

Relato de Caso

Autores:

Ana Luisa de Rezende Almeida¹
 Isis Muniz de Alencar Sampaio¹
 Ludmilla Cardoso Gomes¹
 Luisa Preisler¹
 Sílvia Regina Martins¹
 Ed Wilson Tsuneo Rossoe²

¹ Serviço de Dermatologia, Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos (CHPBG) - Guarulhos (SP), Brasil

² Serviço de Cirurgia Oncológica, Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos (CHPBG) - Guarulhos (SP), Brasil.

Correspondência:

Ana Luisa de Rezende Almeida
 Alameda Joaquim Eugênio de Lima, 286.
 CEP: 01403-000 São Paulo - SP, Brasil
 E-mail: anarezendealmeida@gmail.com

Data de recebimento: 13/08/2017

Data de aprovação: 21/08/2018

Trabalho realizado no Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos - Guarulhos (SP), Brasil

Suporte Financeiro: Nenhum

Conflito de Interesses: Nenhum



Síndrome de Favre-Racouchot: ótima resposta ao tratamento cirúrgico

Favre-Racouchot syndrome: optimal response to surgical treatment

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.201810311069>

RESUMO

A síndrome de Favre-Racouchot é caracterizada pela associação de cistos e comedões em pele cronicamente danificada pelo sol. Relatou-se caso de paciente do sexo masculino, 64 anos, com antecedentes de tabagismo e atividade laboral em lavoura; apresentava lesões nas regiões malar, zigomática e mandibular, bilateralmente, constituídas por cistos levemente eritematosos e comedões grandes em pele espessada e com sulcos profundos. Foi feito diagnóstico clínico de síndrome de Favre Racouchot e tratamento por meio de excisão cirúrgica. O objetivo deste trabalho é demonstrar uma exuberante apresentação da síndrome e seu tratamento por excisão cirúrgica.

Palavras-Chave: Dermatoses faciais; Envelhecimento da pele; Transtornos de fotossensibilidade

ABSTRACT

The association of cysts and comedones in chronically sun-damaged skin characterizes the Favre-Racouchot syndrome. The authors report a case of a 64 year-old male patient with a history of smoking and tillage work activity. The patient had lesions in the malar, zygomatic and mandibular regions bilaterally, constituted by slightly erythematous cysts and large comedones in thickened skin with deep grooves. The condition was diagnosed as Favre-Racouchot syndrome, and treated by means of surgical excision. The objective of the present study is to describe an exuberant presentation of the syndrome, and its treatment via surgical excision.

Keywords: Facial dermatoses; Photosensitivity disorders; Skin aging

INTRODUÇÃO

A síndrome de Favre-Racouchot é caracterizada pela associação de cistos e comedões em pele cronicamente danificada pelo sol. Acredita-se que exista relação também com tabagismo e radioterapia.^{1,2} Ocorre principalmente em homens caucasianos, embora já tenha sido relatada em negros e índios.^{3,4}

O diagnóstico é clínico, e raramente o exame histopatológico é necessário.⁵ Vários tratamentos já foram propostos, incluindo retinoides sistêmicos e tópicos, extração mecânica dos comedões, curetagem e cauterização, laser de CO₂ e excisão cirúrgica.^{1,2} O caso relatado tem como objetivo demonstrar uma exuberante apresentação da síndrome e seu tratamento por excisão cirúrgica.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 64 anos, com antecedentes de tabagismo e atividade laboral em lavoura, apresentava le-

sões nas regiões malar, zigomática e mandibular em ambos os lados da face, constituídas por cistos levemente eritematosos e comedões grandes em pele espessada e com sulcos profundos (figura 1). Relatava eritema, dor e saída de secreção esporadicamente nas lesões císticas. Foi feito diagnóstico clínico de síndrome de Favre Racouchot. O tratamento realizado foi cirúrgico e consistiu na ressecção em elipse de grande parte das lesões (figura 2 A) seguida de sutura simples com náilon 5.0 (figura 2 B). No exame histológico foram evidenciados cistos epidérmicos e comedões múltiplos, alguns rotos, com inflamação crônica agudizada e reação gigantocelular de tipo “corpo estranho”, associada a elastose dérmica. O resultado do procedimento foi avaliado 45 dias após sua realização (figura 3).

