

Surgical & Cosmetic Dermatology

Volume 12 • Suplemento 1 • Outubro - Dezembro de 2020

Dermatofibrossarcoma protuberante mimetizando queiloide



Uso do *google glass* na queiloplastia: a perspectiva do cirurgião

Associação entre o uso de *laser* de CO₂ fracionado ablativo e *laser* Q-switched Nd:YAG 1064nm para remoção de tatuagem

Técnica de excisão em cruz para rinofima em paciente com múltiplas comorbidades

APOIO CIENTÍFICO:

Surgical & Cosmetic Dermatology

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia
Publicação Trimestral

www.surgicalcosmetic.org.br

PERIODICIDADE TRIMESTRAL

EDITOR-CHEFE

Hamilton Ometto Stolf

*Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil.
Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu (SP), Brasil.*

CO-EDITORES

Bogdana Victoria Kadunc

*Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas (SP), Brasil.
Hospital do Servidor Público Municipal, São Paulo (SP), Brasil.*

Ricardo Vieira

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.



Sociedade Brasileira de Dermatologia

Afiliada à Associação Médica Brasileira

www.sbd.org.br

Surgical & Cosmetic Dermatology

SURGICAL & COSMETIC DERMATOLOGY

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia

Official Publication of Brazilian Society of Dermatology

Publicação Trimestral (Quarterly Edition)

ISSN 1984-5510 ● ISSN-e 1984-8773 ● Julho - Setembro 2020 ● Volume 12 ● Número 3

Diretoria Executiva

Presidente

Sérgio Palma | PE

Vice-Presidente

Mauro Enokihara | SP

Secretária Geral

Cláudia Alcântara | RJ

Tesoureiro

Egon Daxbacher | RJ

1ª Secretária

Flávia Bittencourt | MG

2º Secretário

Leonardo Mello | ES

Editores

Editor-chefe:

Hamilton Ometto Stolf 

Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu (SP), Brasil.

Co-editores:

Bogdana Victoria Kadunc 

Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas (SP), Brasil.

Hospital do Servidor Público Municipal, São Paulo (SP), Brasil.

Ricardo Vieira 

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Editores de áreas

Dermatologia Cosmética

Doris Hexsel 

Centro Brasileiro de Estudos em Dermatologia, Porto Alegre (RS), Brasil.

Marcia Ramos e Silva 

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Laser e Tecnologia

Celia Kalil 

Departamento de Dermatologia, Hospital das Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre (RS), Brasil.

Cirurgia de unhas

Nilton Di Chiacchio 

Hospital do Servidor Público Municipal, São Paulo (SP), Brasil.

Tricologia

Miguel Sanchez Viera 

Instituto de Dermatologia Integral, Madri, Espanha.

Cirurgia Oncológica e de Mohs

Arash Kimyai-Asadi 

Houston Methodist Hospital and Derm Surgery Associates, Houston, Estados Unidos.

Cirurgia Dermatológica Reconstructiva

Lauro Lourival Lopes Filho 

Departamento de Medicina Especializada da Universidade Federal do Piauí, Universidade Federal do Piauí, Teresina (PI), Brasil.

Gisele Viana de Oliveira 

Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil.

Cirurgia Dermatológica Cosmética

Carlos Gustavo Wambier 

Departamento de Dermatologia, Warren Alpert Medical School, Brown University, Providence, Estados Unidos da América.

Emerson Lima 

Santa Casa de Misericórdia, Recife (PE), Brasil.

Diagnóstico por Imagens em Dermatologia

Gisele Gargantini Rezze 

Pós graduação, Fundação Antônio Prudente, São Paulo (SP), Brasil.

Editor Júnior

Felipe Cerci 

Serviço de Dermatologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba (PR), Brasil.

Surgical & Cosmetic Dermatology

Conselho Editorial

Ada Trindade Almeida
Hospital do Servidor Público Municipal, São Paulo (SP), Brasil.

Adilson Costa
Emory University School of Medicine, Atlanta/GA, USA.

Alcidarta dos Reis Gadelha
Faculdade de Medicina da Universidade Estadual da Amazônia, Manaus (AM), Brasil.

Ana Maria Costa Pinheiro
Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil.

André Luiz Simião
Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas (SP), Brasil.

Antonela Tosti
Università di Bologna, Bologna (BO), Itália.

Antonio Picoto
Centro de Dermatologia Medico-Cirúrgica, Lisboa, Portugal.

Caio César Silva de Castro
Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, Curitiba (PR), Brasil.

Carlos Baptista Barcaui
Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Carlos D'Apparecida Machado
Faculdade de Medicina do ABC, São Paulo (SP), Brasil.

Cleide Ishida
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Denise Steiner
Faculdade de Medicina de Mogi das Cruzes, São Paulo (SP), Brasil.

Eckart Haneke
Inselspital University Hospital, Bern (CH), Suíça

Emmanuel França
Universidade de Pernambuco (UPE), Recife (PE), Brasil.

Enrique Hernandez Perez
Centro de Dermatología y Cirugía Cosmética (CDCC), São Salvador, El Salvador.

Érico Pampado Di Santis
Universidade de Taubaté (UNITAU), Taubaté (SP), Brasil.

Francisco M. Paschoal
Faculdade de Medicina do ABC, São Paulo (SP), Brasil.

Gabriel Gontijo
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte (MG), Brasil.

Heitor de Sá Gonçalves
Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil.

Humberto Ponzio
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (RS), Brasil.

Izelda Carvalho Costa
Universidade de Brasília, Brasília (UNB), Brasil.

Jean Carruthers
University of British Columbia, Vancouver (BC), Canadá.

Jorge Ocampo Candiani
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), Monterrey (NL), México.

José Roberto Pereira Pegas
Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos, Guarulhos (SP), Brasil

Juliano Villaverde Schmidt
Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Faculdade Evangélica do Paraná, Curitiba (PR), Brasil.

Lia Cândida Miranda de Castro
Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia (GO), Brasil.

Luís Antonio Torezan
Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brasil.

Luiz Fernando F. Kopke
Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis (SC), Brasil.

Mercedes Florez
Florida International University, Miami (FL), Estados Unidos da América.

Maria Fernanda Gavazzoni
Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Maria Helena Lesqueves Sandoval
Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes (HUCAM), Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória (ES), Brasil.

Mauro Enokihara
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo (SP), Brasil.

Miriam Sotto
Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brasil.

Monica Azulay
Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Omar Lupi
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Paulo Ricardo Criado
Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brasil.

Roberto Gomes Tarlé
Serviço de Dermatologia Santa Casa de Curitiba, Curitiba (PR), Brasil.

Rossana Ruth G.V. Gonçalves
Universidade Federal do Pará – Belém (PA), Brasil.

Samira Yarak
Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina (PE), Brasil.

Sarita Bezerra
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife (PE), Brasil.

Tânia Cestari
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS), Brasil.

Conselho Internacional de Revisores

Alastair Carruthers
University of British Columbia – Vancouver (BC), Canadá.

Dee Anna Glaser
St. Louis University School of Medicine, Saint Louis (MO), Estados Unidos da América.

Ellen Marmur
Icahn School of Medicine at Mount Sinai, Nova York (NY), Estados Unidos da América.

Hermênio C. Lima
McMaster University – Hamilton (ON), Canada

Jerry Brewer
University of South Carolina, Colúmbia (SC), Estados Unidos da América.

John A. Zitelli
University of Pittsburgh Medical Center – Pittsburgh (PA), Estados Unidos da América.

Leslie Baumann
Baumann Cosmetic and Research Institute, Miami (FL), Estados Unidos da América.

Robert Baran
Nail Disease Centre, Cannes, França.

Rainer Rompell
Clinic Kassel, Kassel, Alemanha.

William Hanke
University of Iowa, Iowa City (IA), Estados Unidos da América.

Zoe Diana Draelos
Duke University, Durham (NC), Estados Unidos da América.

A/C SURGICAL & COSMETIC DERMATOLOGY

Av. Rio Branco, 39 18º andar
 Cep: 20.090-003
 Rio de Janeiro-RJ, Brasil.
 Fone: 55 (21) 2253-6747
 E-mail: surgicalcosmetic@sbd.org.br
 website: www.surgicalcosmetic.org.br

A *Surgical & Cosmetic Dermatology* é uma publicação oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) em parceria com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica. O conteúdo técnico-científico apresentado nesta publicação é de co-propriedade da Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Editada por: Sociedade Brasileira de Dermatologia.



©2019 Sociedade Brasileira de Dermatologia.
 Website: www.sbd.org.br

Os anúncios veiculados nesta edição são de exclusiva responsabilidade dos anunciantes, assim como os conceitos emitidos em artigos assinados são de exclusiva responsabilidade de seus autores, não refletindo necessariamente a opinião da SBD.

Todos os direitos reservados e protegidos pela lei 9.610 de 19/02/98. Nenhuma parte dessa publicação poderá ser reproduzida sem autorização prévia por escrito da Sociedade Brasileira de Dermatologia, sejam quais forem os meios empregados: eletrônico, mecânico, fotográfico, gravação ou quaisquer outros.

Material de distribuição à classe médica.

A revista consta no Depósito Legal, na Biblioteca Nacional, de acordo com o Decreto nº 1.825, de 20 de dezembro de 1907.

Licença Creative Commons

**INDEXAÇÕES**

- Sumários.org
(www.sumarios.org/)
- DOAJ
(<https://doaj.org/>)
- Latindex
(www.latindex.org)
- Lilacs
(<http://bases.bireme.br/>)
- SCOPUS
(<http://www.scopus.com/home.url>)
- Periódica
(<http://periodica.unam.mx>)
- Redalyc
(<http://www.redalyc.org>)

PERIODICIDADE TRIMESTRAL

EQUIPE TÉCNICA
 Nazareno Nogueira de Souza

BIBLIOTECÁRIA
 Vanessa Mafra

INFORMAÇÕES SOBRE ASSINATURA NO SITE:
www.surgicalcosmetic.org.br

VALOR DAS ASSINATURAS:
 R\$ 250,00 e \$180 dólares

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

A *Surgical & Cosmetic Dermatology* (S&CD), editada em 2009, constitui publicação médica destinada a difundir conhecimento e experiência nas áreas de Cirurgia Dermatológica, Oncologia Cutânea, Estudo de Imagens, Tecnologia em Dermatologia e Cosmiatria. É uma publicação trimestral da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) que conta com o apoio científico da Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica e do Colégio Íbero Latino de Dermatologia, que baseia sua política ética e editorial nas regras emitidas pelo The International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), www.icmje.org. A revista está disponível na íntegra online e adota a política de acesso aberto. A S&CD não cobra aos autores para que submetam ou publiquem manuscritos, não havendo qualquer tipo de custo ou taxas aos autores. A revista adota também a licença de uso da Creative Commons CC BY, <https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/br/>.

Os manuscritos devem estar de acordo com os padrões editoriais para artigos submetidos a periódicos biomédicos estabelecidos na Convenção de Vancouver (Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas), regras para relatos de ensaios clínicos e revisões sistemáticas (metanálises). A inclusão em um registro público de ensaios clínicos é uma condição para a publicação de ensaios clínicos nesta revista, de acordo com as recomendações do ICMJE.

Serão produzidos exemplares impressos da versão em língua portuguesa, com resumos e títulos em inglês. A versão da língua inglesa estará disponível nos websites da SBD e da S&CD, no link: www.surgicalcosmetic.org.br.

Nomes de autores e de pareceristas são mantidos em sigilo; a revista adota o sistema de double blind review. Todos os artigos propostos à publicação serão previamente submetidos à revisão anônima e confidencial de no mínimo dois membros do Conselho Editorial ou dos Conselhos Nacional e Internacional de Revisores, seguindo as diretrizes do COPE (Committee on Publication Ethics).

Quando aceitos, estarão sujeitos a pequenas correções ou modificações que não alterem o estilo do autor.

A S&CD segue o Guia para o registro e publicação de retratação e também o Guia para registro e publicação de errata elaborados pela SciELO, disponível no endereço eletrônico <http://www.scielo.org/php/level.php?lang=pt&component=56&item=57>

Os autores ao submeterem manuscrito para avaliação da revista devem garantir que o mesmo não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiro. A S&CD utiliza software antiplágio para combater o plágio acadêmico e profissional, verificando a originalidade de artigos.

Ética na publicação

Estudos em seres humanos e animais

Se o trabalho envolver seres humanos, o autor deve certificar que o trabalho descrito foi realizado de acordo com a Declaração

de Helsinque para experimentos envolvendo seres humanos. O manuscrito também deve estar de acordo com as Recomendações para a Elaboração e Publicação de Trabalhos Acadêmicos em Periódicos Médicos e incluir populações humanas representativas (sexo, idade e etnia) de acordo com essas recomendações.

O manuscrito deve conter a informação de que o consentimento informado foi obtido em experimentos envolvendo seres humanos. Os direitos de privacidade dos envolvidos na pesquisa devem sempre ser observados.

Todos os experimentos com animais devem estar em conformidade com as diretrizes ARRIVE e devem ser realizados de acordo com a Lei dos Animais (Procedimentos Científicos) do Reino Unido, 1986 e diretrizes associadas, com a Diretiva 2010/63/EU para experimentos em animais, ou com as orientações do National Institutes of Health para cuidado e uso de animais de laboratório (NIH Publications No. 8023, revisada em 1978).

Estudos em pacientes ou voluntários exigem termos de consentimento de aprovação do comitê de ética e o número de protocolo deve ser informado à revista. Os consentimentos, permissões e liberações apropriados devem ser obtidos sempre que um autor desejar incluir detalhes do caso, informações pessoais ou imagens de pacientes e quaisquer outros indivíduos em uma publicação.

Preprint

A revista S&CD procura manter suas normas em constante atualização, caminhando em conjunto com as tendências da publicação científica. Aceitamos os Preprints como forma de incentivo à comunicação entre os autores e para dar agilidade à ciência. Preprint é um manuscrito científico previamente depositado pelos autores em repositórios, afim de disseminar os dados de pesquisa mais rapidamente. Depositar um manuscrito em plataforma de Preprints não é considerado publicação duplicada. No entanto, a S&CD não aceita manuscritos já publicados anteriormente em outro periódico.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

O processo de avaliação dos artigos submetidos à S&CD ocorre nas seguintes etapas:

- Verificação preliminar: a secretaria editorial verifica a consistência dos dados cadastrais e observância das normas de submissão. Se aprovados os manuscritos são direcionados para a próxima fase, o desk-review.

- Desk-review: nesta fase o Editor analisa o formato científico do manuscrito quanto aos objetivos, marco teórico, linguagem e metodologia, verificando o enquadramento do artigo ao escopo editorial da revista e o potencial de contribuição da pesquisa. Essa tarefa é dividida entre o editor geral e os editores adjuntos, cada qual em sua área de especialidade. Se aprovados pelos editores os artigos são direcionados para o double blind review.

- Double blind review: o artigo e demais documentos suplementares são encaminhados a pelo menos dois avaliadores,

especialistas nacionais ou estrangeiros reconhecidos no assunto dos manuscritos que avaliam, e que não possuam qualquer espécie de vinculação com o trabalho em revisão.

- Após o trabalho receber os pareceres oriundos do estágio double blind review, o editor envia aos autores o resultado pelo sistema de submissão, que poderá referir-se a uma das três situações seguintes:

- **Aprovação:** o artigo quando aprovado, o autor correspondente será comunicado sobre a aprovação e depois sobre a publicação, também receberá uma prova final para aprovação e correções.

- **Revisão:** os autores deverão realizar as adequações sugeridas, ou apresentarem as devidas argumentações para não procederem. As versões dos autores visando atender as revisões solicitadas pelos pareceristas deverão sempre ser acompanhadas de uma respectiva minuta esclarecendo as alterações atendidas e explicando as razões das não atendidas. O prazo de entrega do artigo revisado é determinado pelo editor e informado aos autores em função da revisão solicitada. Após a entrega do artigo revisado, o mesmo é novamente submetido aos pareceristas para verificação das alterações. A revisão poderá envolver várias rodadas até que se chegue ao parecer final de aprovação ou rejeição do manuscrito.

- **Rejeição:** o artigo não foi aceito para publicação conforme justificativa apresentada pelo editor embasada na avaliação dos pareceristas, que refletem as melhorias a serem realizadas no texto.

- Cabe ao Editor, após o parecer dos avaliadores, revisar e aprovar ou recusar a versão final do trabalho. O editor e editores associados também poderão recusar os manuscritos em avaliação prévia assim que submetidos por não se encaixarem no perfil editorial da revista.

- Durante todo o processo editorial os autores podem acompanhar o *status* da avaliação, podendo inclusive recorrer de decisões.

**Os casos não previstos nestas diretrizes serão tratados pelo Editor-Chefe da S&CD, e pelo Conselho Editorial quando assim se fizer necessário.*

ORIENTAÇÕES PARA O PREPARO DOS ARTIGOS

A preparação correta do manuscrito torna os processos de revisão e publicação mais eficientes. Assim, recomendamos alguns cuidados que podem facilitar significativamente a preparação dos manuscritos.

1. Os artigos devem ser inéditos e redigidos no idioma de origem do autor (português, espanhol ou inglês): a equipe editorial providenciará as versões necessárias. A escolha da fonte deve ser Times New Roman ou Arial, de número 12.

2. O título do trabalho deve ser curto e conciso, informado em português e inglês, com até 150 caracteres sem espaços, acompanhado de um título resumido.

3. Os resumos em português e inglês devem acompanhar o formato adequado ao tipo de artigo.

4. Os autores devem informar o nome com suas

abreviaturas, e as suas afiliações institucionais, seguidos de cidade, estado e país. Os vínculos às instituições devem ser citados em ordem hierárquica (ex.1º Departamento, 2º Universidade) e não são permitidas a inclusão dos mini-currículos. Quando um autor é afiliado a mais de uma instituição, cada uma deve ser identificada separadamente. Quando dois ou mais autores estão afiliados à mesma instituição, a sua identificação é feita uma única vez. É obrigatório mencionar o número ORCID, utilizado para a identificação de pesquisadores. O autor deve assumir pelo menos uma responsabilidade na elaboração do trabalho e deverá informar a contribuição de cada um na submissão. Um dos autores deve ser designado como autor correspondente, com endereço de e-mail. Deve também ser citado o local de realização do trabalho.

5. Os autores devem informar claramente se houve conflitos de interesse e suporte financeiro.

6. As palavras-chave devem ser citadas em português e em inglês (Keywords), totalizando 3 a 10 por idioma, devendo ser incluídas em todos os tipos de artigos. É recomendável que estas palavras deverão estar contidas no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings) que podem ser acessados na internet.

7. O número limite de palavras para os textos deve ser obedecido segundo o tipo de artigo, e computado excluindo as referências e os resumos em português e inglês.

8. Devem ser evitadas informações introdutórias extensas e repetitivas, dando-se preferência às mais recentes, ainda não publicadas. Evite textos com repetição da mesma informação no resumo, introdução e discussão.

9. Pesos e medidas devem ser expressos no sistema métrico decimal, e temperaturas em graus centígrados.

10. Drogas devem ser mencionadas por seus nomes genéricos, seguidos da dosagem e posologia empregadas, evitando-se a citação de termos comerciais ou marcas. Descrições de quaisquer equipamentos, instrumentos, testes e reagentes devem conter o nome do fabricante e o local de fabricação.

11. De acordo com o ICMJE, apenas podem ser designados como autores, aqueles que participaram ativamente no trabalho, podendo assim assumir a responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Os créditos de autoria devem se basear exclusivamente em contribuições substanciais para:

- a- discussão e planejamento do tema e protocolo, análise ou interpretação de dados;

- b- redação do artigo ou sua crítica;

- c- responsabilidade pela aprovação final para a publicação.

Outras contribuições menores como sugestões de literatura, coleta e análise de dados, obtenção de financiamento, auxílio técnico na execução de rotinas, encaminhamento de pacientes, interpretação de exames de rotina e chefia de serviço ou departamento que não estejam envolvidas no estudo, não constituem critérios para autoria. e podem ser reconhecidas separadamente sob a forma de “agradecimentos”, de acordo com a decisão dos autores.

12. As referências bibliográficas devem ser listadas nas últimas páginas do artigo, e numeradas de acordo com a citação

no texto (em ordem numérica seqüencial), seguindo o estilo Vancouver, como indicado pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Referências citadas em legendas de tabelas e figuras devem manter a seqüência com as citações no texto. Todos os autores devem ser citados se forem até seis; acima disso, devem ser mencionados os seis primeiros e “*et al.*”. Seguem-se exemplos dos tipos mais comuns de referências. Exemplos de citações no texto retirados do ICMJE:

a- Artigo em periódico:

Hallal AH, Amortegui JD, Jeroukhimov IM, Casillas J, Schulman CI, Manning RJ, *et al.* Magnetic resonance cholangiopancreatography accurately detects common bile duct stones in resolving gallstone pancreatitis. *J Am Coll Surg.* 2005;200(6):869-75.

b- Capítulo de livro:

Reppert SM. Circadian rhythms: basic aspects and pediatric implications. In: Styne DM, Brook CGD, editors. *Current concepts in pediatric endocrinology.* New York: Elsevier; 1987. p .91-125.

c- Texto na Internet:

Ex. com autor indicado:

Fugh-Berman A. PharmedOUT [Internet]. Washington: Georgetown University, Department of Physiology and Biophysics; c2006 [cited 2007 Mar 23]. Available from: <https://www.pharmedout.org/>. Ex. quando o autor é uma organização: International Union of Biochemistry and Molecular Biology. Recommendations on Biochemical & Organic Nomenclature, Symbols & Terminology etc. [Internet]. London: University of London, Queen Mary, Department of Chemistry; [updated 2006 Jul 24; cited 2007 Feb 22]. Available from: <https://www.chem.qmul.ac.uk/iubmb/>.

d- Apresentação prévia em eventos:

Bruhat M, Silva Carvalho JL, Campo R, Fradique A, Dequesne J, Setubal A, editors. *Proceedings of the 10th Congress of the European Society for Gynaecological Endoscopy;* 2001 Nov 22-24; Lisbon, Portugal. Bologna (Italy): Monduzzi Editore, International Proceedings Division; c2001. 474 p.

13. Ilustrações (figuras, quadros, gráficos e tabelas) devem ser referidas em ordem numérica sequencial no texto em números arábicos (exemplo: Figura 3, Gráfico 7), cabendo

ao Editor suprimir as redundantes. As legendas das figuras e gráficos e os títulos e notas de rodapé das tabelas devem descrever precisamente seu conteúdo com frases curtas, porém suficientes para a compreensão ainda que o artigo não seja totalmente lido. Todos devem ser inseridos no passo correspondente a ilustrações no sistema, evitando que use o campo destinado ao texto para que não contabilizem as palavras dentro das ilustrações.

14. As figuras deverão ter resolução mínima de 300 DPI, largura mínima de 1.200 pixels com altura proporcional, e serem gravadas nos formatos JPG ou TIF. Podem ser colocadas setas ou linhas para localizar as áreas de interesse. As legendas das imagens histológicas devem especificar a coloração e o aumento. Se uma figura já foi publicada anteriormente, deverá citar a fonte original abaixo da mesma e constar nas referências. Deverão enviar à revista a permissão do detentor dos direitos autorais para a sua reprodução. No uso de figuras que identifiquem a face de pacientes será preciso autorização por escrito para divulgação (ver no site da revista o documento Autorização para uso de fotografias).

15. Quanto aos vídeos é necessário inserir legendas contendo informações como título do manuscrito, autoria, instituição e outros comentários pertinentes. No uso de imagens de pacientes, a identidade deverá ser resguardada, do contrário, será preciso anexar-lhes permissão por escrito para divulgação.

16. Os gráficos deverão ser elaborados em Microsoft Excel. As tabelas dispensam sua descrição no texto tendo a finalidade de suplementá-lo e não a de aumentá-lo. As unidades utilizadas para exprimir os resultados (m, g, g/100, mL etc.) figurarão no alto de cada coluna. Os pacientes devem ser identificados por números ou letras, e nunca pelos nomes, iniciais ou número de registro hospitalar.

17. O limite máximo de autores aceitável é de 5; só haverá exceção para trabalhos de maior complexidade (ex. Artigo Original, Revisão) mediante justificativa e aprovação dos editores.

18. As opiniões e declarações contidas na revista são de responsabilidade única e exclusiva de seus autores, não sendo, necessariamente, coincidentes com as da Equipe Editorial, do Conselho de Revisores ou da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Os autores deverão submeter seu manuscrito para avaliação do Conselho Editorial da revista no endereço eletrônico que se segue: <https://www.sgponline.com.br/scd/sgp/>.

Todos os documentos como Consentimento de uso para publicação (Copyright), Conflito de interesses e Autorização para publicação de fotografias estão disponíveis no site da revista e no sistema de submissão online. Estes documentos devem ser assinados por todos os autores participantes e anexados no sistema ao se submeter o manuscrito. Autorização para publicação de fotografias só se faz necessária quando identifica a face do paciente por completo. O documento de Participação no trabalho só será solicitado pelos editores se houver necessidade.

CONTATO DA REVISTA:

A/C Surgical & Cosmetic Dermatology Av. Rio Branco, n° 39, 18° andar.

Rio de Janeiro – RJ, Brasil. CEP: 20090-003.

surgicalcosmetic@sbd.org.br

A revista aceita trabalhos inéditos e não publicados das seguintes categorias:

1- ARTIGOS DE REVISÃO

Poderão ser aprofundados os temas específicos nas áreas de interesse da S&CD, algoritmos, compilações e estatísticas. Estes trabalhos têm formato livre, porém devem conter resumo não estruturado de até 100 palavras e conclusões ou considerações finais. Limite: texto até 6000 palavras, 10 ilustrações e 60 referências. Os artigos de revisão sistemática ou metanálises devem seguir orientações pertinentes (<https://www.cochrane.org/>)

2- ARTIGO ORIGINAL

É o relato de uma pesquisa investigativa original nas áreas de Cirurgia Dermatológica, Oncologia Cutânea, Tecnologia em Dermatologia e Cosmiatria. Exemplos: estudos experimentais, estudos clínicos, comparações e descrições de técnicas ou de métodos de avaliação, estudos de áreas afins (ex: estudos farmacêuticos em cosmiatria). O texto deverá conter até 4000 palavras, 10 ilustrações e 35 referências e seguir o formato IMRDC (Introdução e objetivo, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão)

Resumo: deverá conter no máximo 200 palavras e ser estruturado seguindo os itens: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Não é permitido afirmar que os resultados ou outros dados serão apresentados ou discutidos.

Introdução: citar as razões que motivaram o estudo, descrevendo o estado atual do conhecimento sobre o tema. Utilizar o último parágrafo para especificar a principal pergunta ou objetivo do estudo, e a principal hipótese testada, se houver.

Métodos: Explicar como o estudo foi feito:

a- Tipo de estudo: descrever o seu desenho especificando a direção temporal (retrospectivo ou prospectivo), o tipo de randomização quando utilizada (pareamento, sorteio, sequenciamento, etc), se o estudo foi cego, comparativo, controlado por placebo, etc.

b- Local: indicar onde o estudo foi realizado (instituição privada ou pública), citar que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa de sua instituição, os procedimentos de seleção, os critérios de inclusão e exclusão, e o número inicial de pacientes.

c- Procedimentos: descrever as principais características das intervenções realizadas, detalhando a técnica e lembrando que o estudo de investigação deverá ser reprodutível.

d- Descrição dos métodos utilizados para avaliação dos resultados.

e- Inclusão da análise estatística descritiva e/ou comparativa com descrição do planejamento da amostra

(representativa do universo a ser estudado), a análise e os testes estatísticos e apresentação dos níveis de significância adotados. A

utilização de análises estatísticas não usuais é incentivada, porém neste caso, deve-se fazer uma descrição mais detalhada da mesma.

Resultados: descrever os principais resultados que devem ser acompanhados de estimativas pontuais e medidas de dispersão (p.ex., média e erro padrão) ou de estimativas intervalares (p.ex., intervalos de confiança), bem como os níveis descritivos dos testes estatísticos utilizados (p.ex. “p-value”). Os achados também devem ser interpretados sob o ponto de vista clínico.

Discussão: enfatizar os novos e importantes resultados encontrados pelo estudo e que farão parte da conclusão. Relatar observações de outros estudos relevantes. Mencionar as limitações dos achados e as implicações para pesquisas futuras.

Conclusões: devem ser concisas e responder apenas aos objetivos propostos. A mesma ênfase deve ser dada para estudos com resultados positivos ou negativos.

3- COMUNICAÇÕES

Artigos originais, breves, abordando resultados preliminares de novos achados de interesse nas áreas focadas pela revista. Texto com formatação semelhante ao artigo original, resumo estruturado de até 200 palavras. Limite: texto até 2000 palavras, 8 ilustrações e 15 referências.

4- DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Abordagem de temas ou casos clínicos, em que os exames de imagens (dermatoscopia, microscopia confocal, ultrassom e outros métodos) são fundamentais no diagnóstico ou tratamento. Resumo não estruturado de até 100 palavras, texto até 1200 palavras, 6 ilustrações e 5 referências.

5- COMO EU FAÇO?

Descrição de novas técnicas ou detalhes de técnicas. Resumo não estruturado de até 100 palavras, introdução com revisão de literatura, métodos, resultados, discussão e conclusão. Limite: 1200 palavras, 8 ilustrações e 30 referências.

6- RELATO DE CASO

Descrição de casos ou série de casos de relevância nas áreas de interesse da S&CD, com descrição de tratamentos, complicações, etc. Resumo não estruturado de até 100 palavras, introdução com revisão de literatura, métodos, resultados, discussão e conclusão, sempre que pertinentes. Limite: texto até 1200 palavras, 8 ilustrações e 30 referências.

7- CARTAS

Comentários objetivos e construtivos sobre matérias publicadas. Texto até 600 palavras, e no máximo 5 referências.

Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia
 OUTUBRO/NOVEMBRO/DEZEMBRO 2020 • Volume 12 • S1
 ISSN:1984-5510
 Online ISSN: 1984-8773

Relatos de Caso / Case Reports

- Retalho de pedículo subcutâneo em formato de tubarão na região perialar** 11
Subcutaneous pedicle flap shaped like a shark on perinasal region
 Luciana Pereira Paes Gomes Saraiva, Renata do Val Guimarães, Guillermo Loda, Marcela Benez
- Pilomatrixoma (calcifying epithelioma of Malherbe) of the temporal region - a case report** 15
Pilomatricoma (calcifying epithelioma of Malherbe) of the temporal region - a case report
 Ary Santos Silva
- Cistos cutâneos no couro cabeludo: descrição de técnica inovadora** 18
Cutaneous pilar cysts: description of an innovative technique
 Laura Costa Beber de Jesus, Gabriela Machado Dias Junqueira, Getullio Pisa Carneiro, Douglas Haddad Filho
- Correção ambulatorial de cicatriz de queimadura** 22
Surgical correction of facial burn scar in ambulatory
 Carolina Malavassi Murari, Julia Marcon Cardoso, Douglas Haddad Filho
- Dermatofibrossarcoma protuberante mimetizando quelóide** 26
Dermatofibrosarcoma protuberans simulating keloid
 Juliana Chaves Fabrini, Michelle dos Santos Diniz, Mônica Maria de Faria Pimenta, Maria Silvia Laborne Alves de Sousa, Ralph Brito Damaceno, Cassio Ferreira Guimarães
- Carcinoma basocelular gigante em couro cabeludo: relato de reconstrução tardia** 31
Giant basal cell carcinoma of the scalp: report of late reconstruction
 Luciane Prado Silva Tavares, Yasmin Pugliesi, Lucas Barros Terra Cunha, Daniel Martins Hiramatsu
- Dermatofibrossarcoma protuberante mimetizando quelóide** 35
Dermatofibrosarcoma protuberans simulating keloid
 Juliana Chaves Fabrini, Michelle dos Santos Diniz, Mônica Maria de Faria Pimenta, Maria Silvia Laborne Alves de Sousa, Ralph Brito Damaceno, Cassio Ferreira Guimarães
- Doença de Dowling-Degos: desordem genética e espectral de hiperpigmentação reticular** 39
Dowling-Degos Disease - Genetic and spectral disorder of reticular hyperpigmentation
 Anna Carolina Brandão Vasconcelos, John Verrinder Veasey
- Fasciite nodular na fronte: uma rara apresentação** 43
Nodular fasciitis in the forehead: a rare presentation
 Patrícia Pinheiro Montalvão, Amanda Soares Teixeira, Isadora Barreto Michels, Ingrid Stresser Gioppo, Anna Carolina Miola
- A cirurgia micrográfica de Mohs no tratamento do câncer de pênis** 46
Mohs micrographic surgery in the treatment of penile cancer
 Rachel de Avila Coelho, Juliana Cristina Silva Fraga, Pedro Romanelli de Castro, Marco Aurelio Lima de Sousa Figueiredo
- Retalho trilobado para reconstrução nasal: otimizando resultados** 51
Trilobate flap for nasal reconstruction: optimizing results
 Ila Stella Mikilita, Fernando Eibs Cafrune
- Retalho em ilha tunelizado na reconstrução de defeito na sobrancelha** 54
Tunneled island flap for reconstruction of eyebrow defect
 Juliana Câmara Mariz, Bárbara de Oliveira Martins, Manoel Gomes Filho Neto, Maria de Oliveira Buffara, Solange Cardoso Maciel Costa Silva
- Tumor de Buschke-Lowenstein perianal: relato de dois casos tratados com podofilina em vaselina sólida 25%** 58
Perianal Buschke-Lowenstein tumor: report of two cases treated with 25% podophyllin ointment
 Thiago da Silveira Manzione, Sidney Roberto Nadal, John Verrinder Veasey
- Extenso quelóide vulvar pós-tratamentos para condilomas genitais: relato de caso** 62
Extensive vulvar keloid post multiple treatments for genital condylomas: Case report
 Mariana de Oliveira Trintinalha, Gabriele Belniowski Mendes, Fernanda Villar Fonseca
- Tumor triquilemal proliferante exuberante em jovem** 66
Exuberant Proliferating Trichilemmal Tumor in a young person
 Mabel Duarte Alves Gomides, Alceu Luiz Camargo Villela Berbert

Sumário / Table of contents

Carcinoma cuniculatum: lesão positiva para HPV 16 com reconstrução cirúrgica com enxerto abdominal <i>Cuniculatum carcinoma: HPV 16 positive lesion with an abdominal graft surgical reconstruction</i> André Ricardo Adriano, Juliano Borges, Jordano Luiz da Costa	73
Tratamento do cisto mucoso digital por técnica compressiva conservadora <i>Digital myxoid cyst: treatment by conservative compressive technique</i> Nelson Marcos Ferrari Junior, Daniel Luiz Marques Gonçalves	70
Exérese de carcinoma espinocelular e reconstrução de lábio superior com técnica de duplo avanço <i>Squamous Cell Carcinoma excision and upper lip reconstruction with double advancement technique</i> Paulo Henrique Teixeira Martins, Natália Andressa Buss Venier, Laura Luzzatto, Fernando Eibs Cafrune	76
Onicomatricula, um diagnóstico ignorado: relato de caso <i>Onychomatricula, an ignored diagnosis: Case Report</i> Fernanda Catarina Ribeiro, Andressa Camillo da Matta Setubal Gomes, Aline Lucy Galavotti Silveira	80
Abordagem cirúrgica do tumor de Köenen: relato de um caso e revisão da literatura <i>Surgical approach to Köenen tumor: a case report and literature review</i> Amanda Bertazzoli Diogo, José Roberto Pegas, Mariana de Freitas Valente, Cristina Santos Ribeiro Bechara	87
Sarcoma pleomórfico indiferenciado: relato de caso <i>Undifferentiated pleomorphic sarcoma: a case report</i> Rebecca Silveira, Tatiane Benini, André Cesar Antiori Freire Pessanha	92
Agressividade tumoral óculo-facial por carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado sob imunocompetência sistêmica <i>Oculofacial tumor aggressiveness due to moderately differentiated squamous cell carcinoma under systemic immunocompetence</i> Rebecca Silveira, Tatiane Benini, André Cesar Antiori Freire Pessanha	96
Condiloma acuminado na infância tratado com creme de imiquimode a 5%: relato de caso <i>Condylomata acuminata in childhood treated with 5% imiquimod cream: case report</i> Mayara Teixeira Cruz, Nathalia Augusta Grigoli Zardo Alves, Beatriz Polisel Cernescu, Cássio Rafael Moreira, Lígia Márcia Mário Martin	100
Transposição de lóbulo de orelha: um retalho simples para reconstrução de defeito cirúrgico de espessura total do antítrogo <i>Earlobe transposition: a simple flap in the reconstruction of full-thickness surgical defect of anti-tragus</i> Gerson Dellatorre, Marcos Noronha Frey, Roberto Gomes Tarlé	104
Uso do google glass na queiloplastia: a perspectiva do cirurgião <i>Use of Google Glass in cheiloplasty: the surgeon's perspective</i> Bruno de Oliveira Barbosa, Guilherme Henrique de Castro Teixeira, Danilo Monteiro Vieira, Ana Flávia Saraceni, Guilherme Gurgel do Amaral Teles	107
Tratamento de necrobiose lipóidica no antebraço esquerdo com associação entre luz intensa pulsada e laser Erbium-YAG 2940nm <i>Treatment of Necrobiosis Lipoidica in the left forearm with association of Intense Pulsed Light and Erbium-Yag Laser 2940nm</i> Karina Bittencourt Medeiros, Deborah Skusa de Torre, Juliana Merheb Jordão, Ana Carolina Petes Nogueira, Thaís Thumé	110
Fibromatose desmoide extra-abdominal: a importância da cirurgia micrográfica de Mohs em um tumor raro e recidivante <i>Extra-abdominal desmoid fibromatosis: the importance of Mohs micrographic surgery in a rare and recurrent tumor</i> Gerson Dellatorre, Marcos Noronha Frey, Roberto Gomes Tarlé	114
Enxerto dermoepidérmico obtido por remoção da pápula formada pós-enxertia com punch em vitiligo: melhora do padrão em paralelepípedo <i>Dermoepidermal grafting obtained by shave excision of papule formed post punch grafting in vitiligo: improvement of the cobblestone pattern</i> Jefferson Alfredo de Barros, Juliano Cesar de Barros, Juliana Lika Narahara, Anelise Damiani da Silva Citrin	118
Associação entre o uso de laser de CO2 fracionado ablativo e laser Q-switched Nd:YAG 1064nm para remoção de tatuagem <i>Association of fractional CO2 laser and Q-switched Nd:YAG 1064 nm laser for tattoo removal</i> Célia Luiza Petersen Vitello Kalil, Clarissa Prieto Herman Reinehr	121
Técnica de excisão em cruz para rinofima em paciente com múltiplas comorbidades <i>Full thickness cross-shaped excision for rhinophyma in a patient with multiple comorbidities</i> Natalia Naomi Suzuki, Juliana Schinzari Palo, Renata Ferreira Magalhães, Thais Helena Buffo, Hamilton Ometto Stolf	124

Retalho de pedículo subcutâneo em formato de tubarão na região perialar

Subcutaneous pedicle flap shaped like a shark on perinasal region

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201241101>

RESUMO

A região nasal é frequentemente acometida por neoplasias cutâneas, especialmente em indivíduos de fototipos baixos, em quem a incidência de carcinoma basocelular é elevada. Defeitos cirúrgicos na asa nasal e região perinasal constituem desafio à sua reconstrução, uma vez que envolve várias unidades cosméticas e preservação do sulco nasal. A preservação dos limites entre essas unidades mostra-se fundamental, portanto, para o bom resultado funcional e estético. Este artigo tem como objetivo mostrar a aplicação do retalho de pedículo subcutâneo em formato de tubarão para correção de defeitos em asa nasal e região perinasal.

Palavras-chave: Carcinoma Basocelular; Neoplasias Nasais; Procedimentos Cirúrgicos Nasais

ABSTRACT

The nasal region is often affected by cutaneous neoplasm, especially in individuals of low phototypes, where the incidence of basal cell carcinoma is high. Surgical defects in the nasal wing and perinasal region constitute a challenge to its reconstruction since it involves several cosmetic units and preservation of the nasal groove. The preservation of the limits between these units is thus fundamental for good functional and aesthetic results. This article aims to show the application of the Shark Island Flap for the correction of defects in the nasal and perinasal regions.

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

INTRODUÇÃO

A região nasal é, frequentemente, acometida por neoplasias cutâneas, especialmente em indivíduos de fototipos baixos, em quem a incidência de carcinoma basocelular é elevada.

Segundo estudo realizado no Instituto Nacional de Câncer, o carcinoma basocelular foi o principal responsável pelos defeitos nasais em que se realizaram reconstruções parciais ou subtotais de nariz, enquanto o carcinoma epidermoide foi o principal responsável nos casos de reconstrução nasal total.

O câncer de pele não melanoma é o mais frequente entre os homens brasileiros e o segundo entre as mulheres. Aproximadamente 93% dos carcinomas basocelulares ocorrem na cabeça e no pescoço e, destes, 25% aparecem na pirâmide nasal, de forma que este, indubitavelmente, é o câncer mais comum da cabeça e do pescoço.¹

Relato de caso

Autores:

Luciana Pereira Paes Gomes Saraiva¹
Renata do Val Guimarães¹
Guillermo Loda^{1,2}
Marcela Benez¹

¹ Serviço de Cirurgia Dermatológica do Instituto Rubem David Azulay da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

² Consulado da França.

Correspondência:

Luciana Pereira Paes Gomes Saraiva
R. Antônio Cordeiro, 264, bloco 1,
apartamento 404
Freguesia, Jacarepaguá
22750-310 Rio de Janeiro (RJ)
E-mail: lusaraiva_med@yahoo.com.br

Data de recebimento: 08/10/2018

Data de aprovação: 26/02/2020

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Dermatológica do Instituto Rubem David Azulay da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.



A região do nariz tem características únicas que devem ser consideradas no planejamento da reconstrução cirúrgica do defeito. A topografia complexa, com superfícies côncavas e convexas, precisa ser preservada. A margem livre da asa nasal pode ser facilmente elevada e distorcida caso a reconstrução não seja cuidadosamente planejada. A pele do terço inferior do nariz tem mobilidade reduzida e não é facilmente recrutada para fechamentos primários sem causar distorções anatômicas. Além disso, trata-se de região com características de textura e coloração únicas, não se assemelhando à pele ao redor. Finalmente, o aspecto funcional do nariz deve sempre ser levado em consideração, preservando-se a estrutura óssea, cartilaginosa e mucosa, nunca devendo ocorrer o comprometimento da via respiratória.²

A região do sulco nasal e perinasal é delimitada pela asa nasal lateral, face lateral do nariz, região malar e pele supralabial.³

Defeitos cirúrgicos envolvendo a região em questão constituem desafio no momento de sua reconstrução. Isto porque a combinação destes defeitos envolve várias unidades cosméticas da face; e a transgressão de uma unidade para outra, no momento da reconstrução, pode acarretar o apagamento do sulco nasal e a perda dos limites destas unidades, levando a resultado estético não satisfatório.⁴

Opções de manejo de defeitos profundos em asa nasal e região perinasal incluem fechamento primário; cicatrização por segunda intenção; retalhos locais; retalhos de interpolação e enxertos cutâneos.

Para se obter bom resultado funcional e cosmético, o ideal é realizar um retalho utilizando pele adjacente ao defeito cirúrgico. Neste caso, o retalho de pedículo subcutâneo em formato de tubarão mostrou-se eficaz, pois se trata de procedimento realizado em um único tempo cirúrgico, sob anestesia local, com pele que preserva as mesmas características de textura, coloração e concentração de glândulas sebáceas da região ressecada, além de preservar o sulco nasal e manter os limites entre as unidades cosméticas da face.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 58 anos, apresentou lesão nodular, eritemato-pigmentada, com telangiectasias, de cerca de 5mm x 6mm, bordos perolados, em região de sulco nasal e região perinasal direita, sugestiva de carcinoma basocelular (Figura 1).

Devido à localização da ferida cirúrgica (Figura 2), o retalho de pedículo subcutâneo em formato de tubarão mostrou-se como uma das opções a ser considerada.

A demarcação do retalho pediculado foi realizada de forma que o braço superior realizasse uma rotação de 90 graus em relação ao defeito cirúrgico; como se a “barbatana do tubarão” se encaixasse na borda alar do nariz (Figura 3).

Posteriormente, deu-se a rotação do tecido, fazendo com que o restante do retalho formasse um cone invertido de redundância de pele (Figura 4), resultando na criação natural da asa e do sulco nasais, sem necessidade de sutura de ancoragem do retalho.



FIGURA 1: Demarcação da lesão e retalho em ilha de tubarão



FIGURA 2: Defeito cirúrgico final



FIGURA 3: Preparo do braço inferior do retalho com descolamento do pedículo subcutâneo

Finalmente, foi executada a sutura do braço inferior do retalho, posicionando-se a cicatriz ao longo do sulco nasolabial, o que proporcionou resultado pós-operatório imediato satisfatório, sem alteração da anatomia da asa e introito nasais (Figuras 5 e 6).



FIGURA 5: Sessenta dias de pós-operatório. Preservação do sulco nasal



FIGURA 4: Cone de redundância após rotação de 90º do braço superior



FIGURA 6: Sessenta dias de pós-operatório. Sem alteração da anatomia da asa e introito nasais

DISCUSSÃO

As opções de reconstrução cirúrgica nasal devem contemplar a preservação funcional e estética da região, procurando sempre usar técnicas que camuflam as cicatrizes nas dobras e linhas naturais da face.⁵

Uma opção cirúrgica nesta região é a cicatrização por segunda intenção e fechamento primário, que podem ser soluções simples e rápidas para pequenos defeitos. Porém, em casos maiores, como o descrito, podem levar à retração da asa nasal e comprometimento funcional ao modificar a anatomia do introito nasal.

Já o enxerto cutâneo é uma boa opção para grandes defeitos, principalmente em áreas em que não se dispõe de distensibilidade tecidual e em casos em que não é possível delimitar a área tumoral intraoperatória. No entanto, deve-se evitar o seu uso, quando possível, por não conferir aspecto estético satisfatório, uma vez que se trata de técnica que nem sempre emprega pele com características similares à área a ser reconstruída no que diz respeito a coloração, textura, espessura e concentração de glândulas sebáceas, podendo levar à hipopigmentação local.

