

Osteoma cutis em couro cabeludo: tratamento cirúrgico com retalho em rotação tipo “S” itálico para exérese de lesão rara

Osteoma cutis on the scalp - Surgical treatment with a rotation flap "S" italic for the removal of a rare lesion

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201241223>

RESUMO

O osteoma *cutis* é um tumor raro, caracterizado pela presença de tecido ósseo na derme e/ou hipoderme. A seguir, iremos descrever o caso de um paciente com diagnóstico de osteoma cutis no couro cabeludo há cerca de 10 anos, com crescimento progressivo e área de alopecia local. O paciente foi submetido à excisão cirúrgica da lesão com técnica de retalho em rotação tipo “S” itálico para reconstrução da área visando ao melhor resultado estético possível.

Palavras-chave: Osteoma; Scalp; Surgical Flaps

ABSTRACT

Osteoma cutis is a rare tumor characterized by the presence of bone tissue in the dermis and/or hypodermis. We describe the case of a patient diagnosed with osteoma cutis on the scalp for approximately ten years with progressive growth and local alopecia area. The patient underwent surgical excision of the lesion using the rotation flap "S" italic technique to reconstruct the area aiming at the best possible aesthetic result.

Keywords: Nasal Surgical Procedures; Neoplasms, Basal Cell; Nose Neoplasms

INTRODUÇÃO

Osteoma *cutis* é uma lesão rara, caracterizada pela presença de ossificação na pele, cuja etiologia é desconhecida.¹ Manifesta-se com a formação de nodulações ósseas na derme e/ou hipoderme, constituídas de osso lamelar com a presença de osteócitos no centro e de osteoclastos na área periférica, semelhante aos ossos mesenquimais.^{2,3} Embora seja uma lesão de natureza benigna, pode levar a deformidades cutâneas nas áreas afetadas, causando alterações estéticas e trazendo consequências psicológicas ao paciente.⁴

As áreas mais afetadas são face, couro cabeludo, tórax e extremidades. As lesões, geralmente, são indolores e assintomáticas, apresentam-se como pápulas, nódulos ou placas únicas ou múltiplas endurecidas, irregulares e circunscritas, embora também possam apresentar-se como lesões miliares.^{5,6,7} Sua coloração geralmente é cor da pele e, ocasionalmente, causam descoloração cutânea ficando branco-amareladas.⁸

Relato de caso

Autores:

Lívia Arroyo Trídico^{1,2}

Paulo Henrique Miranda Ribeiro³

¹ Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto (SP), Brasil.

² Serviço de Dermatologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto (SP), Brasil.

³ Faculdade de Medicina de Catanduva, Catanduva (SP), Brasil.

Correspondência:

Lívia Arroyo Trídico

R. Raul Silva, 3114

Bairro Redentora

15090-260 São José do Rio Preto (SP)

E-mail: latridico@terra.com.br

Data de recebimento: 25/07/2018

Data de aprovação: 09/02/2021

Trabalho realizado na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto (SP), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.



Classificamos as lesões de osteoma *cutis* em primárias ou secundárias. O osteoma *cutis* primário (POC) ocorre em 15% dos casos, não está associado a histórico local de trauma ou lesão cutânea prévia e pode ocorrer isoladamente ou associado a uma síndrome de disfunção metabólica (as principais síndromes associadas são osteodistrofia hereditária de Albright, fibrodysplasia ossificante progressiva, heteroplasia progressiva óssea e osteoma *cutis* placoide). O tipo secundário é o mais comum, responsável por 85% dos casos, associado a lesões cutâneas prévias, tais como esclerodermia, pilomatricoma, nevo, dermatomiosite, carcinoma basocelular, cicatriz, inflamação cutânea, trauma e cisto epidérmico, entre outros.^{4,9,10}

Este relato descreve um caso de osteoma *cutis* primário de grande dimensão localizado no couro cabeludo e seu tratamento cirúrgico.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 39 anos, apresentava lesão no couro cabeludo há cerca de 10 anos, assintomática e de crescimento progressivo. A lesão era caracterizada por placa de alopecia bem delimitada de aspecto endurecido com algumas nodulações de coloração amarelada no centro da lesão, diâmetro de 5 x 3cm e localização no vértice do couro cabeludo (Figura 1).

Uma das lesões nodulares foi biopsiada, e o diagnóstico histopatológico foi de osteoma *cutis*. O paciente não apresentava qualquer lesão clínica prévia no local do tumor, e as dosagens de cálcio sérico e paratormônio estavam normais. Sendo assim, classificamos a lesão como osteoma *cutis* primário isolado.

Dessa forma, optamos por realizar o tratamento cirúrgico da lesão, uma vez que apresentava crescimento progressivo, levando à alopecia e consequente comprometimento estético.

Diante do tamanho da lesão e de sua localização, o tratamento cirúrgico tornou-se um desafio, visando à reconstrução com o melhor resultado funcional e estético possível.