DISCUSSÃO

A síndrome foi descrita pela primeira vez por Thin em 1888 e reafirmada por Favre em 1932. Em 1951, Favre e Racouchot nomearam a doença e incluíram como características a elastose solar e os cistos.^{1,6} A síndrome de Favre Racouchot tem prevalência estimada em 1,4% da população e incidência de 6% nos idosos maiores de 50 anos, ocorrendo principalmente em pessoas do sexo masculino com pele clara.^{1,7} Sua patogênese é desconhecida; a exposição crônica à radiação ultravioleta, o tabagismo e a radioterapia vêm, entretanto, sendo identificados como importantes desencadeantes, por promover atrofia cutânea, hiperqueratose folicular e formação de comedões.^{1,5,8} Aparentemente, a exposição solar exerce efeito agravante no desenvolvimento de cistos induzidos pelo tabagismo.⁹

A síndrome é caracterizada por comedões abertos e fechados, pápulas, nódulos e lesões císticas em associação com elastose solar acentuada da pele circundante, como visto no caso

relatado.⁵ Sua localização mais frequente é a região periorbitária e temporal, podendo ter distribuição simétrica ou assimétrica, possivelmente pela exposição irregular à radiação.¹⁰⁻¹² Além disso, pode afetar as eminências malares, região cervical, áreas retroauriculares, lóbulos da orelha e antebraços.⁴ Vale ressaltar que existem algumas condições relacionadas, como *cutis* romboidal da nuca, mixoma cutâneo, queratose actínica, carcinoma espinocelular, tricostase espinulosa, queratoacantoma e papiloma da pálpebra.⁴

O diagnóstico é clínico na maioria dos casos. Histologicamente, há elastose solar difusa, atrofia epidérmica, degeneração basofílica na derme superior e ausência ou diminuição do tamanho das glândulas sebáceas, que apresentam infundíbulo pilosebáceo repleto de queratina.^{1,8} Os principais diagnósticos diferenciais incluem milio colóide, milia, siringoma e tricoepitelioma.¹³

As medidas para tentar barrar a progressão da doença incluem a utilização de protetores solares de amplo espectro, associada à interrupção do tabagismo. Não há consenso no tratamento da síndrome, permanecendo um desafio para o dermatologista.¹⁴

Por suas propriedades exfoliativas e de remodelação do colágeno, os retinóides tópicos (tretinoína e retinaldeído) e sistêmicos (isotretinoína oral) são citados como importantes tratamentos. Essa forma de terapia pode melhorar os comedões e facilitar sua extração.¹⁵ Uma série de casos a partir do tratamento de três pacientes com tazaroteno 0,05% gel evidenciou boa resposta, e seu principal efeito colateral foi irritação da pele no início do uso.² Outro estudo com uso de isotretinoína oral diária (0,05-0,1mg/kg/dia) em conjunto com a tretinoína tópica também se mostrou eficaz.⁴