Os retalhos de transposição bilobados não seriam boa opção neste caso, porque são mais indicados em defeitos mais centralizados no dorso nasal ou na parede lateral do nariz. Além

disso, também apresentam chance de redundância de pele com efeito *trapdoor*.

Uma opção que poderia ser empregada nesta ferida cirúrgica é o retalho em avançamento em pedículo ou em ilha, pois preserva a anatomia desta região côncava da face e apresenta padrão de vascularização miocutâneo, o que confere ótima viabilidade ao retalho.

No caso em questão, optou-se pelo retalho de pedículo subcutâneo em tubarão, que recebe esta denominação porque se assemelha ao formato de tubarão, com a “barbatana” e boca ventral formadas a partir do defeito cirúrgico.

O avanço do retalho com o movimento de rotação da região da “barbatana do tubarão”, espontaneamente, cria um cone invertido de redundância de pele, que redefine o sulco da asa nasal, e os tecidos perinasais restabelecem o contorno da região da asa nasal, mantendo o limite bem definido entre as unidades cosméticas das regiões malar e nasal.⁶

O retalho de pedículo subcutâneo em formato de tubarão é, portanto, uma técnica de reconstrução cirúrgica para defeitos em asa nasal e região perinasal reprodutível, executada em um único tempo operatório, que oferece resultado funcional e cosmético bastante satisfatório, sem distorcer a anatomia da região. ●

REFERÊNCIAS

1. Souza Filho MVP, Kobig RN, Barros PB, Dibe MJA, Leal PRA. Reconstrução nasal: análise de 253 casos realizados no Instituto Nacional do Câncer. *Rev. Bras. Cancerol.* 2012;48(2):239-45.
2. Zitelli JA. The bilobed flap for nasal reconstruction. *Arch Dermatol.* 1989;125(7):957-9.
3. Asgari M, Odland P. Nasalis island pedicle flap in nasal ala reconstruction. *Dermatol Surg.* 2005;31(4):448-52.
4. Cvancara J, Wentzell JM. Shark island pedicle flap for repair of combined nasal ala-perialar defects. *Dermatol Surg.* 2006;32(5):726-9.
5. Levasseur JG, Mellette JR Jr. Techniques for reconstruction of perialar and perialar nasal ala combined defects. *Dermatol Surg.* 2000;26(11):1019-23.
6. André MC, Fraga A, Garcia CR, Pignatelli JG, Soares RO. Retalho em ilha de tubarão: uma técnica cirúrgica reconstrutiva de defeitos localizados na área nasal alar/perialar. Um procedimento simples. *An Bras Dermatol.* 2011;86(4suppl.1):160-3.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Luciana Pereira Paes Gomes Saraiva |  ORCID 0000-0003-1138-6255

Elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Renata do Val Guimarães |  ORCID 0000-0003-1070-1778

Obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Guillermo Loda |  ORCID 0000-0003-0511-0025

Concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Marcela Benez | ORCID: 0000-0003-0289-5656

Contribuição no artigo: Participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Pilomatrixoma (Epitelioma Calcificante de Malherbe) da região temporal - relato de caso

Pilomatricoma (calcifying epithelioma of Malherbe) of the temporal region - a case report

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201241153>

RESUMO

O pilomatrixoma constitui uma neoplasia benigna incomum de folículos pilosos, observado mais frequentemente em crianças. O tumor apresenta-se como um nódulo solitário e firme, recoberto com epiderme normal. É relatado o caso de uma paciente feminina de 26 anos com lesão na região temporal. Nos cortes histológicos, observou-se uma proliferação expansiva de ilhotas de células epiteliais configuradas de forma irregular, mostrando na área central sombra de núcleos perdidos (células-fantasma). O pilomatrixoma deve ser considerado no diagnóstico diferencial de nódulos cutâneos, especialmente aqueles de cabeça, pescoço e membros superiores.

Palavras-chave: Folículo Piloso; Neoplasias; Pilomatrixoma

ABSTRACT

Pilomatricoma is an uncommon benign neoplasm of hair follicles, most commonly seen in children. The tumor appears as a solitary and firm nodule, covered with normal epidermis. We report the case of a 26-year-old woman with a lesion in the temporal region. In histological sections, there was an expansive proliferation of islets of epithelial cells configured irregularly, showing the shadow of lost nuclei (ghost cells) in the central area. Pilomatricoma should be considered in the differential diagnosis of skin nodules, especially those of the head, neck, and upper limbs.

Keywords: Hair Follicle; Neoplasms; Pilomatricoma

INTRODUÇÃO

Pilomatrixoma é uma neoplasia benigna incomum de folículos pilosos, que foi descrita pela primeira vez por Malherbe e Chenantois em 1880. Em 1961, Forbes e Helwig sugeriram a denominação pilomatrixoma.^{1,2} Em sua maioria, surge nas duas primeiras décadas da vida, sendo que um segundo pico pode ocorrer em pacientes mais velhos. O tumor, geralmente, está representado por um nódulo solitário e firme, recoberto com epiderme normal. O tumor pode ser sólido ou parcialmente sólido e cístico, observando-se também depósitos de cálcio, assim justificando a sinonímia “*epitelioma calcificante de Malherbe*”.¹ A cobertura superficial da pele pode tornar-se violácea e, em alguns casos, apresentar hemorragia. Geralmente é solitário, mas múltiplos tumores também são descritos.³ Em sua maioria são benignos e, raramente, as alterações malignas são mencionadas na literatura.⁴

Relato de caso

Autores:

Ary Santos Silva¹

¹ Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília, Marília (SP), Brasil.

Correspondência:

Ary Santos Silva

Avenida São Paulo, 86, apartamento 203

Bairro Cascata

17509-190 Marília (SP)

E-mail: drarysantos@gmail.com

Data de recebimento: 27/02/2018

Data de aprovação: 08/12/2019

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília (HC FAMEMA), Marília (SP), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.



RELATO DO CASO

Uma paciente feminina de 26 anos apresentou lesão na região temporal esquerda, com crescimento progressivo e dor esporádica. O exame físico revelou lesão tumoral sólida, de cerca de 0,5 x 1,2cm na região temporal esquerda, aderida ao plano profundo (Figura 1). A paciente não relatou doença prévia ou casos similares na família. A avaliação clínica e testes laboratoriais pré-operatórios não apresentaram alterações. A ressecção cirúrgica da lesão foi realizada com margens de segurança de 1cm, sob anestesia local. Nos cortes histológicos, observou-se uma proliferação expansiva de ilhotas de células epiteliais configuradas irregularmente, que apresentavam limites distintos, e uma área central manchada que mostrava sombra de núcleos perdidos (células-fantasma) (Figura 2). Vários estádios de maturação das células basaloídes em células de sombra podem ser vistos. Portanto, com base nas características histopatológicas, o diagnóstico de pilomatrixoma foi confirmado.

DISCUSSÃO

Pilomatrixoma, ou epiteloma calcificado de Malherbe, é uma neoplasia epitelial benigna. Malherbe e Chenantois o descreveram em 1880 como um epiteloma calcificante derivado de glândulas sebáceas.^{1,5} Forbis e Helwig definiram mais tarde



FIGURA 1: Paciente 26 anos, feminina, apresentando uma lesão de 0,5 x 1,2 cm na região temporal esquerda, aderida à planos profundos

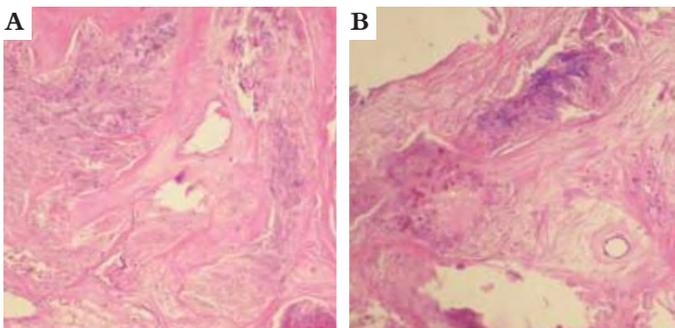


FIGURA 2: Histologicamente, foi observado expansiva proliferação de ilhas de células epiteliais de configurações irregulares, porém com limites distintos, demonstrando sombras de perda de núcleo (células fantasmas - "ghost cell" (A) - Vários estágios de maturação de células basaloídes. (B) - Hematoxylin and Eosin - original magnification x 400)

que a origem do pilomatrixoma é a bainha externa do folículo piloso.^{2,6} Estes tumores estão comumente presentes na região da cabeça e do pescoço, mas a ocorrência em outras partes do corpo também foi relatada. São mais comuns na faixa etária de 0 a 20 anos.^{7,8} O pilomatrixoma apresenta-se, geralmente, como um único nódulo assintomático. A pele sobre o tumor é geralmente normal, mas ocasionalmente pode apresentar coloração avermelhada ou azulada.⁹ Apresenta-se em geral bem circunscrito, com forma ovoide ou esférica e, às vezes, pode ser encapsulado.^{9,10} Tumores múltiplos estão associados a síndrome de Gardner, síndrome de Turner, distrofia miotônica, sarcoidose e doença de Steinert.¹¹ A transformação maligna do pilomatrixoma, embora relatada, é rara.^{8,12} As características histopatológicas do pilomatrixoma são as de um tumor bem circunscrito, cercado por uma cápsula do tecido conjuntivo. Normalmente, o pilomatrixoma está situado no tecido celular subcutâneo, composto de ilhas de células epiteliais constituídas por quantidades variáveis de células matriciais basaloídes e algumas alterações císticas.^{6,9} À medida que o tumor amadurece, há uma degeneração central das células basaloídes que constituem as células-fantasma (sombras anucleadas) da área central não corada, característica histopatológica do pilomatrixoma.^{6,9} Estas células basaloídes tendem a diminuir em número e as células-fantasma passam a predominar.¹¹ A presença de reação inflamatória, calcificações centrais, células gigantes do corpo estranho e detritos de queratina também é característica. Com o uso da coloração von Kossa, são encontrados 75% dos depósitos de cálcio nos tumores.¹¹ Os cistos triquilemais que apresentam perda de núcleos e calcificação devem ser histopatologicamente diferenciados do pilomatrixoma. Existe um padrão em paliçada das células basofílicas periféricas nos cistos triquilemais que não é encontrado em pilomatrixomas.^{6,9,12} O diagnóstico diferencial clínico desses tumores deve incluir cistos sebáceo, dermoide, epidermoide, formação óssea metaplástica, reação de corpo estranho, tricoepitelioma e carcinoma basocelular.^{8,12} A excisão cirúrgica é o tratamento de escolha. Após excisão adequada, a recorrência do tumor é rara, sendo obrigatório o acompanhamento a longo prazo.⁶

CONCLUSÃO

Os pilomatrixomas são tumores benignos de anexos cutâneos, derivados de células basais primitivas da epiderme, que se diferenciam em células da matriz do cabelo. Eles são uma condição relativamente rara e são mais frequentes em crianças.

O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica completa da lesão, incluindo-se na amostra a pele que a recobre. A recidiva não é frequente nem a ocorrência da variante maligna da lesão.

Este relato justifica-se pela relativa raridade do tumor, que deve ser diferenciado dos outros dos tecidos moles. ●

REFERÊNCIAS

1. Malherbe A, Chenantais J. Note sur l' epitheliome calcifié des glandes sebacées. Prog Med. 1880;8:826-8.
2. Forbis R, Helwig EB. Pilomatrixoma (calcifying epithelioma). Arch Dermatol. 1961;83:606-18.
3. Moehlenbeck FW. Pilomatrixoma (calcifying epithelioma). A statistical study. Arch Dermatol. 1973;108(4):532-4.
4. Hills RJ, Ive FA. Familial multiple pilomatrixomas. Br J Dermatol. 1992;127(2):194-5.
5. Knight PJ, Reiner CB. Superficial lumps in children: what, when, and why? Pediatr. 1983;72(2):147-53.
6. Birman MV, McHugh JB, Hayden RJ, Jebson PJ. Pilomatrixoma of the forearm: a case report. Iowa Orthop J. 2009;29:121-3.
7. Marrogi AJ, Wick MR, Dehner LP. Pilomatrical neoplasms in children and young adults. Am J Dermatopathol. 1992;14(2):87-94.
8. Zaman S, Majeed S, Rehman F. Pilomatricoma-study on 27 cases and review of literature. D:/Biomedica 2009;25:69-72.
9. Kaddu S, Soyer HP, Cerroni L, Salmhofer W, Hödl S. Clinical and histopathologic spectrum of pilomatricomas in adults. Int J Dermatol. 1994;33:705-8.
10. Schweitzer WJ, Goldin HM, Bronson DM, Brody PE. Solitary hard nodule on the forearm. Pilomatricoma. Arch Dermatol. 1989;125(6):828-9,832.
11. Peterson Wc, Hult AM. Calcifying epithelioma of malherbe. Arch Dermatol. 1964;90:404-10.
12. Chuang CC, Lin HC. Pilomatrixoma of the head and neck. J Chin Med Assoc. 2004;67:633-6.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Ary Santos Silva |  ORCID 0000-0002-4591-7547

Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; 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; revisão crítica do manuscrito.

Relato de caso

Autores:

Laura Costa Beber de Jesus¹
 Gabriela Machado Dias Junqueira¹
 Getullio Pisa Carneiro¹
 Douglas Haddad Filho²

¹ Departamento de Dermatologia da Universidade de Santo Amaro, São Paulo (SP), Brasil.

² Ambulatório de Cirurgia Dermatológica da Universidade de Santo Amaro, São Paulo (SP), Brasil.

Correspondência:

Douglas Haddad Filho
 R. Professor Enéas de Siqueira Neto, 340
 Jardim das Embuias
 04829-300 São Paulo (SP)
 E-mail: cirurgioplastica@dhclinica.com.br

Data de recebimento: 30/04/2018

Data de aprovação: 11/08/2020

Trabalho realizado na Universidade de Santo Amaro, São Paulo (SP), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.

Agradecimentos: Aos nossos familiares e preceptores, que sempre nos estimulam a aprimorar nosso conhecimento na tentativa de oferecer o melhor aos nossos pacientes.



Cistos cutâneos no couro cabeludo: descrição de técnica inovadora

Cutaneous pilar cysts: description of an innovative technique

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201241191>

RESUMO

Cistos são tumores epiteliais benignos extremamente comuns. O cisto triquilemal ou pilar tem origem no istmo do pelo anágeno, representa cerca de 20% dos cistos e localiza-se mais frequentemente no couro cabeludo (90%). Vários métodos podem ser usados para a retirada dos mesmos. A escolha da técnica depende de suas características, como: tamanho, mobilidade, consistência, quiescência, inflamação e quantidade. Porém, eles podem reaparecer se houver remoção incompleta da cápsula. Os autores apresentam uma variante simples da técnica de marsupialização que permite a sua retirada total.

Palavras-chave: Cistos; Couro cabeludo; Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais

ABSTRACT

Cysts are benign epithelial tumors widespread. The trichilemmal cysts, originating from the anagen's isthmus, represent about 20% of the cysts and are located more frequently in the scalp (90%). Several methods can be used for the removal of the cysts. The choice of technique depends on its characteristics, such as size, mobility, consistency, quiescence, inflammation, and quantity. However, they may grow again if the capsule is incomplete removed. The authors present a simple variant of the marsupialization technique that allows its complete removal.

Keywords: Ambulatory Surgical Procedures; Cysts; Scalp Dermatoses

INTRODUÇÃO

Cistos são tumores epiteliais benignos extremamente comuns, constituídos de um espaço revestido por um epitélio com conteúdo líquido ou pastoso no seu interior, móveis em relação aos planos profundos, localizados na derme ou no subcutâneo.^{1,2} São normalmente assintomáticos e se localizam principalmente no segmento cefálico, pescoço e tronco superior.¹

Os cistos epidermóides ou foliculares são mais comuns nos adultos e podem ser originados do infundíbulo piloso ou do óstio folicular (comedoniano). O cisto pilar ou triquilemal deriva do istmo de pelo anágeno e o esteatocistoma, do epitélio sebáceo, sendo, portanto, sebáceos verdadeiros.³

Os cistos triquilemais são menos comuns que os cistos epidermóides, representando cerca de 20% dos cistos. Têm predileção pelo sexo feminino, adultos de meia-idade ou maiores de 60 anos. São mais frequentes no couro cabeludo (90%) e raros em face, membros e tronco.^{4,5} Diferentemente do cisto epider-

moide, não possuem orifício. Têm consistência mais firme e são mais móveis do que o cisto epidermoide.³

Vários métodos podem ser usados com sucesso para a retirada dos cistos. A escolha depende do tamanho do cisto, da qualidade da pele suprajacente, da existência ou não do orifício de saída do cisto, entre outras variáveis. Porém, eles podem recidivar se houver remoção incompleta da cápsula.⁶

Apresentamos uma técnica cirúrgica de marsupialização que permite segurança na retirada total da cápsula, variação técnica não descrita na literatura.

MÉTODOS (DESCRIÇÃO CIRÚRGICA)

Cisto (com cerca de 1,5cm em seu maior diâmetro) na linha média do couro cabeludo, de consistência elástica, indolor à palpação, não aderido a planos profundos (Figura 1).

1. Marcação da incisão na linha de maior diâmetro do cisto e marcação dos limites do mesmo (Figura 1)
2. Assepsia e antissepsia locais
3. Anestesia local (lidocaína com vasoconstritor), 2ml, na incisão, no plano entre a derme e a parede anterior do cisto (Figura 2)
4. Incisão na pele com bisturi lâmina 15 (Figura 3)
5. Incisão na cápsula do cisto com bisturi lâmina 15
6. Drenagem do conteúdo do cisto (Figura 4)
7. Infiltração profunda de anestésico (1ml) no plano entre a parede posterior do cisto e o periósteo (Figura 5)
8. Expressão do cisto em direção ao crânio (Figura 6)
9. Remoção do cisto com pinça de Halsted (Figura 7)
10. Sutura



FIGURA 2: Anestesia com vasoconstritor local na incisão central

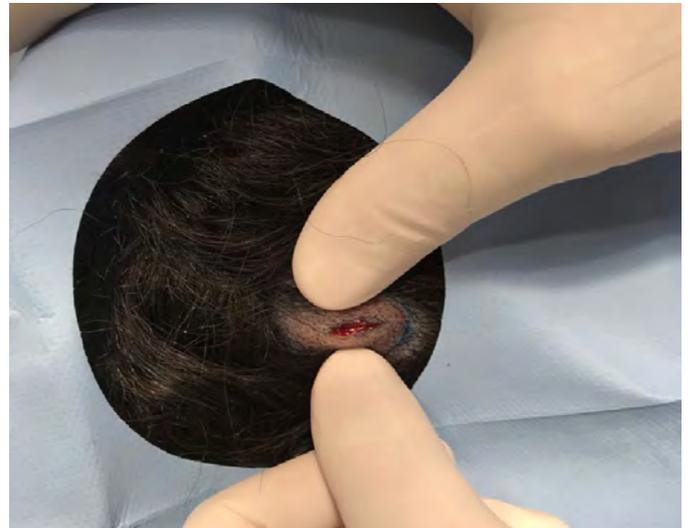


FIGURA 3: Incisão central no cisto



FIGURA 1: Demarcação dos limites da lesão e do local da incisão central

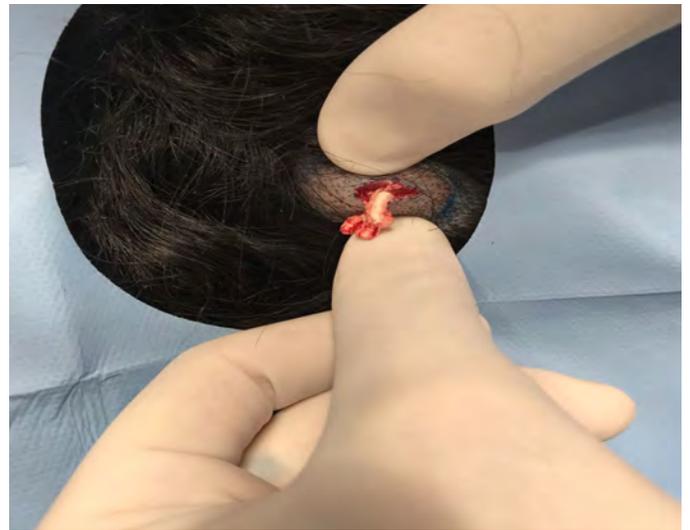


FIGURA 4: Drenagem do conteúdo do cisto



Figura 5: Infiltração de lidocaína junto ao periosteo



FIGURA 7: Remoção do cisto, evidenciando a retirada total da cápsula



FIGURA 6: Compressão da região pericisto

DISCUSSÃO

Os cistos epidérmicos ou foliculares podem ter um orifício central e são frequentemente encontrados na derme, hipoderme e tecido subcutâneo, e constituem uma entidade clínica bastante comum e de fácil resolução, porém dependem de uma conduta cirúrgica.³

A necessidade das ressecções de segmento da pele acima do cisto depende muito da qualidade dessa pele, uma vez que o cisto pode ter sofrido inflamações e/ou infecções. Outro fato que também demanda a remoção cutânea é a presença do orifício que identifica o óstio do folículo do qual o cisto é derivado, portanto deve ser retirado em conjunto com o cisto.

A remoção convencional é realizada com anestesia infiltrativa ao redor e superficialmente à parede anterior do cisto, sendo uma das técnicas mais utilizadas no tratamento dos cistos foliculares.⁴ É feita por meio de uma incisão na superfície da pele, expondo o cisto subjacente. Neste, é feita a prensão com pinça de Halsted para facilitar o descolamento das paredes laterais e profundas do cisto com tesoura de Íris curva delicada, até remover completamente a estrutura.^{1,6,7}

Embora essa técnica apresente alta eficiência, a possibilidade de rotura do cisto na dissecação dos tecidos aumenta a probabilidade da permanência de resíduo de cápsula, potencializando uma recidiva.

Na técnica apresentada, é realizada infiltração na região posterior do cisto que, com manobra bidigital de compressão, everte o cisto em direção à incisão, quando esse é tracionado. Os processos inflamatórios e infecciosos de repetição do cisto podem levar à formação de um granuloma perilesional e fibrose reacional, dificultando a retirada da cápsula. Nesses casos, a aplicabilidade da técnica apresentada pode não ser indicada, visto que a fibrose existente na região dificultaria a remoção integral do cisto. Assim, indica-se a retirada da estrutura em bloco, ou seja, pele e cisto, o que, embora aumente o volume do procedimento, garante a remoção integral da cápsula.

A vantagem da técnica apresentada reside no fato de que não é necessária a separação tecidual do cisto e dos tecidos vizinhos, o que, por sua vez, diminui o sangramento e, conseqüentemente, o tempo cirúrgico. A técnica é simples, rápida e pode ser aplicada em locais como a superfície rígida do couro cabeludo.³ ●

REFERÊNCIAS

1. Junior WB, Chiacchio ND, Criado PR. Tratado de dermatologia. 2nd ed. São Paulo: Atheneu, 2014. p. 2332.
2. Sampaio SAP, Rivitti EA. Dermatologia. 3th ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007. p. 1120-1121.
3. Galdelha ADR, Costa IMC. Cirurgia Dermatológica. 3th ed. São Paulo : Atheneu, 2017. p. 761-762.
4. Al-Khateeb TH, Al-Masri NM, Al-Zoubi F. Cutaneous cysts of the head and neck. J Oral Maxillofac surg. 2009;67(1):52-7.
5. Fitzpatrick TB. Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology. 5th ed. New York: McGraw-Hill, 2005. p. 171.
6. Mehrabi D, Leonhardt JM, Brodell RT. Removal of keratinous and pilar cysts with the punch incision technique: analysis of surgical outcomes. Dermatol Surg. 2002;28(8):673-7.
7. Lopes Filho LL, Lopes LRS. Cistos (Epidérmico, Pilar, Mixoide, Dermóide), Dermatofibroma e Lipoma. In: Palermo E. [et al.] editores. Tratado de cirurgia dermatológica, cosmética e laser da Sociedade Brasileira de Dermatologia. 1st ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. p. 621-627.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Laura Costa Beber de Jesus |  ORCID 0000-0003-2347-5554

Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Gabriela Machado Dias Junqueira |  ORCID 0000-0003-0899-9341

Elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Getullio Pisa Carneiro |  ORCID 0000-0001-7748-0282

Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

Douglas Haddad Filho |  ORCID 0000-0001-9304-4739

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Relato de caso

Autores:

¹ Carolina Malavassi Murari¹
Julia Marcon Cardoso¹
Douglas Haddad Filho¹

¹ Departamento de Dermatologia,
Universidade de Santo Amaro, São
Paulo (SP), Brasil.

Correspondência:

Carolina Malavassi Murari
Av. Brasil, 504
Vila Itapura
13073-025 Campinas (SP)
E-mail: cmalavassi@gmail.com

Data de recebimento: 30/05/2019

Data de aprovação: 03/08/2020

Trabalho realizado na Universidade
de Santo Amaro, São Paulo (SP), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.

Agradecimentos: À disciplina de
Dermatologia da Universidade de
Santo Amaro.



Correção ambulatorial de cicatriz de queimadura

Surgical correction of facial burn scar in ambulatory

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201241204>

RESUMO

Os lábios são compostos por estruturas musculares, mucosas e pele. As lesões em lábios podem ser de etiologia neoplásica, malformações congênitas ou traumáticas. A reconstrução cirúrgica dos defeitos nos lábios pode necessitar de técnicas de retalhos, enxertos e microcirurgia. Descreve-se no presente relato a correção cirúrgica ambulatorial do lábio inferior utilizando-se retalho cutâneo local, com evolução estético-funcional satisfatória.

Palavras-chave: Cicatriz; Cirurgia Plástica; Retalhos Cirúrgicos; Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais

ABSTRACT

Muscle, mucosae, and skin anatomically compose the lips. Neoplasms, congenital malformations, or local trauma can cause lesions on the lips. The surgical reconstruction of lip defects may need flaps, grafts, or microsurgery. The following case report describes the ambulatory surgical correction of a lower lip complex scar, using local skin flaps, with satisfactory aesthetic and functional outcomes.

Keywords: Ambulatory Surgical Procedures; Surgery, Plastic; Face; Surgical Flaps

INTRODUÇÃO

Os lábios são unidades estéticas da face, compostas por músculo, pele e mucosa, que exercem uma importante função de competência oral. Essa função é realizada por meio do controle do músculo orbicular da boca, onde algumas fibras desse músculo estão dispostas horizontalmente, iniciando-se em uma comissura e indo em direção à outra, atravessando o lábio, fazendo inserções, colunas e junções musculocutâneas. Essas fibras musculares comprimem os lábios. Em linhas gerais, além do músculo orbicular da boca, deve-se mencionar os músculos elevadores do lábio superior, os zigomáticos maior e menor e os elevadores do ângulo da boca. Além desses, os músculos depressores do lábio inferior, o músculo mentoniano e os elevadores da porção central do lábio inferior compõem as funções e características estéticas dos lábios.¹ As lesões nos lábios superiores ou inferiores podem ser de várias etiologias, incluindo os traumas e as neoplasias provocadas pela incidência solar, principalmente no

lábio inferior. Dependendo do tipo de lesão, das estruturas envolvidas, da localização e da extensão desta, haverá a necessidade de um tipo de reconstrução, com as mais variadas opções, desde retalhos locais, à distância e microcirúrgicos.^{1,2} Consideradas as variáveis da lesão e dos retalhos envolvidos, teremos um resultado estético-funcional proporcional.⁴ No presente relato, descrevemos um caso de reconstrução de lábio inferior com retalho cutâneo local, realizada em ambiente ambulatorial, sob anestesia local, evoluindo com bom resultado estético-funcional.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 56 anos, afrodescendente, hipertensa e epilética, com queixa de perda constante de saliva e cicatrizes no lábio inferior e no pescoço, ocorridas após ataque epilético e consequente queimadura de terceiro grau, quatro anos atrás. Ao exame físico, apresentava cicatriz no terço inferior da hemiface direita, a qual se estendia desde o vermelhão do lábio inferior até a região cervical anterior ipsilateral. Nas regiões de transição entre vermelhão e lábio inferior e terço inferior da face e pescoço, a cicatriz provocou a formação de bridas, além de áreas vitiligoides secundárias à lesão primária (Figura 1). À inspeção estática do lábio inferior, observava-se pequena falha de fechamento do vermelhão superior e inferior. Foi então realizada avaliação pré-operatória e liberação para cirurgia sob anestesia local.



FIGURA 1: Pré-operatório e planejamento cirúrgico

Procedimento cirúrgico

A paciente foi posicionada em decúbito dorsal horizontal e, após a assepsia e antisepsia da face com clorexidina alcoólica, foi feito o bloqueio mentoniano bilateral e anestesia local, com solução de soro fisiológico, lidocaína e adrenalina (1/250000) na quantidade de 10cc, no plano subdérmico e subcutâneo do lábio inferior. Foi então realizada uma incisão na linha cutâneo-mucosa do lábio inferior, contornando o defeito em forma de V, próximo à comissura direita, e se prolongando em direção medial, com extensão de 3cm, seguida da rotação do retalho de mucosa (vermelhão) sobre seu próprio eixo, até a comissura direita e sutura com mononylon 5-0. Por fim, foi realizada a rotação de retalho cutâneo em avanço, em direção látero-medial e sutura com mononylon 5-0.

Período pós-operatório

Foi realizada a orientação pós-operatória quanto à troca de curativo, acompanhamento e retorno para retirada de pontos (Figura 2 e 3).

Evolução

Em torno do 14º dia pós-operatório, o retalho cutâneo evoluiu com pequena deiscência em sua porção mais distal (Figura 4), cicatrizando-se por segunda intenção (Figura 5). A última documentação fotográfica foi realizada no 28º pós-operatório e, apesar da intenção de manter o seguimento prolongado para avaliar a ocorrência de retrações ou hipertrofias, a paciente perdeu seguimento ambulatorial.

DISCUSSÃO

A realização da reconstrução funcional e estética dos lábios é uma tarefa desafiadora para cirurgiões plásticos e dermatologistas.^{2,4} A correção cirúrgica desses defeitos pode levar à incompetência oral, sialorreia e dificuldade na fala⁴, dependendo do retalho a ser utilizado. A reconstrução bem-sucedida busca preservar a competência oral, a abertura oral máxima, a fala e a sensibilidade, além de aperfeiçoar a estética^{3,4}, sendo que, algumas vezes, a conquista dessas variáveis é parcial.

A literatura descreve mais de 100 diferentes modalidades de reconstrução⁴, porém até o momento nenhuma técnica é considerada ideal para a reconstrução dos lábios⁵, pois envolve muitos fatores, como tipo e tamanho da lesão. Em defeitos compreendendo menos de um terço do lábio, o fechamento primário produz um bom resultado funcional e estético.^{3,6} Os retalhos locais representam uma boa opção para defeitos que afetam um a dois terços do lábio, como o caso relatado.^{4,6} Quando o defeito excede dois terços do lábio, regiões com reconstrução prévia ou tecido irradiado, recomenda-se reconstrução de retalho microcirúrgico⁴, entre eles, retalho antibráquial.

Nas reconstruções em geral, especialmente nas reconstruções de lábio, deve-se levar muito em consideração a área doadora do retalho, pois algumas vezes está indicada a utilização do lábio contralateral da lesão. Além disso, nesses retalhos estão envolvidas estruturas musculares importantes para a competência oral.^{3,4}



FIGURA 2: Pós-operatório imediato



FIGURA 4: Décimo quarto dia de pós-operatório. Pequena área de deiscência com tecido de cicatrização



FIGURA 3: Sétimo dia de pós-operatório

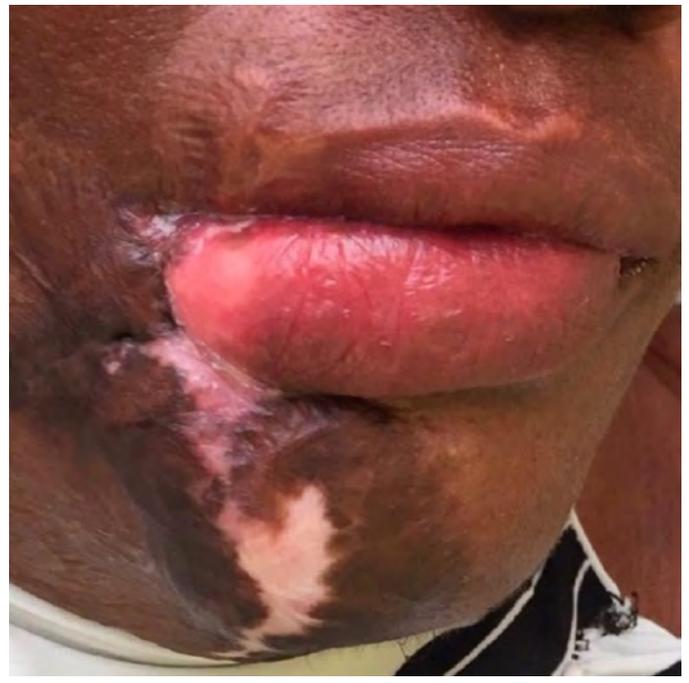


FIGURA 5: Vinte e oito dias de pós-operatório. Cicatrização completa e continência salivar obtida

No relato apresentado, deve-se ressaltar que não existiu uma lesão que necessitasse de remoção tecidual comprometendo o perímetro da boca, e sim um reposicionamento dos tecidos ectópicos, visando à competência oral, à movimentação e à consequente melhora da fala. O seguimento clínico de pós-operatório prolongado, de até 12 meses, faz-se importante em casos como este, pois a formação de retrações e de espessamentos ou cicatrizes hipertróficas pode ser tardia.

Os retalhos locais utilizados, tanto mucoso quanto cutâneo, objetivaram esse reposicionamento e também objetivaram minimizar as dimensões do procedimento em si, sem o comprometimento de outras estruturas e áreas doadoras, uma vez que as condições clínicas da paciente permitiam somente anestesia local. Contudo, a complicação ocorrida, ou seja, a deiscência, pode ter sido em decorrência da qualidade da pele do retalho, gerando necrose, uma vez que essa pele também esteve envolvida

no trauma primário. Mesmo com essa complicação, a evolução foi muito favorável em termos estéticos e funcionais, havendo a total resolução da brida entre o vermelhão e o lábio e o reposicionamento do vermelhão inferior, levando à total competência oral.

CONCLUSÃO

No caso relatado, foram realizados retalhos mucoso e cutâneo, sob bloqueio mentoniano e anestésico local, que resultaram em competência oral satisfatória e bom resultado estético. ●

REFERÊNCIAS

1. Zide BM. Deformities of the lips and cheeks. In: McCarthy JG, editor. Plastic Surgery, vol. 3, Philadelphia, PA: W.B. Saunders; 1990. p. 2009–2056.
2. Pepper JP, Baker SR. Local flaps: cheek and lip reconstruction. JAMA Facial Plast Surg. 2013;15(5):374-82.
3. Tetik G, Ünlu E, Aksu İ. Functional reconstruction of the lower lip with Fujimori flap and longterm follow-up with clinical and electrophysiological evaluations. J Oral Maxillofac Surg. 2014;72(9):1841-51.
4. Elmelegy N, El Sakka DM. One stage aesthetic and functional reconstruction of major lower lip defects. Ann Plast Surg. 2017;78(4):417-20.
5. Denadai R, Raposo-Amaral CE, Buzzo CL, Raposo-Amaral CA. Functional lower lip reconstruction with the modified Bernard-Webster flap. British J Plastic Surg. 2015;68(11):1522-8.
6. Coombs DM, Bourne DA, Egro FM, Solari MG. Reconstructing defects of the lower lip: an emphasis on the estlander flap. Eplasty. 2016.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Carolina Malavassi Murari |  ORCID 0000-0001-6688-5145

Obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Julia Marcon Cardoso |  ORCID 0000-0001-5081-3526

Elaboração e redação do manuscrito.

Douglas Haddad Filho |  ORCID 0000-0001-9304-4739

Aprovação da versão final do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Relato de caso

Autores:

¹ Laís Lopes Almeida Gomes¹
Raquel Nardelli de Araujo¹
Vando Barbosa de Souza¹
Solange Cardoso Maciel Costa
Silva¹
Igor Eli Balassiano²

¹ Serviço de Dermatologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Hospital Universitário Pedro Ernesto, Vila Isabel, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

² Departamento de Clínica Médica do Hospital Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Ilha do Fundão, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Correspondência:

Laís Lopes Almeida Gomes
Av. Nelson Cardoso, 1149/310
Taquara
22730-001 Rio de Janeiro (RJ)
E-mail: llag_3@hotmail.com

Data de recebimento: 31/05/2019

Data de aprovação: 26/05/2020

Trabalho realizado na Universidade de Santo Amaro, São Paulo (SP), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.

Agradecimentos:

Agradecemos o Serviço de Dermatologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.



Dermatofibrossarcoma protuberans de apresentação clínica atípica: relato de um caso

Atypical presentation of dermatofibrosarcoma protuberans: Case report

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201241207>

RESUMO

Introdução: O dermatofibrossarcoma protuberans (DFSP) é um sarcoma localmente agressivo que apresenta recidiva local em até 60% dos casos e raras metástases pulmonares. Métodos: Paciente masculino, de 41 anos, apresenta tumoração amolecida à palpação, localizada no hálux direito há dois anos. Histopatologia com células fusiformes em arranjo estoriforme. A imuno-histoquímica foi focalmente positiva para o CD34. Discussão: Algumas variantes clínicas são descritas. As principais são: lesões nodulares confluentes formando uma placa, muitas vezes com aspecto clínico semelhante ao de queloide; lesão tumoral; placa atrófica. Conclusão: Casos de DFSP simulando cisto subcutâneo foram encontrados na literatura, porém trata-se de uma apresentação clínica inusitada de DFSP.

Palavras-chave: Dermatofibrossarcoma; Procedimentos Cirúrgicos Menores; Sarcoma

ABSTRACT

Introduction: Dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) is a local aggressive sarcoma that presents 60% of recurrences. Rarely it presents lung metastasis too. Methods: 41 years old man presented a soft tumor in his right hallux for two years. Histopathology has shown spindle-shaped cells arranged in a storiform manner, and immunohistochemistry was CD34 positive. Discussion: The literature describes some clinical types of DFSP. The most common are: confluent nodules forming a plaque, sometimes similar to keloids, tumoral lesions, and atrophic plaques. Conclusion: DFSP cases simulating a subcutaneous cyst have been described in the literature; nevertheless, it is an unusual presentation of this tumor.

Keywords: Dermatofibrosarcoma; Sarcoma; Surgical Procedures, Minor

INTRODUÇÃO

Descrito inicialmente por Taylor em 1890, o dermatofibrossarcoma protuberans (DFSP) é um sarcoma localmente agressivo, que apresenta recidiva local em 60% dos casos, além de raras metástases, principalmente pulmonar, podendo ocorrer também para linfonodos.^{1,2,3}

Trata-se de um tumor raro e infiltrativo do tecido conjuntivo que representa cerca de 1-2% de todos os sarcomas. Sua prevalência é de aproximadamente 0,8 - 5,0 casos a cada um milhão de pessoas ao ano.¹ Ocorre principalmente em adultos na terceira e quinta décadas, embora possa acometer indivíduos de qualquer idade.^{3,4} Devido ao seu crescimento lento e assintomático, acredita-se que diversos casos diagnosticados na vida adulta apresentem início na infância, e cerca de 20% dos casos publicados até o momento ocorreram em crianças.⁴ Em um estudo de 2.885 casos de DFSP, observou-se que a incidência em pacientes negros é cerca de duas vezes maior em relação a pacientes bran-

cos, enquanto a distribuição entre os sexos é igual.^{4,5}

O tronco é o local mais acometido (50-60% dos casos), principalmente tórax e ombros, seguido pela região proximal dos membros (20-30%), sendo mais comum nos membros superiores em relação aos inferiores.^{4,6} Aproximadamente 10 a 15% dos casos surgem em cabeça e pescoço, principalmente no couro cabeludo e malar. Em crianças, foi descrita tendência à apresentação acral do tumor.⁷ Mãos e pés são acometidos em cerca de 1% dos casos.^{8,9}

Cerca de 85-90% são lesões de baixo grau, cujo comportamento é de tumor indolente com cerca de 6,4 anos de evolução em média no momento de seu diagnóstico.^{1,3} Ocasionalmente, são encontradas áreas de diferenciação para um sarcoma de alto grau dentro do DFSP. Esses casos apresentam comportamento mais agressivo, uma maior taxa de recorrência local e metástases.^{3,10}

Metástases são raras e ocorrem em apenas 2-5% dos casos. Dessa forma, tomografias e exames laboratoriais não são realizados rotineiramente. Sua disseminação mais comum ocorre por via hematogênica, geralmente em lesões mais avançadas ou lesões recorrentes, devendo-se solicitar radiografia de tórax para todos os pacientes e tomografia de tórax apenas para aqueles com suspeita de metástase pulmonar.^{4,8,9}

O tamanho médio do DFSP varia de 2 a 5cm. Em casos com tratamento tardio, algumas lesões podem chegar a 20cm de diâmetro e apresentar múltiplos nódulos- satélite. Geralmente está restrito à pele. Entretanto, lesões recorrentes ou antigas podem invadir outras estruturas, como fáscia, músculo estriado, periosteio e ossos.⁴

Existem relatos do seu surgimento em associação com infecção pelo vírus do HIV, transplante renal e deficiência de anticorpos.¹¹ História prévia de trauma é descrita em cerca de 10-20% de casos, sendo considerado um possível agente etiológico.⁹

Em 1993, foi descrita a imunorreatividade desse tumor para CD34 que hoje continua como seu principal marcador imuno-histoquímico, principalmente se associado à negatividade para fator XIIIa.¹²

Mesmo após extensas ressecções, pode haver recorrências locais devido à presença de margens inesperadamente positivas, secundárias ao padrão infiltrativo microscópico do crescimento tumoral. Nesses casos, nova excisão acompanhada de cuidadosa análise histopatológica é indicada.^{3,8,9} Defende-se que o tempo médio para recorrência é de cerca de 2-3 anos após a excisão.^{3,13,14}

Relatamos o caso de um paciente com DFSP de localização incomum e apresentação clínica atípica.

MÉTODOS

Paciente masculino, 41 anos, apresentou tumoração amolecida no hálux direito com crescimento há dois anos (Figuras 1 e 2). Negou dor, dispneia ou outros sintomas. Radiografia de tórax sem alterações.

Solicitada tomografia do pé direito que revelou formação nodular com densidade de partes moles, captante do meio de contraste, de 1,8 x 1,5cm no subcutâneo junto à articulação interfalangeana do primeiro pododáctilo. Apresentava também dis-

creta erosão da cortical óssea na epífise da falange proximal em contiguidade à lesão.

Paciente foi encaminhado à cirurgia dermatológica para excisão da lesão. Realizado garrote do hálux e incisão fusiforme acima da lesão (Figura 3), com retirada do tumor e aproximação das bordas por sutura simples com fio 4-0 (Figura 4).

Durante o ato cirúrgico, confirmou-se tratar de uma lesão amolecida, simulando lesões císticas. O aspecto histopatológico revelou células fusiformes em arranjo estoriforme que, ao infiltrar o subcutâneo, assume aspecto em favo de mel, e imuno-histoquímica focalmente positiva para o CD34 (Figura 5). Diante dos dados apresentados, confirmou-se o diagnóstico de DFSP com margens cirúrgicas positivas. Foi realizada ampliação das margens com congelação, e o paciente, encaminhado para a radioterapia.