Foi realizada a excisão da lesão com margem de segurança de 0,5cm, englobando tecido cutâneo e subcutâneo até atingir a gálea aponeurótica (Figuras 2 e 3). Para reparo da área excisada, optou-se por realizar o retalho de rotação, em que o segmento de pele, subcutâneo e gálea adjacente à lesão, realiza



FIGURA 2:
Exérese da lesão



FIGURA 1:
Placa endurecida de 5 x 3cm em região de vértice de couro cabeludo



FIGURA 3:
Exérese da lesão

um movimento semicircular de rotação para reconstruir o defeito. O retalho de rotação realizado foi do tipo “S” itálico ou catavento, em que a área adjacente foi descolada ao nível da gálea aponeurótica em formato de “S” a partir das margens laterais da área excisada, visando ao melhor resultado a fim de não comprometer a área de implantação do cabelo e a fronte com cicatriz de sutura¹¹ (Figura 4 A e B).

Sendo assim, foi possível fechar a área excisada com mínima tensão local e excelente resultado estético, uma vez que toda a cicatriz cirúrgica ficou localizada no couro cabeludo e não houve alteração na aparência da face (Figura 5). Além disso, a fim de minimizar a cicatriz cirúrgica, utilizamos a sutura tricofítica, uma vez que, ao realizar sutura simples no couro cabeludo, não há crescimento de cabelo na linha da sutura. Dessa forma, a sutura tricofítica é uma técnica que promove o crescimento de cabelo através da cicatriz final, tornando-a menos visível. Inicialmente, aproximam-se as bordas por meio de sutura no tecido subcutâneo com fio absorvível (Vycril 3.0) realizada a cada 2cm; em seguida, a epiderme e a derme superficial de uma das bordas são removidas com tesoura ou bisturi (retira-se uma fina tira de

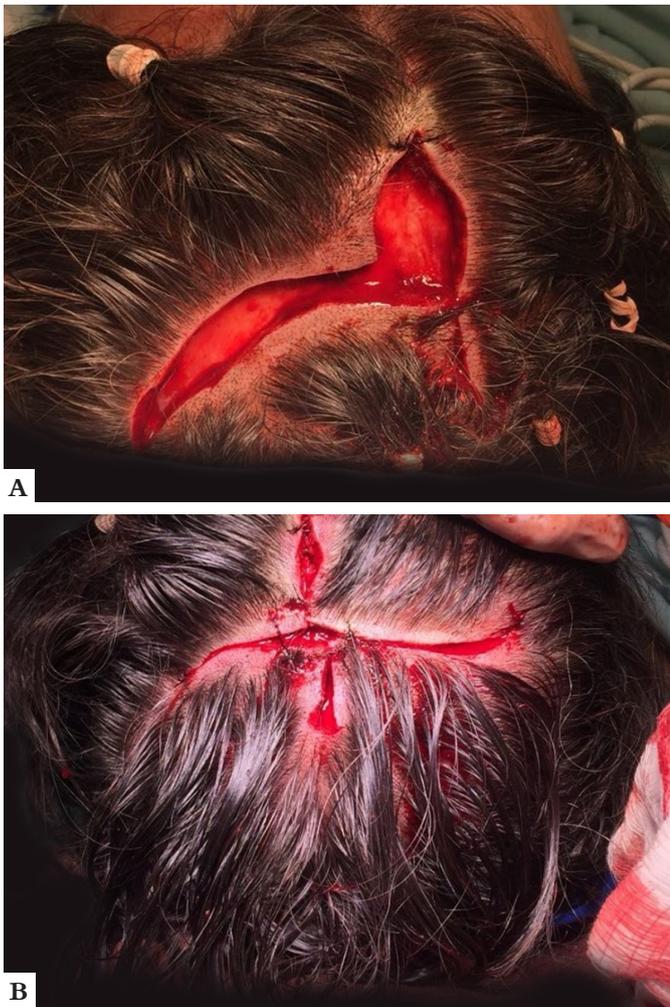


FIGURA 4: A e B -Retalho de rotação tipo “S” itálico



FIGURA 5: Resultado da sutura do retalho

1,0 a 1,5mm de epitélio da borda) e, finalmente, aproximam-se as bordas com uma sutura contínua. Essa técnica coloca a borda superior da lesão sobre a borda inferior profunda. Sendo assim, os folículos pilosos localizados abaixo da borda desepitelizada crescerão normalmente através da cicatriz futura, permitindo camuflá-la.^{12,13,14}

DISCUSSÃO

O osteoma cutis foi descrito pela primeira vez em 1858 por Wilkins, correspondendo a uma dermatose rara e benigna, caracterizada pela presença de tecido ósseo maduro, compacto ou esponjoso, na derme e/ou hipoderme.¹⁵ Ocorre em qualquer idade, sexo ou raça, e ocorrências familiares sugerem fatores genéticos associados.⁷ A patogênese é inconclusiva; existem duas teorias a respeito da possível origem do tumor: a primeira e mais aceita é que ocorre metaplasia local de células mesenquimais, de fibroblastos para osteoblastos. A segunda teoria é baseada na migração anômala de osteoblastos para a pele devido a uma desordem embriológica.^{4,7,16}