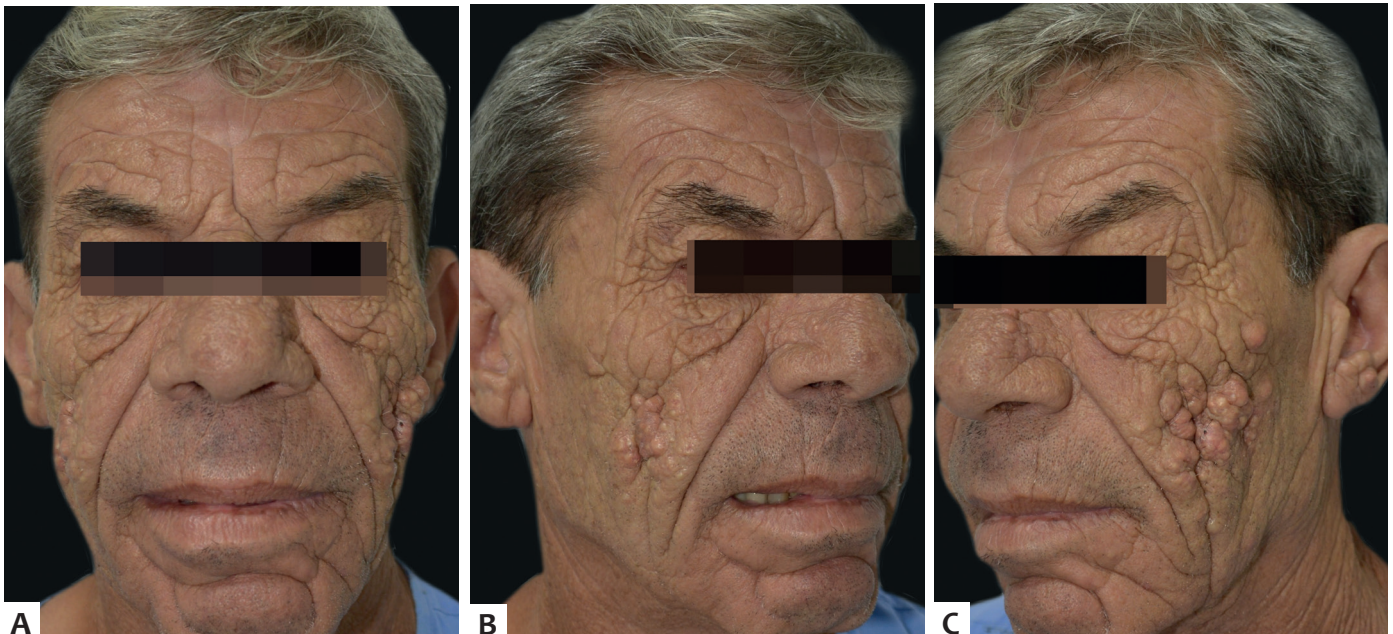


FIGURA 1: A - Lesões na face no pré-operatório; B - Lesões na hemiface direita no pré-operatório; C - Lesões na hemiface esquerda no pré-operatório

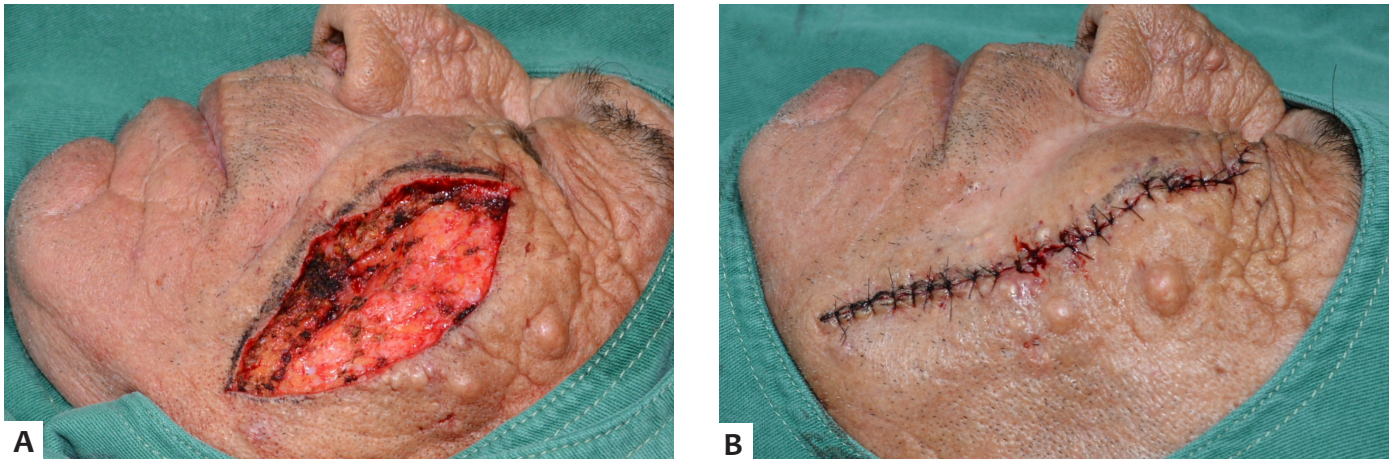


FIGURA 2: A - Ressecção em elipse das lesões em hemiface esquerda; B - Hemiface esquerda no pós-operatório imediato

Rai *et al.* descreveram terapia com sucesso a partir da utilização de laser de CO₂, associada à expressão manual de comedões sob anestesia local infiltrativa. Nessa série de casos, os pacientes foram seguidos durante período que variou de oito meses a três anos; dois deles necessitaram de novo tratamento no período entre dois e três anos a partir do inicial, e a recaída foi observada em mais de um ano após o tratamento primário.¹ Outro estudo, incluindo 50 pacientes, realizou laser de CO₂ superpulsado seguido de extração de material cístico e comedônico usando pressão suave com um par de fórceps, sem anestésicos tópicos ou intralesionais, e evidenciou resultado cosmético satisfatório.¹⁶

As opções cirúrgicas incluem dermoabrasão, curetagem ou excisão cirúrgica dos comedões e cistos.² No caso relatado, optou-se pela excisão cirúrgica de parte das lesões devido à importante extensão do quadro, queixa de inflamação esporádica dos cistos e ao “excesso de pele”, com obtenção de excelente resultado e relevante satisfação do paciente. Existem, portanto, várias opções de tratamento com a finalidade de melhora estética e da qualidade de vida dos pacientes com síndrome de Favre Racouchot, e cabe ao dermatologista escolher a forma que mais se adequa a seu paciente. ●





