial ou completa das lesões cutâneas, enquanto o recrudescimento da dermatose pode indicar recidiva oncológica (CACCA-VALE *et al.*, 2018).

### Sinal de Leser-Trélat

O sinal de Leser-Trélat (SLT) (**Figura 27.2**) é definido pelo surgimento eruptivo e rápido de múltiplas ceratoses seborreicas, frequentemente pruriginosas, associado a uma neoplasia interna oculta. Embora a ceratose seborreica seja uma lesão benigna extremamente comum na população idosa, o padrão eruptivo e agudo caracteriza a síndrome paraneoplásica (NGAN, 2004).

**Figura 27.2** Sinal de Leser-Trélat



**Legenda:** Erupção de múltiplas ceratoses seborreicas distribuídas em padrão de “árvore de Natal”, seguindo as linhas de Langer do dorso de forma bilateral e simétrica. As lesões são acastanhadas a enegrecidas, com superfície verrucosa e aspecto “colado” à pele. Este padrão distributivo é altamente sugestivo de neoplasia interna, especialmente adenocarcinomas gástricos e colorretais. **Fonte:** Ilustração médica via Manus AI.

O SLT está classicamente associado a adenocarcinomas do trato gastrointestinal (gástrico e colorretal), correspondendo à maioria dos casos relatados. Pode preceder o diagnóstico oncológico em até 50% dos pacientes. A fisiopatologia exata permanece incerta, postula-se a ação de fatores de crescimento produzidos pelo tumor, como o *transforming growth factor-alpha* (TGF- $\alpha$ ) e o *epidermal growth factor* (EGF), que estimulam a proliferação de queratinócitos (NGAN, 2004).

### Tripe Palms (paquidermatoglia adquirida)

*Tripe Palms* (**Figura 27.3**) é uma alteração cutânea rara caracterizada por espessamento difuso das palmas das mãos e plantas dos pés, com acentuação marcada dos dermatóglifos, conferindo um aspecto aveludado e rugoso que se assemelha à mucosa gástrica bovina (“tripe”) (TRUONG & ARAUJO, 2022).

**Figura 27.3** *Tripe Palms* (paquidermatoglia adquirida)



**Legenda:** Espessamento difuso das palmas das mãos com acentuação marcada dos sulcos e dermatóglifos, conferindo aspecto aveludado e rugoso semelhante à mucosa gástrica bovina. Marcador altamente específico para malignidade interna. **Fonte:** Ilustração médica via Manus AI.

É considerado um marcador paraneoplásico altamente específico, com mais de 90% dos casos associados a malignidades internas. Quando ocorre isoladamente, está mais frequentemente

associado a carcinomas pulmonares. Quando associado à acantose nigricante maligna, a probabilidade de adenocarcinoma gástrico é significativamente maior (COSTA *et al.*, 2012). A fisiopatologia, semelhante à ANM, envolve a hiperestimulação de receptores do fator de crescimento epidérmico.

### **Síndrome de Bazex (acroceratose paraneoplásica)**

A síndrome de Bazex (**Figura 27.4**) é uma dermatose paraneoplásica rara, observada principalmente em pacientes com carcinomas de células escamosas do trato aerodigestivo superior (laringe, faringe, esôfago e cavidade oral). A síndrome possui alto valor preditivo, frequentemente sendo o primeiro sinal clínico da malignidade subjacente (BAPTISTA *et al.*, 2011).

**Figura 27.4** Síndrome de Bazex



**Legenda:** Hiperqueratose acral simétrica com placas eritemato-descamativas de aspecto psoriasiforme no dorso das mãos, dedos e orelhas. Observa-se também onicodistrofia e onicolise associadas. **Nota:** Clinicamente, caracteriza-se por hiperqueratose acral e eritema simétrico em mãos, pés, orelhas e nariz. As lesões são psoriasiformes, descamativas e progressivas, frequentemente acompanhadas de onicodistrofia e onicolise (BAPTISTA *et al.*, 2011). O diagnóstico exige avaliação otorrinolaringológica minuciosa e endoscopia digestiva alta. **Fonte:** Ilustração médica via Manus AI.