FIGURA 1: Apresentação clínica da lesão



FIGURA 2: Apresentação clínica - visão medial



FIGURA 3: Excisão do tumor



FIGURA 4: Pós-operatório

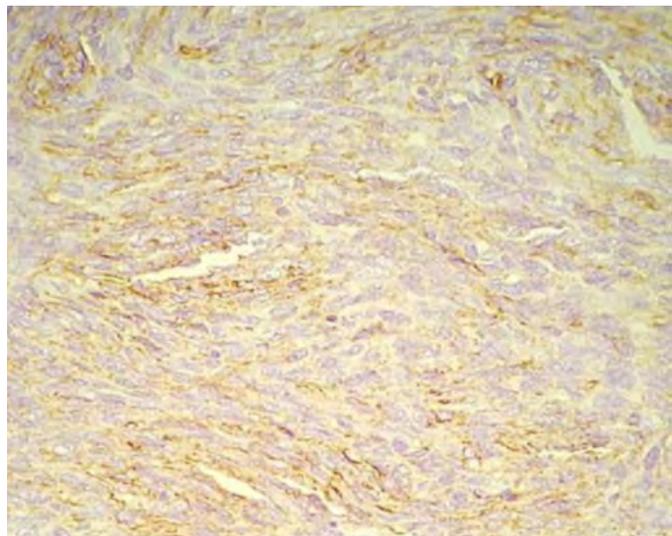
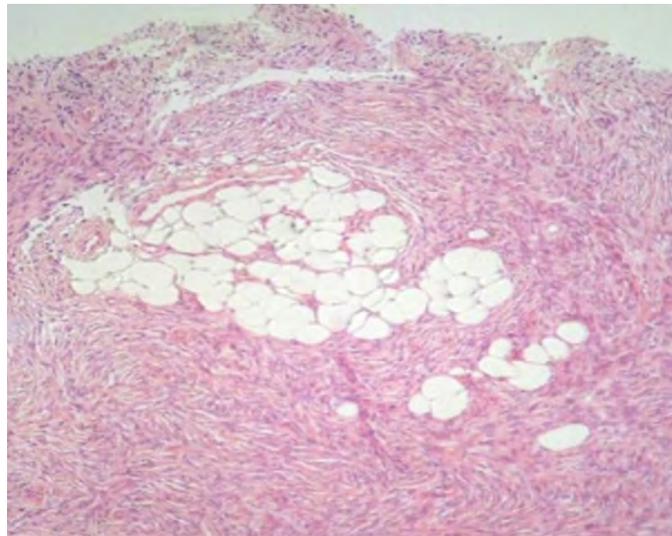


FIGURA 5: À esquerda, exame histopatológico apresentando células fusiformes em arranjo estoriforme que, ao infiltrar o subcutâneo, assumem aspecto em favo de mel (Hematoxilina & eosina 100x); à direita, imuno-histoquímica focalmente positiva para o CD34

DISCUSSÃO

A progressão do DFSP é lenta durante longo período até a entrada em uma fase de rápido crescimento.¹⁵ Inicialmente, apresenta-se como uma placa endurecida, violácea ou acastanhada, fixa à pele, porém não ao subcutâneo. Após um período que pode variar de anos até décadas, ocorre o crescimento de múltiplos nódulos na placa, justificando o nome protuberans. O DFSP também pode surgir como um único nódulo cutâneo, porém trata-se de uma apresentação clínica incomum, sendo este o exemplo do caso apresentado.^{4,8} Na progressão para a fase tumoral, ou quando o mesmo já surge nessa fase, alguns diagnósticos diferenciais devem ser lembrados, como cistos epidérmicos, lipomas ou dermatofibromas.⁴

Algumas variantes clínicas são descritas na literatura, sendo as principais: a) lesões nodulares confluentes formando uma placa, muitas vezes semelhante a quelóide; b) lesão tumoral; c) placa atrófica. Além disso, casos simulando cisto subcutâneo fo-

ram encontrados na literatura, com características clínicas semelhantes às aquelas apresentadas pelo paciente.^{7,16,17}

A apresentação cística é inusitada.^{18,19} Gelli, Urso e Reali apresentaram série de 27 casos de DFSP císticos observados em centro hospitalar na Itália durante um período de 14 anos.¹⁸ Shvartsbeyn et al mostraram por métodos moleculares que a linhagem das células que formavam a parte pseudocística dos DFSPs era a mesma da linhagem principal do tumor, permitindo confirmar o diagnóstico e ressaltar que a região do cisto era de origem neoplásica e não representava uma proliferação reacional secundária.¹⁹

O pilar do tratamento é a remoção cirúrgica completa com margens livres à microscopia óptica. Margens de 2cm são sugeridas na literatura e margens de 5cm podem chegar a menos de 5% de recorrência. Contudo, a morbidade é proporcional ao tamanho tumoral, o que pode acarretar aumento das com-

plicações decorrentes do procedimento, como sangramentos e infecções da ferida cirúrgica.^{4,8,20} Além disso, o procedimento cirúrgico pode requerer técnicas reconstrutivas complexas e causar perda funcional ou cosmética.

Após a cirurgia, os pacientes devem ser acompanhados a cada seis meses nos primeiros três anos e anualmente após esse período. Inspeção e palpação da cicatriz cirúrgica são fundamentais.²¹

Radioterapia adjuvante é indicada nos casos com margem positiva quando nova cirurgia não é possível. O imatinibe (inibidor do receptor PDGF) tem sido usado como a primeira droga segura e efetiva na terapia sistêmica do DFSP. Lesões avaliadas inicialmente como tumores irressecáveis, com metástase na apresentação inicial ou com indicação de cirurgias mutilantes, são exemplos em que o uso dessa droga auxilia na redução e posterior excisão do tumor.³

CONCLUSÃO

Sabe-se que o aspecto cístico é mais comum em tumores de maior dimensão. A causa dessa transformação cística é desconhecida e acredita-se que represente um fenômeno degenerativo ao invés de uma variante histopatológica.¹⁹ Contudo, no paciente apresentado, o tumor apresentava tamanho reduzido.

A apresentação cística é raramente observada nos sarcomas em geral e deve ser considerada como uma modificação pseudocística, pois sarcomas, por serem oriundos da linhagem mesenquimal, não teriam tecido epitelial verdadeiro para formar a parede de um cisto. Outros sarcomas que podem se apresentar com formação cística são o sarcoma endometrial estromal, sarcoma pleurosinovial pulmonar e sarcoma fibroblástico do intestino delgado.¹⁹

Em tumores de alto grau, pode-se relacionar a porção cística a um quadro de degeneração, devido a áreas de isquemia ou necrose. Contudo, no caso apresentado, o tumor não possuía essas características como justificativa de sua morfologia. Portanto, é importante ressaltar o reconhecimento dessa forma de DFSP para evitar sua interpretação errônea como uma lesão cística benigna. ●

REFERÊNCIAS

- Zheng Z, Piao J, Lee JH, Kim SE, Kim SC, Chung KY, et al. Dermatofibrosarcoma Protuberans. A Study of Clinical, Pathologic, Genetic, and Therapeutic Features in Korean Patients, *Yonsei Med J.* 2015;56(2):440-6.
- Joucdar S, Kismoune H, Boudjemia F, Bacha D, Abed L, Les dermatofibrosarcomes de Darier et Ferrand e analyse retrospective de 81 cas sur dix ans (1983e1994). [Darrier and Ferrand dermatofibrosarcomas e retrospective analysis of 81 cases over ten years (1983e1994)]. *Ann Chir Plast Esthet.* 2001;46(2):134-40.
- Glazer ES, Prieto-Granada C, Zager JS. Current approaches to cutaneous sarcomas: dermatofibrosarcoma protuberans and cutaneous leiomyosarcoma. *Curr Probl Cancer.* 2015;39(4):248-57.
- Llombart B, Serra-Guillén C, Monteagudo C, López Guerrero JA, Sanmartín O. Dermatofibrosarcoma protuberans: a comprehensive review and update on diagnosis and management. *Semin Diagn Pathol.* 2013;30:13-28.
- Criscione VD, Weinstock MA. Descriptive epidemiology of dermatofibrosarcoma protuberans in the United States, 1973 to 2002. *J Am Acad Dermatol.* 2007;56(6):968-73.
- Tarakji MH, Toro A, Carlo ID, Junejo K. Unusual presentation of dermatofibrosarcoma protuberans in a male patient's breast: a case report and review of the literature. *World J Surg Oncol.* 2015;13(1):158.
- Gregory JK, Schanbacher CF, Kelly AP, Bennett RG. Dermatofibrosarcoma protuberans growing around plantar aponeurosis: excision by mohs micrographic surgery. *Dermatol Surg.* 2000;26(10):941-5.
- Gloster HM. Dermatofibrosarcoma protuberans. *J Am Acad Dermatol.* 1996;35(3Pt1):355-74, quiz 375-6.
- Sanmartín O, Llombart B, López-Guerrero JA, Serra C, Requena C, Guillén C. [Dermatofibrosarcoma protuberans]. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98(2):77-87.
- Lemm D, Mugge LO, Mentzel T, Höffken K. Current treatment options in dermatofibrosarcoma protuberans. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2009;135(5):653-65.
- Lindner NJ, Scarborough MT, Powell GJ, Spanier S, Enneking WS. Revision surgery in dermatofibrosarcoma protuberans of the trunk and extremities. *Eur J Surg Oncol.* 1999;25(4):392-7.
- Altman DA, Nickoloff BJ, Fivenson DP. Differential expression of factor XIIIa and CD34 in cutaneous mesenchymal tumors. *J Cutan Pathol.* 1993;20(2):154-8.
- Bowne WB, Antonescu CR, Leung DH, Katz SC, Hawkins WG, Woodruff JM, et al. Dermatofibrosarcoma protuberans. A clinicopathological analysis of patients treated and followed at a single institution. *Cancer.* 2000;88(12):2711-20.
- Liang CA, Jambusaria-Pahlajani A, Karia PS, Elenitsas R, Zhang PD, Schmults CD. A systematic review of outcome data for dermatofibrosarcoma protuberans with and without fibrosarcomatous change. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71(4):781-6.
- Laskin WB. Dermatofibrosarcoma protuberans. *CA Cancer J Clin.* 1992;42(2):116-25.
- Maeda D, Minami K, Osaki Y, Miwa H, Hosokawa K, Kubo T. A malignant neoplasm imitating a subcutaneous cyst. *Eplasty.* 2012. Epub 2012 Jul 20.
- Bathelier E, Ly A, Kanitakis J, Ranchere-Vince D, Chouvet B, Allombert C, et al. Subcutaneous dermatofibrosarcoma protuberans masquerading as a cyst. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007;21(8):1127-8.
- Gelli R, Urso C, Reali UM. An unusual case of dermatofibrosarcoma protuberans. *G Ital Dermatol Venereol.* 1990;125(6):263-5.
- Shvartsbeyn M, Lazar AJF, Lopez-Terrada D, Meehan SA. Pseudocystic dermatofibrosarcoma protuberans: report of two cases and demonstration of COL1A1-PDGFB rearrangement. *J Cutan Pathol.* 2012;39(3):356-60.
- Llombart B, Monteagudo C, Sanmartín O, López-Guerrero JA, Serra-Guillén C, Poveda A, et al. Dermatofibrosarcoma protuberans: a clinicopathological, immunohistochemical, genetic (COL1A1-PDGFB), and therapeutic study of low-grade versus high-grade (fibrosarcomatous) tumors. *J Am Acad Dermatol.* 2011;65(3):564-75.
- McPeak CJ, Cruz T, Nicastrì AD. Dermatofibrosarcoma protuberans: an analysis of 86 cases-five with metastasis. *Ann Surg.* 1967;166(5):803-16.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Laís Lopes Almeida Gomes |  ORCID 0000-0001-5396-4362

Elaboração e redação do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Raquel Nardelli de Araujo |  ORCID 0000-0003-1443-1621

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Igor Eli Balassiano |  ORCID 0000-0001-6229-097X

Concepção e planejamento do estudo; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Vando Barbosa de Souza |  ORCID 0000-0002-9067-5153

Concepção e planejamento do estudo; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Solange Cardoso Maciel Costa Silva |  ORCID 0000-0003-0812-908X

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Carcinoma basocelular gigante em couro cabeludo: relato de reconstrução tardia

Giant basal cell carcinoma of the scalp: report of late reconstruction

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201241245>

RESUMO

O carcinoma basocelular (CBC) gigante é uma variante rara, sendo o reparo de grandes defeitos no couro cabeludo, gerados após ressecção oncológica, um desafio cirúrgico. Relata-se o caso de um paciente submetido à reconstrução tardia do couro cabeludo após ressecção oncológica de CBC gigante no couro cabeludo, com associação de técnicas. A reconstrução das lesões do couro cabeludo depende de uma compreensão abrangente da anatomia desse local, um conhecimento do arsenal de técnicas cirúrgicas e uma avaliação detalhada dos fatores e expectativas do paciente, tendo em vista o impacto na qualidade de vida e a morbidade relacionada a cada opção terapêutica.

Palavras-chave: Carcinoma Basocelular; Dermatoses do Couro Cabeludo; Procedimentos Cirúrgicos Reconstructivos

ABSTRACT

The giant BCC is a rare variant, and the repair of large defects in the scalp, generated after oncologic resection, is a surgical challenge. We report the case of a patient submitted to late scalp reconstruction after oncologic resection of giant BCC in the scalp with the association of techniques. Reconstruction of scalp lesions depends on a comprehensive understanding of the anatomy of this site, knowledge of the arsenal of surgical techniques, and a detailed assessment of patient factors and expectations, given the impact on the quality of life and morbidity related to each therapeutic option.

Keywords: Carcinoma, Basal Cell; Reconstructive Surgical Procedures; Scalp Dermatoses

INTRODUÇÃO

O carcinoma basocelular (CBC) é o câncer mais comum em populações de pele clara, somando mais de 75% das neoplasias de pele não melanoma. Ocorre na região da cabeça e do pescoço em aproximadamente 80% dos casos. O CBC gigante (CBCg), definido como uma lesão maior do que 5cm em seu maior diâmetro, é uma variante rara do CBC, apresentando uma incidência de 0,5%.¹⁻³ Em contraste com a lesão pequena, a variante gigante desenvolve-se na pele não fotoexposta, incluindo dorso, ombros, região inguinal e membros inferiores, sendo o acometimento do couro cabeludo extremamente raro. A lesão pode invadir o tecido profundo subjacente, comprometendo as opções de tratamento e desafiando os métodos de reconstrução.

Muitas modalidades terapêuticas já foram relatadas como opções cirúrgicas, com resultados variados. As principais incluem a exérese e reconstrução cirúrgica, radioterapia e cirurgia micro-

Relato de caso

Autores:

Luciane Prado Silva Tavares^{1,2}
Yasmin Pugliesi²
Lucas Barros Terra Cunha³
Daniel Martins Hiramatsu⁴

¹ Clínica Luciane Prado, Palmas (TO), Brasil.

² Departamento de Dermatologia do Hospital Geral Público de Palmas, Palmas (TO), Brasil.

³ Departamento de Patologia do Hospital Geral Público de Palmas, Palmas (TO), Brasil.

⁴ Departamento de Cirurgia, Cabeça e Pescoço do Hospital Geral Público de Palmas, Palmas (TO), Brasil.

Correspondência:

Yasmin Pugliesi
Quadra 404 sul alameda 2, lote 2
Ed. Park Imperial, apto 2201
Centro
77021-600 Palmas (TO)
E-mail: clinicalucianeprado@gmail.com

Data de recebimento: 30/08/2019

Data de aprovação: 25/02/2020

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília (HC FAMEMA), Marília (SP), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.



gráfica de Mohs, sendo o último, o tratamento padrão-ouro para o CBC gigante.^{1,2}

A reconstrução do couro cabeludo após cirurgia ablativa pode ser desafiadora. Os casos devem ser avaliados individualmente, e a melhor proposta para reconstrução deve basear-se na saúde do paciente, seu aspecto psicossocial bem como o planejamento terapêutico da doença de base, sem comprometer os princípios da cirurgia oncológica.^{4,5}

Este trabalho tem o objetivo de relatar o caso de um paciente submetido à reconstrução tardia do couro cabeludo após ressecção oncológica de carcinoma basocelular gigante em couro cabeludo, com associação de técnicas.

RELATO DO CASO

Paciente de 74 anos, sexo feminino, aposentada, moradora de zona rural. Há oito anos iniciou lesão pápulo-nodular em couro cabeludo, de crescimento lento e progressivo, com cicatrização central, sangramento e prurido local.

Ao exame dermatológico, observou-se couro cabeludo com extensa placa de alopecia cicatricial, apresentando centro atrófico, com exulcerações e crostas, periferia com bordas papulosas, pigmentadas, de aspecto rendilhado, medindo 17 x 17cm, localizada na região fronto-têmporo-parietal direita (Figura 1). Dermatoscopia evidenciava presença de grandes glóbulos cinza-azulados desfocalizados, com bordas tendendo a formar estruturas arredondadas e vasos tortuosos com ramificação arboriforme (Figura 2). Anatomopatológico compatível com carcinoma basocelular pigmentado.

Foi realizada exérese de lesão em couro cabeludo, respeitando-se margens cirúrgicas oncológicas, auxiliada pela dermatoscopia. Optou-se por cicatrização por segunda intenção com reabordagem tardia (Figuras 3 e 4).

Após quatro meses, foi realizado enxerto de pele parcial da face lateral da coxa esquerda sobre tecido de granulação da área receptora, utilizando-se dermátomo.

Paciente evoluiu com boa resposta ao enxerto, apresentando necrose de aproximadamente 10% de sua extensão e posterior cicatrização total (Figura 5).

DISCUSSÃO

O reparo de grandes defeitos no couro cabeludo gerados após ressecção oncológica constitui um desafio cirúrgico. Técnicas modernas de cirurgia proporcionaram uma maior capacidade resolutive das lesões bem como a diminuição das complicações peri e pós-operatórias, e um melhor resultado estético e funcional.⁶

Tamanho, localização, qualidade do tecido local e distorção do couro cabeludo auxiliam na escolha do melhor método reconstrutivo. Fatores intrínsecos e psicossociais do paciente também devem ser levados em consideração, tendo em vista o impacto na qualidade de vida desses pacientes.^{4,6}

O fechamento por segunda intenção pode ser utilizado quando se tem presente a camada pericraniana com extensa exposição e quando se necessita de um tempo cirúrgico menor. As desvantagens desse método incluem a demora na cicatrização, alopecia, telangiectasias e cobertura tênue.⁴



FIGURA 1: Paciente no momento do diagnóstico com extensa placa de alopecia cicatricial, periferia com bordas papulosas, pigmentadas

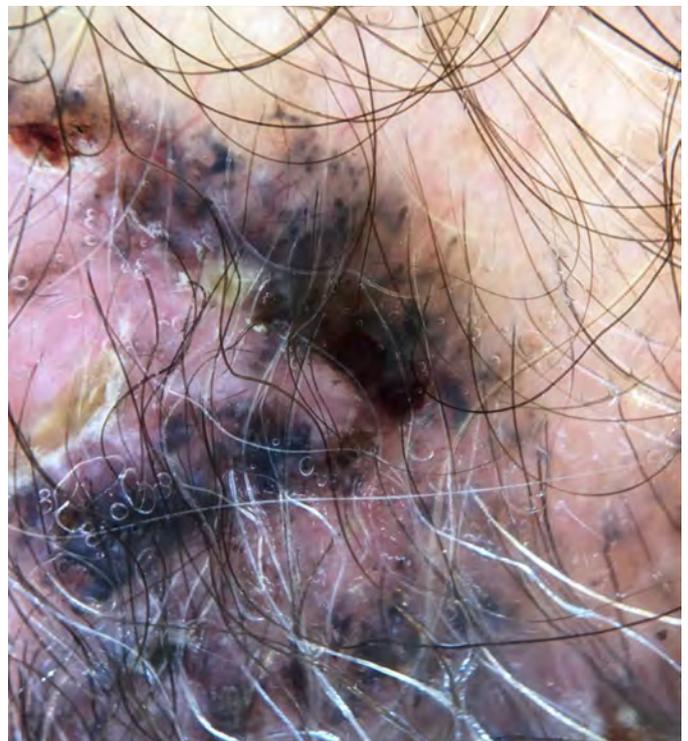


FIGURA 2: Dermatoscopia com presença de grandes glóbulos cinza-azulados desfocalizados, vasos tortuosos com ramificação arboriforme



FIGURA 3: Paciente no pré-operatório com lesão medindo 17 x 17cm



FIGURA 5: Paciente após três meses de enxerto de pele parcial em segundo tempo cirúrgico



FIGURA 4: Paciente no pós-operatório imediato após exérese de lesão com fechamento por segunda intenção

O enxerto de pele parcial tem sido utilizado em defeitos de grandes proporções devido à rapidez e à facilidade da técnica, à possibilidade de monitoração de recidiva tumoral e à cicatrização rápida.⁷ Deve ser utilizado quando as questões estéticas não são uma preocupação, pois podem levar a alopecia, hipopigmentação, deformidade de contorno e morbidade do sítio doador.⁴

Em um estudo retrospectivo com 65 pacientes submetidos a enxertos de pele em couro cabeludo, com enxertos de vários sítios, incluindo-se seis retalhos de coxa, relatou-se uma baixa taxa de complicações da cirurgia e resultados cosméticos satisfatórios e duradouros, recomendando-se o uso de retalhos de região anterolateral da coxa para cirurgias em região têmporo-lateral de couro cabeludo.⁸

Como no caso relatado, pode-se utilizar a associação das técnicas de fechamento por segunda intenção e, posteriormente, de enxerto de pele parcial. A formação do tecido de granulação está relacionado à maior aderência do enxerto cutâneo pela maior vascularização, possibilitando melhores resultados.⁴

CONCLUSÃO

A reconstrução das lesões do couro cabeludo depende de uma compreensão abrangente da anatomia desse local, um conhecimento do arsenal de técnicas cirúrgicas e uma avaliação detalhada dos fatores e expectativas do paciente. A meta reconstrutiva deve ser adaptada para cada paciente individualmente, visando ao sucesso da reconstrução e a um resultado estético-funcional satisfatório. ●

REFERÊNCIAS

1. Heo YS, Yoon JH, Choi JE, Ahn HH, Kye YC, Seo SH. A case of superficial giant basal cell carcinoma with satellite lesions on scalp. *Ann. Dermatol.* 2011;23(Suppl 1):S111-5.
2. Larsen AK, Ghulam El-Charnoubi WA, Gehl J, Krag C. Neglected giant scalp basal cell carcinoma. *Plast Reconstr Surg. Glob Open.* 2014;2(3):e120.
3. Chatterjee S, Mott JH, Dickson S, Kelly CG. Extensive basal cell carcinoma of the forehead and anterior scalp: use of helical tomotherapy as a radiotherapy treatment modality. *Br. J. Radiol.* 2010;83(990):538-40.
4. Desai SC, Sand JP, Sharon JD, Branham G, Nussenbaum B. Scalp reconstruction an algorithmic approach and systematic review. *JAMA Facial Plast Surg.* 2015;17(1):56-66.
5. Ebrahimi A, Nejadsharvari N, Ebrahimi A. Reconstructions of small scalp defects with step flap. *J Cutan Aesthet Surg.* 2017;10(2):106-8.
6. Souza CD. Reconstrução de grandes defeitos de couro cabeludo e fronte em oncologia: tática pessoal e experiência - análise de 25 casos. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(2):227-37.
7. Anbar RA, Almeida KG, Nukariya PY, Anbar RA, Coutinho BBA. Métodos de reconstrução do couro cabeludo. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(1):156-9.
8. O'Connell DA, Teng MS, Mendez E, Futran, N. D. Microvascular free tissue transfer in the reconstruction of scalp and lateral temporal bone defects. *Craniomaxillofac Trauma Reconstr.* 2011;4(4):179-88.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Luciane Prado Silva Tavares |  ORCID 0000-0002-2410-3843

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

Yasmin Pugliesi |  ORCID 0000-0003-0630-4980

Análise estatística; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura.

Lucas Barros Terra Cunha |  ORCID 0000-0002-0710-3219

Análise estatística; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura.

Daniel Martins Hiramatsu |  ORCID 0000-0001-5983-5801

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

Dermatofibrossarcoma protuberante mimetizando queiloide

Dermatofibrosarcoma protuberans simulating keloid

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201241282>

RESUMO

O dermatofibrossarcoma protuberante é um sarcoma localmente agressivo, de malignidade intermediária, que predomina na faixa de adultos jovens à meia-idade. Lesões congênitas ou na infância são raras, mas foram relatadas. Nos estágios precoces, pode ser mal diagnosticado e ser incompletamente excisado, o que aumenta o risco de recorrências. Relata-se o caso de paciente do sexo masculino, de 24 anos, com história de mácula hiperocrômica em região abdominal desde o nascimento que evoluiu para tumoração após duas abordagens cirúrgicas. Biópsia e imuno-histoquímica confirmaram o diagnóstico de dermatofibrossarcoma protuberante, e a lesão foi excisada com margem de 3cm.

Palavras-chave: Dermatofibrossarcoma; Neoplasias de Tecido Fibroso; Sarcoma

ABSTRACT

Dermatofibrosarcoma protuberans is a locally aggressive sarcoma of intermediate malignancy that predominates in the range of young adults to middle age. Congenital or childhood lesions are rare but have been reported. It can be misdiagnosed and incompletely excised in the early stages, which increases the risk of recurrence. The present article reports the case of a 24-year-old male patient presenting a hyperchromic macula in the abdominal region from birth that evolved into a tumor after several surgical approaches. Biopsy and immunohistochemistry confirmed the diagnosis of dermatofibrosarcoma protuberans, and the lesion was excised with a 3 cm margin.

Keywords: Dermatofibrosarcoma; Neoplasms, Fibrous Tissue; Sarcoma

INTRODUÇÃO

O dermatofibrossarcoma protuberante (DFSP) é um tumor fibro-histiocitário de malignidade intermediária que, apesar de ser raro, representa a maioria dos sarcomas cutâneos. Apresenta crescimento local agressivo, alta taxa de recorrência, mas baixo potencial metastático. É mais frequentemente relatado na faixa etária de 20 a 50 anos e apresenta ligeira predominância no sexo masculino.^{1,2,6}

A localização mais frequente é o tronco (40–60%), seguido pelos membros (20–30%) e cabeça e pescoço (10–15%)³, sendo excepcionalmente descrito na parede abdominal, já que representa o tumor de tecidos moles menos frequente dessa região.⁴

Relato de caso

Autores:

Juliana Chaves Fabrini¹
Michelle dos Santos Diniz¹
Mônica Maria de Faria Pimenta¹
Maria Sílvia Laborne Alves de Sousa²
Ralph Brito Damaceno¹
Cassio Ferreira Guimarães²

¹ Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte (MG), Brasil.

² Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil.

Correspondência:

Maria Sílvia Laborne Alves de Sousa
Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte
Avenida Francisco Sales, 1111
Santa Efigênia
30150-221 Belo Horizonte (MG)
E-mail: jmsdermatologica@terra.com.br

Data de recebimento: 11/11/2019

Data de aprovação: 25/02/2020

Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte (MG), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.

Agradecimentos: Agradeço a dedicação dos preceptores Michelle dos Santos Diniz, Maria Sílvia Laborne e Cassio Ferreira Guimarães.



Na sua fase inicial, pode-se apresentar como uma placa endurecida, assintomática, cor da pele, violácea, marrom-avermelhada ou levemente hiperocrômica, semelhante a queloide. Eventualmente, desenvolve-se para nódulos violáceos a vermelho-acastanhados, com até vários centímetros de diâmetro. Na palpação, a lesão é sólida e aderida ao tecido subcutâneo. Existem relatos de lesões que se desenvolvem após trauma ou em cicatriz prévia de cirurgia.^{1,3,7}

O exame histopatológico mostra uma coleção densa uniforme de células fusiformes em arranjo estoriforme (em turbilhão ou semelhante a uma esteira) característico, com pouco pleomorfismo nuclear e baixa atividade mitótica. O tumor pode infiltrar o subcutâneo distorcendo a arquitetura do tecido adiposo, com aspecto em favo de mel. Projeções profundas em direção a fáscia e músculo dificultam sua delimitação e consequente remoção cirúrgica.^{3,5,6}

Na imuno-histoquímica, células fusiformes são positivas para CD34 e negativas para fator XIIIa, o que auxilia na diferenciação do dermatofibroma, principal diagnóstico diferencial histopatológico, no qual as células são negativas ao CD34 e positivas ao fator XIIIa.^{2,7,8}

Excisão cirúrgica completa, incluindo a cirurgia micrográfica de Mohs, é o tratamento padrão para o DFSP. O mesilato de imatinibe foi experimentado em pacientes com DFSP irrecorrível, recorrente e/ou metastático.²

O objetivo do presente estudo é destacar a importância do diagnóstico precoce desse tumor, que, apesar de raro, pode simular clinicamente diversas lesões cutâneas como queloide, e observar que a primeira abordagem cirúrgica com margens amplas apresenta maior chance curativa, reduzindo as chances de recidivas locais e a alta morbidade.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 24 anos, procedente de Belo Horizonte, com relato de lesão na região epigástrica abdominal desde o nascimento, que se iniciou como mácula hiperocrômica acompanhada de dor no local.

Realizou biópsia aos 12 anos de idade que foi sugestiva de queloide, segundo o paciente, que não apresentava o resultado anatomopatológico no momento da consulta. Foi submetido à abordagem cirúrgica aos 12 e 16 anos, com posterior recidiva e crescimento da lesão, que evoluiu para nódulos e placa normocrômica. Também não tinha os resultados histopatológicos dessas cirurgias.

Aos 24 anos, foi submetido à nova biópsia solicitada por dermatologista, que foi sugestiva de fibromixoma, sem sinais de malignidade. O paciente foi, então, encaminhado ao serviço de Dermatologia da Santa Casa de Belo Horizonte. Ao exame físico, apresentava tumoração lobulada eritemato-violácea de consistência fibrosa, de aproximadamente 8 x 6 cm, na região epigástrica abdominal (Figuras 1 e 2).

Diante da apresentação clínica, a principal suspeita foi de dermatofibrossarcoma protuberante e, portanto, foi realizada revisão da lâmina do anatomopatológico. A revisão revelou células fusiformes em arranjo estoriforme (Figura 3), e o material foi



FIGURA 1: Tumoração lobulada eritemato-violácea de consistência fibrosa, de aproximadamente 8 x 6 cm, na região epigástrica abdominal



FIGURA 2: Tumoração lobulada eritemato-violácea na região epigástrica abdominal

submetido à avaliação imuno-histoquímica. Tal exame revelou positividade para o anticorpo CD34, sendo conclusiva de dermatofibrossarcoma protuberante, confirmando a principal hipótese clínica.

Além disso, o paciente foi submetido à ressonância nuclear magnética para avaliar extensão da lesão e invasão local. O exame mostrou lesão expansiva multilobulada em pele e subcutâneo e um nódulo hepático, podendo corresponder a acometimento neoplásico secundário. Porém, a propedêutica do nódulo não mostrou, até o presente momento, relação com a neoplasia cutânea.

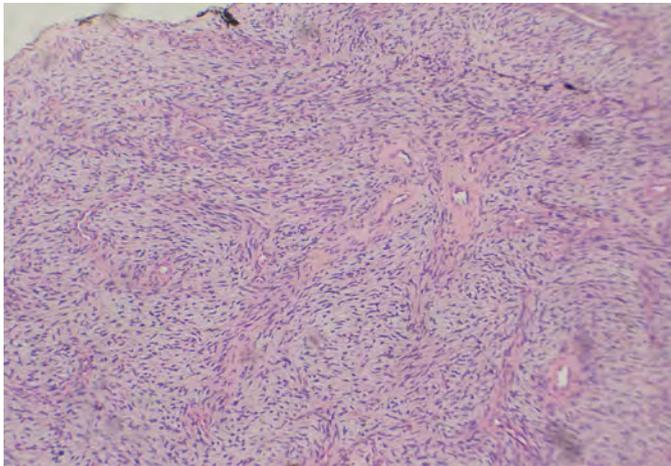


FIGURA 3: Anatomopatológico com coloração Hematoxilina & eosina mostrando células fusiformes em arranjo estoriforme



FIGURA 4: Marcação pré-operatória da margem de segurança e retirada da peça cirúrgica

A lesão foi excisada pela equipe de cirurgia plástica, com margem ampla de 3cm, com retirada da fáscia do músculo reto abdominal e fechamento da parede por abdominoplastia reversa, apresentando bom resultado estético (Figuras 4 e 5). Conforme discutido com patologista, o anatomopatológico da peça cirúrgica foi compatível com DFSP, com fragmentos da fáscia muscular livres de neoplasia, e foi afastada a possibilidade de transformação mais agressiva na peça analisada.

Nenhum tratamento adjuvante foi administrado. Até o presente momento, um ano após o procedimento cirúrgico, o paciente não apresenta indícios de recidivas locais ou à distância.

DISCUSSÃO

O dermatofibrossarcoma protuberante é uma neoplasia de células fusiformes com malignidade intermediária e baixo risco de metástases. No entanto, o comportamento indolente do tumor e suas características imprecisas frequentemente levam à demora em sua percepção pelos pacientes e médicos, ocasionando atraso no diagnóstico. Além disso, devido à maior prevalência de casos de carcinomas basocelulares, carcinomas espinocelulares e melanomas cutâneos, os dermatologistas estão mais familiarizados com o diagnóstico, prognóstico e tratamento dessas neoplasias.^{1,3}

O estágio precoce, por se tratar de lesão inespecífica e assintomática, pode ser mal diagnosticado como tumor benigno e ser incompletamente excisado. O diagnóstico diferencial clínico inclui queiloide, dermatofibroma, dermatomiofibroma e morfeia.^{2,7}

A coleta adequada de material para realização de anatomopatológico (AP) é de suma importância, pois amostras superficiais de material para AP podem não produzir material diagnóstico.²

A primeira intervenção é de extrema importância, uma vez que a disseminação tumoral após a primeira ressecção ina-



FIGURA 5: Figura 5: Pós-Operatório imediato

dequada pode levar a crescimento local descontrolado ou à metástase.¹

As altas taxas de recidiva locais, acompanhadas da alta morbidade do DFSP, justificam o esforço no diagnóstico precoce e a necessidade de tratamento inicial, que possibilita maior taxa de cura.^{3,7,9}

As lesões com múltiplas recidivas após o tratamento inicial parecem ter maior probabilidade de diferenciação em sarcomas de alto grau de malignidade com aumento do risco de metástases.³

Os principais fatores prognósticos são a remoção cirúrgica inadequada com margens comprometidas, tumores grandes,

localização na cabeça e presença de áreas de fibrossarcoma na histologia.³

O tratamento com maiores chances curativas é a ressecção cirúrgica com excisão local ampla. A disseminação microscópica do tumor por projeções de células tumorais, semelhantes a tentáculos, sob a pele clinicamente normal, torna difícil a

remoção cirúrgica completa da lesão. Quando possível de ser realizada, a cirurgia micrográfica de Mohs apresenta as maiores taxas de cura para esse tumor.^{1,3} No caso em questão, optou-se pela cirurgia convencional com amplas margens cirúrgicas feita pela cirurgia plástica devido à grande extensão da lesão. ●

REFERÊNCIAS

1. Fleury LFF, Sanches JS. Sarcomas cutâneos primários. *An Bras Dermatol.* 2006;81(3):207-21.
2. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. *Dermatology.* 4th ed. Elsevier; 2018.
3. Diniz MS, Ramos DG, Nunes MB. Dermatofibrossarcomaprotuberans: localização não usual e a importância da cirurgia micrográfica de Mohs. *Surg Cosmet Dermatol.* 2013;5(2):173-6.
4. Stojadinovic A, Hoos A, Karpoff HM, Leung DH, Antonescu CR, Brennan MF, et al. Soft tissue tumors of the abdominal wall: analysis of disease patterns and treatment. *Arch Surg.* 2001;136(1):70-9.
5. Belda Junior W, Chiacchio Di N, Criado PR. *Tratado de Dermatologia.* 2nd ed. São Paulo: Atheneu; 2014.
6. Rapini RP. *Dermatopatologia Prática.* 2nd ed. Elsevier; 2012.
7. Llombart B, Serra-Guillén C, Monteagudo C, López Guerrero, JA, Sanmartín O. Dermatofibrossarcoma protuberante: uma revisão abrangente e atualização sobre diagnóstico e manejo. *Semin Diagnost Pathol.* 2013;30(1):13-28.
8. Diwan AH, Skelton HG, Horenstein MG, Kelly DR, Barrett TL, Bussian AH, et al. Dermatofibrosarcoma protuberans and giant cell fibroblastoma exhibit CD99 positivity. *J Cutan Pathol.* 2008;35(7):647-50.
9. Cai H, Wang Y, Wu J, Shi Y. Dermatofibrosarcoma protuberans: clinical diagnoses and treatment results of 260 cases in China. *J Surg Oncol.* 2011;105(2):142-8.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Juliana Chaves Fabrini |  ORCID 0000-0001-7182-0530

Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Michelle dos Santos Diniz |  ORCID 0000-0002-9259-0807

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Mônica Maria de Faria Pimenta |  ORCID 0000-0002-9075-5903

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito.

Maria Silvia Laborne Alves de Sousa |  ORCID 0000-0002-2441-2187

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Ralph Brito Damaceno |  ORCID 0000-0002-2879-6552

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura.

Cassio Ferreira Guimarães |  ORCID 0000-0002-4328-8994

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Doença de Dowling-Degos: desordem genética e espectral de hiperpigmentação reticular

Dowling-Degos Disease - Genetic and spectral disorder of reticular hyperpigmentation

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201241290>

RESUMO

A doença de Dowling-Degos (DDD) é uma genodermatose rara, caracterizada principalmente por hiperpigmentação reticular progressiva de áreas flexurais, que pode estar associada a um grande espectro de lesões benignas e neoplasias cutâneas. Pode ocasionar prejuízo psicossocial devido ao potencial de deformidade das lesões e dano estético significativo. Apresentamos dois casos de pacientes, ambos do sexo masculino, com máculas hipercrômicas, múltiplos comedões, cistos epidérmicos, cicatrizes cribriformes em: face, região cervical, dorso, tórax anterior, axilas e região genital, além de tumorações desfigurantes, características da DDD.

Palavras-chave: Carcinoma; Dermatopatias; Genética; Hidradenite; Hidradenite Supurativa; Pigmentação da Pele; Síndrome

ABSTRACT

Dowling-Degos disease (DDD) is a rare genodermatosis. Progressive reticular hyperpigmentation of flexural areas mainly characterizes the disease, which may be associated with a large spectrum of benign lesions and cutaneous neoplasms. It may cause psychosocial impairment due to the deformity caused by the lesions with significant aesthetic damage. We present two cases of male patients with hyperchromic macules, multiple comedones, epidermal cysts, cribriform scars on the face, cervical region, dorsum, anterior thorax, armpits, genital region, and disfiguring tumors, characteristic of DDD.

Keywords: Carcinoma; Genetics; Hidradenitis; Hidradenitis Suppurativa; Skin Pigmentation

INTRODUÇÃO

A doença de Dowling-Degos (DDD) é uma genodermatose rara, de transmissão autossômica dominante, com penetrância e expressividade variáveis, descrita inicialmente por Jones e Grice em 1974.^{1,2}

Trata-se de doença de surgimento tardio, após a segunda década de vida, caracterizada por discromia reticulada, principalmente em face e superfícies flexurais como pescoço, axilas, fossas antecubitais, áreas submamárias e virilhas.^{3,4} Concomitantemente, podem ocorrer lesões da unidade pilosebácea como comedões, cistos epidérmicos, abscessos, hidradenite supurativa, além de neoplasias cutâneas, como carcinoma espinocelular e ceratocantoma.^{2,4} A pigmentação é progressiva e simétrica, geralmente

Relato de caso

Autores:

Anna Carolina Brandão Vasconcelos¹
John Verrinder Veasey¹

¹Clínica de Dermatologia da Santa Casa de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil.

Correspondência:

John Veasey
R. Dr. Cesário Mota Júnior, 112
Edifício Conde de Lara - 5º andar
Vila Buarque
01221-020 São Paulo (SP)
E-mail: johnveasey@uol.com.br

Data de recebimento: 29/08/2019

Data de aprovação: 18/08/2020

Trabalho realizado na Clínica de Dermatologia do Hospital da Santa Casa de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.



extensa e assintomática, exacerbada pela exposição solar.^{5,6,7}

Diagnósticos diferenciais devem ser feitos com acantose nigricante, acropigmentação de Kitamura, doença de Galli-Galli, discromatose universal hereditária e discromatose simétrica hereditária.⁸ Tais doenças podem apresentar sobreposições clínicas entre si, sendo que alguns autores as consideram enfermidades separadas, enquanto outros, espectro de uma mesma doença.^{4,5,9}

O diagnóstico é baseado nas características clínicas sugestivas, associadas aos achados no exame histopatológico.^{7,8} A histopatologia mostra hiperpigmentação da camada basal, proliferações filiformes da epiderme, por vezes semelhantes a chifre de rena, além de hiperqueratose e brotamentos, surgindo a partir do infundíbulo pilar, caracterizando um “plug” folicular.^{1,3,6} Pode-se observar infiltrado linfo-histiocitário perivascular na derme papilar e pseudocistos córneos, com número de melanócitos normal.^{7,10} Testes genéticos revelam mutações em queratina 5 (KRT5), proteína O- glicosiltransferase-1 (POGLUT1), proteína O-fucosiltransferase-1 (POFUT1) e gene PSENEN como causadoras da doença, sendo que pacientes com esta última mutação apresentam lesões de hidradenite supurativa.^{2,4}

Não há descrito nenhum tratamento definitivo para a DDD.⁷ Os tratamentos são de resultado insatisfatório, podendo ser empregados hidroquinona tópica, tretinoína, adapaleno e corticosteroides, além de laser Er:YAG, com o objetivo de reduzir o risco de hiperpigmentação pós-inflamatória.^{1,7} A isotretinoína seria uma opção, já que se trata de alteração da queratinização.¹ Lesões císticas e tumorais devem ser tratadas com excisão cirúrgica.⁷

MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo descritivo de dois casos atendidos na Clínica de Dermatologia com diagnóstico de doença de Dowling-Degos no período de novembro de 2016 a maio de 2019.

RELATOS DOS CASOS

Caso 1

Homem de 58 anos, referindo hiperpigmentação localizada em face, região cervical e flexuras há dez anos, associada a aparecimento progressivo de múltiplos cistos, que drenavam exsudato purulento, e tumoração em nádega e face lateral de coxa direita. Ao exame clínico, apresentava em face e áreas flexurais hiperpigmentação predominante, múltiplos comedões abertos e cistos epidérmicos distribuídos pelo corpo, e em quadril e nádegas, lesões hidrosadenite-símile e tumoração de aspecto queloidiforme (Figura 1). Negava casos semelhantes na família.

Caso 2

Homem de 59 anos, queixando-se de lesões supurativas na região glútea associadas à tumoração de crescimento progressivo há um ano. Ao exame clínico, apresentava dermatose caracterizada por múltiplos comedões disseminados pelo corpo, associados a lesões hidradenite-símile em glúteo esquerdo e tumoração vegetante e ulcerada em região perianal e interglú-



FIGURA 1: Paciente apresentando hiperchromia reticulada facial (A), associada a múltiplos comedões abertos e lesões císticas em dorso (B). Em região lateral de glúteo e quadril direito, há presença de grande massa tumoral endurecida associada a lesões fistulizadas com saída de secreção purulenta (C)

tea, cuja biópsia diagnosticou carcinoma espinocelular invasivo (Figura 2). Negava casos semelhantes na família.

DISCUSSÃO

DDD é uma genodermatose de início tardio, em geral na idade adulta, que acomete inicialmente as axilas e virilhas, e mais tardiamente, as regiões interglútea e inframamária, pescoço e tronco.¹ Ambos os pacientes apresentados tiveram o quadro



FIGURA 2:
 (A) Região cervical múltiplos cistos e comedões.
 (B) tumoracão vegetante e ulcerada em regio perianal e interglútea.
 (C) Região axilar múltiplos cistos e comedões.

iniciando-se na fase adulta e evidenciam claramente a predileção das lesões por estas localizações. Apesar de esta doença acometer predominantemente mulheres numa proporção de 2:1¹, apresentamos dois pacientes do sexo masculino.

Os pacientes aqui relatados apresentavam não só as manifestações discrômicas da síndrome, mas também diversas alterações da unidade pilossebácea disseminadas pelo corpo, de comedões abertos a hidradenite, com alto impacto na qualidade de vida em geral e autoestima em particular, inclusive pelas importantes alterações estéticas.

A exuberância das lesões aqui apresentadas demonstra o porquê da sinonímia de “doença dos pontos pretos” (*dark dot disease* – DDD) referida por alguns autores.¹ Tais lesões, apesar

de não apresentarem fenômenos inflamatórios na sua evolução benigna, são profundamente inestéticas. No segundo paciente foi, inclusive, evidenciado surgimento de carcinoma espinocelular interglúteo, neoplasia relatada na associação com esta doença.^{2,4} Além do aspecto clínico característico de ambos os casos, os diagnósticos foram confirmados com exame histopatológico que foi compatível aos achados descritos na literatura.

Por fim, é importante ressaltar que o presente estudo foi realizado na Clínica de Dermatologia de hospital terciário referência da maior cidade do país, e em três anos de atendimentos apenas dois casos de DDD foram evidenciados, mostrando a raridade desta dermatose na população geral. ●

REFERÊNCIAS

1. Zimmermann CC, Sforza D, Macedo PM, Azulay-Abulafia L, Alves MF, Carneiro SCS. Doença de Dowling-Degos: apresentação clínica e histopatológica clássica. *An Bras Dermatol*. 2011;86(5):979-82.
2. Fenske NA, Groover CE, Lober CW, Espinoza CG. Dowling-Degos disease, hidradenitis suppurativa, and multiple keratoacanthomas: a disorder that may be caused by a single underlying defect in pilosebaceous epithelial proliferation. *J Am Acad Dermatol*. 1991;24(5 Pt 2):888-92.
3. Kim YC, Davis MD, Schanbacher CF, Su WP. Dowling-Degos disease (reticulate pigmented anomaly of the flexures): a clinical and histopathologic study of 6 cases. *J Am Acad Dermatol*. 1999;40(3):462-7.
4. Linke M, Orouji A, Géraud C. Vesicular variant of Dowling-Degos disease. *Br J Dermatol*. 2018;179(3):795-6.
5. Ujihara M, Kamakura T, Ikeda M, Kodama H. Dowling-Degos disease associated with squamous cell carcinomas on the dappled pigmentation. *Br J Dermatol*. 2002;147(3):568-71.
6. Bhagwat PV, Tophakhane RS, Shashikumar BM, Noronha TM, Naidu V. Three cases of Dowling Degos disease in two families. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2009;75(4):398-400.
7. Hohmann CB, Koche B, Bonamigo RR, Dornelles ST, Cattani CAS. Caso para diagnóstico. Doença de Dowling-Degos e ceratoacantoma. *An Bras Dermatol*. 2010;85(2):241-3.
8. Gontijo B. O espectro doença de Kitamura - doença de Dowling-Degos. *An Bras Dermatol*. 1993;68(6):89-92.
9. Wu YH, Lin YC. Generalized Dowling-Degos disease. *J Am Acad Dermatol*. 2007;57(2):327-34.
10. Rathoriya SG, Soni SS, Asati D. Dowling-Degos disease with reticulate acropigmentation of Kitamura: extended spectrum of a single entity. *Indian Dermatol Online J*. 2016;7(1):32-5.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Anna Carolina Brandão Vasconcelos |  ORCID 000-0002-2171-4358

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; 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; revisão crítica do manuscrito.

John Verrinder Veasey |  ORCID 0000-0002-4256-5734

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Fasciite nodular na frente: uma rara apresentação

Nodular fasciitis in the forehead: a rare presentation

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201241291>

RESUMO

A fasciite nodular é um tumor benigno, decorrente da proliferação reativa de células fibroblásticas ou miofibroblásticas de rápido crescimento e rica celularidade. Em adultos, o acometimento das extremidades é mais frequente; entretanto, outras regiões podem ser acometidas. Neste relato, é apresentada paciente feminina de 40 anos, com lesão nodular na frente, com diagnóstico de fasciite nodular confirmado à histopatologia. O caso relatado procura destacar sua rara localização e alertar o dermatologista clínico para a sua inclusão entre os diagnósticos diferenciais das lesões tumorais na face.