FIGURA 3: A - Lesões na face no pós-operatório; B - Lesões na hemiface direita no pós-operatório; C - Lesões na hemiface esquerda no pós-operatório

REFERÊNCIAS

- Rai S, Madan V, August PJ, Ferguson JE. Favre-Racouchot syndrome: a novel two-step treatment approach using the carbon dioxide laser. *Br J Dermatol*. 2014;170(3):657-60.
- Rallis E, Karanikola E, Verros C. Successful treatment of Favre-Racouchot disease with 0.05% tazarotene gel. *Arch Dermatol*. 2007;143(6):810-2.
- Kulkarni V. Favre-racouchot syndrome. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 1991;57(5):244-5.
- Patterson WM, Fox MD, Schwartz RA. Favre-Racouchot disease. *Int J Dermatol* 2004;43(3):167-9.
- Sonthalia S, Arora R, Chhabra N, Khopkar U. Favre-Racouchot syndrome. *Indian Dermatol Online J*. 2014;5(Supl 2):S128-9.
- Favre M, Racouchot J. Nodular cutaneous elastoidosis with cysts and comedones. *Ann Dermatol Syphiligr (Paris)*. 1951;78(6):681-702.
- Schäfer T, Merkl J, Klemm E, Wichmann HE, Ring J. The epidemiology of nevi and signs of skin aging in the adult general population: Results of the KORA-survey 2000. *J Invest Dermatol*. 2006;126(7):1490-6.
- Lin SH, Yang YC, Chen W, Wu WM. Facial epidermal inclusion cysts are associated with smoking in men: a hospital-based case-control study. *Dermatol Surg*. 2010;36(6):894-8.
- Mavilia L, Rossi R, Cannarozzo G, Massi D, Cappugi P, Campolmi P. Unilateral nodular elastosis with cysts and comedones (Favre-Racouchot syndrome): report of two cases treated with a new combined therapeutic approach. *Dermatology*. 2002;204(3):251.
- Moulin G, Thomas L, Vigneau M, Fiere A. Un cas unilatéral d'élastose avec kystes et comédons de Favre et Racouchot. *Ann Dermatol Venereol*. 1994;121:721-3.
- Stefanidou M, Ioannidou D, Tosca A. Unilateral nodular elastosis with cysts and comedones (Favre-Racouchot syndrome). *Dermatology*. 2001;202(3):270-1.
- Breit S, Flaig MJ, Wolff H, Plewig G. Favre-Racouchot-like disease after radiation therapy. *J Am Acad Dermatol*. 2003;49(1):117-9.
- Zhang R, Zhu W. Favre-Racouchot syndrome associated with eyelid papilloma: A case report. *J Biomed Res*. 2012;26(6):474-7.
- Helm F. Nodular cutaneous elastosis with cysts and comedones (Favre-Racouchot syndrome). Report of a case. *Arch Dermatol*. 1961;84:666-8.
- Mavilia L, Campolmi P, Santoro G, Lotti T. Combined treatment of Favre-Racouchot syndrome with a superpulsed carbon dioxide laser: report of 50 cases. *Dermatol Ther*. 2010;23(Supl 1):S4-6.
- Leeuwis-Fedorovich NE, Starink M, Van Der Wal AC. Multifocal squamous cell carcinoma arising in a Favre-Racouchot lesion - report of two cases and review of the literature. *J Dermatol Case Rep*. 2015;9(4):103-6.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:


Ana Luisa De Rezende Almeida |  ORCID 0000-0002-2459-6852.
Revisão bibliográfica e elaboração do artigo.

Isis Muniz De Alencar Sampaio |  ORCID 0000-0002-0005-9649
Revisão bibliográfica e elaboração do artigo.

Ludmilla Cardoso Gomes |  ORCID 0000-0002-8165-5345.
Fotografias e revisão crítica do manuscrito.

Luisa Preisler |  ORCID 0000-0002-1600-9953.
Fotografias e revisão crítica do manuscrito.

Silvia Regina Martins |  ORCID 0000-0002-5588-0303.
Revisão crítica final do manuscrito.

Ed Wilson Tsuneo Rossoe |  ORCID 0000-0003-2833-8532.
Participação intelectual em conduta propedêutica do caso e aprovação da versão final do artigo.