### **Eritema necrolítico migratório**

O eritema necrolítico migratório (ENM) (**Figura 27.5**) é uma dermatose paraneoplásica

quase exclusivamente associada ao glucagonoma pancreático, um tumor neuroendócrino raro de crescimento insidioso. Mais de 90% dos pacientes com glucagonoma desenvolvem ENM, tornando esta dermatose um sinal de alerta fundamental (GRACIA-DARDER *et al.*, 2020).

**Figura 27.5** Eritema necrolítico migratório



**Legenda:** Placas eritematosas, escamosas e erosivas em diferentes estágios evolutivos, com bordas ativas elevadas e áreas centrais de necrose epidérmica superficial, formação de crostas e hiperpigmentação residual. Altamente preditivo para glucagonoma pancreático. **Fonte:** Ilustração médica via Manus AI.

As manifestações clínicas incluem placas eritematosas, escamosas e erosivas que evoluem com necrose epidérmica superficial, formação de crostas e resolução com hiperpigmentação. As lesões distribuem-se preferencialmente em áreas de atrito, região periorifical, períneo e extremidades distais. O quadro é frequentemente acompanhado de perda ponderal, diabetes mellitus de início recente, glossite, queilite angular e diarreia (GRACIA-DARDER *et al.*, 2020).

### **Pênfigo paraneoplásico**

O pênfigo paraneoplásico (PNP) (**Figura 27.6**) é uma dermatose bolhosa autoimune grave, caracterizada por autoanticorpos contra proteínas da família das plaquinhas e desmogleínas. Mais de 80% dos casos estão associados a

neoplasias linfoproliferativas, como linfomas não-Hodgkin, leucemia linfocítica crônica e doença de Castleman (DIDONA *et al.*, 2025).

**Figura 27.6.** Pênfigo paraneoplásico



**Legenda:** Estomatite erosiva grave e dolorosa, com extensas ulcerações e crostas hemorrágicas nos lábios e mucosa oral. A severidade do acometimento mucoso é característica marcante desta dermatose autoimune paraneoplásica. **Fonte:** Ilustração médica via Manus AI.

Clinicamente, manifesta-se por estomatite erosiva grave, dolorosa e intratável, associada a erupções cutâneas polimórficas (bolhosas, liquenoides ou eritema multiforme-símile). O acometimento mucoso severo é a marca registrada da doença. O tratamento exige controle da neoplasia de base associado a imunossupressão sistêmica intensiva (DOURMISHEV & DRAGANOV, 2009).

### **Dermatoses neutrofilicas: síndrome de Sweet e pioderma gangrenoso**

A síndrome de Sweet (dermatose neutrofilica febril aguda) (**Figura 27.7**) e o pioderma gangrenoso representam o espectro das dermatoses neutrofilicas, ambas com potencial associação paraneoplásica, particularmente com malignidades hematológicas (KING *et al.*, 2024).

A síndrome de Sweet paraneoplásica (10-20% dos casos) associa-se predominantemente

à leucemia mieloide aguda e síndromes mielo-displásicas. Caracteriza-se pelo surgimento abrupto de placas eritemato-edematosas dolorosas, febre, leucocitose neutrofílica e denso infiltrado neutrofílico dérmico à histopatologia, sem vasculite primária (WOJCIK *et al.*, 2011).

**Figura 27.7** Síndrome de Sweet



**Legenda:** Múltiplas placas e pápulas eritemato-edematosas, bem delimitadas e dolorosas, com superfície pseudo-vesicular e aspecto “em paralelepípedo” (“cobblestone”). Frequente associação com leucemia mieloide aguda. **Fonte:** Ilustração médica via Manus AI.

O pioderma gangrenoso (**Figura 27.8**) associa-se a malignidades hematológicas em até 30% dos casos, além de sua clássica associação com doenças inflamatórias intestinais. Apresenta-se como úlceras dolorosas, de progressão rápida, com bordas violáceas solapadas e base necrótica. A presença do fenômeno de patergia (desenvolvimento de novas lesões em locais de trauma) é característica (DIDONA *et al.*, 2025).