Palavras-chave: Fasciite; Face; Testa

ABSTRACT

Nodular fasciitis is a benign tumor resulting from the reactive proliferation of fibroblastic or myofibroblastic cells presenting rapid growth and rich cellularity. In adults, the extremities' involvement is more frequent; however, other regions can be affected. In this report, we present the case of a 40-year-old woman with a nodular lesion on the forehead. The histopathology confirmed the diagnosis of nodular fasciitis. The reported case highlights its rare location and alerts the clinical dermatologist in its inclusion among the differential diagnoses of tumor lesions on the face.

Keywords: Facial Dermatoses; Fasciitis; Forehead

INTRODUÇÃO

Fasciite nodular (FN) é um tumor benigno derivado da proliferação de fibroblastos e miofibroblastos, que pode acometer hipoderme, músculo e fáscia. Foi descrita em 1955 por Konwaler, como fasciite pseudossarcomatosa ou fasciite infiltrativa, devido à sua grande semelhança com sarcoma.¹ Sua etiologia é ainda incerta, porém existem relatos de trauma prévio em cerca de 10 a 15% dos casos.² Clinicamente, a lesão apresenta-se como um nódulo solitário, de crescimento rápido, medindo até 5cm e acometendo mais frequentemente as extremidades dos membros superiores, porém de evolução indolente após o crescimento inicial. Algumas apresentações podem ser confundidas com sarcoma devido ao seu rápido crescimento, celularidade rica e alta atividade mitótica, sendo de fundamental importância a distinção entre esta afecção e as doenças neoplásicas malignas.

Relato de caso

Autores:

Patrícia Pinheiro Montalvão¹
Amanda Soares Teixeira¹
Isadora Barreto Michels¹
Ingrid Stresser Gioppo¹
Anna Carolina Miola^{1,2}

¹ Departamento de Dermatologia, Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru (SP), Brasil.

² Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu (SP), Brasil.

Correspondência:

Anna Carolina Miola
Departamento de Dermatologia do Instituto Lauro de Souza Lima
Rodovia Comandante João Ribeiro de Barros, km 225/226
Distrito Industrial
17034-971 Bauru (SP)
E-mail: anna_fmnp@yahoo.com.br

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.

Trabalho realizado no Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru (SP), Brasil.

Agradecimentos:

Gostaríamos de agradecer ao Dr. Cleveson Teixeira Soares, médico patologista do Instituto Lauro de Souza Lima, por fornecer a documentação fotográfica da PAAF e do exame anatomopatológico.



RELATO DO CASO

Paciente feminina, 40 anos, hipertensa, com história de surgimento de tumoração na fronte há quatro anos, com aumento lentamente progressivo e leve dor local. Ao exame físico, apresentava nódulo de 2cm de diâmetro, móvel, de consistência fibroelástica, bem delimitado e não aderido a planos profundos na fronte à esquerda (Figura 1). Com as hipóteses diagnósticas de schwannoma, lipoma e cisto epidermoide e na indisponibilidade de ultrassonografia (USG), foi realizada punção aspirativa por agulha fina (PAAF), que evidenciou lesão proliferativa mesenquimal fusocelular, sugestiva de FN (Figura 2). Optou-se pela realização de exérese cirúrgica, com a retirada de tumoração de 2cm de diâmetro, de cor amarelo-clara, bem delimitada e de consistência parenquimatosa (Figura 3). No exame histopatológico, notou-se a presença de proliferação mesenquimal fusocelular com atipias discretas (Figura 4). Não foram realizadas colorações para actina, vimentina e imuno-histoquímica. Entretanto, o exame anatomopatológico, associado a PAAF e apresentação clínica indolente, tornou compatível o diagnóstico de FN. Após um ano da exérese, paciente mantém-se em acompanhamento sem recidiva da lesão.

DISCUSSÃO

A FN é uma doença fibroproliferativa benigna, de etiologia desconhecida, que acomete homens e mulheres entre 20 e



FIGURA 1: Nódulo móvel, de cerca de 2cm na fronte à esquerda, sem acometimento da pele suprajacente

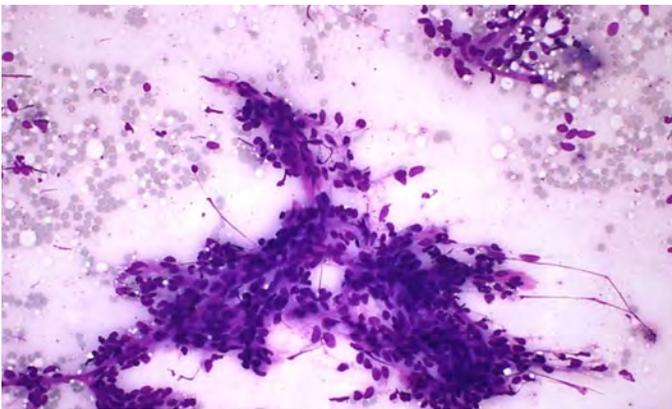


FIGURA 2: PAAF: presença de aglomerado de células mesenquimais fusocelulares

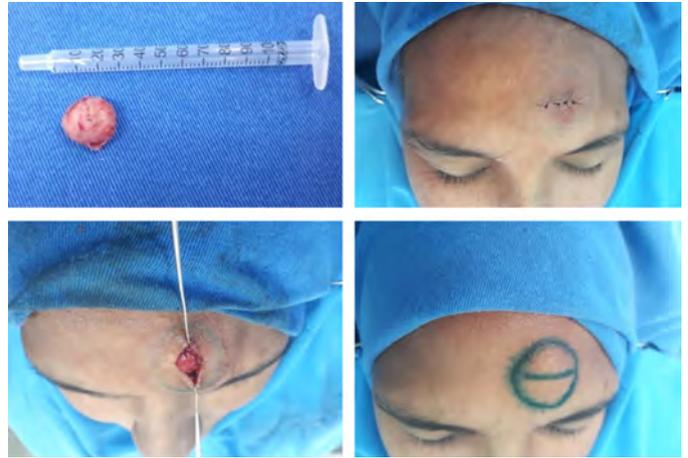


FIGURA 3: Exérese completa da lesão, com retirada de nódulo de cor amarelo-clara, de cerca de 1,5cm e aspecto parenquimatoso à palpação

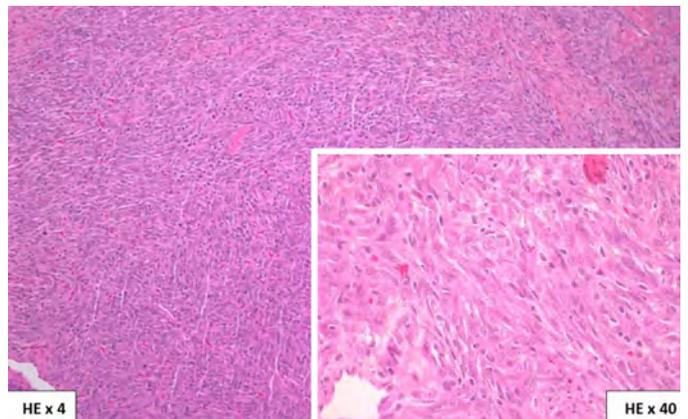


Figura 4: Histopatologia: presença de proliferação mesenquimal com atipias discretas

40 anos. Relatos de remissão espontânea e localização frequente sobre proeminências ósseas sugerem a hipótese etiológica de trauma prévio no local de surgimento da lesão.² Em adultos, o acometimento é mais frequente nas extremidades superiores (43%), seguidas do tronco (25%) e extremidades inferiores (22%), enquanto apenas 10% da FN acometem face e pescoço^{3,4}, sendo que a maioria dos casos de FN em face e pescoço ocorre em crianças.⁵

Clinicamente, manifesta-se como lesão tumoral, bem delimitada, de cerca de 2 a 5cm de tamanho, com crescimento nodular subcutâneo rápido, porém autolimitado, podendo apresentar sensibilidade dolorosa no local. Os principais diagnósticos diferenciais incluem granuloma piogênico, cistos, lipoma, dermatofibroma, neurofibroma e sarcoma.^{6,7} Por ser pouco frequente, costuma ser entidade negligenciada na avaliação de lesões tumorais benignas, com outras hipóteses diagnósticas levantadas previamente à FN. Muitos casos costumam ser confirmados por meio do exame histopatológico.⁸

A USG pode ser realizada e evidenciar lesões nodulares dérmicas bem delimitadas, hipoeoicas, com presença ou não de centro heterogêneo hiperecoico, podendo, portanto, fazer diagnóstico diferencial com lesões nodulares malignas. Consequen-

temente, o exame anatomopatológico faz-se necessário nesses casos.⁹

A histopatologia demonstra um nódulo subcutâneo bem circunscrito, fascial ou intramuscular, com aparência estrelada. É vista uma proliferação de fibroblastos estrelados e fusiformes arredondados e miofibroblastos de núcleo oval, com cromatina fina e nucleolo proeminente. Nas lesões de início recente, as células são arranjadas frouxamente em um estroma edematoso e mixomatoso, enquanto as lesões mais antigas demonstram feixes de colágeno hialinizados.¹⁰ Os fibroblastos e miofibroblastos reagem positivamente para vimentina e actina muscular específica, e algumas células são positivas para CD68 na imuno-histoquímica, podendo auxiliar no diagnóstico quando tais exames são

disponíveis.¹¹ O diagnóstico diferencial histológico inclui fibrossarcoma e histiocitoma fibroso maligno.

O tratamento consiste na exérese cirúrgica completa da lesão, com taxa de recorrência variável de acordo com a literatura, provavelmente devido à excisão incompleta da mesma. Outros tipos de tratamento podem ser considerados de acordo com a localização da lesão, como laser ablativo de CO₂ e infiltração intralesional com triancinolona.¹²

O objetivo principal deste trabalho foi destacar a localização incomum do caso, alertando o dermatologista para o diagnóstico e a inclusão da FN como diagnóstico diferencial de outros tumores faciais, a fim de definir a melhor abordagem terapêutica da lesão, evitando-se erros diagnósticos e possíveis recorrências locais. ●

REFERÊNCIAS

1. Konwaler BE, Keasbey L, Kaplan L. Subcutaneous pseudosarcomatous fibromatosis (fasciitis). *Am J Clin Pathol.* 1955;25(3):241-52.
2. Botton A, Bière A, Galakhoff C. Rôle inducteur du piercing dans une fasciite nodulaire faciale. *Presse Med.* 2006;35(2 Pt 1):237-8.
3. Shibata Y, Yanaba K, Ito K, Nishimura R, Miyawaki T, Nakagawa H. Nodular fasciitis on the face. *J Dermatol.* 2016;43(10):1235-6.
4. Gelfand JM, Mirza N, Kantor J. Nodular fasciitis. *Arch Dermatol.* 2001;137:719-721.
5. Morales DV, Cabrales ES. Nodular fasciitis present in facial area in children. *Rev Cuba Estomatol.* 2009;46:78-87.
6. Chemmanam JJ. Nodular fasciitis in the tongue- a mimicker of malignancy: case report and review of literature. *Indian J Surg Oncol.* 2017;8:214-6.
7. Almeida F, Picón M, Pezzi M, Sánchez-Jaúregui E, Carrillo R, Martínez-Lage JL. Nodular fasciitis of the maxillofacial region. Two case reports and a review of the literature. *Rev Esp Cir Oral y Maxilofac.* 2007;29:43-7.
8. Luna A, Molinari L, Bollea Garlatti LA, Ferrario D, Volonteri V, Roitman P, et al. Nodular fasciitis, a forgotten entity. *Int J Dermatol.* 2019;58(2):190-3.
9. Fujioka K, Fujioka A, Oishi M, Eto H, Tajima S, Nakayama T. Ultrasonography findings of intradermal nodular fasciitis: a rare case report and review of the literature. *Clin Experiment Dermatol* 2017;42(3):335-6.
10. Weinreb I, Shaw AJ, Perez-Ordoñez B, Goldblum JR, Rubin BP. Nodular fasciitis of the head and neck region: a clinicopathologic description in a series of 30 cases. *J Cutan Pathol.* 2009;36:1168-73.
11. Souza IS, Vieira BB, Rochael MC, Vieira JST, Farias RE, Schimidt NC. Nodular fasciitis on the zygomatic region: a rare presentation. *An Bras Dermatol.* 2013;88(6):89-92.
12. Oh BH, Kim J, Zheng Z, Roh MR, Chung KY. Treatment of nodular fasciitis occurring on the face. *Ann Dermatol.* 2015;27:694-701.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Patrícia Pinheiro Montalvão |  ORCID 0000-0001-6067-0426

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Isadora Barreto Michels |  ORCID 0000-0002-9393-9724

Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

Amanda Soares Teixeira |  ORCID 0000-0002-9072-8913

Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Ingrid Stresser Gioppo |  ORCID 0000-0001-9520-7888

Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Anna Carolina Miola |  ORCID 0000-0001-8926-734X

Contribuição no artigo: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Relato de caso

Autores:

Rachel de Avila Coelho¹
 Juliana Cristina Silva Fraga¹
 Pedro Romanelli de Castro²
 Marco Aurelio Lima de Sousa
 Figueiredo³

¹ Departamento de Dermatologia, Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil.

² Departamento de Urologia, Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil.

³ Departamento de Anatomia Patológica do Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil.

Correspondência:

Rachel de Avila Coelho
 R. Pacífico Mascarenhas, s/n
 Santa Efigênia
 30110-013 Belo Horizonte (MG)
 E-mail: rachelavilacoelho@yahoo.com.br

Data de recebimento: 14/09/2019

Data de aprovação: 11/08/2020

Trabalho realizado no Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.

Agradecimentos:

À equipe de Dermatologia, Urologia e Anatomia Patológica do Hospital da Polícia Militar.



A cirurgia micrográfica de Mohs no tratamento do câncer de pênis

Mohs micrographic surgery in the treatment of penile cancer

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201241314>

RESUMO

O câncer de pênis é um tumor raro, mas que apresenta grande impacto na qualidade de vida dos pacientes. No Brasil, a incidência é de 5,7 casos/100.000 homens/ano, representa 2% de todos os tipos de câncer que acometem homens no país e, em 2015, culminou em 402 mortes. O tratamento tradicional é a penectomia total com uretostomia perineal e consequente perda da manutenção das funções sexuais e urinárias normais. Para a preservação da função peniana, a cirurgia poupadora de órgão é preferida quando possível e a cirurgia micrográfica de Mohs configura-se em uma importante alternativa cirúrgica.

Palavras-chave: Carcinoma de Células Escamosas; Cirurgia de Mohs; Neoplasias Penianas

ABSTRACT

Penile cancer is a rare tumor that has a significant impact on patients' quality of life. In Brazil, the incidence is 5.7 cases/100,000 men/year, representing 2% of all types of cancer affecting men in the country and, in 2015, it culminated in 402 deaths. The traditional treatment is total penectomy with perineal urethrostomy and the consequent loss of normal sexual and urinary functions. For the preservation of penile function, organ-sparing surgery is preferred when possible, and Mohs micrographic surgery is an essential surgical alternative.

Keywords: Carcinoma, Squamous Cell; Mohs Surgery; Penile Neoplasms

INTRODUÇÃO

O câncer de pênis (Ca de pênis) é um tumor raro em todo o mundo, mas que apresenta grande impacto na qualidade de vida dos pacientes. De acordo com um estudo colombiano de revisão sistemática e meta-análise realizado em 2017, a incidência do Ca de pênis em todo o mundo é de 0,84 caso a cada 100.000 homens/ano, sendo a maior taxa de incidência encontrada na Romênia: 7,6 casos/100.000 homens/ano. O Brasil aproxima-se da marca superior, apresentando uma incidência de 5,7 casos/100.000 homens/ano.¹ Dados do Instituto Nacional de Câncer que acometem homens no país e que, em 2015, culminou em 402 mortes.² Os locais de acometimento mais comuns em ordem decrescente são: a glândula, o prepúcio e a haste peniana.³ O tratamento tradicional é a amputação parcial ou total do pênis associada reconstrução uretral com consequente perda da capacidade de

manutenção de relações sexuais e funções urinárias normais.³ Em uma pesquisa realizada por Opjordsmoen *et al*, homens com câncer de pênis escolheriam o tratamento com menor sobrevida a longo prazo para aumentar a chance de serem sexualmente potentes.⁴ Portanto, no intuito de se preservar a função peniana, hoje a cirurgia poupadora de órgão é preferida quando há essa possibilidade.

Apresentamos um caso de um paciente de 46 anos, com quadro de carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado em glândula, em que se optou pela cirurgia com controle de margens por corte e congelamento intraoperatório no intuito de preservação do membro.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 46 anos, fototipo III, compareceu ao Ambulatório de Dermatologia encaminhado pela equipe de Urologia para avaliação de placa de consistência endurecida, ulcerada, na glândula, há um ano. Apresentava histórico de carcinoma espinocelular (CEC) invasor moderadamente diferenciado na glândula há 10 anos, abordado com penectomia parcial e esvaziamento inguinal e pélvico por videolaparoscopia, com um linfonodo positivo. Negava comportamento sexual de risco. Após penectomia parcial, o paciente casou-se e teve três filhos. Ao exame físico, apresentava máculas hipocrômicas na glândula peniana e placa eritemato-hipocrômica endurecida com ulceração central na face ventral da glândula (Figura 1). Foi feita a biópsia das lesões que evidenciou CEC moderadamente diferenciado com padrão de crescimento infiltrativo, sem invasão angiolímfática identificada e neoplasia intraepitelial peniana. A tomografia computadorizada de abdome e pelve não apresentou evidências de metástases linfonodais. Diante dos achados de nova lesão maligna restrita glândula e estadiada como T1aN0M0 com limites clínicos imprecisos e no intuito de preservação da função sexual, optou-se pela cirurgia micrográfica de Mohs (CMM) em abordagem conjunta com a equipe da Urologia. Realizamos a marcação dos limites clínicos da lesão (Figura 2), antisepsia, colocação de campos e anestesia local com solução de Klein. Foi feita a excisão do tumor visível com bisturi angulado a 90°, estágio conhecido como *debulking* (Figuras 3 e 4). Em seguida, realizou-se a ampliação do defeito cirúrgico em 2mm, profunda e periféricamente, com ressecção de parte da mucosa uretral distal, configurando-se o primeiro estágio da CMM (Figura 5). Nesse estágio, antes da completa retirada do fragmento, foram realizadas marcações transversais à linha de incisão (*Nicks*), que serviram como referência no tecido perilesional para mapeamento correto de possíveis margens a serem ampliadas. A peça excisada foi dividida em quatro fragmentos que foram posicionados em gaze com orientação padronizada, corados e denominados A1, A2, A3 e A4, para confecção da lâmina por congelamento e mapa topográfico (Figuras 5 e 6). Após análise histopatológica, verificaram-se margens livres de tumor e focos de neoplasia intraepitelial peniana atingindo as bordas dos fragmentos A3 e A4 (Figuras 6 e 7). Realizou-se fechamento primário (Figura 8) após definição de tratamento clínico das outras lesões identificadas ao exame anatomopatológico em momento posterior.



FIGURA 1: Placa eritemato-hipocrômica de limites imprecisos, com ulceração ao centro, em face ventral de glândula, à esquerda



FIGURA 2: Imagem evidenciando a marcação dos limites clínicos da lesão tumoral

DISCUSSÃO

O Ca de pênis acomete preferencialmente homens na sexta e sétima de vida, podendo acometer também homens mais jovens. O potencial mutilante das abordagens cirúrgicas terapêuticas afeta de maneira permanente e significativa a qualidade de vida desses pacientes. Estudos recentes ressaltam que as características histopatológicas desses tumores e a ausência de acometimento linfonodal⁵

A variante histológica mais comum é o carcinoma de células escamosas, que corresponde a mais de 95% dos casos.³

A preservação do órgão pode ser conseguida por meio de terapias não cirúrgicas como: radioterapia externa, braquiterapia e imunomoduladores⁶ Todos os pacientes devem ser circuncidados antes de se considerar um tratamento não cirúrgico conservador.³ penectomia parcial.⁷ Os imunomoduladores, como o imiquimode 5% ou o 5-fluorouracil, são



FIGURA 3: Debulking



Figura 5: Primeiro estágio da cirurgia micrográfica de Mohs, evidenciando ampliação de margens profundas e periféricas



FIGURA 4: Amostra tumoral

eficazes para carcinomas *in situ*, apresentam taxas de cura modestas (63%), requerem aplicação diária por seis-oito semanas e podem dificultar a identificação da doença recidivante.⁸ As cirurgias de preservação do órgão genital têm o objetivo de excisar completamente o tumor primário e fazer a reconstrução local, caso seja necessário, de modo a preservar as funções reprodutivas e urinárias do paciente.⁹ Ta/T1, alguns tumores T2 bem ou moderadamente diferenciados e casos selecionados de estágio T3.^{10,11} Sua principal desvantagem é a maior taxa de recorrência local, o que exige acompanhamento trimestral nos primeiros dois anos, semestral do terceiro ao quinto ano e anual até o décimo ano pós-operatório.³ Dentre as opções cirúrgicas temos a lasercirurgia, a cirurgia micrográfica de Mohs, a circuncisão, a excisão ampla local, “*glans resurfacing*”, glandectomia, penectomia parcial, penectomia total com preservação da uretra.

A cirurgia micrográfica de Mohs utiliza a avaliação microscópica intraoperatória para garantir a completa excisão tumoral, com máxima preservação do tecido normal perilesional. Apresenta excelentes taxas de cura para os carcinomas espinocelulares de outras localizações, mas a literatura apresenta taxas de recorrência de 26-32% quando localizados no pênis.^{12,13,14} Entre-

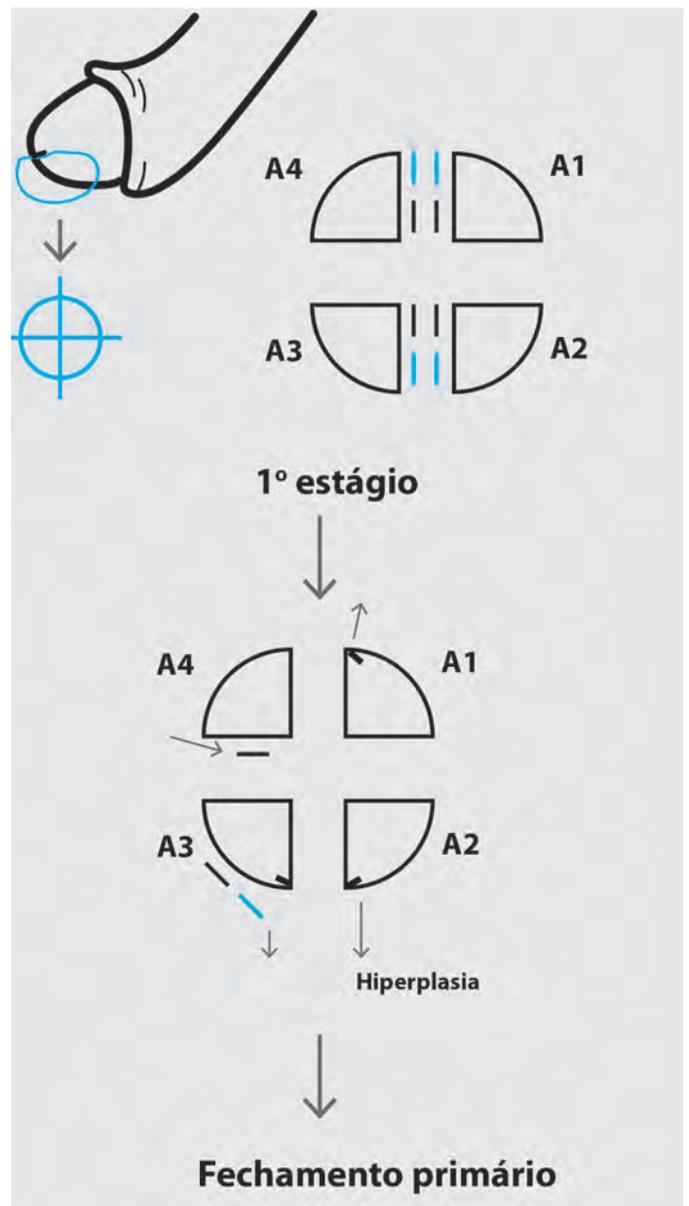


FIGURA 6: Mapa topográfico da cirurgia micrográfica de Mohs

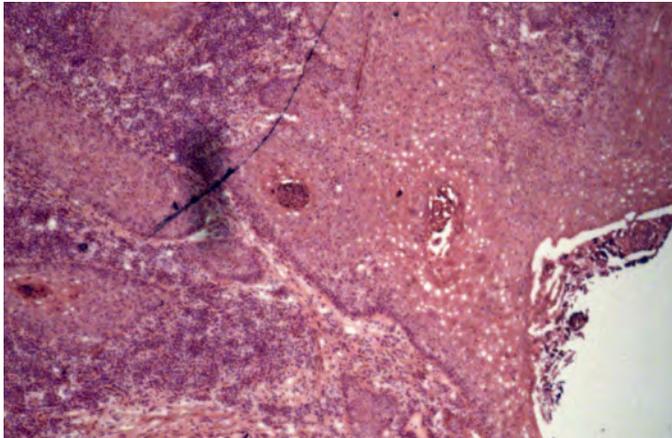


FIGURA 7: Foto de lâmina por corte e congelação: proliferação de células escamosas atípicas, com formação de linguetas que se projetam e infiltram a derme, coexistindo hiperqueratose, disqueratose e atividade inflamatória crônica liquenoide



FIGURA 8: Fechamento primário de defeito cirúrgico

tanto, um estudo que reflete a experiência de 30 anos de um serviço de tratamento do Ca de pênis com CMM mostra que, com a manutenção rigorosa da vigilância oncológica e consequentes reabordagens quando se fizer necessário, as taxas de sobrevivência geral são excelentes e as taxas de progressão são baixas.¹⁵ O mesmo estudo considera que a cirurgia micrográfica de Mohs, sim, que ela deve ser utilizada como estratégia de tratamento para tumores com envolvimento uretral, poupando os pacientes das penectomias totais ou parciais.¹⁵ A taxa de recorrência

encontrada nesse estudo foi de 11,1% e a reabordagem desses pacientes com nova cirurgia micrográfica de Mohs apresentou taxa final de cura de 100%, tanto nos casos de CEC *in situ* (média de acompanhamento de 72,5 meses) quanto de CEC invasor (média de acompanhamento de 77 meses).

Diante do grande impacto psicossocial do tratamento agressivo dos às boas taxas de sobrevida geral, acreditamos que a melhor abordagem é aquela que permite a manutenção da qualidade de vida a despeito da necessidade de acompanhamentos mais frequentes e prolongados. ●

REFERÊNCIAS

1. Montes Cardona CE, García-Perdomo HA. Incidence of penile cancer worldwide: systematic review and meta-analysis. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e117.
2. Instituto Nacional do Câncer [homepage]. Câncer de Pênis [accessed 20 de outubro de 2019]. Available from: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-penis>.
3. Hakenberg OW, Comperat EM, Minhas, S. EAU guidelines on penile cancer: 2014 update. *Eur Urol*. 2015;67(1):142-50.
4. Opjordsmoen S, Fossa, SD. Quality of life in patients treated for penile cancer. A follow-up study. *Br J Urol*. 1994;74(5):652-7.
5. Ficarra V, Akduman B, Bouchot, O. Prognostic factors in penile cancer. *Urology* 2010;76(2 Suppl 1):S66-73.
6. Kamel MH, Bissada N, Warford R, Farias J, Davis R. Organ Sparing Surgery in Penile Cancer: a Systematic Review, *J Urol*. 2017;198(4):770-9.
7. Zouhair A, Coucke PA, Jeanneret W. Radiation therapy alone or combined surgery and radiation therapy in squamous-cell carcinoma of the penis? *Eur J Cancer* 2001;37(2):198-203.
8. Deen K, Burdon-Jones D. Imiquimod in the treatment of penile intraepithelial neoplasia: an update. *Australas J Dermatol*, 2017;58(2):86-92.
9. Philippou, P., Shabbir, M., Malone, P. Conservative surgery for squamous cell carcinoma of the penis: resection margins and long-term oncological control. *J Urol* 2012;188(3):803-8.
10. Pompeo AC, Zequi Sde C, Pompeo AS. Penile cancer: organ-sparing surgery. *Curr Opin Urol* 2015;25(2):121-8.
11. Horenblas S, van Tinteren H, Delemarre JF. Squamous cell carcinoma of the penis. II. Treatment of the primary tumor. *J Urol* 1992;147(6):1533-8.
12. Brown MD, Zachary CB, Grekin RC, Swanson NA. Penile tumors: their management by Mohs micrographic surgery. *J Dermatol Surg Oncol*. 1987;13(11):1163-7.
13. Mohs FE, Snow SN, Larson PO. Mohs micrographic surgery for penile tumors. *Urol Clin North Am* 1992;19(2):291-304.
14. Shindel AW, Mann MW, Lev RY, Sengelmann R. Mohs micrographic surgery for penile cancer: management and long-term followup. *J Urol* 2007;178(5):1980-5.
15. Machan M, Brodland D, Zitelli J. Penile Squamous Cell Carcinoma: Penis-Preserving Treatment With Mohs Micrographic Surgery. *Dermatol Surg* 2016;42(8):936-44.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Juliana Cristina Silva Fraga |  ORCID 0000-0002-1593-8742

Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Pedro Romanelli de Castro |  ORCID 0000-0003-3717-9748

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

Marco Aurelio Lima de Sousa Figueiredo |  ORCID 0000-0002-1037-1433

Contribuição no artigo: Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Retalho trilobado para reconstrução nasal: otimizando resultados

Trilobate flap for nasal reconstruction: optimizing results

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201241318>

RESUMO

O retalho trilobado pode ser usado para a reconstrução de defeitos de tamanho médio da porção nasal inferior. O terceiro lóbulo determina o aumento do arco rotatório, reduzindo a tensão do retalho e melhorando a estética final. Relatamos o caso de uma paciente submetida ao procedimento com bom resultado estético e funcional.

Palavras-chave: Cirurgia de Mohs; Retalhos Cirúrgicos; Procedimentos Cirúrgicos Dermatológicos

ABSTRACT

The trilobate flap can be used for the reconstruction of mid-size defects of the lower nasal portion. The third lobe determines the rotational arch's increase, reducing the flap tension and improving the final aesthetics. We report the case of a patient submitted to the procedure with good aesthetic and functional results.

Keywords: Dermatologic Surgical Procedures; Mohs Surgery; Surgical Flaps

INTRODUÇÃO

A reconstrução nasal é sempre desafiadora para o cirurgião dermatológico. As perdas de substância nasal são causadas principalmente por ressecção de neoplasias de pele. Existem muitas alternativas para cobertura cutânea, e os retalhos cutâneos constituem a melhor opção. Porém, a escolha da melhor técnica deve ser considerada individualmente para que se consigam os melhores resultados funcionais e estéticos, com mínima distorção da anatomia. Relatamos o caso de uma paciente jovem com defeito importante nasal após ressecção tumoral e rotação de retalho trilobado.

RELATO DO CASO

Paciente com diagnóstico de carcinoma basocelular, na transição da subunidade ponta nasal e dorso nasal, por meio de biópsia incisional apresentava tumor de aproximadamente 1,2cm

Relato de caso

Autores:

Emanuella Stella Mikilita¹

Fernando Eibs Cafrune¹

¹ Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre (RS), Brasil.

Correspondência:

Emanuella Stella Mikilita

R. Duque de Caxias 1735, ap 702

Centro Histórico

90010-283 Porto Alegre (RS)

E-mail: manu.miki@hotmail.com

Data de recebimento: 05/09/2019

Data de aprovação: 10/08/2020

Trabalho realizado na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre (RS), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.



(Figura 1). Submetida à ressecção do tumor por meio de cirurgia micrográfica de Mohs, apresentou um defeito de aproximadamente 1,6cm após exérese (Figura 2). Depois de análise intraoperatória da melhor técnica cirúrgica, optamos por realizar retalho tipo transposição com variação da técnica de retalho bilobado (Figura 2). Pós-operatório imediato mostrou pouca distorção da anatomia (Figura 3). Foi feita reavaliação 90 dias após a cirurgia, com excelente resultado estético e funcional (Figura 4).



FIGURA 1: CBC na ponta nasal e marcação pré-operatória dos limites



FIGURA 2: Exérese por meio de cirurgia micrográfica de Mohs e marcação de retalho trilobado com azul de metileno



Figura 3: Pós-operatório imediato



Figura 4: Pós-operatório tardio: 60 dias

DISCUSSÃO

Os defeitos nasais de espessura parcial na ponta nasal apresentam desafios reconstrutivos únicos. Para reconstrução da ponta do nariz, o retalho bilobado e o retalho glabellar estendido foram citados como sendo as primeiras opções para esses tipos de defeito.^{1,2}

O retalho de rotação dorsal nasal é uma reconstrução amplamente utilizada que preserva o contorno nasal distal como um retalho deslizante, com elementos de rotação e avanço, acessando o reservatório de pele frouxa nasal e glabellar dorsal. O reparo ocorre às custas de longas linhas de sutura, escondidas ao longo do sulco nasofacial e na glabella, mas sempre com uma linha de sutura nasal distal oblíqua no local do reparo do cone em pé.^{2,3}

O retalho trilobado, descrito recentemente e detalhado por Albertini e Hansen, é uma técnica elegante para abordar defeitos nasais inferiores da ponta nasal. Este retalho expandiu ainda mais a aplicação de retalhos transposicionais para reparo nasal que antes eram reparáveis apenas por interpolação ou enxertos.³

Esta técnica apresenta-se como uma boa opção em caso de pequenos e médios defeitos em região distal do nariz por permitir maior mobilidade com utilização de tecido das porções nasais superiores.

Este retalho consiste na incorporação do terceiro lóbulo ao retalho bilobado. O terceiro lóbulo permite um arco rotatório total de 135 a 150° com lóbulos separados por um ângulo rotatório externo de 45 a 50° orientados perpendicularmente à margem livre, o que determina um aumento do arco rotatório, facilitando a orientação e diminuindo a tensão perpendicular à borda alar.³

O retalho é projetado em torno deste ponto de pivô, com arcos desenhados e lóbulos criados de tamanho igual ou quase igual. O desenho final do retalho, incluindo tamanho e comprimento exatos do lobo, é alterado em um pequeno grau caso a caso, com base em uma variedade de fatores: inchaço dos tecidos no momento da reconstrução, elasticidade, rigidez da pele nasal, cicatriz circundante.^{4,5}

Devido à maior mobilidade tecidual obtida com o retalho multilobulado, não há necessidade de estender as incisões cutâneas superiormente à glabella, e as incisões superiores naturais (e o verdadeiro reservatório) encontram-se na parede lateral superior e na pele nasal medial.⁴

Esse retalho depende da porção superior nasal. Portanto, pacientes com pele nasal tensa, radiação prévia ou cirurgias prévias no nariz podem beneficiar-se de outras opções reconstrutivas.^{3,5}

Resultados inestéticos com dificuldade de cicatrização, assimetria nasal, principalmente alar, redução do fluxo de ar pela ancoragem na válvula nasal interna ipsilateral^{3,6} e elevação da ponta permanecem possíveis complicações, embora sejam geralmente evitadas com a seleção adequada do paciente, o desenho do retalho e a execução cirúrgica.⁴

Os retalhos trilobados criam um retalho com movimentos e desfechos previsíveis dos tecidos, podendo ser usados para defeitos em ponta nasal com ótimos resultados funcionais e estéticos. A seleção do tipo de retalho para cada defeito continua sendo crucial para o sucesso da reconstrução. ●

REFERÊNCIAS

1. Laitano FF, Teixeira LF, Siqueira EJ, Alvarez GS, Martins PDE, Oliveira MP. Uso de retalho cutâneo para reconstrução nasal após ressecção neoplásica. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2012;27(2):217-22.
2. Collar RM, Ward PD, Baker SR. Reconstructive perspectives of cutaneous defects involving the nasal tip: a retrospective review. *Arch Facial Plast Surg.* 2011;13(2):91-6.
3. Wang CY, Armbrecht ES, Burkemper NM, Glaser DA, Maher IA. Bending the arc of the trilobed flap through external interlobe angle inequality. *Dermatol Surg.* 2018;44(5):621-9.
4. Albertini JG, Hansen JP. Trilobed flap reconstruction for distal nasal skin defects. *Dermatol Surg.* 2010;36(11):1726-35.
5. Jellinek NJ e Findley AB. Trilobed flaps: an alternative to dorsal nasal flaps. *Glob Dermatol.* 2016;3(3):302-4.
6. Hussain W, Mortimer N, Salmon P. Optimizing outcomes in trilobed flap reconstruction for nasal tip defects. *Dermatol Surg.* 2011;37(4):551.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Emanuella Stella Mikilita |  ORCID 0000-0002-7659-4381

Elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura.

Fernando Eibs Cafrune |  ORCID 0000-0002-6645-0122

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; 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 do manuscrito.

Relato de caso

Autores:

Juliana Câmara Mariz¹
 Bárbara de Oliveira Martins¹
 Manoel Gomes Filho Neto¹
 Maria de Oliveira Buffara¹
 Solange Cardoso Maciel Costa
 Silva¹

¹ Serviço de Dermatologia, Hospital
 Universitário Pedro Ernesto,
 Universidade do Estado do Rio de
 Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Correspondência:

Juliana Câmara Mariz
 Boulevard 28 de setembro, 77 -
 2º andar
 Vila Isabel
 20551-030 Rio de Janeiro (RJ)
 E-mail: marizjuliana@gmail.com

Data de recebimento: 08/05/2019

Data de aprovação: 11/08/2020

Trabalho realizado no Hospital Uni-
 versitário Pedro Ernesto, Universida-
 de do Estado do Rio de Janeiro, Rio de
 Janeiro (RJ), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.
 Conflito de Interesses: Nenhum.



Retalho em ilha tunelizado na reconstrução de defeito na sobrancelha

Tunneled island flap for reconstruction of eyebrow defect

DOI: <https://www.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201241398>

RESUMO

Cirurgias na face configuram-se, muitas vezes, em desafios para o cirurgião em virtude da complexa anatomia, importância estética e funcional. Intervenções na subunidade cosmética que compreende as sobrancelhas podem ser particularmente difíceis. O objetivo deste trabalho é demonstrar o uso do retalho em ilha nesta região. Foi realizada exérese de nevo melanocítico, com bom resultado final e ausência de complicações pós-operatórias. Esta técnica é comumente utilizada para reconstrução facial, porém existem poucos casos descritos em que foi utilizada para reconstrução de sobrancelhas.

Palavras-chave: Reconstrução; Retalhos Cirúrgicos; Sobrancelhas

ABSTRACT

Facial surgeries are often challenging for surgeons due to their complex anatomy, aesthetic and functional importance. Interventions in the cosmetic subunit that comprises the eyebrows can be particularly difficult. This case report aims to demonstrate the use of island flap in this region. We performed the excision of melanocytic nevus, with a good outcome and absence of postoperative complications. This technique is commonly used for facial reconstruction; however, the literature describes only a few cases using this method for eyebrow reconstruction.

Keywords: Eyebrows; Reconstruction; Surgical Flaps

INTRODUÇÃO

A reconstrução de defeitos faciais configura-se em desafio, tendo em vista a sua importância cosmética e a escassez de pele adjacente em determinadas regiões da face. Os retalhos cutâneos representam uma modalidade frequentemente utilizada na cirurgia reconstrutiva da face. O retalho em ilha é uma das opções de reconstrução que pode surtir bons resultados nessa região pelas próprias características desse tipo de retalho.¹

Existem poucos relatos na literatura de reconstrução da sobrancelha utilizando o retalho em ilha tunelizado. O presente trabalho traz a descrição da realização desta técnica.

MÉTODOS

Paciente do sexo feminino apresentou nevo melanocítico congênito, ocupando dois terços laterais da sobrancelha direita (Figura 1). Foi realizada marcação do local a ser incisado no couro cabeludo, baseando-se na anatomia da região e palpação da artéria temporal. Na região do ramo frontal da artéria temporal, desenhou-se o retalho com o formato da futura sobrancelha, com medição correta para um encaixe perfeito (Figura 2). Foi feito, então, um túnel subcutâneo através do qual o retalho em ilha foi passado para ser posicionado na região da sobrancelha (Figuras 3, 4 e 5). O retalho foi suturado com pontos simples de fio de mononylon 6.0. A incisão do couro cabeludo foi suturada com fio de mononylon 4.0 (Figura 6).

RESULTADOS

O resultado final do retalho em ilha tunelizado evidenciou ausência de cicatriz entre o couro cabeludo e a sobrancelha, não houve complicações no pós-operatório nem distorção da anatomia, havendo apenas a necessidade de apararem-se os pelos periodicamente (Figuras 7 e 8).

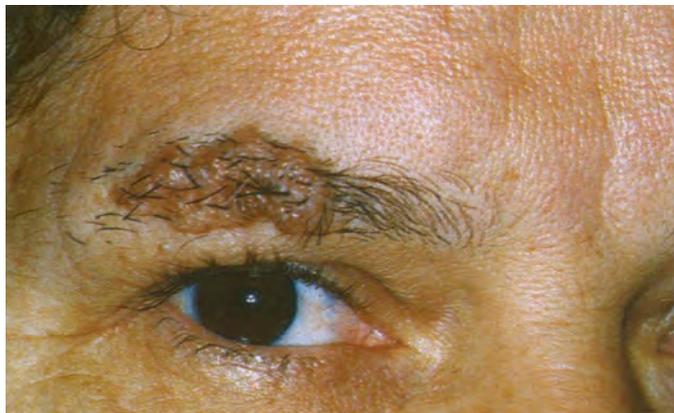


FIGURA 1: Nevo melanocítico congênito na sobrancelha



FIGURA 2: Marcação do retalho em ilha



FIGURA 3: Defeito cirúrgico após exérese da tumoração



FIGURA 4: Túnel subcutâneo pelo qual passa o retalho



FIGURA 5: Retalho posicionado na área da sobrancelha

DISCUSSÃO

As sobrancelhas, importantes subunidades do terço superior da face, apresentam papel estético na expressão facial e de proteção dos olhos, e requerem cuidado nas reconstruções para que o resultado seja natural.² A perda das sobrancelhas de forma total ou parcial traz consequências físicas e psicológicas negativas³ e pode decorrer de queimaduras por calor ou radiação, lesões por avulsão, alopecia areata, hanseníase ou excisão cirúrgica de neoplasias, por exemplo.⁴



FIGURA 6: Sutura com pontos simples

A reconstrução após deformidade na sobrancelha pode ser particularmente difícil, pois os locais doadores devem ter folículos pilosos, textura e qualidade sebácea semelhantes aos da área receptora.⁵ A técnica deve ser individualizada, de modo que, nos casos de sobrancelhas mais finas, possa ser realizada por meio de enxerto composto; já para sobrancelhas mais grossas, o retalho em ilha do território da artéria temporal superficial teria maior aplicabilidade⁶, o qual também representa uma boa opção quando o defeito está localizado na região lateral da sobrancelha.⁷ Sendo assim, exige-se um planejamento da área do retalho com as dimensões exatas do defeito a ser preenchido para evitar distorções da anatomia.

Diferentes técnicas de reconstrução têm sido descritas mundialmente, como tatuagem cosmética, enxerto capilar, retalho de fáscia temporoparietal, retalhos de couro cabeludo e retalho em ilha tunelizado.⁸ O retalho em ilha tunelizado é aquele no qual uma ilha de pele é incisada e um túnel subcutâneo é criado entre o retalho e o defeito. O retalho é mobilizado e transferido através deste túnel, superior ao defeito. Isso é útil quando se quer evitar quaisquer incisões na pele entre o local doador e o defeito, criando, portanto, um túnel subcutâneo na testa para permitir a transferência de uma ilha de pele do couro cabeludo com cabelo para a sobrancelha.⁹

O retalho em ilha apresenta duas características fundamentais: a pele doadora é uma ilha, destacada em todos os lados da epiderme e derme circunjacentes; e um pedículo subcutâneo é mantido, garantindo a vascularização e permitindo certa mobilidade para uma área receptora próxima.¹⁰

Estes retalhos são extremamente perfundidos, móveis, e o túnel criado proporciona o trajeto mais direto para o defeito primário. Além disso, requerem apenas um único tempo cirúrgico, eliminando assim a morbidade de procedimentos posteriores. No entanto, além dos riscos comuns a todos os procedimentos cirúrgicos, como hemorragia, infecção e necrose, estes retalhos são tecnicamente difíceis, e a dissecação do pedículo é lenta, uma vez que tem de ser efetuada cuidadosamente.¹

CONCLUSÃO

O retalho em ilha tunelizado é uma técnica comumente utilizada para reconstrução facial, porém existem poucos casos



Figura 7: Resultado final



FIGURA 8: Resultado final (visão lateral). Não há cicatriz entre o couro cabeludo e a sobrancelha

em que essa técnica foi utilizada para reconstrução de sobrancelhas. No caso relatado acima, um resultado esteticamente satisfatório foi obtido, com aparência semelhante à da sobrancelha contralateral, ausência de cicatriz entre o couro cabeludo e a sobrancelha e preservação da inervação motora e sensitiva da testa, podendo ser reproduzida por cirurgiões dermatológicos e outros habilitados em procedimentos cirúrgicos nesta região. ●

REFERÊNCIAS

1. Pinto-Gouveia M, Gouveia AI, Brinca A, Vieira R. Retalhos em ilha tunelizados na reconstrução de defeitos da face. *An Bras Dermatol*. 2017;92(5 Supl 1):136-8.
2. Omranifard M, Doost MI. A trial on subcutaneous pedicle island flap for eyebrow reconstruction. *Burns* 2010;36:692-7.
3. Pang XY, Ren J, Xu W, Wan R, Yuan W, et al. Aesthetic eyebrow reconstruction with an expanded scalp island flap pedicled by the superficial temporal artery. *Aesth Plast Surg* 2017;41(3):563-7.
4. Kocer U, Ulusoy MG, Tiftikcioglu YO, Aksoy HM, Cologlu H. Frontal scalp flap for aesthetic eyebrow reconstruction. *Aesthetic Plast Surg* 2002;26:263-6.
5. Kuonen F. Clues in skin surgery: Island pedicle flap for reconstruction of the medial eyebrow. *EJD* 2018;28(2):279-80.
6. Motamed S, Davami B. Eyebrow reconstruction following burn injury. *Burns* 2005; 31(4):495-9.
7. Silapunt S, Goldberg LH, Peterson RS, Gardner ES. Eyebrow reconstruction: option for reconstruction of cutaneous defects of the eyebrow. *Dermatol Surg* 2004;30(4 Pt 1):530-5.
8. Denadai R, Raposo-Amaral CE, Marques FF, Raposo-Amaral CA. Reconstrução de sobrancelha após trauma com retalho de fáscia temporoparietal associado à ilha de pele de couro cabeludo. *Einstein* 2015;13(1):106-9.
9. Kimyai-Asadi A, Goldberg LH. Island pedicle flap. *Dermatol Clin*. 2005;23(1):113-27.
10. Sisnando AS, Ramos LO, Francesconi F. Retalho em ilha tunelizado após exérese de carcinoma na face. *Surg Cosmet Dermatol*. 2015;7(2):175-8.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Juliana Câmara Mariz |  ORCID 0000-0002-7292-1648

Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Bárbara de Oliveira Martins |  ORCID 0000-0002-6650-1719

Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Manoel Gomes Filho Neto |  ORCID 0000-0003-1278-8758

Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Maria de Oliveira Buffara |  ORCID 0000-0002-1583-0125

Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Solange Cardoso Maciel Costa Silva |  ORCID 0000-0003-0812-908X

Participação efetiva na orientação da pesquisa.