O tratamento do osteoma cutis varia de acordo com localização, manifestação clínica e tamanho, devendo ser individualizado em cada caso. A excisão cirúrgica é o tratamento de escolha, porém são descritas outras opções terapêuticas, tais como excisão por punch, excisão e curetagem, dermoabrasão, tretinoína tópica 0,05%, laser Erbium:YAG como ablativo da epiderme, laser CO2 e ácido tricloroacético 100% sobre as lesões a fim de promover a eliminação transepidérmica do osteoma.^{4,7,17,18}

No caso apresentado, optamos pela excisão cirúrgica devido ao tamanho da lesão localizada no couro cabeludo. As lesões de couro cabeludo constituem-se um desafio para reconstrução em decorrência da pouca mobilidade da pele da região, entre outros fatores, o que dificulta o fechamento de lesões de moderada a grande extensão. A escolha pelo retalho em rotação do tipo “S” itálico visou a reconstruir o defeito da ressecção

cirúrgica buscando melhor resultado funcional e estético com mínima morbidade à área doadora. Além disso, a técnica de sutura utilizada, conhecida como sutura tricofítica, permitiu otimizar ainda mais o resultado, uma vez que possibilita o crescimento de

cabelo através da cicatriz, tornando-a menos visível. O tratamento realizado obteve sucesso não apenas devido à remoção completa do tumor, mas também em relação aos resultados estéticos e à ausência de recidiva. ●

REFERÊNCIAS

1. Sánchez MEG, Martínez MLM, Mena JLA, Martín LIDO. Osteoma cutis: rare painful tumor in atypical location. *An Bras Dermatol*. 2017;92(5 Suppl 1):113-4.
2. Mast AM, Hansen R. Multiple papules on the elbows. Congenital osteoma cutis. *Arch Dermatol*. 1997;133(6):777-80.
3. Moritz DL, Elewski B. Pigmented postacne osteoma cutis in a patient treated with minocycline: report and review of the literature. *J Am Acad Dermatol*. 1991;24(5 Pt 2):851-3.
4. Ayaviri NA, Nahas FX, Barbosa MV, Farah AB, Arimatéia Mendes J, Ferreira LM. Isolated primary osteoma cutis of the head: case report. *Can J Plast Surg*. 2006;14(1):33-6.
5. Boschert MT, Puckett CL. Osteoma cutis of the hand. *Plast Reconstr Surg*. 2000;105(3):1017-8.
6. Goldminz D, Greenberg RD. Multiple miliary osteoma cutis. *J Am Acad Dermatol*. 1991;24(5 Pt 2):878-81.
7. Duarte IG. Multiple injuries of osteoma skin in the face: therapeutical least invasive in patients with acne sequela - case report. *An Bras Dermatol*. 2010;85(5):695-8.
8. Goldminz D, Greenberg RD. Multiple miliary osteoma cutis. *J Am Acad Dermatol*. 1991;24(5):878-81.
9. Bowman PH, Leshner JL Jr. Primary multiple miliary osteoma cutis and exogenous ochronosis. *Cutis*. 2001;68(2):103-6.
10. Altman JF, Nehal KS, Busam K, Halpern AC. Treatment of primary miliary osteoma cutis incision, curettage, and primary closure. *J Am Acad Dermatol*. 2001;44(1):96-9.
11. Souza CD. Reconstruction of large scalp and forehead defects following tumor resection: personal strategy and experience - analysis of 25 cases. *Rev Bras Cir Plást*. 2012;27(2):227-37.
12. Nirmal B, Somiah S, Sacchidanand SA. A study of donor area in follicular unit hair transplantation. *J Cutan Aesthet Surg*. 2013;6(4):210-3.
13. Marzola M. Trichophytic closure of the donor area. *Hair Transplant Forum Int*. 2005;15(4):113-6.
14. Antonio AM, Soares RO. Sutura tricofítica. *Revista SPDV*. 2017;75(3):273-5.
15. Berbert ALCV, Mantese SAO, Hiraki KRN, Loyola AM, Queiroz NP. Multiple cutaneous miliary osteomas of the face: a case report. *Surg Cosmet Dermatol* 2012;4(4):360-3.
16. Burgdorf W, Nasemann T. Cutaneous osteomas: a clinical and histopathologic review. *Arch Dermatol Res*. 1977;260(2):121-35.
17. Wu M, Wang Y, Zhang D, Jia G, Bu W, Fang F, Zhao L. A case of giant primary osteoma cutis successfully treated with tissue expansion and surgical excision. *Indian J Dermatol Venereol*. 2011;77(1):79-81.
18. Fazeli P, Harvell J, Jacobs MB. Osteoma cutis (cutaneous ossification). *West J Med*. 1999;171(4):243-45.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Livia Arroyo Trídico |  ORCID 0000-0002-7743-4195

Elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Paulo Henrique Miranda Ribeiro |  ORCID 0000-0002-1430-5521

Participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.