### **Ictiose adquirida**

A ictiose adquirida (**Figura 27.9**) manifesta-se na idade adulta e difere das formas congênitas hereditárias. Cerca de 20-30% dos casos estão associados a neoplasias, particularmente o linfoma de Hodgkin e outras doenças linfoproliferativas (OAKLEY, 2015).

**Figura 27.8** Pioderma gangrenoso



**Legenda:** Úlcera extensa e dolorosa com base necrótica recoberta por exsudato purulento e bordas violáceas, elevadas e solapadas (*undermined*). Acompanhada de eritema perilesional significativo. Associação com neoplasias hematológicas em até 30% dos casos. **Fonte:** Ilustração médica via Manus AI.

**Figura 27.9** Ictiose adquirida



**Legenda:** Presença difusa de escamas finas, secas e acinzentadas, conferindo à pele aspecto de “escama de peixe”. O surgimento na idade adulta exige exclusão de causas sistêmicas e neoplasias, especialmente o Linfoma de Hodgkin. **Fonte:** Ilustração médica via Manus AI.

Clinicamente, apresenta-se com xerose severa e descamação fina, poligonal e acinzentada, predominantemente no tronco e extremidades extensoras, poupando as áreas flexurais. O diagnóstico exige exclusão de outras causas de xerose, hipotireoidismo, infecção pelo HIV e reações medicamentosas (OAKLEY, 2015).

### Vasculites leucocitoclásticas

A vasculite leucocitoclástica cutânea (**Figura 27.10**) pode representar uma manifestação paraneoplásica em cerca de 2-5% dos casos,

estando associada tanto a neoplasias hematológicas (leucemias e linfomas) quanto a tumores sólidos (KING *et al.*, 2024).

**Figura 27.10** Vasculite leucocitoclástica



**Legenda:** Púrpura palpável, não brancável, com lesões vermelho-escuras a violáceas de tamanhos variados, distribuídas simetricamente nos membros inferiores. Algumas lesões apresentam necrose central. **Nota:** Manifesta-se classicamente como púrpura palpável, simétrica e bilateral nos membros inferiores, podendo evoluir com necrose central e ulceração. A histopatologia revela necrose fibrinoide da parede vascular, infiltrado neutrofílico e poeira nuclear (leucocitoclasia). A vasculite paraneoplásica tende a ser refratária aos tratamentos convencionais e costuma resolver apenas com o controle da neoplasia subjacente (DIDONA *et al.*, 2025). **Fonte:** Ilustração médica via Manus AI.

### Dermatomiosite paraneoplásica

A dermatomiosite (DM) (**Figura 27.11**) é uma miopatia inflamatória idiopática que, quando surge na idade adulta, apresenta forte associação com malignidade oculta em aproximadamente 15% a 30% dos casos. A incidência de neoplasia é maior nos primeiros três a cinco anos após o diagnóstico da DM, especialmente em pacientes idosos (DIDONA *et al.*, 2025).

As neoplasias mais frequentemente associadas incluem carcinomas de ovário, pulmão, mama, trato gastrointestinal e linfomas não-Hodgkin (SUDHAKARAN *et al.*, 2024). A presença de autoanticorpos específicos, como anti-TIF1-γ (fator transcricional intermediário 1-gama) e anti-NXP2, correlaciona-se com maior

risco de malignidade associada (DIDONA *et al.*, 2025).

**Figura 27.11** Manifestações cutâneas da dermatomiosite



**Legenda:** Observa-se o eritema heliotropo (coloração violácea nas pálpebras superiores com leve edema periorbital) e as pápulas de Gottron (placas eritemato-violáceas sobre as articulações metacarpofalângicas e interfalângicas). **Fonte:** Ilustração médica via Manus AI.