Relato de caso

Autores:

Thiago da Silveira Manzione¹
Sidney Roberto Nadal²
John Verrinder Veasey³

- ¹ Departamento de Cirurgia do Hospital da Santa Casa de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil.
² Instituto de Infectologia Emílio Ribas, São Paulo (SP), Brasil.
³ Setor de Infectologia da Clínica de Dermatologia da Santa Casa de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil.

Correspondência:

John Verrinder Veasey
R. Dr Cesário Mota Júnior, 112
Edifício Conde de Lara - 5º andar
Vila Buarque
01221-020 São Paulo (SP)
E-mail: johnveasey@uol.com.br

Data de recebimento: 29/10/2019

Data de aprovação: 12/11/2020

Trabalho realizado na Clínica de Dermatologia da Santa Casa de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.



Tumor de Buschke-Lowenstein perianal: relato de dois casos tratados com podofilina em vaselina sólida 25%

Perianal Buschke-Lowenstein tumor: report of two cases treated with 25% podophyllin ointment

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201241408>

RESUMO

O tumor de Buschke-Lowenstein (TBL) é variante extremamente rara do condiloma acuminado que, apesar de manifestar-se clinicamente por lesões de grandes proporções, apresenta comportamento biológico e características histológicas benignas. Existem diversas abordagens terapêuticas disponíveis, muitas delas apoiando-se em abordagens cirúrgicas extensas e mutilantes. Apresentamos dois casos de pacientes com TBL tratados com podofilina tópica, cujas respostas terapêuticas foram extremamente favoráveis em ambos os casos.

Palavras-chave: Podofilina; Condiloma Acuminado; Carcinoma Verrucoso; Terapêutica; Terapia Neoadjuvante

ABSTRACT

Buschke-Lowenstein tumor (BLT) is an extremely rare variant of condylomata acuminata that despite being clinically presented by large lesions, presents a benign biological behavior and histological characteristics. There are a number of therapeutic approaches available, many of which rely on extensive and mutilating surgical procedures. We present two cases of patients with BLT treated with topical podophyllin whose therapeutic responses were extremely favorable in both cases.

Keywords: Podophyllin; Condylomata Acuminata; Carcinoma, Verrucous; Neoadjuvant Therapy

INTRODUÇÃO

O tumor de Buschke-Lowenstein (TBL), também designado condiloma acuminado gigante, é variante rara do condiloma acuminado, compreendendo cerca de 0,1% dos casos.¹ É causado pelo papilomavírus humano (HPV), dos tipos 6 e 11². Os fatores de risco descritos são imunossupressão, gravidez, consumo de álcool e tabaco, má higiene local e a infecção pelo vírus *Herpes simplex*.³

Clinicamente, a lesão atinge proporções volumosas, com características locais agressivas, invadindo e causando deformidade nos tecidos adjacentes, porém sem invasão linfática, vascular ou neuronal.⁴ O risco de degeneração para carcinoma espinocelular (CEC) varia entre 30 a 56%, enquanto o condiloma acuminado apresenta risco de apenas 2%.⁵ Histologicamente, o TBL distingue-se do condiloma acuminado pela proliferação e pene-

tração profunda nos tecidos adjacentes e, do CEC, pela integridade da membrana basal e incapacidade de produzir metástases.³

Existem diversas abordagens terapêuticas para o TBL, como medicações tópicas, criocirurgia, excisão cirúrgica, imunoterapia, quimioterapia, radioterapia e eletrocoagulação. Não há consensos que orientem a decisão terapêutica, mas a escolha inicial em muitos serviços é a excisão cirúrgica.⁵

A cirurgia deve ser a ressecção local, mantendo as margens livres de doença residual. A remoção cirúrgica pode ocasionar feridas extensas, estenoses cicatriciais e incontinência fecal. A amputação abdominoperineal está indicada quando houver acometimento do aparelho esfinteriano.⁶ Entre os agentes tópicos mais usados estão a podofilina, que tem ação esfoliante, imunológica e antimetabólica^{5,6}, e o imiquimode, substância imunomoduladora capaz de potencializar a resposta imunológica ao HPV.^{5,6}

CASO CLÍNICO 1

Paciente do sexo masculino, 25 anos, com sorologia positiva para HIV há oito meses, em uso de terapia antirretroviral (TARV) com tenofovir, efavirenz e lamivudina desde seu diagnóstico, apresentando contagem de células CD4 de 253/ μ L e carga viral indetectada.

Queixa-se de tumor anal há nove meses, evoluindo no último mês com aumento da lesão, associado a odor fétido e dificuldade para higiene. Ao exame dermatológico, apresentava grande lesão tumoral de aspecto verrucoso, com 30cm de diâmetro, ocupando as nádegas, o períneo e o sulco interglúteo, impossibilitando identificar o ânus (Figura 1).

Realizada biópsia da lesão para descartar CEC, cujo laudo concluiu tratar-se de condiloma acuminado. Prescritos sulfametoxazol + trimetoprima, devido à infecção secundária, e iniciado tratamento tópico com podofilina a 25% em vaselina sólida uma vez por semana, orientando-se o paciente a retirar a medicação, lavando-se após seis horas (Figura 1).

Após 23 aplicações durante seis meses, observou-se regressão quase completa da lesão (Figura 2). Indicada em seguida ressecção cirúrgica e cauterização das poucas lesões remanescentes. A avaliação histopatológica da peça ressecada não apresentava carcinoma, e a evolução clínica foi favorável, estando após quatro semanas as feridas cicatrizadas e sem sinais de recidiva.

CASO CLÍNICO 2

Mulher de 42 anos, positiva para o HIV há seis anos, com queixa de tumor anal há 12 meses. Abandonou a TARV há seis meses, com aumento significativo da lesão. Apresentava linfócitos T CD4 de 124/ μ L e carga viral superior a 200.000/mL.

Foi orientada a retornar com a TARV e iniciado tratamento semanal com podofilina a 25% em vaselina sólida. Após a terceira aplicação, a lesão apresentou acentuada redução. Foram 12 aplicações durante quatro meses, quando o desaparecimento foi completo (Figura 3). A biópsia realizada na primeira consulta revelou condiloma acuminado, sem sinais de malignidade. A colposcopia anal e a citologia do canal anal estavam normais ao término do tratamento. Não houve recidiva.

DISCUSSÃO

O TBL envolvendo a região perianal é raro. Em meta-análise avaliando publicações do período de 1958 a 2000 foram encontrados apenas 51 casos, sendo mais frequente nos homens (2,7:1) com a idade média de 43,9 anos.⁷

Parece existir uma interação complexa entre o HIV, o HPV e os mecanismos imunológicos da mucosa local. O HIV aumenta a transcrição do HPV e este provoca diminuição do número de macrófagos, células de Langerhans e linfócitos T CD4 na mucosa, com consequente diminuição do controle imunológico local da infecção pelo HPV e aumento da proliferação deste vírus.⁸

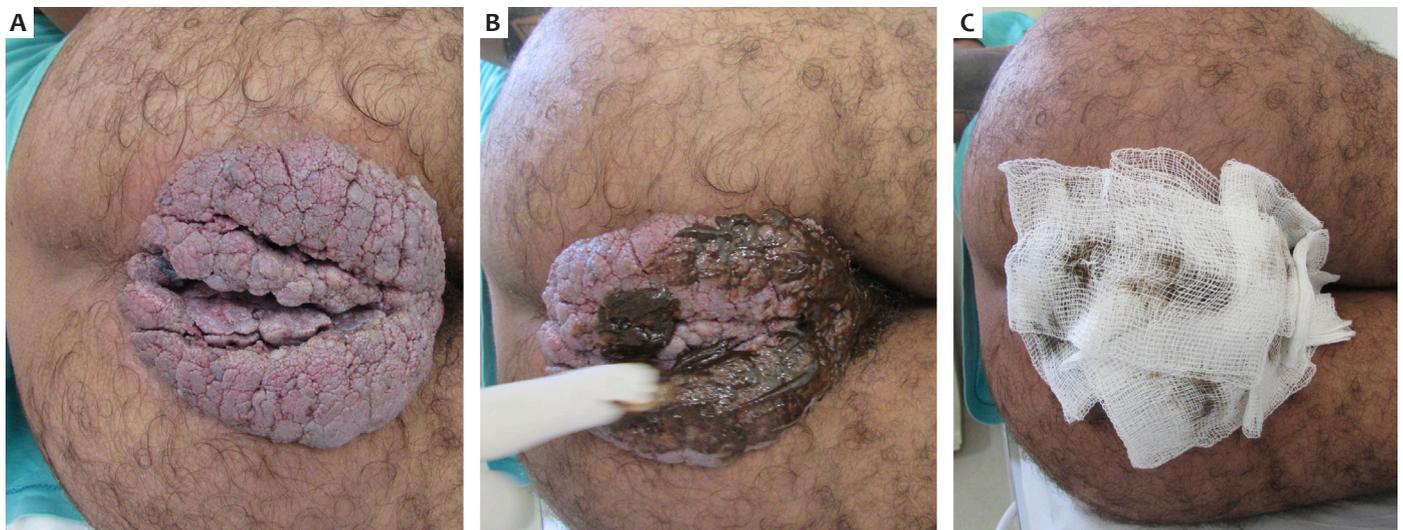


FIGURA 1: Tumor de Buschke-Lowenstein, caso 01. (A) Aspecto clínico da lesão. (B) Aplicação da podofilina 25% em vaselina sólida na lesão e (C) proteção com gaze antes do paciente colocar sua roupa

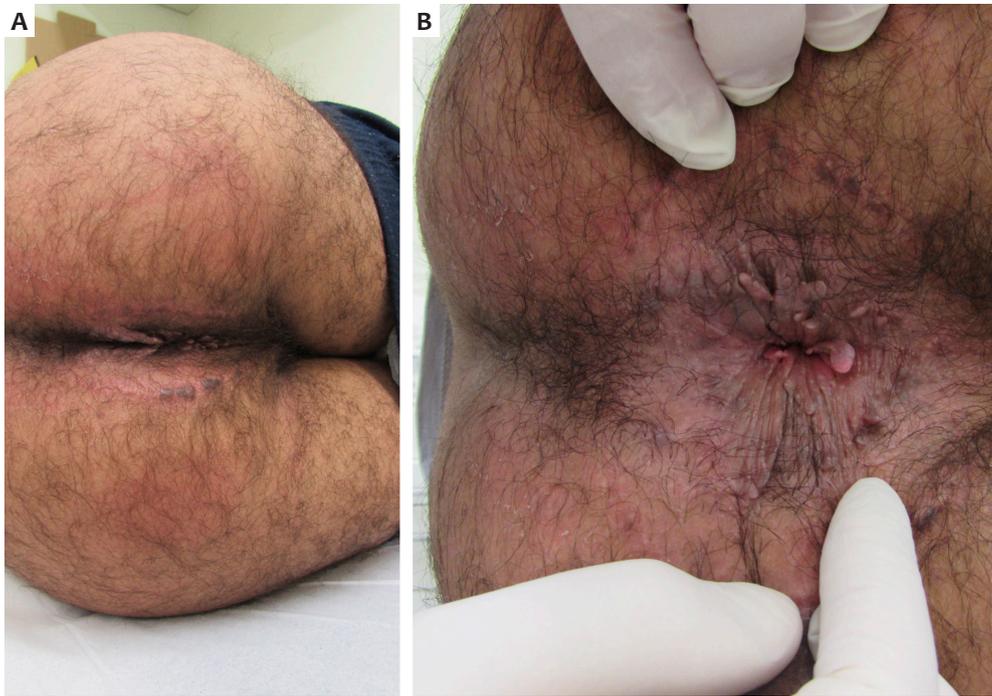


FIGURA 2: Tumor de Buschke-Lowenstein, caso 01. (A) Aspecto clínico após 23 sessões semanais realizadas durante seis meses. (B) Detalhe da região perianal com afastamento dos glúteos

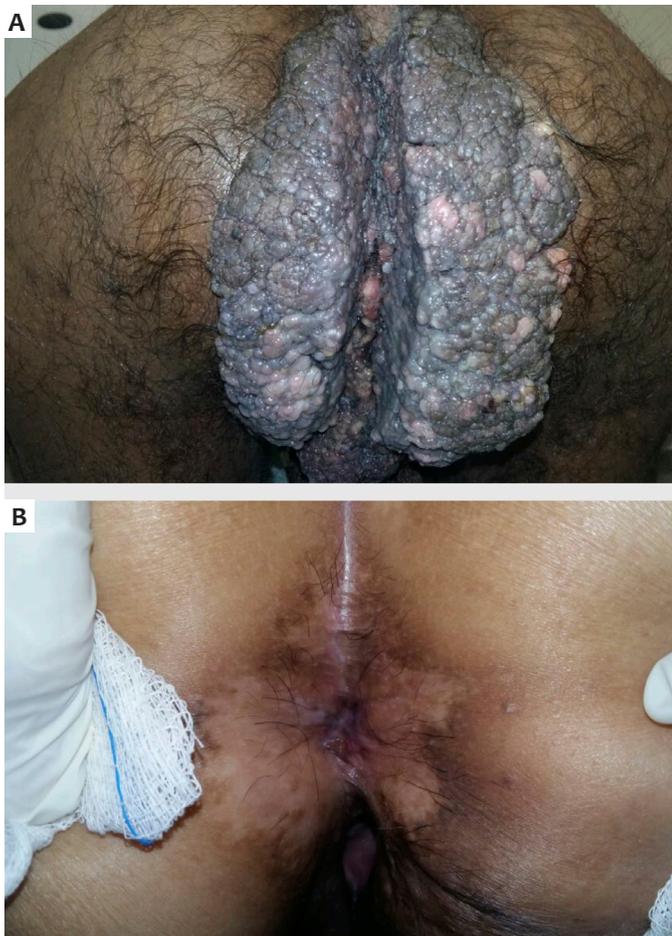


FIGURA 3: Tumor de Buschke-Lowenstein, caso 02. (A) Aspecto clínico da lesão pré-tratamento e (B) após 12 sessões semanais realizadas durante quatro meses

Embora a ressecção seja a conduta mais realizada, o tratamento tópico foi instituído visando à redução do tamanho das lesões, facilitando assim a ressecção e o desconforto pós-operatório. Foi utilizada a podofilina a 25% em vaselina sólida pela facilidade de obtenção e baixo custo, uma vez que os autores trabalham em hospitais públicos, e têm experiência com essa medicação em condilomas acuminados anogenitais, inclusive em crianças.^{1,5,6} Esse procedimento ocasiona remissão das lesões, evitando-se operações ou facilitando o ato cirúrgico e a recuperação pós-operatória.

Os pacientes encontram-se em seguimento, sendo reavaliados periodicamente com exame dermatológico e proctológico. Caso não apresentem lesão clínica, a citologia e a colposcopia anal são realizadas. Essa estratégia de seguimento é necessária para vigilância das lesões malignas e detecção precoce das recidivas clínicas e subclínicas.^{7,9}

CONCLUSÃO

O tratamento com substâncias tópicas pode ser instituído para casos de TBL, com possibilidade de redução das lesões, facilitando o tratamento operatório e evitando-se as complicações provocadas pela cicatrização. ●

REFERÊNCIAS

1. Akhavizadegan H. Electrocautery resection, shaving with a scalpel, and podophyllin: a combination therapy for giant condyloma acuminatum. *World J Mens Health*. 2015;33(1):39-41.
2. Braga JC, Nadal SR, Stiepcich M, Framil VM, Muller H. Buschke Lowenstein tumor: identification of HPV type 6 and 11. *An Bras Dermatol*. 2012;87(1):131-4.
3. Trombetta LJ, Place RJ. Giant condyloma acuminatum of the anorectum: trends in epidemiology and management: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum*. 2001;44:1878-86.
4. Hull MT, Eble JN, Priest JB, Mulcahy JJ. Ultrastructure of Buschke-Lowenstein tumor. *J Urol*. 1981;126(4):485-9.
5. Nadal SR, Manzione CR. *Proctologia na AIDS*. 1st ed. São Paulo: Di Livros Editora; 2007.
6. Veasey JV, Dall'Antonia M, Miguel BAF, Mayor SAS, Campaner AB, Manzione TS. Anogenital condylomas in children: descriptive analysis of 20 cases. *Surg Cosmet Dermatol*. 2017;9(2):127-9.
7. Chu QD, Vezerifis MP, Libbery NP, Wanebo HJ. Giant condyloma acuminatum (Buschke and Lowenstein tumor) of the anorectal and perineal regions. Analysis of 42 cases. *Dis Colon Rectum*. 1994;37(9):950-7.
8. Mudrikova T. HPV-related anogenital disease and HIV infection: not always "ordinary" condilomata acuminata. *Neth J Med*. 2008;66:98-102.
9. Liszewski W, Ananth AT, Ploch LE, Rogers NE. Anal Pap smears and anal cancer: what dermatologists should know. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71(5):985-92.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Thiago da Silveira Manzione |  ORCID 0000-0003-1914-0129

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; 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; revisão crítica do manuscrito.

Sidney Roberto Nadal |  ORCID 0000-0002-8238-4559

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; 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; revisão crítica do manuscrito.

John Verrinder Veasey |  ORCID 0000-0002-4256-5734

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; 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; revisão crítica do manuscrito.

Como eu faço?

Autores:

Mariana de Oliveira Trintinalha¹
Gabriele Belniowski Mendes¹
Fernanda Villar Fonseca²

¹ Universidade Positivo, Curitiba (PR), Brasil.

² Hospital Erasto Gaertner, Curitiba (PR), Brasil.

Correspondência:

Mariana de Oliveira Trintinalha
R. Dr. Ovande do Amaral, 201
Jardim das Américas
81520-060 Curitiba (PR)
E-mail: marianaatrintinalha@hotmail.com

Data de recebimento: 07/07/2019

Data de aprovação: 02/11/2020

Trabalho realizado no Hospital Erasto Gaertner, Curitiba (PR), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.

Agradecimentos: Agradecimento especial ao paciente relatado, cujo caso trouxe a oportunidade de estudo e pesquisa sobre um assunto de grande importância.



Extenso queloide vulvar pós-tratamentos para condilomas genitais: relato de caso

Extensive Vulvar Keloid Post Multiple Treatments for Genital Condylomas: Case Report

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201241421>

RESUMO

A infecção genital pelo papilomavírus humano ocorre em 65% das vezes após contato com pele e mucosa contaminadas. A maioria das pessoas elimina o vírus através do sistema imune. Fatores individuais, como tabagismo, idade, multiparidade, uso prolongado de contraceptivos hormonais, comportamento sexual e infecção por outras doenças sexualmente transmissíveis, ocasionam perpetuação viral e lesões genitais, em sua maior parte, assintomáticas. As regiões mais afetadas são anogenitais. O tratamento deve ser individualizado. O tratamento agressivo pode ocasionar distúrbios cicatriciais. Relatamos um caso de múltiplos tratamentos para retirada de condiloma genital com consequente formação de extenso queloide vulvar.

Palavras-chave: Cicatriz; Cicatriz Hipertrófica; Condiloma Acuminado; Queloide

ABSTRACT

Genital infection by Human Papillomavirus occurs 65% of the time after contact with contaminated skin and mucosa. Most people eliminate the virus through the immune system. Individual factors such as smoking, age, multiparity, prolonged use of hormonal contraceptives, sexual behavior, and infection by other Sexually Transmitted Diseases cause viral perpetuation and genital lesions, most of them asymptomatic. The most affected regions are anogenital. Treatment should be individualized. Excessive treatment can lead to scarring. We report a case of multiple treatments for removal of genital condyloma with consequent formation of extensive vulvar keloid.

Keywords: *Condyloma acuminatum; Scar; Scar, Hypertrophic; Keloid*

INTRODUÇÃO

O papilomavírus humano (HPV) é uma doença sexualmente transmissível (DST) muito prevalente. Os subtipos 6 e 11 causam verrugas genitais e apresentam baixo potencial para malignidade.¹ O risco de transmissão de lesões verrucosas pelo contato sexual é de 65%. Após o contato com o vírus, a maioria das pessoas o elimina, porém, em alguns indivíduos, há perpetuação viral, decorrente de fatores como tabagismo, idade, multiparidade, uso prolongado de contraceptivos hormonais, comportamento sexual e infecção por outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).² As formas subclínicas e o desconhecimento sobre manifestações da doença aumentam o potencial de transmissão.^{3,4} Após contato com o HPV, há três formas de infecção: latente (detecção do DNA viral), subclínica (alteração microscópica) e clínica (visíveis, verrucosas e frequentemente

em regiões anogenitais). A não manifestação macroscópica e o não conhecimento das lesões levam a potenciais transmissores.^{3,4} O diagnóstico implica cuidados psicológicos. O paciente pode apresentar-se culposo, punitivo, evitando o tratamento ou realizando-o exacerbadamente.² O tratamento é individualizado e busca remoção da lesão. Deve-se orientar medidas de redução da transmissibilidade⁴, posteriormente medicamentos, cirurgias e imunoterapia. Condilomas vulvares podem ser tratados com o ácido tricloroacético 70 a 80% (coagulação química), podofilina (efeito antimitótico em lesões menores que 10cm²) ou imiquimode (efeito antiviral e antitumoral para lesões limitadas).⁸ Lesões extensas e recidivantes são tratadas, preferencialmente, cirurgicamente.⁵ A vaporização com laser de CO₂ lesiona o tecido por meio da vaporização celular e é efetiva para lesões extensas do trato genital inferior com resolutividade de até 71%.⁶ Lesões volumosas que necessitam de exame histopatológico são retiradas por excisão cirúrgica.⁷ Tratamentos múltiplos são frequentemente empregados, o que se justifica, dadas as altas taxas de recorrência (25%). Contudo, estes podem levar a processos cicatriciais prolongados, após área extensa de solução de continuidade. Uma de suas consequências é a formação de cicatrizes queloidianas (aspecto avermelhado, irregular, pigmentado e sem respeito às margens prévias da região).⁷ A fisiopatogenia do que-loide ainda não é esclarecida. Sabe-se que há hiperproliferação de colágeno e fibroblastos da derme, originando cicatrização exacerbada.⁸ Entre os fatores de risco estão raça negra/amarela, idade entre 10 e 30 anos, sexo feminino, hipertensão arterial e manipulação cirúrgica excessiva. Os locais mais afetados são abdome superior, lóbulo da orelha e região esternal. Tais cicatrizes são livres de anexos dérmicos, com aspecto liso e brilhante.^{8,9} Relatamos um caso de hipertrofia cicatricial após inúmeros tratamentos para exérese de condiloma genital, com formação de extenso queloide vulvar e sequelas físicas e emocionais para a portadora.

RELATO DO CASO

TLB, 22 anos, branca, nuligesta, em uso de anticoncepcional hormonal combinado e condom masculino, sem comorbidades, foi admitida em consultório ginecológico com história de condilomatose vulvar extensa tratada com cauterização química e termocauterização. Evoluiu com lesão vulvar pruriginosa e dolorosa. Ao exame físico vulvar, apresentava lesão fibrótica extensa, em placa, sobre clitóris, 5cm de diâmetro, estendendo-se para grandes lábios (endurecidos e fixos), e obliteração do clitóris, visto na figura 1. Hipótese diagnóstica de que-loide vulvar extenso, confirmada por biópsia, sugerindo sequela de múltiplos tratamentos. Prescrito corticosteroide de alta potência e programação de vulvectomia simples com infiltração local de grandes lábios com triancinolona injetável 20mg/ml. Ressecada lesão, sob anestesia locorregional, sem possibilidade de sutura da ferida cirúrgica devido à localização e extensão, deixando ferida cruenta para cicatrização por segunda intenção, sob cuidados de higiene e curativo oclusivo com loção oleosa, conforme visto na figura 2. Permaneceu dois dias internada para analgesia e aprendizado dos cuidados. Ao 13º dia de pós-operatório: sem queixas,



FIGURA 1: Extenso queloide vulvar formado a partir de múltiplos tratamentos para condiloma genital em paciente feminina, com diagnóstico confirmado por estudo histopatológico



FIGURA 2: Resultado cirúrgico imediato da ressecção do que-loide vulvar extenso em monte púbico, com aplicação de triancinolona injetável na área de pequenos lábios, com ferida sangrenta para fechamento por segunda intenção

satisfeita, sem dor e apresentando ferida de boa evolução. No local, foi observada boa granulação da ferida cirúrgica, sem sinais de infecção e sem formação de novo que-loide, diminuição do endurecimento dos grandes lábios e da obliteração do clitóris. No 25º dia de pós-operatório, observou-se ferida com boa evo-

lução, diminuição do diâmetro e profundidade de área cruenta (Figura 3). No pós-operatório de 75 dias: área de tecido jovem sob a antiga ferida operatória, melhora do espessamento de pele em região de grandes lábios (Figura 4) e queixa de prurido local. Foram prescritas corticoterapia tópica e hidratação. Após 105 dias apresentava-se satisfeita, área cruenta totalmente epitelizada e cicatriz de 1,5cm na região, sem relevo, cor discretamente mais rosada que a pele original, melhora do endurecimento ao redor do clitóris e grandes lábios, boa individualização dos pequenos e grandes lábios. A paciente encontra-se no momento em seguimento clínico há três anos, sem sinais de recidiva do quelóide ou dos condilomas e satisfeita com resultados finais do tratamento.



FIGURA 3: Resultado da evolução no 250 dia de pós-operatório da ressecção de extenso quelóide vulvar no processo de cicatrização por segunda intenção, com o auxílio de um curativo à base de Dersani Hydrogel com Alginato®



FIGURA 4: Resultado da evolução pós-operatória no 75º dia da ressecção de quelóide vulvar extenso, no processo de cicatrização por segunda intenção, com o auxílio de um curativo à base de Dersani Hydrogel com Alginato®

DISCUSSÃO

O papilomavírus humano (HPV) é uma doença sexualmente transmissível, cuja infecção ocorre pelo acesso do vírus à membrana basal epitelial por microtraumas durante a relação sexual ou entrada do vírus na zona de transformação do colo uterino.¹ Pacientes diagnosticadas com infecção pelo HPV encontram-se fragilizadas emocionalmente, apresentando medo, culpa e raiva devido aos estigmas sociais da DST.¹⁰ Isso pode provocar desejo de punição, evitando-se o tratamento ou realizando-o de maneira exacerbada.³ A paciente, em menacme e uso de contraceptivo hormonal oral, fatores de risco para perpetuação viral, realizou tratamento para condilomatose vulvar, com cauterização química e eletrocauterização, e evoluiu com lesão vulvar extensa.³ A eletrocauterização destrói o tecido pelo calor. Entre seus efeitos adversos estão o processo cicatricial, a perda da pilificação, as retrações e a hipocromia local.⁸ A paciente assim evoluiu, biópsia confirmou tecido queloidiano, necessitando tratamentos para exérese da cicatriz e satisfação pessoal. Gomes et al afirmam que a regressão espontânea é possível e presente em até 30% dos casos em até três meses de observação.¹⁰ Já o tratamento agressivo pode causar um processo cicatricial anormal. A paciente apresentava como fatores de risco idade, sexo feminino e manipulação cirúrgica excessiva.^{5,6,8}

CONCLUSÃO

O HPV está presente na maior parte da população sexualmente ativa, a maioria das pessoas eliminando-o pelo sistema imune. A recidiva deve ser tratada de forma cautelosa. A manipulação exagerada da região é fator de risco para cicatrização inadequada e formação de queloides. Ressalta-se o acompanhamento psicológico necessário para muitas pacientes. ●

REFERÊNCIAS

1. Yanofsky VR, Patel RV, Goldenberg G. Genital warts: a comprehensive review. *J clin aesthet dermatol*. 2012;5(6):25-36.
2. Coser J, Boeira TR, Wolf JM, Cerbaro K, Simon D, Lunge VR. Cervical human papillomavirus infection and persistence: a clinic-based study in the countryside from South Brazil. *Braz J Infect Dis*. 2016;20:61-68.
3. Barros SKC, Oliveira FL, Carvalho KS, Costa NJA. Condiloma acuminado: qual o reflexo desta DST em adolescentes do sexo masculino? *Adolesc Saúde*, 2012;9(3):72-5.
4. Naud PSV, Matos JCD, Hammes LS, Vettorazzi J. Infecção pelo papiloma vírus humano (HPV). *Revista HCPA*. 2000;20(2):138-42.
5. Sociedade Portuguesa de Ginecologia. Consenso sobre infecção HPV e lesões intraepiteliais do colo, vagina e vulva. [Accessed 08 de abril 2019]. Coimbra: 2011. Available from: http://www.spginecologia.pt/uploads/consenso_definitivo.pdf.
6. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de orientação trato genital inferior. Condiloma. 2010;10:122-8.
7. Bras F, Sardinha R, Pacheco A. Modalidades terapêuticas no tratamento dos condilomas acuminados. *Acta Obstet Ginecol Port*, 2015;9(5):383-92.
8. Ferreira C, D'Assumpção EA. Cicatrizes hipertróficas e quelóides. *Rev Bras Cir Plást*. 2006;21(1):40-48.
9. Hochman B, Locali RF, Oliveira LQR, Ferreira LM. Disfunções cicatriciais hiperproliferativas: quelóide. *Estima*. 2004.4(4):33-9.
10. Gomes CM, Rades E, Zugaib M. Como devem ser tratados os condilomas genitais durante a gestação? *Rev Assoc Méd Bras*. 2006;52(5):286-7.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Mariana de Oliveira Trintinalha |  ORCID 0000-0002-4471-5695

Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura.

Gabriele Belniowski Mendes |  ORCID 0000-0002-9787-6230

Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura.

Fernanda Villar Fonseca |  ORCID 0000-0002-01629893

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Como eu faço?

Autores:

Mabel Duarte Alves Gomides¹
Alceu Luiz Camargo Villela
Berbert²

¹ Serviço de Dermatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (MG), Brasil.

² Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia (MG), Brasil.

Correspondência:

Mabel Duarte Alves Gomides
Av. Pará, 1720
Bairro Umarama
38405-320 Uberlândia (MG)
E-mail: mabel@dermaclinicagoias.com.br

Data de recebimento: 07/09/2019

Data de aprovação: 02/11/2020

Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia (MG), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.

Agradecimentos: Às residentes Nayara Fayad Souza Dib e Núbia Carvalho Pena de Oliveira Praeiro Alves, que participaram do relato de caso com orientação do médico-assistente Dr. José Joaquim Rodrigues.



Tumor triquilemal proliferante exuberante em jovem

Exuberant Proliferating Trichilemmal Tumor in a young person

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201241454>

RESUMO

Tumor triquilemal proliferante (TTP) é uma neoplasia benigna incomum que acomete, habitualmente, mulheres adultas acima de 60 anos, preferencialmente como nódulo solitário no couro cabeludo. Relata-se um caso de TTP em mulher jovem, apresentando exuberantes tumorações assintomáticas no couro cabeludo, há sete anos, que recorreram após exérese cirúrgicas. O histopatológico confirmou o diagnóstico, tendo sido realizadas retiradas cirúrgicas e acompanhamento clínico. O TTP parece originar-se da parede dos cistos triquilemais, provenientes do istmo da bainha radicular externa do folículo piloso. Geralmente, apresenta potencial biológico benigno, com baixo risco de malignização e elevada recorrência. A terapia de escolha é a cirurgia.

Palavras-chave: Cistos; Couro Cabeludo; Neoplasias

ABSTRACT

Proliferating Trichilemmal Tumor (PTT) is an uncommon benign neoplasm that usually affects adult women over 60 years old, preferably as a solitary nodule in the scalp. We report a case of PTT in a young woman presenting exuberant, asymptomatic scalp tumors 7 years ago, which recurred after surgical exeresis. The histopathology confirmed the diagnosis, and surgical excisions and clinical follow-up were performed. PTT appears to originate from the wall of trichilemmal cysts, from the isthmus of the hair follicle's outer root sheath. Usually, it has benign biological potential with a low risk of malignancy and high recurrence. The therapy of choice is surgery.

Keywords: Cysts; Neoplasms; Scalp

INTRODUÇÃO

Tumor triquilemal proliferante (TTP) é uma neoplasia anexial epidérmica, formada por vários cistos, contendo epitélio escamoso com queratinização triquilemal, ou seja, transição abrupta de células epiteliais nucleadas para anucleadas na ausência de camada granular.¹⁻³ Em geral, surge como nódulo dérmico ou subcutâneo solitário no couro cabeludo de mulheres idosas.^{1,3-13} Foi descrito primeiramente por Wilson-Jones em 1966, que o nomearam como cisto epidermoide proliferante devido à sua semelhança clínica e histológica com o carcinoma de células escamosas.^{1,3,5,9-13} Desde então, recebeu várias outras denominações, tais como: tumor pilar do couro cabeludo, cisto triquilemal proliferante, tumor pilar triquilemico, pilomatrixoma invasivo, cisto queratinoso hidatiforme, tricoclamidocarcinoma, tumor gigante da matriz capilar, tumor da matriz pilosa

do couro cabeludo, entre outros.^{1,3,6} Exibe como característica a capacidade de crescer rapidamente em um determinado período de sua evolução e/ou, incomumente, sofrer transformação para o TTP maligno.^{5,7,11,12} Por isso, apresenta comportamentos histológicos heterogêneos: - benigno, - crescimento localmente agressivo com chance de causar invasões nas camadas teciduais subjacentes, e - potencial metastático com recidiva local e metástases em linfonodos regionais.^{3,10,11,12} Trata-se de um tumor raro, correspondendo a 0,1% dos tumores cutâneos benignos, podendo formar-se a partir de um cisto triquilemal preexistente ou concomitante a esse como lesão isolada.^{5,11,12}

RELATO DO CASO

Relata-se a história de uma paciente do sexo feminino, de 24 anos de idade, natural e procedente de Uberlândia (MG), atendida no Serviço de Dermatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, queixando-se de nódulos indolores, no couro cabeludo, há sete anos. Referia crescimento progressivo nos últimos meses seguido de ulceração com saída de secreção sanguinolenta. Relata recorrência de lesões previamente excisadas do couro cabeludo. Nega ter sofrido qualquer tipo de trauma.

Ao exame dermatológico, apresentava tumor exofítico, indolor, ulcerado, com exsudação sanguinolenta, medindo 10x5cm de tamanho, na região parietal esquerda (Figura 1), e vários outros tumores de superfície lisa, consistência macia, medindo de 1 a 3cm de diâmetro, distribuídos no couro cabeludo, sendo alguns circundados por alopecia (Figura 2). Não havia adenomegalia palpável na região cervical e no couro cabeludo.



FIGURA 1: Tumor exofítico, ulcerado, com exsudação sanguinolenta, na região parietal esquerda de uma jovem, medindo 10 x 5cm

Foi realizada a exérese de duas lesões (Figura 3), cujo exame anatomopatológico evidenciou proliferação de células escamosas na derme com formação de tumores multilobulares irregulares, de tamanhos variados, diferenciando-se em grandes queratinócitos com discretas atipias, queratinização abrupta com focos de calcificação e ausência de invasão dos tecidos adjacentes (Figura 4).

A suspeita clínica foi de tumor triquilemal, pilomatrixoma ou dermatofibrossarcoma protuberante, mas a correlação entre os achados clínicos e histopatológicos confirmou o diagnóstico de TTP.

Foram feitas exéreses de algumas lesões com margens amplas e sutura simples interrompida com bons resultados. Devido à natureza recidivante das lesões mantêm-se o acompanhamento clínico ambulatorial e a programação de exéreses de outras lesões.

DISCUSSÃO

Os cistos triquilemais correspondem a 20% dos cistos cutâneos e são originários do triquilema ou bainha radicular externa do folículo piloso.^{1,11} O TTP parece ocorrer supostamente após inflamações ou traumas, devido ao fato de apresentarem áreas com características benignas e outras com características malignas.^{1,5-12} Difere do cisto triquilemal por ser incomum,



FIGURA 2: Tumores macios, lisos, alguns ulcerados, de 1 a 3cm, circundados por área de alopecia em couro cabeludo



FIGURA 3: Exérese ampla de dois tumores triquilemais proliferantes no couro cabeludo

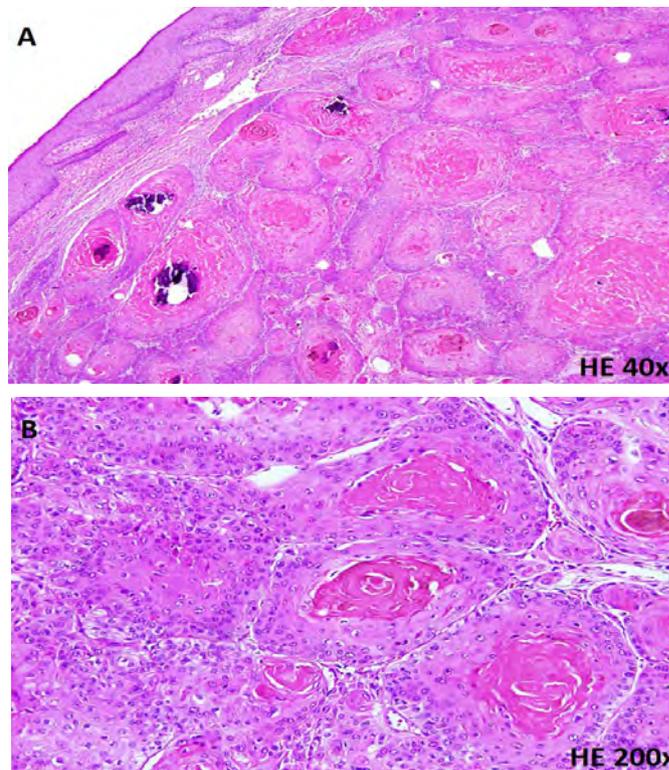


FIGURA 4: (A) Tumor dérmico com múltiplos lóbulos de tamanhos variados, proliferação de células escamosas com queratinização abrupta e focos de calcificação. (B) Lóbulos epiteliais escamosos com atipias discretas, associadas à massa de queratina amorfa, e ausência de infiltrado inflamatório

maior e histologicamente mais atípico, e do tumor triquilemal proliferativo maligno por ser menos agressivo.⁹ Ocorre mais frequentemente em mulheres (79,5–87% dos casos) com faixa etária variando de 21 a 88 anos, média de 62,4 anos, apesar de haver relatos em menores de 18 anos.^{1,3,5,10-12} As lesões geralmente são nódulos solitários, menores do que 1 até 12cm (média de 3,3cm), embora haja citações de múltiplos nódulos, ulcerados e/ou maiores que 25cm.^{3,10-13} Apresenta, frequentemente, história de crescimento lento e progressivo de meses a anos, seguido por fase de crescimento rápido e aparência exoftica.^{2,10,12} A localização preferencial é a do couro cabeludo (85,4–90% dos casos) e, às vezes, apresenta alopecia.^{1,3,5,10-13} Os restantes estão, em sua maioria, no dorso e mais raramente em outros sítios, como: região frontal, nariz, pálpebras, lábios, cavidade oral, pescoço, tronco, área genital, glúteos, membros superiores e inferiores e base do crânio.^{1,3,5,10-12} O caso relatado manifestou características incomuns, como o início do TTP aos 17 anos, presença de múltiplos nódulos e algumas lesões ulceradas. Em sua maioria, o TTP apresenta comportamento biológico benigno, mas com chance de recorrência, num período de seis meses a mais de dez anos após a cirurgia, principalmente nos casos de excisões conservadoras, e, em raríssimos casos, pode ter potencial biológico maligno.^{3,5,10-12} As taxas de recidiva local (3,7%) e metástase linfonodal (1,2%) são baixas, mas quando ocorrem podem causar invasões em planos teciduais profundos por continuidade,

contiguidade ou disseminação, resultando em elevados índices de morbidade e até mortalidade.^{3,5,10-12} Alguns estudos têm demonstrado a importância da pesquisa da imunexpressão de Ki-67, proteína responsável pela proliferação celular, pelo fato de o índice de expressão correlacionar-se ao grau de malignidade do tumor.^{7,8} O diagnóstico diferencial do TTP inclui o carcinoma de células escamosas, carcinoma basocelular, queratoacantoma, pilomatrixoma, tumor de glândulas sudoríparas, dermatofibrosarcoma protuberante, cilindroma, cisto epidermoide, TTP maligno e angiossarcoma.^{1,4,11} O exame histopatológico confirma o diagnóstico do TTP demonstrando lóbulos de epitélio escamoso, células com citoplasma eosinofílico abundante com queratinização abrupta, atipias citológicas variáveis e ausência de infiltração no estroma adjacente.^{1,4,12,13} Os TTPs são recorrentes e potencialmente invasivos, portanto a terapêutica de escolha são as cirurgias com margens de 0,5 a 1cm.^{5,7,9-12} Entre as técnicas cirúrgicas, a cirurgia micrográfica de Mohs tem boa indicação, porque suas margens podem ultrapassar os limites clínicos visíveis e com isso reduzir o risco de recidivas e metástases.^{5,9,11} Outros tratamentos, como esvaziamento dos linfonodos, radioterapia e quimioterapia, podem ser requeridos em casos de disseminação metastática ou transformação para o TTP maligno.^{5,11} Portanto, o acompanhamento por tempo prolongado torna-se imprescindível.^{7,10-12} ●

REFERÊNCIAS

1. Peryassu MA, Peryassu BC, Peryassu RC, Piñeiro-Maceira J, Ramos-e-Silva M. Proliferating trichilemmal tumor: a case on the nose of a 70-year-old man. *Case Rep Dermatol*. 2013;5:248-53.
2. Rosmaninho A, Caetano M, Oliveira A, Almeida TP, Selores M, Alves R. Tumor triquilemal proliferante do nariz. *An Bras Dermatol*. 2012;87:914-6.
3. Ye J, Nappi O, Swanson PE, Patterson JW, Wick MR. Proliferating pilar tumors: a clinicopathologic study of 76 cases with a proposal for definition of benign and malignant variants. *Am J Clin Pathol*. 2004;122:566-74.
4. Miyachi H, Togawa Y, Yamamoto Y, Oguma R, Suehiro K, Matsue H. Proliferating trichilemmal tumour: a comparison of dermoscopic, ultrasonographic and histopathological features. *Eur J Dermatol*. 2016;26:400-2.
5. Capurso-Garcia MA, Bautista-Piña V, Pomerantz A, Galnares-Olalde JA, Blachman-Braun R, Rodríguez-Rodríguez S. Atypical proliferating trichilemmal cyst with malignant breast skin transformation: a case report and review of the literature. *Case Rep Oncol Med*. 2016;7481569. Epub 2016 Jun 14.
6. Deshmukh BD, Kulkarni MP, Momin YA, Sulhyan KR. Malignant proliferating trichilemmal tumor: a case report and review of literature. *J Cancer Res Ther*. 2014; 10:767-9.
7. Rangel-Gamboa L, Reyes-Castro M, Dominguez-Cherit J, Vega-Memije E. Proliferating trichilemmal cyst: the value of Ki67 immunostaining. *Int J Trichology*. 2013;5:115-7.
8. Takeda H, Ikenaga S, Kaneko T, Nakajima K, Harada K; Hanada K et al. Proliferating trichilemmal tumor developing in nevus sebaceous. *Eur J Dermatol*. 2010; 20:664-5.
9. Cavaleiro LH, Viana FO, Carneiro CM, Miranda MF. Proliferating trichilemmal tumor - Case Report. *An Bras Dermatol*. 2011;86:S190-2.
10. Bury Y, Bloxham C. Proliferating trichilemmal tumour. *Diagn Histopathol*. 2009; 15:273-7.
11. Satyaprakash Ak, Sheehan Dj, Sangüeza Op. Proliferating trichilemmal tumors: a review of the literature. *Dermatol Surg*. 2007;33:1102-8.
12. Arcaute LB, Taveras A, González L. Tumor triquilemal proliferante maligno. A propósito de un caso. *DermatologíaCMQ*. 2005;3:346-8.
13. Fonseca TC, Bandeira CL, Sousa BA, Farias TP, Eisenberg ALA. Proliferating trichilemmal tumor: case report. *J Bras Patol Med Lab*. 2016;52:120-3.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Mabel Duarte Alves Gomides |  ORCID 0000-0003-1253-9428

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Alceu Luiz Camargo Villela Berbert |  ORCID 0000-0001-8441-7388

Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Como eu faço?

Autores:

Nelson Marcos Ferrari Junior¹
Daniel Luiz Marques Gonçalves¹

¹ Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil.

Correspondência:

Daniel Luiz Marques Gonçalves
R. Bela Cintra 672/606
Cerqueira César
01415-002 São Paulo (SP)
E-mail: danieluizmg@gmail.com

Data de recebimento: 21/12/2019
Data de aprovação: 12/08/2020

Trabalho realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.
Conflito de Interesses: Nenhum.



Tratamento do cisto mucoso digital por técnica compressiva conservadora

Digital myxoid cyst: treatment by conservative compressive technique

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201241457>

RESUMO

Cisto mucoso digital é lesão benigna de origem controversa que, em geral, ocorre na falange distal, próximo à dobra ungueal posterior, podendo apresentar coloração azulada e onicodistrofia. O diagnóstico pode ser realizado pelo quadro clínico ou por técnicas de imagem, como ultrassonografia e ressonância magnética. Gera incômodo aos pacientes por ser, muitas vezes, doloroso. Com vários tratamentos possíveis, tais como excisão cirúrgica e sutura, com ou sem enxerto, crioterapia, eletrocoagulação e curetagem, entre outros, apresenta altas taxas de recidiva. Neste artigo propomos método simples para tratamento do cisto mucoso, até o momento, com baixas taxas de recidiva.

Palavras-chave: Doenças da Unha; Procedimentos Cirúrgicos ambulatoriais; Terapêutica

ABSTRACT

The digital myxoid cyst is a benign lesion of controversial origin, usually in the distal phalanx, close to the posterior nail fold. Clinical picture or imaging techniques, such as ultrasound and magnetic resonance imaging, can help diagnose the condition. It may present with discomfort to patients because it is often painful. There are several possible treatments, such as surgical excision and suturing, with or without grafting, cryotherapy, electrocoagulation, and curettage. However, it presents high recurrence rates. In this paper, we propose a simple, fast, and low-cost method for treating digital myxoid cyst, so far with low recurrence rates.

Keywords: Ambulatory Surgical Procedures; Dermatology; Nails

INTRODUÇÃO

O cisto mucoso digital é tumoração benigna, cuja origem é ainda controversa, que seria causado por pequenos traumas que degeneram o tecido conectivo em material mucoide ou derivaria diretamente da articulação interfalangeana adjacente, danificada por osteófitos da osteoartrite, levando à formação de nódulo arredondado de 5 a 20mm de diâmetro. Acomete os artelhos das mãos e dos pés, mas principalmente mãos, e ocorre geralmente junto às articulações distais dos dedos.¹

Os cistos podem ser dolorosos e, por vezes, quando são periungueais, podem gerar canalículo na lâmina ungueal que é reversível com o tratamento, o que é evidência da benignidade da lesão, já que lesões malignas, geralmente, pela invasão da matriz e não apenas compressão, produzem onicodistrofias permanentes.¹

O diagnóstico é realizado por ultrassom de alta resolução ou por ressonância magnética, mas pode ser feito por meio de transiluminação com pequena lanterna ou ainda ser puncionado com agulha calibrosa, revelando o material mucoso de aspecto gelatinoso transparente ou levemente citrino de seu interior.¹

Ao anatomopatológico apresenta fendas vistas na derme sem o revestimento epitelial, contendo mucopolissacarídeos ácidos, que podem ser destacados pelas colorações azul alciano e ferro coloidal.

Diversos tratamentos são descritos^{2,3}, tais como eletrocoagulação e crioterapia⁴, ambos com taxas de recidiva significativas, e até cirurgia⁵, com taxas de cura superiores, sendo a primeira escolha principalmente em locais de difícil acesso, como sob a matriz¹. Neste artigo, vamos demonstrar técnica simples, segura e de resultado muito satisfatório.

MÉTODOS E RESULTADOS

Após assepsia local, o conteúdo do cisto é esvaziado através de agulha calibrosa rosa (40 x 1,2mm/18 G11/2"). Anestesia troncular pode ser realizada, a critério do médico executor, porém o procedimento gera pouco desconforto ao paciente.

Conforme o diâmetro do cisto (Figura 1), deve ser escolhido o tamanho da borracha do êmbolo da seringa a ser utilizada.

A borracha deve ser encaixada no leito criado do cisto (Figura 2), após o seu esvaziamento e com o auxílio de fita micropore fixa por compressão, assim colabando as paredes do cisto uma à outra (Figura 3).



FIGURA 1: Avaliar o diâmetro do cisto para a escolha do tamanho da borracha do êmbolo da seringa a ser utilizada



FIGURA 2: Borracha encaixada no leito do cisto já esvaziado



FIGURA 3: Fita de micropore fixando e comprimindo as paredes do cisto uma à outra

O segredo para o sucesso do método é explicar ao paciente que este “curativo” deve persistir por, no mínimo, 15 dias, pois isto dará tempo para as paredes do cisto, assim unidas, “cicatrizarem-se” levando ao colapamento definitivo de ambas, evitando a recidiva do mesmo (Figura 4).

Seguindo os pacientes por até seis meses, não presenciamos recidivas, exceto naqueles que perderam os curativos precocemente, não chegando ao tempo preconizado de 15 dias. Nestes casos, a recidiva ocorre em questão de dias.

DISCUSSÃO

Ao longo de nossa vivência cirúrgica, no tratamento do cisto mucoso, observávamos recidivas mesmo fazendo procedimentos como retirada por saucerização seguida de eletrocoagu-



FIGURA 4: Resultado final com o colapso definitivo do cisto mucoso digital

lação da base interna do cisto, crioterapia por 45 a 60 segundos através de sonda fechada comprimindo parede contra parede do cisto, ambas com morbidade elevada; ou ainda exérese cirúrgica do cisto, seguida ou não de enxerto local.

Taxas maiores de recidivas eram observadas para os dois primeiros métodos e para a exérese simples, e taxas um pouco menores para os casos em que enxerto total de pele foi aplicado sob curativo de Brown.

Isso é evidência de que o tratamento ideal não depende de destruição tecidual, mas sim de compressão local eficaz e duradoura, que permita às paredes internas do cisto se restabelecerem e se coaptarem novamente.

Apesar da compressão aplicada pelo período de 15 dias, ainda não presenciamos necrose local. Mesmo que isto ocorra, não deve ser algo a temer-se, pois os procedimentos preconizados para cisto mucoso, como eletrocoagulação ou crioterapia, geram necroses locais.

CONCLUSÃO

Cisto mucoso digital é uma lesão benigna, que deve ser tratada de maneiras conservadoras.⁵ O método descrito acima deve ser utilizado por se tratar de procedimento simples, rápido, de baixo custo e fácil execução, sem complicações importantes observadas até o momento, podendo ser realizado no consultório durante a consulta inicial do paciente. Como desvantagem, apontamos o inconveniente de ser necessário que o paciente permaneça com o curativo por período prolongado, o que, caso não realizado, pode prejudicar a efetividade do método. ●

REFERÊNCIAS

1. De Berker D, Goettman S, Baran R. Subungual myxoid cysts: clinical manifestations and response to therapy. *J Am Acad Dermatol.* 2002;46:394-8.
2. Baran R, Haneke E. Tumors of the nail apparatus and adjacent tissues. In: Baran R, Dawber RPR, eds. *Diseases of the nails and their management.* 2nd ed. Oxford: Blackwell Science; 1994. p. 474-6.
3. Becker D. Treatment of myxoid cysts. *J Dermatol Treat.* 1995;6:55-7.
4. Dawber RPR, Colver G, Jackson A. *Cutaneous Cryosurgery. Principles and clinical practice.* London: Dunitz, 1992:71-2.
5. Salache SJ. Myxoid cysts of the proximal nail fold, a surgical approach. *J Dermatol Surg Oncol.* 1984;10:35-9.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Nelson Marcos Ferrari Junior |  ORCID 0000-0002-2034-8042

Contribuição no artigo: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura.

Daniel Luiz Marques Gonçalves |  ORCID 0000-0002-7060-0162

Contribuição no artigo: Elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Carcinoma *cuniculatum*: lesão positiva para HPV 16 com reconstrução cirúrgica com enxerto abdominal

Cuniculatum carcinoma: HPV 16 positive lesion with an abdominal graft surgical reconstruction.

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201241472>

RESUMO

O carcinoma *cuniculatum* consiste em um subtipo raro do carcinoma espinocelular, que se apresenta como uma lesão verrucosa, de crescimento lento, agressividade local e baixa capacidade de produzir metástases. Sua histopatologia revela criptas preenchidas por queratina, e sua etiologia tem ligação com o HPV, principalmente os subtipos 11 e 16. O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica, seguida de acompanhamento regular pelo elevado risco de recidiva local. Relata-se caso de paciente feminina, portadora de carcinoma *cuniculatum*, tratada pela cirurgia com congelamento perioperatório, realização de enxerto e boa evolução.

Palavras-chave: Carcinoma; Carcinoma de Células Escamosas; Pé

ABSTRACT

The cuniculatum carcinoma is a rare, slow-growth, local aggressive subtype of the squamous cell carcinoma, presented as a verrucous lesion with a low metastasis capacity. Its histopathology shows keratin-filled crypts, and its etiology is linked with HPV, especially 11 and 16 subtypes. The treatment of choice is surgical excision, followed by regular monitoring due to the high risk of local recurrence. We report a case of a woman with Cuniculatum carcinoma treated with surgery with perioperative frozen section procedure, graft, and good evolution.

Keywords: Carcinoma; Carcinoma, Squamous Cell; Foot

INTRODUÇÃO

O carcinoma espinocelular é o segundo tipo mais comum de câncer de pele, atrás apenas do carcinoma basocelular.¹ Carcinoma *cuniculatum* (CC) é um carcinoma verrucoso (CV), forma rara e indolente do carcinoma espinocelular (CEC), bem diferenciado. É caracterizado pelo crescimento lento e pela agressividade local, penetrando em tecidos profundos, pela formação de criptas preenchidas por queratina e pela baixa capacidade de originar metástases.^{2,3}

Foi descrito pela primeira vez em 1954 por Aird et al,¹ sendo mais comum em homens do que em mulheres (5:1). Sua patogênese não foi completamente elucidada, porém a associação com o papilomavírus humano (HPV), especialmente os subtipos 11 e 16, tem sido descrita.^{5,6}

O tratamento de escolha é a exérese cirúrgica com controle de margens, sendo que o paciente deve ser regularmente acompanhado pelo risco de recorrências, mesmo quando as margens cirúrgicas estão livres.⁶

Relato de caso

Autores:

André Ricardo Adriano¹
Juliano Borges¹
Jordano Luiz da Costa²

¹ Instituto de Dermatologia
Professor Rubem David Azulay,
Santa Casa de Misericórdia do Rio
de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ),
Brasil.

² Departamento de Medicina,
Universidade Regional de
Blumenau, Blumenau (SC), Brasil.

Correspondência:

André Ricardo Adriano
R. Marechal Floriano Peixoto, 222,
sala 704
88160-076 Blumenau (SC)
E-mail: andre Ricardo@gmail.com

Data de recebimento: 07/01/2020

Data de aprovação: 03/11/2020

Trabalho realizado no Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay, Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.

Agradecimentos: Ao professor Azulay pelo incentivo de sempre estudar e publicar para dividir o conhecimento.



RELATO DO CASO

Paciente feminina, 64 anos, vendedora. Procurou atendimento médico devido a uma lesão na região plantar esquerda há dois anos, com odor fétido e dor local. Ao exame físico, observou-se lesão exofítica de superfície verrucosa, de 5cm de diâmetro, com borda infiltrada e ulcerada (Figuras 1 e 2). Ao exame de imagem, raio X do pé esquerdo, foi visualizada imagem nodular com halo radiotransparente em partes moles na região plantar, sem acometimento ósseo (Figura 3).

Foi realizada biópsia, mediante as hipóteses aventadas de CV, queratoacantoma, verruga vulgar e melanoma amelanótico. O resultado favoreceu o diagnóstico de carcinoma verrucoso.



FIGURA 1: Lesão exofítica de superfície verrucosa, com borda infiltrada e ulcerada na região plantar esquerda



FIGURA 2: Imagem aproximada da lesão plantar esquerda



FIGURA 3: Raio X do pé esquerdo
Imagem nodular com halo radiotransparente em partes moles na região plantar

Foi então programada cirurgia excisional com avaliação histopatológica por congelação perioperatória. O laudo indicou CEC bem diferenciado, focalmente invasor, atingindo a derme média sem infiltração perineural e sem invasão angiolinfática e margens cirúrgicas livres (Figuras 4 e 5).

Após a completa excisão da lesão, realizou-se enxertia cutânea obtida de dobra abdominopubiana (Figura 6), e encaminhou-se um fragmento para pesquisa de HPV, com resultado positivo para o tipo 16.

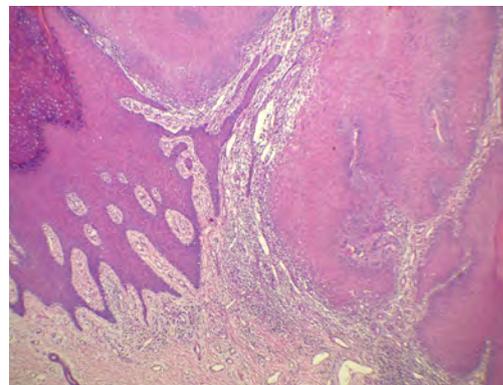


FIGURA 4:
Exame histopatológico

CEC bem diferenciado, focalmente invasor, atingindo a derme média (Hematoxilina & eosina 100x)

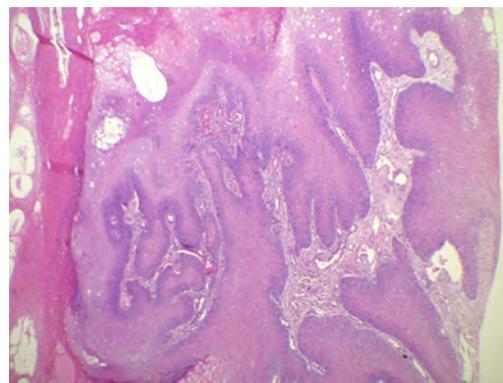


FIGURA 5: Exame histopatológico

Proliferação de células escamosas com papilomatose e disceratose, alto grau de diferenciação celular, sem atipias (Hematoxilina & eosina 100x)

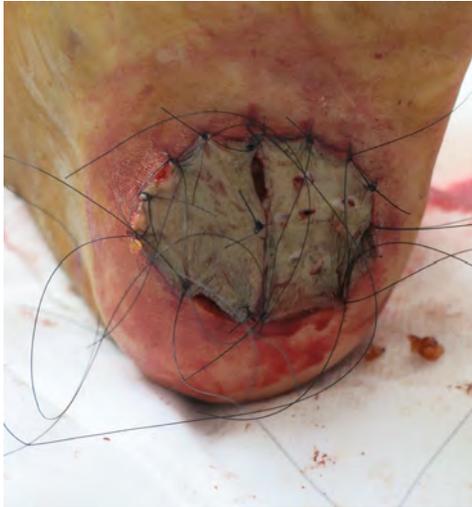


FIGURA 6:
Pós imediato com enxerto cutâneo de pele da região abdominal

A paciente evoluiu com boa cicatrização do enxerto e posterior retorno às atividades cotidianas. Após 1,5 ano de acompanhamento, não foi observada recidiva da lesão.

DISCUSSÃO

O carcinoma *cuniculatum* é um carcinoma verrucoso, forma rara e indolente do carcinoma espinocelular, que costuma cursar com características de tumor benigno, verrucoso, com lento crescimento, padrão evolutivo mais expansivo do que invasivo, boa diferenciação celular e com baixa tendência à formação de metástases.^{2,7}

REFERÊNCIAS

1. Feldmann R, Wruhs M, Peinhaupt T, Stella A, Breier F. Carcinoma cuniculatum of the right thenar region with bone involvement and lymph node metastases. *Case Rep Dermatol*. 2017;9:225-30.
2. Arisi M, Zane C, Edu I, Battocchio S, Petrilli G. Carcinoma cuniculatum of the foot invading the bone mimicking a pseudo-epitheliomatous reaction to an acute osteomyelitis. *Dermatol Ther*. 2016;6(1):95-9.
3. McArdle DJT, McArdle JP, Lee F, Mignanelli ED. Rare "inverted" verrucous carcinoma (Carcinoma Cuniculatum) of the sacrogluteal region: case report and literature review. *International Journal Of Surgical Pathology* 2017;25(5):438-42.
4. Kotwal M, Poflee S, Bobhate S. Carcinoma cuniculatum at various anatomical sites. *Ind J Dermatol*. 2005;50(4):216-220.
5. Chavez-Bolanos LJ, Días-Gómez CJ. Epitelioma cuniculatum plantar. *Dermatol Peru*. 2014;24(2):103-5.
6. McKay C, McBride P, Muir J. Plantar verrucous carcinoma masquerading as toe web intertigo. *Australas J Dermatol*. 2012;53(2):e20-2.
7. Zanini, M. Carcinoma Verrucoso. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2011;39(1):26-9.
8. Kubik MJ, Rhatigan, RM. Carcinoma cuniculatum: not a verrucous carcinoma. *J Cutan Pathol*. 2012;39(12):1083-7.
9. Barreto, JE, Velazquez EP, Ayala E, Torres J, Cubilla AL. Carcinoma cuniculatum: a distinctive variant of penile squamous cell carcinoma: report of 7 cases. *Am J Surg Pathol*. 2007;31:71-5.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

André Ricardo Adriano |  ORCID 0000-0002-2986-959X

Contribuição no artigo: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura.

Jordano Luiz da Costa |  ORCID 0000-0003-1635-6944

Contribuição no artigo: Elaboração e redação do manuscrito.

Juliano Borges |  ORCID 0000-0001-8291-0806

Contribuição no artigo: Revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Apesar de seu sítio mais comum ser na região plantar, pode ocorrer em vários outros sítios, como flanco, pernas, face, cavidade oral, região genital e palmar.⁴ Recebe o nome de carcinoma *cuniculatum* quando localizado na região plantar; tumor de Buschke-Lowenstein, na região anogenital; e tumor de Ackerman, quando na região oral.^{3,8}

Foi descrito pela primeira vez em 1954, por Aird et al,^{1,5} sendo mais comum em homens do que em mulheres (5:1)⁵ – tornando o relato desse caso ainda mais raro por tratar-se de paciente feminino. Sua patogênese é desconhecida, porém a associação com o papilomavírus humano (HPV), especialmente os subtipos 11 e 16, tem sido descrita⁶ como identificado no caso acima.

O diagnóstico é baseado no exame dermatológico e histopatológico.^{5,6} Deve-se suspeitar desse carcinoma quando o paciente apresentar lesão recidivante à terapêutica habitual. O diagnóstico diferencial se faz com verruga vulgar e ceratoacantoma.^{6,9}

Na histopatologia, observamos proliferação escamosa com papilomatose e disceratose, alto grau de diferenciação celular, sem atipias. Podem ser formados pseudocistos de queratina, por vezes com pus, gerando odor fétido.³

O tratamento de escolha é a exérese cirúrgica com controle de margens, sendo que o paciente deve ser regularmente acompanhado pelo risco de recorrências, mesmo quando são obtidas margens livres.^{6,7} No caso relatado, optou-se pela cirurgia com congelamento perioperatório para controle das margens e realização de enxerto do abdome da paciente, com curativo de Brown. Paciente segue em acompanhamento há mais de dois anos sem recidiva até o momento. ●

Relato de caso

Autores:

Paulo Henrique Teixeira Martins¹
 Natália Andressa Buss Venier¹
 Laura Luzzatto¹
 Fernando Eibs Cafrune¹

¹ Departamento de Dermatologia da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre (RS), Brasil.

Correspondência:

Paulo Henrique Teixeira Martins
 Travessa Gabriel Benedet, número 55, apto 103
 Centro
 88801-320 Criciúma (SC)
 E-mail: phenriquemartins0@gmail.com

Data de recebimento: 20/11/2019

Data de aprovação: 12/08/2020

Trabalho realizado no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre (RS), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.

Agradecimentos: Pela oportunidade concedida para escrever este caso clínico, sendo somente possível após muito estudo e dedicação. Valores, estes, que agregam muito na formação profissional.



Exérese de carcinoma espinocelular e reconstrução de lábio superior com técnica de duplo avanço

Squamous Cell Carcinoma excision and upper lip reconstruction with double advancement technique

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201241478>

RESUMO

Embora várias técnicas tenham sido descritas para a reconstrução do lábio superior, a reconstrução funcional dos defeitos totais do lábio superior permanece um desafio. Neste caso, realizou-se a exérese de um carcinoma espinocelular de tamanho significante, em região labial superior, por meio da técnica de duplo avanço, com resultados funcional e estético positivos.

Palavras-chave: Carcinoma de Células Escamosas; Neoplasias Labiais; Retalhos Cirúrgicos

ABSTRACT

Although several techniques have been described for upper lip reconstruction, functional reconstruction of total upper lip defects remains a challenge. We report a case of a significant size squamous cell carcinoma excised in the upper lip region using the double-advancement technique, with positive functional and aesthetic results.

Keywords: Carcinoma, Squamous Cell; Lip Neoplasms; Surgical Flaps

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos foram desenvolvidas diversas técnicas para reconstrução labial com diferentes níveis de complexidade, visto a peculiaridade do órgão e as funções do mesmo. Cada caso é diferente do outro, devendo ser observados características individuais de cada paciente, anatomia, sexo, comorbidades e tabagismo. É fundamental considerar o tamanho da lesão e sua localização nas diferentes subunidades labiais, sendo os principais objetivos manter a capacidade de fala, alimentação adequada e também a simetria e estética, já que é localizado na face e diretamente relacionado com a imagem pessoal do indivíduo.

O objetivo deste relato é demonstrar uma abordagem de lesão grande e reparo com técnica cirúrgica que preservou tanto funcionalmente quanto esteticamente o lábio do paciente.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 59 anos de idade, sem antecedentes patológicos, em primeira consulta dermatológica com história de lesão em lábio superior com cinco meses de evolução, apresentando dificuldade para fala e movimento de sucção. Ao exame clínico, apresentava tumoração com bordas elevadas eritematosas, centro queratótico ulcerado com áreas esbranquiçadas e centro hipercrômico em região medial do lábio superior medindo mais que um terço do lábio superior (Figura 1). A dermatoscopia apresentava-se limitada pelo componente ceratótico da lesão, observando-se poucas estruturas. O restante da pele da face não apresentava fotodano ou outras lesões suspeitas de malignidade.

Foram realizados biópsia incisional e exame anatomopatológico do fragmento, com descrição de comedões foliculares e inflamação crônica. Devido à lesão exuberante e de rápida progressão, optamos por exérese completa da lesão e novo exame anatomopatológico.

Realizamos exérese total da lesão com limite cirúrgico de 6mm e correção do defeito com retalho de avanço bilateral nas subunidades laterais do lábio superior (Figuras 2 e 3), com resultado satisfatório tanto esteticamente quanto funcionalmente, preservando a irrigação sanguínea pelas artérias labiais superiores, a mucosa e o músculo orbicular da boca.

O resultado do exame anatomopatológico da peça com limites cirúrgicos foi de carcinoma espinocelular com limites cirúrgicos periféricos e profundos livres de neoplasia. O paciente apresentou-se no retorno com ferida operatória com boa cicatrização e satisfeito com a preservação da funcionalidade dos lábios (Figuras 4 e 5).



FIGURA 1: lesão vegetante- verrucosa e demarcação dos retalhos de avanços



FIGURA 2: Excisão da lesão



FIGURA 3: Retalho de Avanço descolado

DISCUSSÃO

As técnicas para reconstrução do lábio superior são pouco descritas na literatura, visto que os tumores nessa região são pouco frequentes, sendo apenas 5% dos tumores de lábios, e o tipo histológico mais comum é o carcinoma espinocelular, como no caso.^{1,2}

O lábio é dividido em quatro subunidades sendo na parte superior duas subunidades laterais e uma medial, o filtro, e na parte inferior, uma única subunidade. A lesão do paciente apresentava-se na subunidade medial progredindo para subunidade lateral esquerda. Não existe uma técnica mandatória para



FIGURA 4: sete dias de pós-operatório



FIGURA 5: 45 dias de pós-operatório

reconstrução do lábio superior devendo ser analisados tamanho e localização de cada defeito e conhecerem-se as estruturas anatómicas; assim, sua divisão em unidades facilita o plano de reconstrução.³

Com o retalho com avanço medial das bochechas, conseguimos manter a perfusão tecidual através do suprimento sanguíneo fornecido pela artéria labial superior e das artérias perforantes por via subcutânea no pedículo, evitando necrose.⁴ Como é utilizada pele da vizinhança, é possível manter a textura, os pelos e a cor da pele.

Como foi realizada exérese de parte do vermelhão do lábio, promoveu-se avanço da mucosa do vermelhão com o objetivo de manter a estética e a funcionalidade anatômica.⁴ Pequenos ramos cutâneos dos nervos infraorbitais são cortados durante

a cirurgia, deixando a pele com sensibilidade reduzida, a qual geralmente é recuperada espontaneamente no pós-operatório.⁵

Uma opção de cirurgia seria o consagrado retalho de Abbe, descrito na literatura e realizado há mais de 100 anos, porém optamos por realizar retalho de avanço bilateral para realizarmos a cirurgia em apenas um tempo cirúrgico, evitando-se a necessidade da colaboração do paciente para cuidados com a ferida operatória e os riscos de ser submetido a outro tempo cirúrgico.⁵

CONCLUSÃO

Para correção de defeito de lábios superiores, os retalhos de avanço são uma boa opção com resultados funcional e estético satisfatórios. ●

REFERÊNCIAS

1. Alves PJ, Alves SST. Reconstrução labial superior com retalho de pedículo subcutâneo. Rev. Bras. Cir. Plást. 2011;26(2):254-8.
2. Denadai R, Sarmiento GS, Buzzo CL, Raposo-Amaral CE, Raposo-do-Amaral CA. Retalho de Bernard-Webster para reconstrução do lábio inferior após exérese de carcinoma espinocelular: uma análise dos resultados funcionais. Rev. Bras. Cir. Plást. 2015;30(1):8-17.
3. Petrarolha SMP, Simões ASF, Oliveira JPC, Castro MAF, Devitis RA. Reconstrução de lábio superior com retalho nasogeniano em ilha. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço. 2016;45(1):25-7.
4. Faveret PLS. Reconstrução labial após ressecção de tumores. Rev. Bras. Cir. Plást. 2015;30(2):206-18.
5. Sanniec KJ, Carboy JA, Thornton JF. Simplifying lip reconstruction: an algorithmic approach. Semin Plast Surg. 2018;32(2):69-74.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Paulo Henrique Teixeira Martins |  ORCID 0000-0003-2138-2741

Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; 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; revisão crítica do manuscrito.

Natália Andressa Buss Venier |  ORCID 0000-0001-8743-3631

Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura.

Laura Luzzatto |  ORCID 0000-0002-4193-6943

Obtenção, análise e interpretação dos dados.

Fernando Eibs Cafrune |  ORCID 0000-0002-6645-0122

Contribuição no artigo: Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; 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; revisão crítica do manuscrito.

Relato de caso

Autores:

Fernanda Catarina Ribeiro¹
 Anndressa Camillo da Matta Setubal
 Gomes¹
 Aline Lucy Galavotti Silveira¹

¹ Departamento de Dermatologia,
 Hospital Naval Marcílio Dias, Rio
 de Janeiro (RJ), Brasil.

Correspondência:

Fernanda Catarina Ribeiro
 Hospital Naval Marcílio Dias, Depar-
 tamento de Dermatologia
 R. Cesar Zama, 185
 Lins de Vasconcelos
 20725-090 Rio de Janeiro (RJ)
 E-mail: fernandacatarinaribeiro@
 yahoo.com.br

Data de recebimento: 02/12/2019

Data de aprovação: 12/08/2020

Trabalho realizado no Departamento
 de Dermatologia do Hospital Naval
 Marcílio Dias, Rio de Janeiro (RJ),
 Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.

Agradecimentos: Os autores agra-
 decem ao Dr. Geldo Regis Moreira,
 à Dra. Ana Luíza Alves Monteiro, à
 Dra. Flávia Albuquerque de Rezende
 Dutra, à Dra. Fernanda Soncini, à
 Dra. Luciana Torrico Zubelli e à Dra.
 Aline Fassini por sua assistência na
 preparação deste relatório.



Onicomatricoma, um diagnóstico ignorado: relato de caso

Onychomatricoma, an ignored diagnosis: Case Report

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201241487>

RESUMO

O onicomatricoma é um tumor raro do complexo ungueal, de etiologia desconhecida. Apresenta-se com maior incidência em mulheres na 5ª década de vida. Contudo, é possível que esta ocorrência esteja equivocada devido a dados e informações que ainda não foram seguramente esclarecidos. O propósito do presente estudo é fazer uma revisão de literatura e relatar dois casos de onicomatricoma. Foram incluídos dois pacientes do sexo masculino, com faixa etária distinta e apresentações diferentes do tumor. O entendimento deste trabalho evidencia que a raridade e a incidência relatadas na literatura são questionáveis, e que o onicomatricoma pode ser subdiagnosticado.

Palavras-chave: Dermoscopia; Onicomicosose; Patologia Clínica

ABSTRACT

Onychomatricoma is a rare tumor of the nail complex of unknown etiology. It has a higher incidence in women in the 5th decade of life. However, this occurrence may be mistaken due to data and information that have not yet been fully elucidated. This study aims to review the literature and report two cases of onychomatricoma. We included two male patients with different age ranges and different tumor presentations. This study shows that the rarity and incidence reported in the literature are questionable and that the onychomatricoma can be underdiagnosed.

Keywords: Dermoscopy; Onychomycosis; Pathology, Clinical

INTRODUÇÃO

O onicomatricoma é um tumor raro e benigno do complexo ungueal, descrito pela primeira vez em 1992, por Baran e Kint, caracterizado clinicamente pela tétade clássica: xantoníquia, hiperqueratose subungueal, hemorragias em estilhaço acometendo a placa ungueal, hipercurvatura longitudinal e transversal.^{1,2,3,4,5,6} É razoável que tal raridade seja justificada por quadros subdiagnosticados, pela confusão com determinados diagnósticos diferenciais ou até mesmo pelo desconhecimento do tumor por alguns médicos dermatologistas.

A etiologia ainda é desconhecida,^{5,6,7} entretanto estudos recentes apresentam-se em investigação contínua para esta motivação, sendo avaliados: condições genéticas e ambientais, fatores de risco, profissão, história de trauma, hábitos domésticos e/ou estéticos e, inclusive, doenças associadas, aventando-se novas hi-

póteses para a causa deste tumor.

O onicomatricoma revela-se com maior acometimento no sexo feminino, apresentando maior ocorrência na 5ª década de vida,^{1,5,6,7,8} contudo os presentes casos relatados são de pacientes homens, com a idade de 42 e 64 anos, respectivamente. É possível que esta incidência esteja equivocada perante certos dados e informações que ainda não foram corretamente esclarecidos.

A maioria dos trabalhos tem relacionado a onicomatose como um fator de confusão,^{1,3,5,6} desta forma, muitos pacientes são inicialmente tratados com medicamentos antifúngicos durante anos. Possivelmente, isto seja uma justificativa para diagnósticos tardios e, ainda, para casos subdiagnosticados, reduzindo o percentual de casos relatados e, conseqüentemente, a taxa de incidência, induzindo-nos a acreditar na raridade da doença.

O diagnóstico pode ser sugerido por meio de características clínicas, sendo mais facilmente evidenciado quando as mesmas aparecem de forma clássica, agrupadas em uma tetrade.

Existem ainda métodos diagnósticos complementares que orientam a diagnose, como: dermatoscopia, ultrassonografia e estudo anatomopatológico.^{1,2,5,6,7} Outros exames mais recentes apresentam-se inovando caminhos para fins diagnósticos, conforme apontado em alguns relatos, ampliando as possibilidades para o desvendamento de novos casos deste tumor.

O tratamento é a excisão local completa realizada como meio curativo.^{1,5,6} Concomitantemente à terapia, é efetuado o estudo anatomopatológico do fragmento da pele para fins de esclarecimento da doença. Existe a possibilidade de ocorrer distrofia ungueal após o procedimento cirúrgico, tornando necessária esta explicação ao paciente antes da abordagem cirúrgica. Sendo assim, é plausível que alguns pacientes se neguem à realização da cirurgia devido a esta desordem, reduzindo o quantitativo de casos confirmados.

O objetivo deste estudo é fazer uma revisão de literatura com o propósito de ampliar o conhecimento de médicos dermatologistas sobre o tumor, demonstrar técnicas variadas para determinar a doença e relatar dois casos de onicomatricoma com apresentações desiguais em pacientes homens, com faixas etárias distintas, que obtiveram seus diagnósticos suspeitados por métodos diferentes.

METODOLOGIA

Foram incluídos dois pacientes do sexo masculino com onicomatricoma, com faixas etárias distintas, e apontando localizações diferentes da apresentação do tumor. Um e outro obtiveram suas suspeitas diagnósticas pela manifestação clínica do tumor, todavia os métodos complementares para determinar a diagnose foram desiguais. O caso 1 apresentou-se com onicodistrofia ungueal no hálux esquerdo e, posteriormente, foi realizado o exame anatomopatológico que exibiu hiperqueratose compacta, agranulose e acantose compatível com onicomatricoma. No segundo caso, a dermatoscopia do terceiro quirodáctilo revelou hemorragia em lascas, xantoníquia, hiperqueratose subungueal e hipercurvatura longitudinal da placa ungueal que compõem a tetrade clássica; e, ainda, foi realizada uma radiografia de mão

direita em que não foram verificadas alterações ósseas, corroborando o diagnóstico da neoplasia.

RELATO DOS CASOS

Caso 1

Um homem de 42 anos de idade, fototipo V, militar, portador de hipercolesterolemia, apresentou-se no Serviço de Dermatologia a fim de acompanhamento prévio para dermatite liquenóide. Ao exame clínico, não foram observadas lesões sugestivas da patologia que motivou a consulta médica, todavia verificaram-se onicodistrofia (Figura 1) e hiperqueratose subungueal do hálux esquerdo.

O paciente mencionou trauma prévio no mesmo pododáctilo há dez anos e referiu leve dor ao calçar o sapato, sem outros sintomas. Expôs ainda ter realizado há sete anos exame micológico direto e cultura da lâmina ungueal com o resultado positivo para *Candida sp*, sendo prescritos antifúngicos tópicos sem sucesso.

Realizou-se radiografia do pé esquerdo que desconsiderou acometimento ósseo. Em vista disso, foi suspeitada a possibilidade de um tumor benigno do complexo ungueal. Optou-se, então, pela realização de biópsia excisional (Figura 2) com envio do material para o anatomopatológico, confirmando o diagnóstico de onicomatricoma.

Caso 2

Um homem de 64 anos, fototipo III, motorista, portador de hiperplasia prostática benigna, hipertensão arterial sistêmica e doença arterial periférica, apresenta-se ao Serviço de Dermatologia para avaliação de lesão assintomática localizada no 3º quirodáctilo direito, de surgimento há dez anos, com história



FIGURA 1: Onicodistrofia do hálux esquerdo

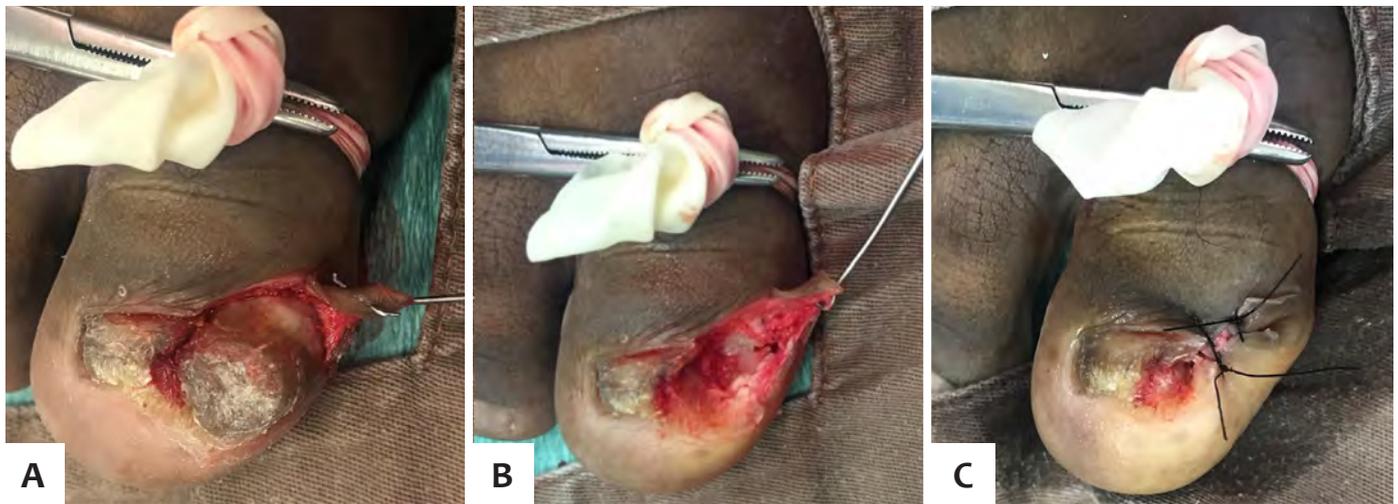


FIGURA 2: Biópsia excisional do onicomatricoma do hálux esquerdo: a) tumor visto no intraoperatório, b) retirada da lesão, c) fechamento após exploração cirúrgica

de trauma prévio.

Relata tratamentos tópicos empíricos prévios para onicomiose sem êxito.

Ao exame clínico, verificaram-se hiperqueratose subungueal e hipercurvatura longitudinal da placa da unha.

No exame dermatoscópico, observou-se a presença de xantoníquia, hemorragias em estilhaço, hiperqueratose subungueal e hipercurvatura longitudinal da placa ungueal (Figura 3), sugerindo o diagnóstico clínico e dermatoscópico de onicomatricoma (Figura 4). Efetuaram-se ainda radiografia e tomografia computadorizada da mão direita, que não apresentou acometimento ósseo, corroborando a determinação do quadro do tumor.

Posteriormente, foi realizado o estudo histopatológico por meio da biópsia excisional (Figura 5), revelando no exame microscópico discretas projeções dos cones epidérmicos na derme superficial em meio a colágeno hialinizado, leve elastose solar e dilatação vascular.

Correlacionando-se a clínica, a dermatoscopia, os exames de imagem e o estudo anatomopatológico definiu-se o quadro como onicomatricoma.

DISCUSSÃO

Descrito pela primeira vez em 1992 por Baran e Kint,^{1,2,3,4,5,6,9} o onicomatricoma é uma neoplasia rara e benigna, fibroepitelial, do complexo ungueal.^{1,2,3,4,5,6,7,9,10,11} A pluralidade dos estudos aponta a matriz ungueal como o local originário do tumor, todavia Mello et al aventam o início em áreas de diferenciação celular com células da matriz (metaplasia), podendo ser as porções da prega proximal ou do leito ungueal. Portanto, a hesitação na determinação da gênese desta neoplasia insinua, ainda, uma escassez de conhecimento sobre o assunto.

O onicomatricoma até agora expõe etiologia incerta,^{1,3,4} contudo fatores de predisposição têm sido documentados, como a onicomiose e a história de trauma prévio.^{1,5,6} Em contrapar-



FIGURA 3: Observam-se hiperqueratose subungueal e hipercurvatura longitudinal da placa da unha do terceiro quirodáctilo direito

tida, o estudo realizado por Kallis e Tosti refere que o tumor é o fator causador da micose ungueal, devido às cavitações formadas pelas projeções digitiformes dentro da placa da unha, tornando o ambiente favorável para a invasão dos fungos.

A micose ungueal é um ponto extremamente relevante quando se aborda o tema onicomatricoma. A onicomiose é relatada sob diversas perspectivas: ora como uma patologia provocada pelo tumor, ora como agente precursor; como fator con-

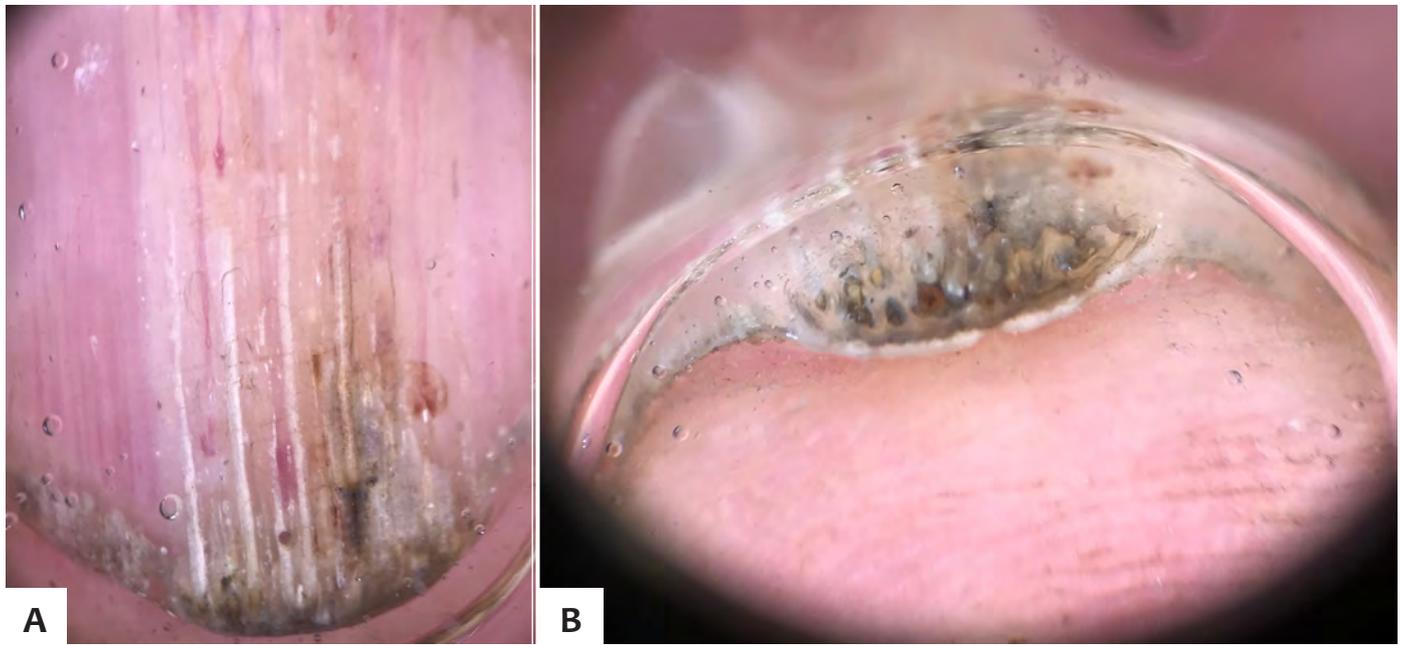


FIGURA 4: Dermatoscopia: a) identificam-se xantoníquia, hemorragias em estilhaço, b) hiperqueratose subungueal, hipercurvatura longitudinal da placa ungueal e cavitações do terceiro quirodáctilo direito



FIGURA 5: Biópsia excisional do terceiro quirodáctilo direito: a) retirada do onicomatricoma, b) visualização do tumor intraoperatório, c) fechamento após procedimento cirúrgico

turbador para diagnóstico e, ainda, fator complicador do quadro da neoplasia.

Devido às características clínicas e dermatoscópicas semelhantes, possivelmente, o tumor é inicialmente diagnosticado como onicomicose e frequentemente tratado como tal,^{1,2,4,7} atrasando o seu diagnóstico e complicando o quadro do onicomatricoma. É possível que, em alguns casos, as patologias possam verdadeiramente coexistir, o que contribui ainda mais para o percentual dos casos subdiagnosticados do tumor.

Em alguns dos trabalhos atuais (Tabela 1), foram descritos casos de trauma antecedendo o quadro de onicomatricoma, tanto acidental por esmagamento⁶ ou mesmo por pequenas e

repetidas contusões, como no caso de um ferramenteiro.³ Tais informações permitem concluir que o tipo do traumatismo é apartado da ocorrência do tumor e que a profissão pode ser considerada um fator de risco.

No presente estudo, ocorreu história de trauma prévio há dez anos em ambos os casos; contudo, em outros trabalhos, pacientes negam sofrimento local anterior. Encontra-se ainda relato único de paciente feminina de quatro anos de idade com onicomatricoma, porém sem história de pancada preexistente,⁶ sendo aventada hipótese de o mesmo ter sido predisposto por quadro de onicomicose.

É considerável que fatores predisponentes sejam

TABELA 1: Dados epidemiológicos sobre o onicomatricoma na literatura de referência.

LITERATURA	SEXO	IDADE	LOCALIZAÇÃO	ONICOMICOSE	TRAUMA	“COR OU RAÇA”	TEMPO PARA O DIAGNÓSTICO
Rushing et al [5]	Masculino	66	Hálux esquerdo	-	Não	Branca	4 anos
Kallis et al [3]	Masculino	35a	Polegar direito	Sim	Não	Branca	2 meses
Kallis et al [3]	Masculino	47a	Hálux esquerdo	Sim	Não	Branca	2 anos
Mello et al [7]	Masculino	36a	Hálux esquerdo	Sim	Sim	Branca	4 anos
Tavares et al [6]	Feminino	61a	Hálux esquerdo	Não	Não	Branca	30 anos
Joo et al [2]	Feminino	27a	Indicador direito	-	Não	Branca	8 anos
Kamath et al [4]	Masculino	60a	Hálux esquerdo	Sim	Não	Parda	2 anos
Madi et al [8]	Masculino	23a	Polegar direito	Não	Sim	Branca	1 ano
Zou et al [14]	Feminino	31a	Indicador direito	Não	Não	Branca	4 anos
Charfi et al. [9]	Feminino	46a	Hálux direito	-	Não	Branca	2 anos
Park et al [11]	Masculino	47a	Hálux direito	Sim	Não	Branca	5 anos
Tambe et al [12]	Feminino	50a	Anelar direito	Não	Não	Branca	6 anos
Kamath et al [4]	Masculino	73a	Hálux esquerdo	-	Sim	Branca	10 anos
Kamath et al [4]	Masculino	53a	Terceiro pododáctilo direito	-	Sim	Parda	1 ano
Kamath et al [4]	Feminino	80a	Hálux esquerdo	-	Sim	Parda	2 anos
Kamath et al [4]	Masculino	59a	Mínimo direito	-	Sim	Parda	2 anos
Kamath et al [4]	Feminino	45a	Mínimo direito	Sim	Sim	Parda	3 anos
Kamath et al [4]	Masculino	60a	Hálux esquerdo	-	Sim	Amarela	20 anos

continuamente avaliados durante a anamnese, com a finalidade de coletar uma maior quantidade de dados para fins de pesquisa médica, auxiliando na correta definição das informações sobre o tumor.