As manifestações cutâneas patognomônicas incluem o eritema heliotropo (eritema violáceo palpebral) e as pápulas de Gottron (lesões eritemato-violáceas sobre proeminências ósseas, especialmente nas articulações das mãos). O quadro cutâneo frequentemente precede a fraqueza muscular proximal simétrica (DIDONA *et al.*, 2025).

O rastreamento oncológico em pacientes adultos com diagnóstico recente de dermatomiosite deve ser abrangente e guiado por dados

epidemiológicos, incluindo tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve, mamografia, avaliação ginecológica e endoscopia digestiva (SUDHAKARAN *et al.*, 2024).

## SÍNTESE E CONCLUSÕES

As dermatoses paraneoplásicas representam um desafio diagnóstico e terapêutico na prática clínica. A pele, como órgão sentinela, pode revelar a presença de malignidades internas ocultas muito antes do surgimento de sintomas sistêmicos. O reconhecimento de padrões clínicos específicos, como a evolução abrupta de acantose nigricante em adultos, a presença de tripe palms, erupção aguda de ceratoses seborreicas ou manifestações cutâneas da dermatomiosite, exige investigação oncológica direcionada e criteriosa.

A abordagem do paciente com suspeita de dermatose paraneoplásica deve ser multidisciplinar, integrando dermatologia, oncologia e patologia. O tratamento definitivo dessas manifestações cutâneas invariavelmente depende do controle adequado da neoplasia subjacente, sendo a evolução das lesões cutâneas um importante marcador clínico da resposta terapêutica e de possíveis recidivas tumorais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAPTISTA, A. *et al.* Acrokeratosis neoplastica (Bazex syndrome). *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 86, S150, 2011.
- CACCAVALE, S. *et al.* Obligate and facultative paraneoplastic dermatoses: an overview. *Dermatology Practical & Conceptual*, v. 8, p. 191, 2018. doi: 10.5826/dpc.0803a09.
- COSTA, M. C. *et al.* Acanthosis nigricans and tripe palm as paraneoplastic manifestations of metastatic tumor. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 87, p. 498, 2012. doi: 10.1590/s0365-05962012000300030.
- DIDONA, D. *et al.* Paraneoplastic dermatoses: a clue for underlying malignancies. *Journal of Clinical Medicine*, v. 14, p. 1014, 2025. doi: 10.3390/jcm14031014.
- DOURMISHEV, L.A.; DRAGANOV, P.V. Paraneoplastic dermatological manifestation of gastrointestinal malignancies. *World Journal of Gastroenterology*, v. 15, p. 4372, 2009. doi: 10.3748/wjg.15.4372.
- GRACIA-DARDER, I. *et al.* Necrolytic migratory erythema associated with glucagonoma. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, v. 111, p. 345, 2020.
- LAU, B. S. R. *et al.* Paraneoplastic syndromes in gallbladder cancer: a systematic review. *Medicina*, v. 61, p. 417, 2025. doi: 10.3390/medicina61030417.
- KING, J. *et al.* Dermatologic manifestations of hematologic disorders. *Annals of Hematology*, v. 103, p. 3889, 2024. doi: 10.1007/s00277-024-05761-5.
- NGAN, V. Sign of Leser-Trélat. Auckland: DermNet NZ, 2004. Disponível em: <https://dermnetnz.org>. Acesso em: 22 jun. 2026.
- OAKLEY, A. Ichthyosis: adult and acquired forms. Auckland: DermNet NZ, 2015. Disponível em: <https://dermnetnz.org>. Acesso em: 22 jun. 2026.
- SUDHAKARAN, S. *et al.* Paraneoplastic syndromes associated with gynecologic neoplasms: experience from a tertiary care center in South India. *South Asian Journal of Cancer*, v. 13, 2024. doi: 10.1055/s-0043-1772223.
- TRUONG, K.; RUIZ ARAUJO, R. Tripe palms. Auckland: DermNet NZ, 2022. Disponível em: <https://dermnetnz.org>. Acesso em: 22 jun. 2026.
- WOJCIK, A.S.L. *et al.* Síndrome de Sweet: estudo de 23 casos. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 86, p. 265, 2011. doi: 10.1590/S0365-05962011000200009.