O tumor revela-se com maior ocorrência em mulheres caucasianas, com o pico de incidência na 5ª década de vida,^{1,3,4,5,6,7,9} embora alguns trabalhos indiquem que o desenvolvimento do onicomatricoma não tem predileção por sexo.^{7,10,12}

Nos relatos deste estudo, ambos os pacientes são homens com idade de 42 e 64 anos, respectivamente. O paciente do caso 1 ainda apresenta fototipo V, tornando-se mais um dado diferenciado para as estatísticas das pesquisas realizadas.

É possível que a maioria dessas informações estejam equivocadas, conforme analisado na tabela 1. Provavelmente esse engano também ocorra devido aos fatores socioculturais e ambientais, como: estética, cautela com a saúde pessoal, profissão e mesmo por casos subdiagnosticados ou erroneamente tratados como onicomicose.

Informações recentes expõem que os quirodáctilos são mais comumente afetados do que os pododáctilos, com prevalência de 63% e 36%, respectivamente, podendo acometer apenas um único dedo ou de forma simultânea.^{3,7,9,10} Entretanto, erros de diagnóstico são comuns devido à confusão com a micose ungueal, e a verdadeira incidência na extremidade inferior perma-

nece a ser determinada.

Conforme exposto na tabela 1, é possível avaliar um desacordo entre os dados estatísticos das literaturas expostas e as informações dos presentes relatos documentados. Por este motivo, é considerável que a incerteza relatada nos revela o quanto ainda há necessidade de maior investigação.

O tumor estende projeções digitiformes da matriz que penetram na “placa ungueal”, causando espessamento da lâmina da unha, xantoniúquia, hemorragia em lascas, hipercurvatura transversal e longitudinal, caracterizando a tetrade clássica.^{1,2,4,5,6,7,9,10,11,12}

Outros achados podem estar presentes incluindo: sulco longitudinal, hematoma subungueal, verrucosidade da dobra ungueal proximal, eritema e edema da prega proximal, melanoniúquia longitudinal, onicodistrofia e pterígio dorsal.^{3,4,5}

O onicomatricula contém variados diagnósticos diferenciais. São eles: onicomucose, que representa 50% das desordens das unhas; os tumores ungueais e periungueais: fibroqueratoma digital e fibroma subungueal; doença de Bowen; verruga vulgar subungueal; osteocondroma; carcinoma epidermoide; melanoniúquia longitudinal e exostose subungueal.^{1,2,4,6,7,12}

O fibroqueratoma e o fibroma ungueal são considerados os principais tumores para diagnósticos diferenciais, pois nas seções longitudinais do onicomatricula a lesão assemelha-se ao primeiro e o estroma localizado na lúnula também pode sugerir o segundo; no entanto, a presença das projeções digitiformes exclui esses diagnósticos.⁶

O diagnóstico é embasado nos sinais da tetrade clássica e também em métodos adicionais, como a dermatoscopia, a ultrassonografia e o histopatológico, este último sendo considerado padrão-ouro.^{1,2,3,4,5,7,9} Outros estudos incluem ainda como exames complementares a ressonância magnética, a radiografia, o clipping ungueal e a microscopia confocal.^{1,4,5,9,10}

Após a exploração cirúrgica, existe a possibilidade de ocorrer distrofia ungueal de forma permanente. Portanto, deve-se informar ao paciente este provável acontecimento, assim como comunicá-lo de que o tumor apresenta natureza indolente e sem nenhum potencial maligno, sendo possível manter apenas acompanhamento clínico, caso seja assintomático. Posto isto, o paciente possuirá entendimento para avaliar em conjunto com o médico dermatologista sobre a realização da cirurgia.

Diante do exposto, alguns pacientes optam pela não realização do procedimento. É possível que inúmeros casos sejam ignorados e não documentados, contribuindo para a redução do percentual da sua incidência.

Na dermatoscopia, é possível a visualização de perfurações na porção distal da placa da unha, estrias hemorrágicas e sulcos brancos longitudinais correspondentes aos canais na lâmina ungueal.^{1,2,4,7,9,10}

O exame radiológico mostra nenhum envolvimento ósseo subjacente ligado ao onicomatricula.^{3,7,10} Nos presentes casos relatados, a radiografia não revelou erosão ou remodelamento ósseo, reforçando a suspeita diagnóstica do tumor.

O exame ultrassonográfico revela uma lesão tumoral hipocóica afetando a matriz da unha e uma área hiperecogênica

correspondente às projeções digitiformes.^{1,4,7,9,10}

A ressonância magnética aponta a matriz ungueal com baixa captação de sinal, enquanto as projeções digitiformes, distais, apresentam alta captação.^{1,4,9,10} Este método de imagem deve ser considerado para unhas distróficas com testes micológicos negativos, já que até o momento não há outras lesões relatadas na literatura que têm a mesma apresentação deste tumor, tornando-se específicas.⁹

Outro exame possível de ser realizado é o clipping ungueal que corresponde ao corte distal da placa, estudado histologicamente, revelando características peculiares: espessamento da lâmina da unha, apresentando cavitações preenchidas com material seroso e uma fina camada de epitélio na sua periferia.⁴ O recorte da placa apresenta-se como um recurso fácil e minimamente invasivo, auxiliando no diagnóstico e excluindo infecções fúngicas associadas.

A microscopia confocal foi utilizada em quatro casos e pareceu útil no diagnóstico pré-operatório do onicomatricula, fazendo-se mais um método disponível.⁹

Histologicamente, o onicomatricula é um tumor fibroepitelial compreendendo duas zonas diferentes: a proximal e a distal. A primeira, localizada abaixo da prega posterior ungueal, caracteriza-se por apresentar invaginações epiteliais profundas ocupadas por saliências ungueais sobrepostas, em forma de V. E a segunda, ainda uma zona distal, correspondente à lúnula, contém digitações epiteliais originárias do epitélio da matriz, que proliferam e provocam perfurações na placa da unha.^{1,3,6,7,10}

O tratamento consiste na excisão cirúrgica completa, incluindo toda a matriz proximal, a fim de se evitar a recorrência local.^{1,4,5,6,7,10,12} O prognóstico a longo prazo parece favorável, já que há apenas um caso de recorrência relatado até o momento.

Após anestesia, uma avulsão da lâmina ungueal é realizada, possibilitando a visualização das projeções tumorais que serão removidas.^{4,7} Para tumores sintomáticos, a excisão tangencial é preferível com o intuito de evitar-se a onicodistrofia, no entanto há um risco de incompleta remoção.⁶ É plausível que esta seqüela aconteça permanentemente caso o tumor apresente um tamanho maior que 3mm.¹³

A cirurgia micrográfica possibilita o afastamento do tumor com remoção mínima da matriz da unha afetada e, assim, minimiza os potenciais impactos estético e funcional da cirurgia.¹⁰ É possível que, futuramente, esta técnica seja realizada na maioria dos casos, incentivando uma maior procura médica tanto para diagnóstico quanto para tratamento.

CONCLUSÃO

Em suma, o onicomatricula continua a ser um tumor raro, porém dados estatísticos sobre a sua epidemiologia são duvidosos.

A sua tendência a ser assintomático e o diagnóstico errôneo de onicomucose favorecem a dificuldade diagnóstica. Cria-se uma necessidade de elevar o índice de suspeita clínica quando: uma única unha é acometida ou caso os antifúngicos tópicos não alcancem sucesso terapêutico ou ainda se, porventura, houver história de trauma.

O diagnóstico deve ser confirmado por exame histopatológico quando o tumor não se revelar pela tetrade clássica. Entretanto, a variedade dos exames complementares atualmente utilizados facilita a suspeita diagnóstica. Importante relatar que métodos mais recentes estão sendo introduzidos, minimizando o impacto estético e contribuindo na aceitação da investigação pelos pacientes.

O padrão-ouro para tratamento é a excisão cirúrgica completa, no entanto o conhecimento de técnicas cirúrgicas apropriadas é importante para evitar a recorrência dos tumores e uma possível oncodistrofia.

Foram relatados dois casos de onicomatricoma a fim de expandir o conhecimento sobre a doença, afinal, ainda é um desafio diagnóstico.

Este estudo possibilitou um novo questionamento: a dificuldade diagnóstica deve-se à raridade do onicomatricoma ou se deve ao insuficiente conhecimento dos médicos dermatologistas? ●

REFERÊNCIAS

- Joo HJ, Kin MR, Cho BK, Yoo G, Park HJ. Onychomatricoma: A rare tumor of nail matrix. *Ann Dermatol.* 2016;28(2):237-41.
- Belda Junior W, Chiacchio N, Criado PR. *Tratado de Dermatologia.* 3th ed. São Paulo: Atheneu, 2019.
- Kallis P, Tosti A. Onicomatricoma e onychomatricoma. *Skin Appendage Disord.* 2016;1(4):209-12.
- Kamath P, Wu T, Villada G, Zaiac M, Elgart G, Tosti A. Onychomatricoma: a rare nail tumor with an unusual clinical presentation. *Skin Appendage Disord* 2018;4(3):171-3.
- Rushing CJ, Ivankiv R, Bullock NM, Rogers DE, Spinner SM. Onychomatricoma: a rare and potentially underreported tumor of the nail matrix. *J Foot Ankle Surg.* 2017; 56(5):1095-98.
- Tavares GT, Chiacchio N, Chiacchio NG, Souza MV. Onicomatricoma: um tumor desconhecido pelo dermatologista. *An Bras Dermatol.* 2015;90(2):268-70.
- Mello CDBF, Noriega LF, Chiacchio NG, Campos-Garzac JC, Chiacchio N. Onychomatricoma of the nail bed. *Skin Appendage Disord.* 2019;5(3):165-8.
- Madi A, Meguerian ZB, Kanj VC, Bakhach J. Pigmented onychomatricoma may originate from a childhood trauma: a case report. *Hand Surg Rehabil.* 2019;38(6):386-9.
- Charfi O, Jaber K, Khammouma F, Rabhi F, Youssef S, Dhaoui R, Doss N. Magnetic resonance imaging in the diagnosis of onychomatricoma: a case report. *Skin Appendage Disord.* 2019;5:246-50.
- Mundada P, Becker M, Lenoir V, Stefanelli V, Rougemont AL, Beaulieu JY, et al. High resolution MRI of nail tumors and tumor-like conditions. *Eur J Radiol.* 2019;112:93-105.
- Park SJ, Ahn GR, Hong JY, Seo SJ. A case of veiled onychomatricoma. *Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33(11):e420-22.
- Tambe SA, Ansari SMM, Nayak CS, Chokkar R, Patil PD. Surgical management of onychopapilloma, Onychomatricoma, and subungual osteochondroma: case series. *J Cutan Aesthet Surg.* 2018;11(3):143-7.
- Nakamura R, Baran R. *Doenças da Unha.* 2nd ed, Rio de Janeiro: Elsevier; 2018.
- Zou XK, Yu J, Yang SX. Image gallery: a case of onychomatricoma with typical clinical, dermoscopic and histopathological findings. *British J Dermatol.* 2019;181(6):e146.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Fernanda Catarina Ribeiro |  ORCID 0000-0001-5447-4250

Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Anndressa Camillo da Matta Setubal Gomes |  ORCID 0000-0002-9074-645X

Participação efetiva na orientação da pesquisa.

Aline Lucy Galavotti Silveira |  ORCID 0000-0001-5316-3960

Participação efetiva na orientação da pesquisa.

Abordagem cirúrgica do tumor de Köenen: relato de um caso e revisão da literatura

Surgical approach to Köenen tumor: a case report and literature review

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201241506>

RESUMO

Os tumores de Köenen são fibromas ungueais que constituem um dos principais critérios diagnósticos da esclerose tuberosa. Caracterizam-se por pápulas alongadas e afiladas, firmes, de superfície lisa, base alargada, levemente eritematosas e de tamanhos variados, mais comuns nas unhas dos pododáctilos. As lesões são consideradas um problema estético e funcional, podendo ocasionar deformidades, dor e sangramento. Quanto ao tratamento, existem diversas opções, entretanto não há consenso na literatura sobre a melhor delas. Relatamos um caso tratado cirurgicamente, com ótimo resultado, e descrevemos as vantagens e desvantagens de cada modalidade terapêutica atual.

Palavras-chave: Esclerose Tuberosa; Fibroma; Procedimentos Cirúrgicos Dermatológicos; Unhas

ABSTRACT

Koenen tumors are nail fibromas included among the main diagnostic criteria of tuberous sclerosis. Elongated and thin papules, firm, with smooth surface and broad base characterize these lesions, which are slightly erythematous and present varying sizes. Koenen tumors commonly affect toenails and result in aesthetic and functional concerns associated with deformities, pain, and bleeding. Several therapeutic options are described for Koenen tumors; however, there is a lack of consensus in the literature regarding standard treatment. We report the case of a patient who underwent surgery with excellent outcomes. Additionally, we discuss the advantages and disadvantages of each therapeutic modality.

Keywords: Dermatologic Surgical Procedures; Fibroma; Nails; Tuberous Sclerosis

INTRODUÇÃO

Também conhecida como epiloia ou facomatose de Pringle-Bourneville, a esclerose tuberosa (ET) é uma doença neurocutânea genética rara e multissistêmica, que pode cursar com hamartomas em pele, sistema nervoso central, rins e pulmões.¹

No contexto dessa doença autossômica dominante, sabe-se que metade das famílias acometidas está ligada ao cromossomo 9q34, com mutações inativadoras dos genes supressores tumorais da proteína hamartina (TSC1), e, a outra metade, ao cromossomo 16p13, causando mutações inativadoras dos genes supressores tumorais da proteína tuberina (TSC2). O complexo hamartina-tuberina é um importante inibidor do crescimento tumoral e sua ausência desencadeia a perda da inibição sobre a proliferação e a migração celular.²

Entre as alterações cutâneas mais comuns estão os angiofibromas faciais, placas fibróticas (placas de Shagreen), fibromas periungueais (tumores de Köenen), máculas hipocrômicas em

Relato de caso

Autores:

Amanda Bertazzoli Diogo¹
José Roberto Pegas¹
Mariana de Freitas Valente¹
Cristina Santos Ribeiro Bechara¹

¹ Serviço de Dermatologia do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos, Guarulhos (SP), Brasil.

Correspondência:

Amanda Bertazzoli Diogo
Av. Emílio Ribas, 1819
Gopouva
07051-000 Guarulhos (SP)
E-mail: amanda_bd2@hotmail.com

Data de recebimento: 20/12/2019

Data de aprovação: 25/08/2020

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

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.

Agradecimentos: Aos nossos preceptores, em especial à Maria do Rosário Vidigal, pelos ensinamentos e incentivo.



formato de folhas (ash leaves) e placa fibrosa frontal.^{1,2} Muitos pacientes apresentam como única manifestação cutânea da doença os fibromas ungueais, de modo que sua presença no exame físico dermatológico deve levantar a suspeita clínica da doença.³

Além do tumor de Köenen (TK), são descritas outras alterações ungueais na ET, tais como: hiperqueratose subungueal, leuconíquia longitudinal avermelhada e esbranquiçada, estilhaços hemorrágicos e sulcos longitudinais. Acredita-se que a presença de estrias longitudinais avermelhadas e/ou esbranquiçadas, além dos fibromas ungueais, aumenta muito a suspeição de ET.⁴

Outros achados importantes incluem convulsões, retardo mental, nódulos subependimais, hamartomas retinianos e de outros órgãos.² Apesar da excisão cirúrgica ser preferível para os fibromas ungueais⁵, há outras terapêuticas disponíveis. Entretanto, há poucos estudos comparando a eficácia e as desvantagens das diferentes modalidades terapêuticas.

RELATO DO CASO

Paciente de 38 anos, feminino, queixava-se de lesões ungueais de crescimento progressivo nas unhas das mãos e dos pés desde a segunda década de vida, ocasionando sangramentos locais após mínimos traumas, dor e deformidades, impossibilitando o uso de calçados fechados e a manipulação de objetos. Negava comorbidades e relatava pai com ET.

As lesões ungueais apresentavam-se como pápulas alongadas e afiladas, firmes, de superfície lisa, base alargada, levemente eritematosas e tamanhos variados, em todos os pododáctilos e alguns quirodáctilos (Figuras 1-3). Quanto à localização, a maioria possuía implantação na dobra proximal e uma pequena parte, nas dobras laterais. Algumas lâminas ungueais demonstravam linhas longitudinais e depressões canaliculares de extensão variável, com algumas finas estrias esbranquiçadas (Figura 1). Nos membros, havia múltiplas manchas hipocrômicas em formato de folha (*ash leaves*), além de lesões lenticulares homocrômicas, em confete. Na face, notavam-se pápulas achatadas, normocrômicas, isoladas e coalescentes, especialmente nas regiões malares e de



FIGURA 1: Tumores de Köenen nas unhas do pé esquerdo: antes da cirurgia. Nas lâminas ungueais, notam-se linhas longitudinais e depressões canaliculares

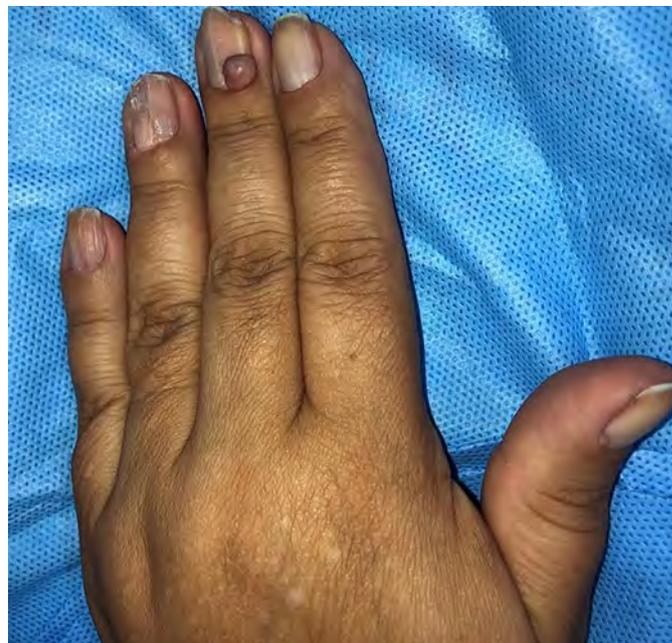


FIGURA 2: Tumores de Köenen nas unhas da mão esquerda: antes da cirurgia

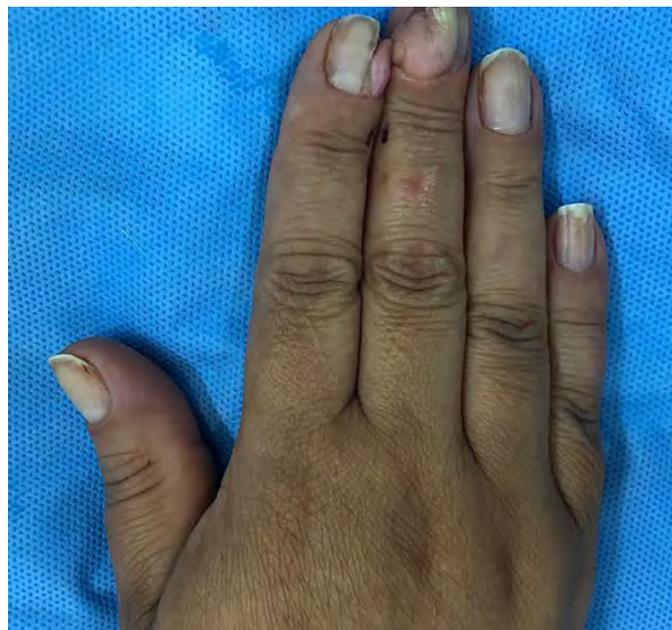


FIGURA 3: Tumores de Köenen nas unhas da mão direita: antes da cirurgia

dorso nasal, sugestivas de angiofibromas. Na região abdominal e dorsal, apresentava máculas hipocrômicas, medindo até cerca de 20cm.

O anatomopatológico das lesões ungueais foi compatível com fibroqueratomas digitais; na face, com angiofibromas; e as manchas hipocrômicas do tórax, com nevos acrômicos. A tomografia computadorizada (TC) do crânio mostrou displasias e fibromas corticais, sem outras alterações. Portanto, diante das lesões cutâneas e ungueais, dos exames complementares e da história familiar, o diagnóstico de ET foi estabelecido.

Optou-se pela exérese cirúrgica das lesões ungueais, sendo retirados quatro tumores em cada tempo cirúrgico. Foram abordadas as unhas das mãos e do pé esquerdo. Os fibromas localizados na dobra posterior foram excisados através do rebatimento da lâmina ungueal por meio de duas incisões paralelas ao nível da junção das dobras posterior e lateral. Uma vez rebatida, foi visualizada a origem da implantação tumoral, procedendo-se ao descolamento das mesmas, com auxílio de espátulas dentárias, até sua total remoção. No pós-operatório (Figura 4), a paciente seguiu as orientações quanto a repouso, limpeza e curativos, evoluindo satisfatoriamente, com bons resultados estético e funcional (Figuras 5-7). A paciente mantém seguimento para continuidade do tratamento cirúrgico.

DISCUSSÃO

Os TKs são hamartomas ungueais localizados principalmente nos pododáctilos, mais comuns no sexo feminino e com surgimento principalmente a partir da segunda década de vida. Podem aumentar em tamanho progressivamente, comprimindo a matriz ungueal e ocasionando alterações como depressões ungueais longitudinais.¹ São classificados em peri ou subungueais, sendo os primeiros mais comuns.⁶ Trata-se de uma manifestação benigna cutânea da ET, presente em cerca de 50% dos pacientes.⁷ Traumas e pressão exercida pelos calçados são fatores desencadeantes, o que justifica a localização mais comum nos pés.³

As diversas opções de tratamento incluem exérese cirúrgica, laser de CO₂, *shaving* seguido de fenolização⁷, rapamicina tópica⁸ e até mesmo amputação ungueal.² Há divergências na



FIGURA 5: Unha do hálux esquerdo: terceiro mês após a cirurgia



FIGURA 6: Unha do terceiro dedo da mão esquerda: oito meses após a cirurgia



FIGURA 4: Unhas do segundo e terceiro dedos da mão direita: terceiro dia de pós-operatório

literatura sobre qual a melhor opção terapêutica.⁷ Cada modalidade apresenta vantagens e desvantagens e, em relação à taxa de recorrência após os tratamentos propostos, não há dados consistentes na literatura, embora acredite-se que técnicas que preservam a matriz possam apresentar recorrências significativas.⁷

Para a escolha do tratamento ideal, deve-se considerar a localização do tumor (mãos ou pés), idade do paciente, queixa principal (dor, desconforto ou alteração cosmética), ciclo de vida do tumor (primário ou recorrente), quantidade de lesões presentes e comorbidades.⁷

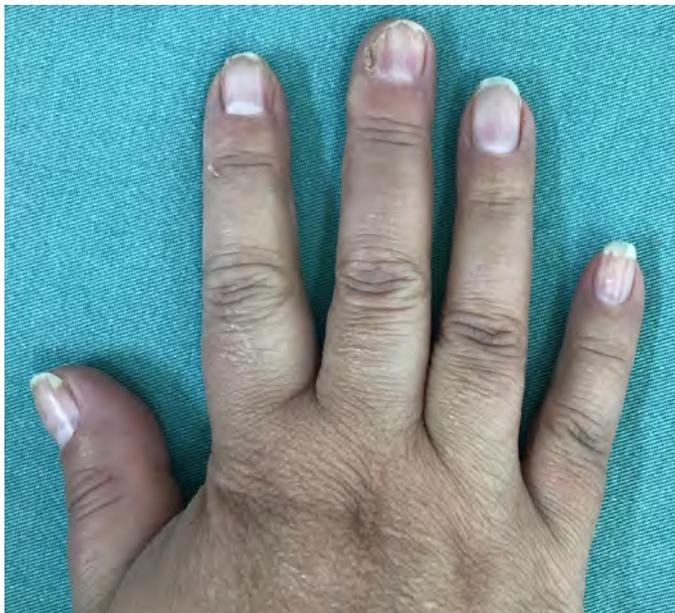


FIGURA 7: Unhas da mão direita: oito meses após a cirurgia

A excisão cirúrgica das lesões é efetiva e de baixo custo, não necessitando de aparelhos específicos. Esse tratamento é preferível em pacientes com baixo risco cirúrgico, tumores recorrentes, grandes e múltiplos, sobretudo nos pés. O resultado estético costuma ser satisfatório.⁷ Diante do exposto, a cirurgia foi escolhida no caso descrito devido ao risco cirúrgico mínimo, presença de lesões grandes e múltiplas, principalmente nos pés, além de deformidades ungueais e necessidade de resolução funcional.

Em relação às demais modalidades terapêuticas, tem-se o laser de CO₂, que direciona feixes de ondas de luz até a completa vaporização do tumor. Possui baixo risco de sangramento, curta

duração (cerca de 10 segundos por lesão), além de resultado estético satisfatório e ótima cicatrização. Pode ser uma boa escolha para pacientes com contraindicação cirúrgica, lesões pequenas e em moderada quantidade, sobretudo nas mãos.^{4,5}

A excisão em *shaving* seguida de fenolização envolve a retirada da porção protuberante do tumor e aplicação do fenol na base da lesão. Esse método permite a preservação da matriz e da placa ungueal, sendo mais utilizado em pacientes com alto risco cirúrgico, que priorizam o resultado estético, e em portadores de tumores pequenos e preferencialmente localizados nas mãos.⁷ Complicações possíveis são necrose, infecção e deformidades da dobra e placa ungueal, que são raras.⁹ Não escolhemos essa opção devido ao alto risco de agravar a distrofia ungueal.

Para TKs agressivos, recorrentes e com alto grau de morbidade, a amputação dos aparelhos ungueais e a reconstrução por enxerto cutâneo de espessura total apresenta possibilidade de resultado efetivo.²

Outra opção é a rapamicina, que pertence à classe dos imunossupressores. Essa medicação atua inibindo a mTOR (*mammalian target of rapamycin*), suprimindo os fatores de crescimento vascular e destruindo células tumorais. O seu uso tópico apresenta bons resultados para o tratamento dos fibromas subungueais. É considerado seguro e bem tolerado, com rápida involução da lesão. Foi descrito o seu uso duas vezes ao dia, propiciando melhora inicial do quadro clínico em apenas dois meses e desaparecimento total das lesões após seis meses.⁸

CONCLUSÃO

Até o momento, não há tratamento padrão-ouro na literatura para o TK.⁷ A decisão deve ser baseada nas vantagens e desvantagens de cada método. Citamos o caso de uma paciente tratada com sucesso após abordagem cirúrgica dos fibromas, apresentando cicatrização, resultados estético e funcional excelentes, sem complicações e sem recidiva das lesões nos oito primeiros meses de seguimento. ●

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues DA, Gomes CM, Costa IM. Tuberous sclerosis complex. *An Bras Dermatol.* 2012;87(2):185-97.
2. Oliveira GB, Rossi NCP, Cury DO, Coura MGG, Antonio, CR. Tumores de Köenen exuberantes: tratamento efetivo com amputação do aparelho ungueal e reconstrução com enxerto de pele de espessura total. *Surg Cosmet Dermatol.* 2017; 9(2):187-9.
3. Aldrich CS, Hong CH, Groves L, Olsen C, Moss J, Darling TN. Acral lesions in tuberous sclerosis complex: insights into pathogenesis. *J Am Acad Dermatol.* 2010; 63(2):244-51.
4. Sechi A, Savoia F, Patrizi A, Sacchelli L, Neri I. Dermoscopy of subungueal red comets associated with tuberous sclerosis complex. *Pediatr Dermatol.* 2019;36(3):408-10.
5. Berlin AL, Billick RC. Use of CO2 laser in the treatment of periungual fibromas associated with tuberous sclerosis. *Dermatol surg.* 2002;28(5):434-6.
6. Nguyen QD, DarConte MD, Hebert AA. The cutaneous manifestations of tuberous sclerosis complex. *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* 2018; 178(3):321-5.
7. Liebman, JJ, Nigro, LC, Matthews, MS. Koenen tumor in tuberous sclerosis. *Ann Plast Surg.* 2014;73(6):721-2.
8. Muzic JG, Kindle SA, Tollefson MM. Successful treatment of subungual fibromas of tuberous sclerosis with topical rapamycin. *JAMA Dermatol.* 2014;150(9):1024-5.
9. Mazaira M, del Pozo Losada J, Fernández-Jorge B, Fernández-Torres R, Martínez W, Fonseca E. Shave and phenolization of periungual fibromas, Koenen's tumors, in a patient with tuberous sclerosis. *Dermatol Surg.* 2008;34(1):111-3.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Amanda Bertazzoli Diogo |  ORCID 0000-0002-2708-3139

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

José Roberto Pegas |  ORCID 0000-0002-2541-6008

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Mariana de Freitas Valente |  ORCID 0000-0002-6798-7116

Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Cristina Santos Ribeiro Bechara |  ORCID 000-0002-7723-2980

Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Relato de caso

Autores:

Rebecca Silveira¹
Tatiane Benini¹
André Cesar Antiori Freire
Pessanha¹

¹ Departamento de Dermatologia,
Universidade de Mogi das Cruzes,
Mogi das Cruzes (SP), Brasil.

Correspondência:

Centro Médico Pedra Verde
R. Professor Leopoldo Paperini, 113
07095-080 Guarulhos (SP)
E-mail: andrederma@hotmail.com

Data de recebimento: 31/01/2020

Data de aprovação: 13/11/2020

Trabalho realizado na Universidade
de Mogi das Cruzes, Mogi das Cruzes
(SP), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.



Sarcoma pleomórfico indiferenciado: relato de caso

Undifferentiated pleomorphic sarcoma: a case report

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201242522>

RESUMO

Os sarcomas indiferenciados são neoplasias de tecidos moles derivados do mesoderma. Relatamos um caso de sarcoma pleomórfico indiferenciado, sua dermatoscopia, seu estadiamento e sua abordagem terapêutica.

Palavras-chave: Dermoscopia; Neoplasias de Tecidos Moles; Sarcoma

ABSTRACT

Undifferentiated sarcomas are neoplasms of soft tissues derived from the mesoderm. We report a case of undifferentiated pleomorphic sarcoma, its dermoscopy, staging, and therapeutic approach.

Keywords: Dermoscopy; Sarcoma; Soft Tissue Neoplasms

INTRODUÇÃO

Sarcomas são tumores derivados do mesoderma. São divididos em dois tipos: ósseos e de partes moles, em que se incluem os tumores cutâneos.¹ Os sarcomas de partes moles acometem uma a cinco pessoas/100.000/ano, principalmente acima dos 55 anos.² Seus subtipos principais são: gastrointestinal, lipossarcoma e leiomiossarcoma.² Existem dois tipos de sarcomas de partes moles que mais comumente surgem na pele: sarcoma pleomórfico indiferenciado (antes denominado fibro-histiocitoma maligno pleomórfico e estoriforme) e mixofibrossarcoma (antes denominado fibro-histiocitoma maligno mixoide).¹ Sarcomas cutâneos, geralmente, apresentam-se como nódulos cor da pele ou massas subcutâneas, de crescimento rápido, mais comumente nos membros.¹

Há uma graduação histológica (G) para sarcomas de partes moles (FNCLCC- França) em que três parâmetros recebem uma pontuação: diferenciação (1 a 3), índice mitótico (1 a 3) e necrose tumoral (0 a 2). Com a soma dos números, encontram-se os seguintes resultados: GX, G1 (2 a 3), G2 (4 a 5), G3 (6 a 8). A American Cancer Society estabeleceu também um estadiamento TNM para este grupo de tumores a depender da sua topografia: cabeça e pescoço, tronco e extremidades, órgãos viscerais torácicos e abdominais e retroperitônio³.

O sarcoma pleomórfico indiferenciado corresponde ao quarto mais importante sarcoma de partes moles. Sua epidemiologia é assim constituída: 50 a 70 anos (faixa etária mais acometida), com preponderância de homens (dois terços) em relação às mulheres quanto à prevalência.⁴ Membros inferiores são a topografia mais afetada, mas 10 a 15% ocorrem em cabeça e pescoço.¹ Tendência evolutiva: recorrência local: 19 a 31%; índice de metástases: 31 a 35% (com a seguinte frequência: pulmões 90%, ossos 85%, fígado 1%). Taxa de sobrevivência em cinco anos: 65 a 70%. O tratamento preconizado é cirúrgico com margens de 2cm e radioterapia adjuvante em casos selecionados (dificuldade de obtenção de margens livres pela cirurgia). Para a doença metastática indica-se quimioterapia (ainda que com resultados pobres) com antraciclinas (16 a 27% de resposta) associadas ou não à ifosfamida. Doxorubicina é paliativa. Novos estudos têm mostrado maior benefício com mesilato de eribulina.⁵

RELATO DO CASO

Mulher, 88 anos, queixa-se de lesão nodular com crescimento progressivo na região clavicular esquerda há três meses. Exame dermatológico demonstrou tumoração violácea, ulcerada, com presença de necrose, friável, 11cm no maior eixo, na região infraclavicular esquerda (Figura 1). A dermatoscopia caracterizava-se por vasos polimórficos, sem outras especificidades (Figura 2). Realizada biópsia incisional da lesão, cujo exame anatomopatológico revelou infiltração da porção profunda da amostra por neoplasia de células grandes, de formato fusiforme predominante, com núcleos celulares de variados tamanhos e formas, com cromatina irregular; numerosas figuras de mitose, compatível com sarcoma fusocelular e pleomórfico infiltrado na derme reticular grau histológico 3 (Figura 3). O painel imuno-histoquímico apresentou resultado negativo para a expressão de todos os antígenos pesquisados (AE1/AE3, p63, 34BetaE12, proteína S-100, SOX-100, melan-A, AML, desmina, CD3 e CD34), compatível com sarcoma indiferenciado. Após exame anatomopatológico, optamos por exérese da lesão com margens cirúrgicas amplas e fechamento primário da ferida cirúrgica (Figura 4). Realizado rastreamento de metástases pulmonares, linfonodais e abdominais com exames de imagem, que foi negativo. A paciente encontra-se em seguimento, sem sinais de recidiva local (Figura 5).

DISCUSSÃO

Para estadiamento TNM deste caso foi adotada a referência da AJCC (American Joint Committee on Cancer) 2018 para sarcomas de partes moles de tronco e extremidades. A tabela



FIGURA 1: Grande tumoração violácea, ulcerada na região clavicular esquerda

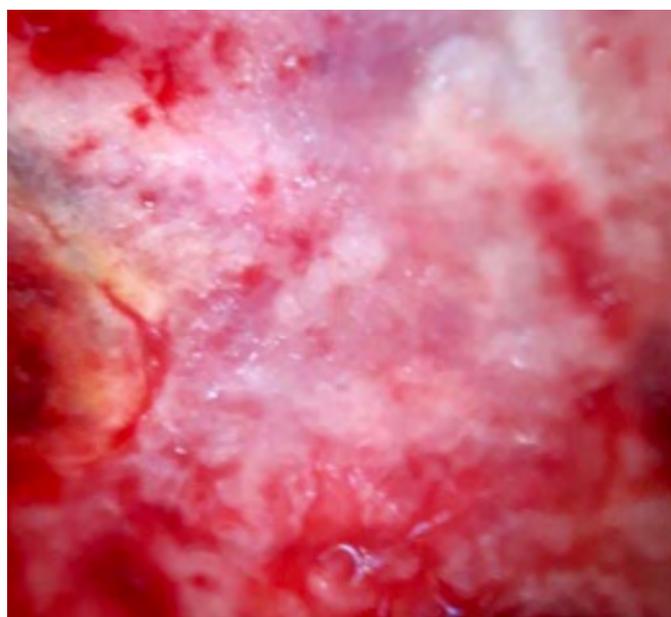


FIGURA 2: Dermatoscopia: vasos polimórficos

1 representa o T e o estadiamento final. o estadiamento final (repare que a classificação G descrita na introdução é considerada).

Neste caso relatado, a imuno-histoquímica foi de fundamental importância, uma vez que clinicamente e até histopatologicamente o sarcoma pleomórfico indiferenciado faz diagnóstico diferencial com:

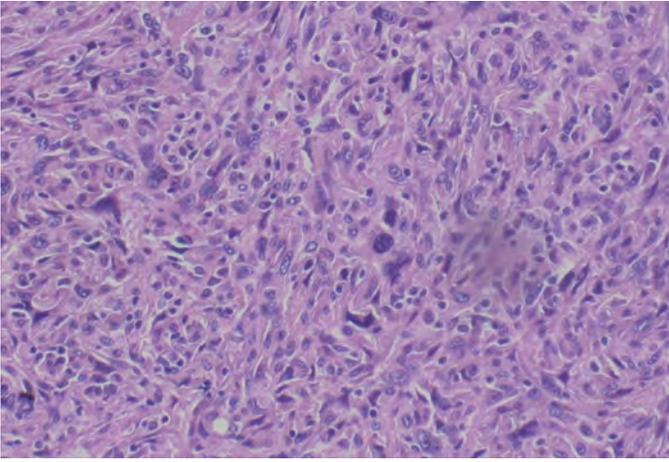


FIGURA 3: Neoplasia com predomínio de células fusiformes com núcleos de tamanhos variados e cromatina irregular



FIGURA 5: Resultado final

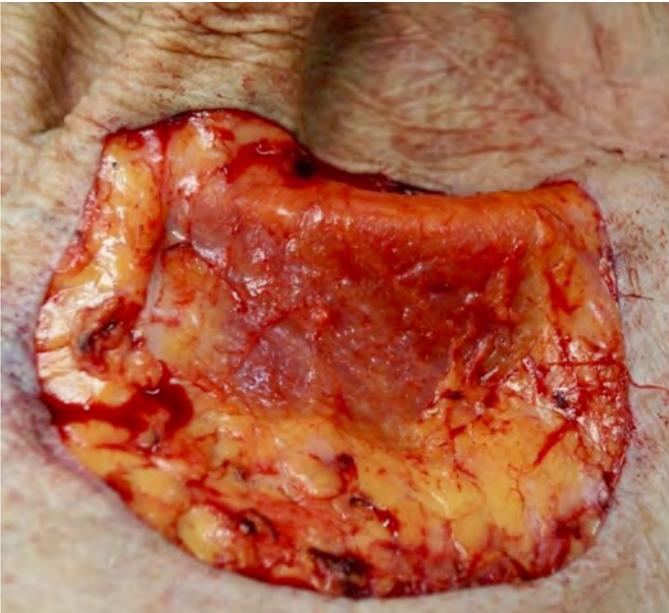


FIGURA 4: Ferida após a exérese

- Melanoma (desmoplásico; positividade frequente para S100, HMW-MMA; rara positividade para SMA, desminina, fator XIIIa, laminina e colágeno tipo IV; e geralmente negativo para HMB-45, Gp100, melan A/Mart1, tirosinase e fator de transcrição de microftalmia).⁶

- Carcinoma espinocelular de células fusiformes (positividade para AE1/AE3, CAM5.2 e vimentina).⁷

- Dermatofibrossarcoma protuberans (positividade para CD34 e vimentina; negatividade para enolase neurônio específica, HMB-45 e proteína S100).⁸

- Fibroxantoma atípico (diagnóstico de exclusão, sendo negativo para citoqueratinas para excluir carcinoma espinocelular de células fusiformes, S-100 e marcadores melanogênicos, como melan-A e HMB-45 para excluir melanoma; desmina, ac-

tina e H- caldesmon para excluir leiomiossarcoma; e p63 e p40 para exclusão de carcinoma espinocelular.⁹

- Leiomiossarcoma (positividade para actina de músculo liso, desmina e S100).¹⁰

- Sarcoma pleomórfico indiferenciado (positivo para vimentina, fator XIIIa, CD68, CD10, CD34, CD 99; e negativo para marcadores de queratina, musculares e melanocíticos).¹¹

Tabela 1: Estadiamento final TNM e G.

T	Valores (cm)
1	Até 5
2	5 a 10
3	10 a 15
4	Maior que 15
Estadiamento	TNM e G
IA	T1N0M0G1
IB	T2-4N0M0G1
II	T1N0M0G2-3
IIIA	T2N0M0G2-3
IIIB	T3-4N0M0G2-3
IV	N1M1

CONCLUSÃO

O caso apresentado enriquece a memória do dermatologista quanto aos diagnósticos diferenciais possíveis dentre os raros tumores mesenquimais. Enfatizou-se o quão imprescindível

é o papel da histopatologia e imuno-histoquímica, revisando-se o jogo de marcadores com suas correlações diagnósticas neste minidesafio e também trouxe a oportunidade de revisão de estadiamento e conduta de sarcomas de partes moles. ●

REFERÊNCIAS

1. Paiva A.C.G., Morgado A.M., Souza M.P. Undifferentiated pleomorphic sarcoma. *An Bras Dermatol.* 2018;93(1):154-5.
2. Staser K, Mount J, Solus C, Musiec A; Pleomorphic soft tissue sarcoma metastatic to the skin of the scalp and groin; *JAAD case reports*, march 2015.
3. Site da American Cancer Society : <https://www.cancer.org/cancer/soft-tissue-sarcoma/detection-diagnosis-staging/staging.html>
4. Salerni G ; Dermoscopic findings in an early malignant fibrous histiocytoma on the face ; *Dermatology Practical and Conceptual*; 2017; 7(3) : 9
5. De Vita A., Recine F., Mercatali L., Misericchi G., Spadazzi C., Liverani C., Bongiovanni A., Pieri F., Casadei R., Nada Riva N., Fausti V., Amadori D, Ibrahim T; Primary Culture of Undifferentiated Pleomorphic Sarcoma: Molecular Characterization and Response to Anticancer Agents. *Int. J. Mol. Sci.* 2017, 18, 2662; doi:10.3390/ijms18122662
6. Paschoal FM, Yamada VL, Enokihara MMSS, Machado Filho CDS; Melanoma desmoplástico ; *Surg Cosmet Dermatol* 2012;4(1):59-63.
7. Mitsuhashi et al.; Basosquamous and spindle cell carcinoma of the skin; *J Cutan Pathol* 2006; 33: 246-252; Copyright # Blackwell Munksgaard 2006.
8. Morais PM, Schettini APM, Chirano CA, Nakamura G; Tumor de Bednar (dermatofibrossarcoma protuberante pigmentado): relato de um caso, *An Bras Dermatol.* 2005;80(3):273-6.
9. Koch et al : Atypical Fibroxanthoma - Histological Diagnosis, Immunohistochemical Markers and Concepts of Therapy; *Anticancer Research* 35: 5717-5736 (2015).
10. Salgado LMR, Caetano LVN, Paula GM, Cysneiros MAPC, Fleury Jr LFF ; Leiomiossarcoma cutâneo: relato de caso; *Surg Cosmet Dermatol* 2015;7(1):84-7.
11. Site de anatomia patológica da University of Washington : <http://www.pathologyoutlines.com/topic/softtissueemfhp/pleo.html>

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Rebecca Silveira |  ORCID 0000-0001-7164-4717

Revisão crítica da literatura.

Tatiane Benini |  ORCID 0000-0002-4084-7607

Elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura.

André Cesar Antiori Freire Pessanha |  ORCID 0000-0001-9806-4245

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; 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; revisão crítica do manuscrito.

Relato de caso

Autores:

Renan Rangel Bonamigo¹
 Laura Luzzatto¹
 Sindy Natália Balconi¹
 Isadora da Luz Silva¹
 Ana Cláudia Dal Magro¹

¹ Serviço de Dermatologia da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre (RS), Brasil.

Correspondência:

Sindy Natália Balconi
 R. Mauro Guedes de Oliveira,
 131/905B
 Bairro Jardim Lindoia
 91050-090 Porto Alegre (RS)
 E-mail: sindybalconi@gmail.com

Data de recebimento: 24/03/2020

Data de aprovação: 13/11/2020

Trabalho realizado na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre (RS), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.



Agressividade tumoral óculo-facial por carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado sob imunocompetência sistêmica

Oculofacial tumor aggressiveness due to moderately differentiated squamous cell carcinoma under systemic immunocompetence

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201242554>

RESUMO

O carcinoma epidermoide (carcinoma escamocelular, carcinoma de células escamosas ou CEC) representa o segundo tipo de neoplasia cutânea mais comum. O CEC origina-se da proliferação atípica das células da camada espinhosa da epiderme e é mais frequente em indivíduos do sexo masculino, maiores de 50 anos, de fototipo baixo e com história de exposição solar. Descrevemos o caso de um homem de 61 anos, previamente hígido, apresentando lesão de crescimento rápido e exuberante na face, cujo anatomopatológico e imuno-histoquímica comprovaram tratar-se de CEC moderadamente diferenciado.

Palavras-chave: Carcinoma de Células Escamosas; Neoplasias Cutâneas; Neoplasias de Células Escamosas

ABSTRACT

Squamous cell carcinoma (SCC) represents the second most common type of skin cancer. SCC originates from the atypical proliferation of the cells of the epidermis's spinous layer and is more frequent in men over 50 years of age, with a low skin phototype and history of sun exposure. We describe the case of a 61-year-old man, previously healthy, with a lesion presenting fast and exuberant growth on the face. The anatomopathological and immunohistochemical exams confirmed the diagnosis of moderately differentiated SCC.

Keywords: Carcinoma, Squamous Cell; Neoplasms, Squamous Cell; Skin Neoplasms

INTRODUÇÃO

O câncer de pele não melanoma é o tipo mais comum de neoplasia no mundo e no Brasil, sendo que o CEC é o segundo subtipo mais comum. Enquanto a maioria apresenta bom prognóstico, parte dos casos pode ter desfechos piores.¹ Dados epidemiológicos recentes têm mostrado aumento da sua incidência em todo o mundo, o que impacta na saúde pública.² Assim, diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais. Apresentamos um caso incomum de CEC moderadamente diferenciado, com uma evolução local rápida e exuberantemente agressiva em paciente sem evidências de imunossupressão.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 61 anos, agricultor aposentado, em acompanhamento por múltiplas neoplasias cutâneas não melanocíticas prévias e sem evidência de imunossupressão ou outras comorbidades, apresentava em consulta pápula eritematosa infiltrada com crosta central na região malar direita, sendo encaminhado para biópsia sob hipótese diagnóstica de ceratoacantoma ou CEC. A histopatologia demonstrou dano actínico e hiperplasia sebácea, não evidenciando células neoplásicas. O paciente retornou após três meses para acompanhamento, apresentando crescimento exacerbado da lesão, com tumor exulcerado, dor local e perda de visão ipsilateral (Figura 1). O novo exame histopatológico demonstrou carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. A tomografia computadorizada (TC) da face evidenciou volumosa lesão expansiva, infiltrativa, com envolvimento regional da pele e do subcutâneo, irregularidades e ulcerações superficiais, comprometimento da órbita, processo zigomático, assoalho da órbita e projeção ao seio maxilar. Evidenciava-se também proptose do globo ocular, envolto pela lesão (Figura 2). Não se observavam linfonodomegalias em região cervical. Estadiado como T4aN0M0, o paciente foi encaminhado com urgência ao Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da instituição e submetido com brevidade a procedimento cirúrgico. Realizada exenteração da órbita com maxilectomia total e parotidectomia parcial, com reconstrução com retalho microcirúrgico de reto abdominal, apresentando boa evolução pós-operatória (Figura 3) e anatomopatológico indicando margens livres de lesão.



FIGURA 1: CEC moderadamente diferenciado na face: grande tumoração ulcerada, acometendo a região ocular

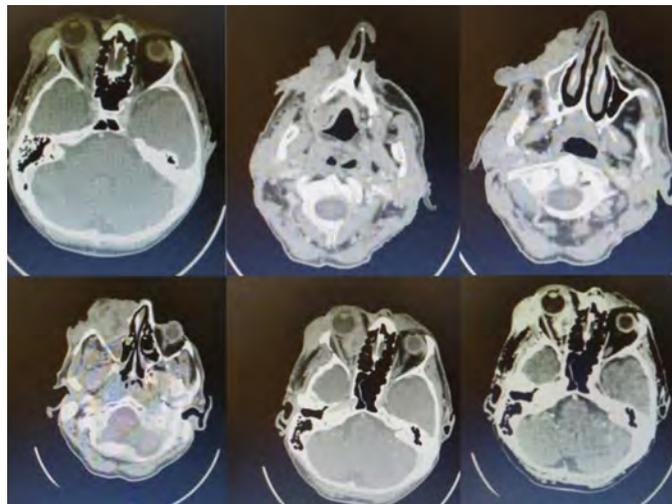


Figura 2: Tomografia computadorizada mostrando infiltração da pele e subcutâneo, com ulcerações superficiais; comprometimento de órbita, processo zigomático, assoalho da órbita e projeção ao seio maxilar; proptose do globo ocular, envolto pela lesão



FIGURA 3: Resultado cirúrgico

DISCUSSÃO

O CEC origina-se da proliferação atípica de células da camada espinhosa da epiderme. Pode apresentar-se clinicamente como uma pápula, nódulo ou lesões em placa, podendo também apresentar hiperqueratose e ulceração associadas. Como diagnóstico diferencial, deve-se considerar ceratoses actínicas, carcinomas basocelulares, tumores de anexo, melanomas amelanóticos e o

ceratoacantoma, como no caso em questão.² O CEC bem diferenciado pode assemelhar-se clínica e histopatologicamente ao ceratoacantoma e, portanto, é particularmente importante em contextos de rápido crescimento tumoral afastar essa possibilidade. No presente caso, a histopatologia e a invasividade a estruturas profundas confirmaram tratar-se de um CEC.

Epidemiologicamente, o CEC ocorre predominantemente em indivíduos do sexo masculino, com mais de 50 anos, fototipo baixo e com história de exposição solar. Em indivíduos transplantados, é o tumor mais frequente, sendo duas a três vezes mais comum que o carcinoma basocelular. A história natural dos carcinomas epidermóides varia de lenta a rápida, sendo observado crescimento acelerado mais frequentemente em pacientes imunossuprimidos. No contexto da imunossupressão, o CEC é frequentemente múltiplo e tende a ser mais agressivo.⁶

Dentre as causas mais comuns para imunossupressão sistêmica, além dos transplantes de órgãos (58%), há as doenças inflamatórias sistêmicas (16%).⁴ No caso dos pacientes transplantados renais, o tratamento com imunossupressor mais a radiação ultravioleta acarretam deficiência na resposta imune sistêmica e local. Estes pacientes apresentam diminuição numérica dos subtipos linfocitários (CD4 e CD8), de linfócitos que expressam o receptor interleucina-2 na pele e das células de Langerhans. Assim, há menor expressão de MHC-II, comprometendo a competência imunológica local e favorecendo o aparecimento de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas.⁵

Assim como ocorre nos demais tipos de neoplasias malignas, as populações de leucócitos locais são protetoras contra o desenvolvimento do câncer e também desempenham um papel na “escultura” do tumor de alta intensidade, levando a muitas causas de imunogenicidade e progressão tumoral. A radiação UV e o transporte viral crônico podem representar fatores de risco únicos para o desenvolvimento do CEC, e o sistema imunoló-

gico local desempenha um papel fundamental na modulação da resposta a ambos.⁶

O estadiamento dos carcinomas espinocelulares leva em consideração o volume do tumor medido por diâmetro e a profundidade. Além disso, considera também metástases linfonodais e metástases à distância. Características de alto risco para CEC metastático incluem comprometimento maior que 2mm de espessura, nível de Clark maior ou igual a IV e invasão perineural, localização anatômica (orelha, lábios e mucosas apresentam maior risco), origem em cicatrizes, imunossupressão e grau de diferenciação (com pior prognóstico associado aos pouco diferenciados e não diferenciados).² O presente caso apresenta paciente com estadiamento negativo para disseminação linfô-hematogênica, mas com extrema agressividade local, afetando completamente um dos aparelhos oculares.

O tratamento de primeira linha do CEC é a excisão cirúrgica completa com controle histopatológico das margens.³ A literatura preconiza margens de 4 a 10mm, a serem definidas de acordo com as características clínicas que sugeriram alto risco de recidiva, embora não exista consenso. Em tumores de baixo risco, pode-se optar por curetagem com eletrocoagulação e criocirurgia. A radioterapia adjuvante é recomendada em pacientes com margens negativas após a cirurgia em caso de envolvimento perineural, e são poucos os fármacos usados com sucesso na adjuvância ou neoadjuvância para CEC metastático.³

A rapidez de crescimento, a agressividade e o volume tumoral do CEC moderadamente diferenciado apresentados por este paciente são incomuns, principalmente pela ausência de um fator que comprometesse seu estado imunitário sistêmico, destacando-se a provável imunomodulação local pela RUV.

O manejo cirúrgico mostrou-se complexo e seguiu o princípio da terapêutica da Oncodermatologia, com a ampla excisão da neoplasia. ●

REFERÊNCIAS

1. Kabir S, Schmults CD, Ruiz ES. A review of cutaneous squamous cell carcinoma epidemiology, diagnosis and management. *Int J Cancer Manag*. 2018;11(1):e60846.
2. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. *Dermatologia*. 3th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015. p. 2816-2820.
3. NCCN Guidelines for patients. Squamous cell skin cancer. 2020. Available from: https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/squamous_cell-patient.pdf
4. Gonzalez JL, Reddy ND, Cunningham K, Silverman R, Madan E, Nguyen BM. Multiple cutaneous squamous cell carcinoma in immunosuppressed vs immunocompetent patients. *JAMA Dermatol*. 2019;155(5):625-629.
5. Almeida APN, Almeida LM, Franco KP, Peçanha MAP. Lesões cutâneas malignas e pré-malignas pós transplante renal: relato de caso e revisão da literatura. *Rev Cient FMC*. 2014;9(1):30-4.
6. Bottomley MJ, Thomson J, Harwood C, Leigh I. The role of the immune system in cutaneous squamous cell carcinoma. *Int J Mol Sci*. 2019;20(8):2009.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Renan Rangel Bonamigo |  ORCID 0000-0003-4792-8466

Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Laura Luzzatto |  ORCID 0000-0002-4193-6943

Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Sindy Natália Balconi |  ORCID 0000-0002-6369-5474

Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Isadora da Luz Silva |  ORCID 0000-0001-9084-8723

Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Ana Cláudia Dal Magro |  ORCID 0000-0001-5472-4539

Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Relato de caso

Autores:

Mayara Teixeira Cruz¹
 Nathalia Augusta Grigoli Zardo
 Alves¹
 Beatriz Polisel Cernescu¹
 Cássio Rafael Moreira¹
 Lígia Márcia Mário Martin^{1,2}

- ¹ Ambulatório de dermatologia,
 Autarquia Municipal de Saúde -
 Apucarana (PR), Brasil.
² Hospital Universitário da Região
 Norte do Paraná - Londrina (PR),
 Brasil.

Correspondência:

Mayara Teixeira Cruz
 R. Doutor Nagib Daher, 1011, apto
 202
 Centro
 86800-040 Apucarana (PR)
 E-mail: mayarateacruz@hotmail.com

Data de recebimento: 25/03/2020

Data de aprovação: 12/11/2020

Trabalho realizado no Serviço de
 Dermatologia, Autarquia Municipal
 de Saúde de Apucarana - Apucarana
 (PR), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.



Condiloma acuminado na infância tratado com creme de imiquimode a 5%: relato de caso

Condylomata acuminata in childhood treated with 5% imiquimod cream: case report

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201242555>

RESUMO

O condiloma acuminado é causado pelo DNA-vírus, que pertence ao grupo papovavírus. Em menores de três anos, a transmissão tende a não ser por abuso sexual, mas, sim, de maneira vertical. Não existe consenso para o tratamento das verrugas anogenitais em crianças. O método escolhido é individualizado para o paciente, sendo a preferência por tratamentos menos traumáticos, com menor seqüela. Embora ainda existam algumas restrições ao uso do imiquimode em menores de 12 anos, estudos já mostram o sucesso desta terapêutica nesta faixa etária. Será descrito um caso tratado com imiquimode creme a 5%, com resolução das lesões preexistentes.

Palavras-chave: Condiloma Acuminado; Infecções por Papillomavirus; Verrugas

ABSTRACT

DNA-virus, which belongs to the papillomavirus group, causes Condylomata acuminata. In children under 3 years of age, transmission tends not to be due to sexual abuse but rather vertically. There is no consensus for the treatment of anogenital warts in children. The chosen method is individualized for each patient, preferring less traumatic treatments, with fewer sequelae. Although there are still some restrictions on the imiquimod use in children under 12, studies have already shown this therapy's success in this age group. We report a case treated with 5% imiquimod cream with the resolution of pre-existing lesions.

Keywords: *Condylomata Acuminata; Papilloma; Warts*

INTRODUÇÃO

O condiloma acuminado é causado pelo DNA-vírus, que pertence ao grupo papovavírus, também conhecido como HPV.¹ Está associado aos tipos virais 6, 11, 30, 42, 43, 44, 45, 51, 52, 54, sendo possível existir mais de um subtipo em uma lesão.² No exame físico, é caracterizado como uma lesão vegetante, com pápulas sésseis (vistas na rafe do pênis), rosada, úmida, com projeções que podem lembrar uma couve-flor, localizada em região genital e perigenital, podendo acometer mucosa uretral, retal ou vaginal. Estudos mostram que a associação entre o HPV e abuso sexual aumenta diretamente com a idade, principalmente depois dos cinco anos.³

A maior parte dos estudos evidencia que infecção pelo HPV na infância não significa necessariamente contato sexual e devem ser consideradas outras formas de contaminação.⁴ Foi realizado um estudo com 42 crianças pré-púberes com condiloma anogenital mostrando que 28,6% delas adquiriram o HPV por transmissão vertical, 7,1% resultaram da autoinoculação de verrugas localizadas nas mãos, e apenas 4,8% associaram-se ao abuso sexual.³

O tratamento do condiloma acuminado na infância requer maior atenção, pois os procedimentos ablativos e as cirurgias a laser são dolorosos e, na grande maioria, necessitam de anestesia geral. Entre outras opções de tratamento encontra-se o imiquimode tópico a 5%, mesmo ainda não sendo totalmente definido seu uso na infância, diferente da população adulta que responde bem à terapêutica, tendo uma resolução favorável de suas lesões.⁵

RELATO DO CASO

Paciente masculino, um ano e seis meses. Acompanhante (mãe) refere lesões perianais e em escroto há seis meses, com aumento progressivo das mesmas em número e tamanho. Ao exame físico, foram observadas pápulas eritematosas em região escrotal e inguinal, outras confluentes formando uma placa de aspecto vegetante, com coloração rósea, acometendo região perianal (Figura 1). Nascido de parto normal, a termo e sem intercorrências. Mãe com história de câncer de ovário nega lesões genitais ou extragenitais. O pai e os dois irmãos foram avaliados também, sem evidências de lesões suspeitas. Foram solicitadas sorologias (sífilis, HIV, hepatites B e C) de paciente e dos pais, todas negativas. Em seguida, foram encaminhados ao médico-legista sendo descartado abuso sexual pelo mesmo. Paciente encaminhado ao cirurgião pediátrico para avaliação e realização de biópsia. Enquanto aguardava-se a consulta com o profissional, decidimos iniciar imiquimode creme a 5%, duas vezes por semana, e em três semanas já foi observada importante melhora da lesão vegetante e papulosa. Como efeito adverso, foi observado eritema moderado (Figura 2), sendo o tratamento realizado até completarem-se sete semanas (Figura 3).

DISCUSSÃO

O condiloma acuminado aparece em 10% dos casos de infecção sexualmente transmissível (IST). Quando encontrado na infância, terá que haver a suspeição de um indício de abuso sexual.³ Os casos de verrugas anogenitais estão tendo aumento progressivo em crianças, mas parece ser devido a um aumento de lesões nas mulheres adultas.⁴

Quando encontrado na faixa etária de crianças com menos de três anos, a transmissão tende a ser de outras formas, sendo a mais comum a de maneira vertical (passagem no canal do parto), já que o período de incubação descrito por alguns autores é de um a três anos, ou ocorrer por meio de uma infecção ascendente. Também há casos de auto e heteroinoculação e, ainda, por fômites. Mesmo não sendo a forma mais comum naquela faixa etária referida, não se deve deixar de afastar o abuso sexual em qualquer caso de condiloma acuminado.^{3,4} Na suspeita de abuso



FIGURA 1: Pápulas eritematosas em região de períneo, bolsa escrotal, região inguinal, associadas à placa vegetante em região perianal



FIGURA 2: Presença de hiperemia em região perianal, inguinal e corpo de pênis após três semanas de tratamento com imiquimode

sexual, a abordagem deve ser realizada. Caso haja confirmação, o Conselho Tutelar terá que ser acionado junto à assistência social. É importante que o exame físico seja completo, tentando excluir verrugas em outras regiões.³

Em se tratando de condiloma acuminado, existem vários tipos de tratamentos, entre eles, a excisão cirúrgica e o laser de CO₂, além dos tratamentos tópicos com o uso de imiquimode



FIGURA 3: Regressão total das lesões após sete semanas de tratamento com imiquimode

creme 5%. Orienta-se a aplicação na área afetada três vezes por semana, até completarem-se 16 semanas, gerando uma irritação e inflamação, com resolução das lesões. Outro tratamento tópico utilizado é o creme de 5-fluorouracil a 5% que possui a recomendação do uso diário até surgir irritação. E ainda a podofilina 25%, que é aplicada sobre as lesões e lavada depois de quatro horas, sendo esta contraindicada em crianças e gestantes.⁶ Outras opções existentes seriam: cauterização química com ácido tricloroacético a 50-70%, criocirurgia e shaving com eletrocoagulação da base.⁷

Todos os tratamentos referidos anteriormente são realizados de forma efetiva e segura na população adulta, mas ao se tratar condiloma na infância o ideal seria que o mesmo tivesse um baixo custo, fosse efetivo e tivesse ausência de traumas, sendo que todas essas características ainda não são disponíveis a toda população pediátrica. Os tratamentos mais usados são a destruição química ou mecânica das lesões por meio da criocauterização, eletrocauterização ou alça diatérmica, todos dolorosos

e, na grande maioria, exigindo anestesia geral. Alguns estudos mostram eficácia e segurança com o tratamento tópico com imiquimode creme a 5% em menores de 12 anos, mesmo ainda não sendo totalmente definido seu uso nesta faixa etária.^{7,8} O método escolhido é individualizado para cada paciente, tendo a preferência por tratamentos menos traumáticos, que evoluirão com menos sequelas.⁸

O imiquimode é um imunomodulador tópico, agonista dos receptores toll like 7, que pode mediar a resposta imune inata e celular e estimular a produção do interferon (IFN) e citocinas que levam à destruição do colágeno. Além disso, tem ação nas células apresentadoras de antígenos, mostrando os antígenos do HPV com maior efetividade aos linfócitos T CD4+. Além de inibir a replicação do HPV em 90%, diminuindo assim a carga viral, evita recidivas por meio da liberação de citocinas, do fator de necrose tumoral alfa e do IFN-alfa.¹

O efeito do imiquimode imita a resposta imune normal, aumentando a liberação do IFN, que é antiviral, tendo como efeito evitar a proliferação e a angiogênese, e também aumentar a quantidade de RNA mensageiro dos linfócitos T CD4+ no local. Ainda pode ter o efeito de memória imunológica anti-HPV, reduzindo assim, de forma significativa, as recidivas das lesões.¹

Ao utilizar esta medicação tópica no período da infância, estes pacientes não terão desvantagens como a dor. Além disso, podem ter o tratamento realizado em suas próprias casas, sendo uma medicação com poucos efeitos adversos. Entre esses efeitos, é possível que surjam eritema, prurido, queimação, erosão e uma maior sensibilidade no local da aplicação. Ainda que bastante incomuns, os pacientes também poderão apresentar sintomas sistêmicos como: fadiga, febre, mialgia, alterações do sistema nervoso central e periférico e sintomas gastrointestinais.⁵

Em um estudo realizado, foi possível observar o sucesso no tratamento de crianças de seis meses e 19 meses após aplicação do imiquimode por três e oito semanas, respectivamente. Apesar de terem tido eritema ao redor das lesões com frequência, nenhum outro efeito adverso de importância aconteceu nesses casos, assim como neste caso relatado.⁵

Por meio deste caso de condiloma acuminado na infância, em que foi obtido o sucesso terapêutico com o uso do creme de imiquimode a 5%, mostrou-se ser esta uma boa alternativa aos tratamentos convencionais em que, na maioria das vezes, associam-se a dor e até mesmo sequelas e traumas às crianças tratadas. ●

REFERÊNCIAS

1. Azulay RD, Azulay DR, Azulay-Abulafia L. *Azulay Dermatologia*. 6th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015. p. 447-8 e p. 1011.
2. Belda Júnior W, Di Chiacchio N, Criado PR. *Tratado de dermatologia*. 2nd ed. São Paulo: Atheneu; 2014. p. 1135 e p.1936.
3. Drezett J, Vasconcellos RM, Pedrosa D, Toledo Blake MT, Oliveira AG, Abreu LC. Transmissão de verrugas anogenitais em crianças e associação com abuso sexual. *J Human Growth Develop*. 2012;22(1):1-11.
4. Hornor G. Ano-Genital warts in children: sexual abuse or not? *J Pediatr Health Care*. 2004;18(4):165-70.
5. Brandt HRC, Fernandes JD, Patriota RCR, Criado PR, Junior WB. Tratamento do papiloma vírus humano na infância com creme de imiquimode a 5%. *An Bras Dermatol*. 2009;84(5):549-53.
6. Moresi JM, Herbert CR, Cohen BA. Treatment of anogenital warts in children with topical 0,05% podofilox gel and 5% imiquimod cream. *Pediatr Dermatol*. 2001;18(5): 448-52.
7. Rehme MFB, Carvalho NS, Ihlenfeld MFK, Chuery ACS. Condiloma acuminado em crianças e adolescentes. *Rev Bras Ginec Obst*. 1998;20(7):377-80.
8. Veasey JV, Antonia MD, Miguel BAF, Mayor SAS, Campaner AB, Manzione TS. Anogenital condylomas in children: descriptive analysis of 20 cases. *Surg Cosmet Dermatol*. 2017;9(2):130-3.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Mayara Teixeira Cruz |  ORCID 0000-0002-5069-0519

Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; 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; revisão crítica do manuscrito.

Nathalia Augusta Grigoli Zardo Alves |  ORCID 0000-0003-1635-6493

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

Beatriz Poliselí Cernescu |  ORCID 0000-0001-5417-1815

Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Cássio Rafael Moreira |  ORCID 0000-0002-8781-1505

Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Lígia Márcia Mário Martin |  ORCID 0000-0002-0891-0613

Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Relato de caso

Autores:

Gerson Dellatorre¹
 Marcos Noronha Frey²
 Roberto Gomes Tarlé¹

¹ Serviço de Dermatologia, Hospital Santa Casa de Curitiba, Curitiba (PR), Brasil.

² Hospital Santa Casa de Porto Alegre, Porto Alegre (RS), Brasil.

Correspondência:

Gerson Dellatorre
 Praça Rui Barbosa, 694
 80010-030 Curitiba (PR)
 E-mail: dellatorre@gmail.com

Data de recebimento: 05/04/2020

Data de aprovação: 25/08/2020

Trabalho realizado no Hospital Santa Casa de Curitiba, Curitiba (PR), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.



Transposição de lóbulo de orelha: um retalho simples para reconstrução de defeito cirúrgico de espessura total do antítrego

Earlobe transposition: a simple flap in the reconstruction of full-thickness surgical defect of anti-tragus

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201242566>

RESUMO

O câncer de pele ocorre com frequência na região do pavilhão auricular. A conformação tridimensional e a disponibilidade limitada de pele redundante regional tornam a reconstrução desta área anatômica desafiadora. Relata-se a reconstrução de antítrego utilizando-se um retalho de transposição de lóbulo de orelha.

Palavras-chave: Carcinoma de células escamosas; Cirurgia de Mohs; Neoplasias cutâneas; Pavilhão auricular; Retalhos cirúrgicos

ABSTRACT

Skin cancer frequently occurs on the pinna. The three-dimensional conformation and the limited availability of redundant regional skin make the reconstruction of this anatomical area challenging. We report the reconstruction of anti-tragus using an earlobe transposition flap.

Keywords: Carcinoma, Squamous cell; Ear auricle; Mohs surgery; Skin neoplasms; Surgical flaps

RELATO DO CASO

Um paciente de 72 anos apresentou-se ao hospital com um quadro de dois carcinomas espinocelulares (CECs) bem diferenciados, localizados (Figura 1) em região de trago e antítrego. Ambos os tumores foram tratados pela técnica de CMM, com margens livres obtidas no primeiro estágio. Após o fechamento primário da região do trago, um defeito cirúrgico de 1,5 x 1,4cm, comprometendo a subunidade de antítrego, era ainda presente. Foi planejado um retalho de transposição de região de lóbulo auricular (Figura 2), com sua redundância em região pivotal, propositadamente deixada para recriar contorno e projeção presentes na anatomia natural do antítrego (Figura 3).



FIGURA 1: Nódulos infiltrados em região de trago e antítrego, com diagnóstico histológico prévio de CEC infiltrativo bem diferenciado



FIGURA 2: Defeito cirúrgico de 1,5 x 1,4cm, acometendo espessura total de antítrego. Desenho do retalho de transposição de lóbulo e pós-operatório tardio



FIGURA 3: Retalho transposto com fechamento primário do defeito secundário

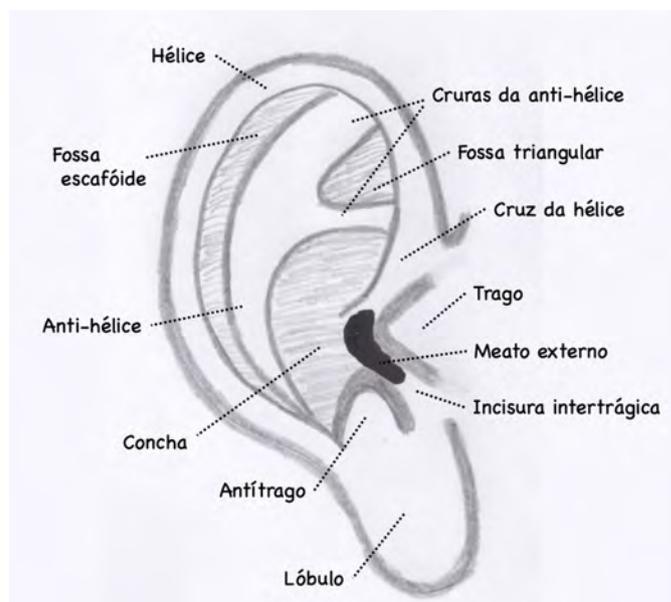


FIGURA 4: Subunidades anatômicas do pavilhão auricular

DISCUSSÃO

O pavilhão auricular é formado por cerca de 12 subunidades ou pontos anatômicos de interesse (Figura 4).² No que tange ao antítrego, a literatura a respeito de sua reconstrução é escassa. Em revisão de literatura, três artigos encontrados descrevem técnicas complexas para sua reconstrução, com bom resultado cosmético. Um relato de caso escrito por Chadha, Grob e Soldin³ descreveu um retalho em “livro aberto” na reconstrução de um defeito envolvendo antítrego e concha em um caso de CEC. Braga et al⁴ descreveram um caso de carcinoma basocelular (CBC) em antítrego, concha e anti-hélice. A lesão foi removida, e o defeito cirúrgico, reparado com uma transposição tunelizada da região pré-auricular, em tempo único. Por fim, Gonzalez-Six-

to et al⁵ descreveram uma série de quatro defeitos auriculares reconstruídos com um avanço condrocutâneo em V-Y, sendo que, em um deles, o retalho foi utilizado para reconstruir antítrego.

O fechamento primário e a cicatrização por segunda intenção também são opções simples de fechamento para esta subunidade, embora a elevação do lóbulo da orelha possa vir a ocorrer como consequência. A disponibilidade limitada de pele redundante e a frequente extrapolação de subunidades anatômicas pelos tumores desta região tornam a reconstrução do pavilhão auricular desafiadora.^{6,7} O lóbulo é um dos poucos locais da orelha com flacidez de pele, sendo assim útil para utilização como área doadora em retalhos. ●

REFERÊNCIAS

1. Norris II, Cook J. The cheek interpolation flap for reconstruction of auricular Mohs defects. *Dermatol Surg.* 2020;46(8):1039-44.
2. Alvord LS, Farmer BL. Anatomy and orientation of the human external ear. *J Am Acad Audiol.* 1997;8(6):383-90.
3. Chadha A, Grob M, Soldin M. Use of the earlobe in auricular reconstruction post tumour extirpation. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2009;62(4):539-41.
4. Braga AR, Pereira LC, Grave M, Resende JH, Lima DA, Souza AP, et al. Tunnelised inferiorly based preauricular flap repair of antitragus and concha after basal cell carcinoma excision: case report. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2011;64(3):e73-5.
5. Gonzalez-Sixto B, Perez-Bustillo A, Otero-Rivas MM, Rodríguez-Prieto MA. Subcutaneous pedicled V-Y advancement flap for surgical reconstruction of the auricle of the ear. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105(4):e23-6.
6. Brodland DG. Advanced reconstruction of the ear: a framework for successful wound closure. *Dermatol Surg.* 2014;40(Suppl 9):S71-85.
7. Reddy LV, Zide MF. Reconstruction of skin cancer defects of the auricle. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004;62(12):1457-71.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Gerson Dellatorre |  ORCID 0000-0002-9657-0002

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Marcos Noronha Frey |  ORCID 0000-0003-3914-2586

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura.

Roberto Gomes Tarlé |  ORCID 0000-0003-2831-6579

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; revisão crítica do manuscrito.

Uso do google glass na queiloplastia: a perspectiva do cirurgião

Use of Google Glass in cheiloplasty: the surgeon's perspective

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201242573>

RESUMO

Tecnologia “de vestir” chegou para mudar a forma como as pessoas veem e experimentam o mundo. Google glass é uma dessas tecnologias e foi criada pelo *Google Inc. California Mountain View*. Este dispositivo tem muitas possibilidades de uso, inclusive na área médica. Dentre estes usos, está a viabilidade de fornecer aos espectadores a visão do cirurgião durante a cirurgia. Cirurgias com pequeno campo operatório, como queiloplastia, devem beneficiar-se com o uso do google glass. Em nossa instituição, gravamos a primeira queiloplastia com google glass com a intenção de dar a nossa impressão dos óculos da *Google Inc.*

Palavras-chave: Educação Médica; Inovação; Tecnologia

ABSTRACT

Wearable technology has come to change the way people see and experience the world. Google Glass is one of these technologies created by Google Inc., Mountain View, California. This device has many uses, including in the medical field. One of these uses is the possibility of providing viewers with the surgeon's view during surgery. Surgeries with a small operative field, like cleft lip surgery, or cheiloplasty, should benefit from Google Glass. In our institution, we recorded the first cleft lip surgery using Google Glass to give our impression of the Glass.

Keywords: Education, Medical; Innovation; Technology

INTRODUÇÃO

A tecnologia está cada vez mais presente em nosso meio e, na área médica, não é diferente. A cada momento deparamo-nos com novos aparelhos no cotidiano clínico e no centro cirúrgico que mudam a forma como interagimos com o mundo.

Mais conhecido como tecnologia “de vestir”, o *google glass* é uma dessas tecnologias, e já é usado na área médica.¹⁻⁴ Criado pelo *Google Inc. California Mountain View*, este dispositivo fornece a possibilidade da visão do cirurgião durante a cirurgia em tempo real ou a gravação do procedimento para revisão posterior. A primeira descrição do uso dessa tecnologia em um procedimento cirúrgico foi realizada por Davis e Rosenfield em 2013^{5,6} e sua equipe demonstra as dificuldades e perspectivas dessa tecnologia.

Cirurgias com pequeno campo operatório, como a queiloplastia, beneficiam-se do uso do google glass. Além disso, em unidades de ensino, a dificuldade em viabilizar o acompanhamento dos passos da cirurgia pelos residentes e estagiários pre-

Relato de caso

Autores:

Bruno de Oliveira Barbosa¹
Guilherme Henrique de Castro
Teixeira¹
Danilo Monteiro Vieira¹
Ana Flávia Saraceni¹
Guilherme Gurgel do Amaral
Teles¹

¹ Instituto de Cirurgia Plástica Santa Cruz, Dr. José Mélega, São Paulo (SP), Brasil.

Correspondência:

Bruno de Oliveira Barbosa
R. Santa Cruz, 398
Vila Mariana
04122-000 São Paulo (SP)
E-mail: bobstz@gmail.com

Data de recebimento: 16/04/2020

Data de aprovação: 13/11/2020

Trabalho realizado no Instituto de Cirurgia Plástica Santa Cruz, Dr. José Marcos Mélega, São Paulo (SP), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.



sentes em sala e fora do campo cirúrgico, por campo visual reduzido e pela necessidade de parar a cirurgia a cada passo, aumenta muito o tempo do procedimento.

Em nossa instituição, gravamos a primeira cirurgia de lábio leporino com o google glass com a intenção de dar a nossa impressão dessa tecnologia em cirurgias de campo visual reduzido.

OBJETIVO

Avaliar o uso de uma nova tecnologia na cirurgia de queiloplastia, com campo cirúrgico muito pequeno, e usar a tecnologia para o aprimoramento e aprendizado da equipe.

MÉTODOS

Um paciente com uma fissura labial pré-forame incompleta foi escolhido após consentimento informado obtido com termo de autorização de gravação. A ausência de uma internet rápida para vídeo *streaming* limitou a utilização dos óculos apenas para gravação. O paciente foi colocado em posição de Rose e realizou-se uma queiloplastia Millard. Após a cirurgia, o vídeo foi mostrado aos residentes.

RESULTADOS

A imagem foi nítida e possibilitou a visão do procedimento e das estruturas sem qualquer tipo de dúvida. No início, pode ser estranho o seu uso para o cirurgião, mas com o tempo torna-se habitual.



FIGURA 1: Cirurgião usando o google glass



FIGURA 2: Durante a cirurgia



FIGURA 3: Visão em primeira pessoa através do google glass

O procedimento foi realizado com a equipe de residentes com a proposta de aprendizado dos mesmos. O aproveitamento da equipe presente na cirurgia foi importante, mas, após o procedimento com o vídeo gravado, puderam ser discutidos e demonstrados com visão detalhada os passos cirúrgicos, o que gerou fixação dos tempos da técnica e entendimento.

DISCUSSÃO

Existem muitos benefícios no uso de uma tecnologia “de vestir” como o google glass.⁷ A funcionalidade que permite a comunicação entre médicos e a troca de experiências ou consulta durante o procedimento cirúrgico pode ser muito útil, mas a ausência de uma internet rápida é um fator limitante em países

como o Brasil. Problemas de comunicação são uma causa muito comum de erros na cirurgia e esta tecnologia pode diminuir esses erros.

A principal utilidade que vemos no momento é no ensino cirúrgico, como na queiloplastia que possui um campo cirúrgico limitado e pode o cirurgião compartilhar em tempo real os passos do procedimento. Até onde sabemos, esta foi a primeira queiloplastia realizada com *google glass* e pudemos aproveitar para revisar o campo cirúrgico com toda a equipe.

Entretanto, questões éticas e a falta de um rápido vídeo streaming de internet podem ser dificuldades encontradas. Outras funcionalidades, como supervisão remota e até mesmo consulta para procedimentos menores, também poderiam ser utilizadas.

CONCLUSÃO

O uso do *google glass* em cirurgias com campo visual reduzido é muito viável, e puderam os residentes usufruir e compartilhar de um aprendizado em primeira pessoa do médico-assistente. Porém, todo o potencial dessa tecnologia ainda está para ser descoberto. A possibilidade de realizar procedimentos cirúrgicos e poder ensinar ou discutir a partir da visão em primeira pessoa é excelente para cirurgias com campo de visão pequeno ou para procedimentos realizados em instituições de ensino. No momento atual de isolamento social em que vivemos e em que se pede para que se evitem aglomerações, torna-se uma ideia para continuar o ensino. ●

REFERÊNCIAS

1. Muensterer OJ, Lacher M, Zoeller C, Bronstein M, Kübler J. Google Glass in pediatric surgery: an exploratory study. *Int J Surg*. 2014;12(4):281-9.
2. Niamtu J III. Google Glass: dermatologic and cosmetic surgery applications. *Dermatol Surg*. 2014;40:1150-2.
3. Kantor J. First look: Google Glass in dermatology, Mohs surgery, and surgical reconstruction. *JAMA Dermatol*. 2014;150(11):1191.
4. Lindeque BG, Ponce BA, Menendez ME, Oladeji LO, Fryberger CT, Danturli PK. Emerging technology in surgical education: Combining real-time augmented reality and wearable computing devices. *Orthopedics*. 2014;37(11):751-7.
5. Rosenfield LK. Google Glass and the surgeon. *San Mateo County Physician* 2013;2:13-4.
6. Davis CR, Rosenfield LK. Looking at plastic surgery through Google Glass: Part 1. systematic review of Google Glass evidence and the first plastic surgical procedures. *Plast Reconstr Surg*. 2015;135(3):918-28.
7. Davis CR, Rosenfield, LK. Discussion: Google Glass in the operating room the plastic surgeon's perspective. *Plast Reconstr Surg*. 2016;138(1):303-4.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Bruno de Oliveira Barbosa |  ORCID 0000-0002-6399-6322

Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; 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; revisão crítica do manuscrito.

Guilherme Henrique de Castro Teixeira |  ORCID 0000-0001-7881-8222

Concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Danilo Monteiro Vieira |  ORCID 0000-0003-1954-8706

Concepção e planejamento do estudo.

Ana Flávia Saraceni |  ORCID 0000-0001-9906-9398

Concepção e planejamento do estudo.

Guilherme Gurgel do Amaral Teles |  ORCID 0000-0003-2488-4536

Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; 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; revisão crítica do manuscrito.

Relato de caso

Autores:

Karina Bittencourt Medeiros¹
Deborah Skusa de Torre¹
Juliana Merheb Jordão¹
Ana Carolina Petes Nogueira²
Thaís Thumé³

- ¹ Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, Curitiba (PR), Brasil.
² Consultório privado, Curitiba (PR), Brasil.
³ Programa de Especialização em Dermatologia da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, Curitiba (PR), Brasil.

Correspondência:

Karina Bittencourt Medeiros
R. Luiz Leitner, 50
Bairro Bigorriho
80710-290 Curitiba (PR)
E-mail: karinabm18@gmail.com

Data de recebimento: 05/05/2020

Data de aprovação: 15/11/2020

Trabalho realizado na Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, Curitiba (PR), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.

Agradecimentos: Aos pacientes que confiam no nosso tratamento e aos residentes que se empenham para o melhor atendimento aos pacientes e para aprenderem cada vez mais.



Tratamento de necrobiose lipóidica no antebraço esquerdo com associação entre luz intensa pulsada e laser Erbium-YAG 2940nm

Treatment of Necrobiosis Lipoidica in the left forearm with association of Intense Pulsed Light and Erbium-Yag Laser 2940nm

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201243587>

RESUMO

A necrobiose lipóidica (NL) é uma dermatose granulomatosa, que acomete principalmente diabéticos devido à degeneração do colágeno. Embora existam diferentes tratamentos, todos apresentam pouca resposta. Dentre as opções, a luz intensa pulsada (LIP) e o laser Erbium-YAG permitem aumentar a produção e remodelamento do colágeno tratando a atrofia, além de diminuir o eritema pela coagulação de vasos sanguíneos. Relata-se caso de mulher, 24 anos, com diabetes mellitus tipo I, submetida a tratamento de NL no antebraço esquerdo em sete sessões com a associação entre LIP e laser Erbium-YAG 2940nm. Observou-se melhora da atrofia central e do eritema.

Palavras-chave: Colágeno; Diabetes mellitus; Lasers; Necrobiose lipóidica; Terapia a laser; Terapia de luz pulsada intensa

ABSTRACT

Necrobiosis Lipoidica (NL) is a granulomatous dermatosis, mainly affecting people with diabetes due to collagen degeneration. Although there are different treatments, all have little response. Among the options, the Intense Pulsed Light (IPL) and the Laser Erbium-YAG enhance the production and remodeling of the collagen treating the atrophy, besides reducing the erythema by the coagulation of blood vessels. We report a case of a 24-year-old woman with type I Diabetes Mellitus who underwent NL treatment on her left forearm in seven sessions with the association of IPL and 2940 nm Erbium-YAG laser. We observed improvement in central atrophy and erythema.

Keywords: Necrobiosis lipoidica; Diabetes mellitus; Lasers; Laser therapy; Intense pulsed light therapy; Collagen

INTRODUÇÃO

A necrobiose lipóidica (NL) é uma doença crônica granulomatosa relativamente rara que atinge mais adultos, mulheres e pacientes diabéticos,^{1,2} podendo ocorrer associada a tireoidite autoimune, obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, artrite reumatoide, sarcoidose e doença inflamatória intestinal.² A etiologia é desconhecida e pode ser resultado de hipóxia por microangiopatia e metabolismo anormal da glicose pelos fibroblastos, resultando em degeneração do colágeno.^{1,2}

Clinicamente, manifesta-se como placa ovalada circunscrita, com borda elevada eritematosa e centro atrófico com telangiectasias na superfície, de localização tipicamente na região

pré-tibial,^{1,3} podendo também ser encontrada em face, tronco e extremidades.³ Há possibilidade de ulceração relacionada a sobrepeso, hipertensão ou trauma.^{1,2,3}

O exame histopatológico apresenta desorganização e degeneração do colágeno, com infiltrado inflamatório de células T na derme e hipoderme.³

O corticoide é a medicação mais usada no tratamento podendo ser tópico, intralesional ou oral. Há diversas outras opções terapêuticas como retinoide e inibidor de calcineurina tópicos, PUVA, ésteres de ácido fumárico, antimaláricos, anti-TNF-alfa, ciclosporina,^{1,2} pentoxifilina, imunoglobulina intravenosa, enxerto de pele, ácido acetilsalicílico, dipiridamol, oxigenoterapia hiperbárica, nicotinamida, peróxido de benzoíla, terapia fotodinâmica, talidomida, colágeno bovino, clofazimina¹ e micofenolato mofetil.³

O tratamento com luz intensa pulsada (LIP) é baseado na sua capacidade de aumentar a produção de colágeno (tipos I e III), reorganizá-lo e coagular o vaso sanguíneo,³ com melhora da textura e do eritema da lesão. Já o tratamento com lasers fracionados ablativos, cujo cromóforo é a água, teria ação mais seletiva, com remodelamento e maior produção de fibras colágenas (tipos I e III), diminuindo a atrofia.

Embora tratamentos com diferentes tipos de *laser* e LIP pareçam ser promissores na abordagem da NL, o *laser* de corante pulsado teve relatos de caso com resultados conflitantes.⁴ Há um relato de um caso de NL tratada com LIP, com sucesso após 13 sessões³ e não é descrito na literatura o tratamento com *laser* de Erbium-YAG 2940nm.

Este trabalho descreve quadro de NL tratada com LIP e *laser* de Erbium-YAG 2940nm em paciente com diabetes mellitus de longo tempo de evolução.

RELATO DO CASO

Paciente feminina, 24 anos, portadora de diabetes mellitus tipo I, em uso de insulina injetável glargina e asparte. Há dois anos, apresentava placa ovalada de centro atrófico, amarelado, bordas elevadas com telangiectasias e discreta descamação, de 4,5cm de diâmetro no antebraço esquerdo (Figura 1). Após diagnóstico clínico de necrobiose lipóidica, foi iniciado tratamento com propionato de clobetasol creme nas bordas das lesões diariamente. Após 45 dias de tratamento sem resultado, foi proposto tratamento associado com LIP e *laser* de Erbium-YAG 2940nm (Plataforma

Etherea[®]). Os parâmetros utilizados estão apresentados na tabela 1, e os intervalos entre as sessões na tabela 2.

A metade distal foi tratada com LIP e a metade proximal com LIP e *laser* 2940 nas primeiras três sessões e, posteriormente, o mesmo tratamento foi instituído em toda a lesão.

A melhora do eritema foi progressiva, já notada após a primeira sessão. Na quarta sessão, após perceber que não havia diferença clínica significativa entre as porções da lesão, optou-se por fazer apenas LIP. A partir da quinta sessão, toda a lesão foi tratada com LIP associada a *laser* de Erbium-YAG 2940nm, quando houve melhora da atrofia central, vasos menos visíveis, diminuição da espessura e do eritema da borda (Figura 2), além de não haver mais progressão da lesão. A paciente segue em acompanhamento clínico.

DISCUSSÃO

A NL permanece como uma doença pouco compreendida, e as conclusões acerca de tratamento possuem evidência científica fraca. Corticoide tópico de alta potência é usado na maioria dos casos e foi feito na paciente isoladamente, ao diagnóstico, e como terapia adjuvante na quarta e quinta sessões, porém é sabido que ele pode agravar a atrofia e as telangiectasias.

Além dos tratamentos clássicos, LIP e diferentes tipos de *laser* podem ser utilizados, visando a diminuir a atividade inflamatória e à melhora da atrofia e das telangiectasias.



FIGURA 1: Lesão clínica pré-tratamento apresentando-se como placa ovalada de centro atrófico, amarelado, bordas elevadas com telangiectasias e discreta descamação, de 4,5cm de diâmetro no antebraço esquerdo

TABELA 1: Esquema de tratamento realizado com LIP laser Erbium-YAG 2940nm em cada sessão.

Sessão	LIP (filtro nm, fluência mJ/cm ² , ms)			LASER ERBIUM-YAG 2940nm (Ponteira mtz, mode // mJ/cm ² , ms)
	1ª Sessão	2ª Passada	3ª passada	Passada única
1 a 3	540, 16, 15	540, 16, 10	580, 18, 20	100, single // coagulação 45, 5
4 5	580, 18, 20	540, 17, 15	540, 17, 10	-
6	580, 18, 40	580, 18, 20	-	100, dual // ablação 15, 300; coagulação 45, 5
7	580, 20, 40	580, 20, 20	-	



FIGURA 2: Lesão no antebraço esquerdo seis meses após o término do tratamento com melhora clínica do eritema e da atrofia

O *laser* de corante pulsado já foi usado para tratamento da NL, sem sucesso, em dois casos, com poucas sessões,^{1,4} mas com boa resposta em relação à diminuição dos sintomas e do tamanho da lesão com seis sessões,⁴ indicando que na NL o tratamento pode ser mais longo, com mais sessões, para a obtenção de melhores resultados.

O *laser* fracionado ablativo de Erbium-YAG 2940nm estimula a produção de colágenos tipo I, III e VII organizados e da elastina, com aumento de tropoelastina.⁵ Estas alterações seriam responsáveis pela melhora na textura da pele, além da reorganização do colágeno, fatos que podem ter sido responsáveis pela melhora da atrofia da paciente. Não há casos descritos com esse tipo de tratamento.

TABELA 2: Intervalos entre sessões

Intervalo (sessões)	Tempo (semanas)
1° e 2°	9
2° e 3°	7
3° e 4°	6
4° e 5°	5
5° e 6°	8
6° e 7°	13

Com a LIP, acredita-se que houve redução de telangiectasias por meio de sua atuação sobre a hemoglobina, ação anti-inflamatória e antiproliferativa,⁶ e atuação na produção e organização de fibras colágenas.³

A associação entre LIP e *laser* de Erbium-YAG 2940nm permite melhora clínica com menos sessões se comparada ao uso isolado da LIP. A produção e reorganização de colágeno melhoram a atrofia, afastando os vasos da derme em relação à epiderme, enquanto a tropoelastina melhora a elasticidade da pele (o que foi objetivado com o uso das tecnologias combinadas). A LIP age ainda coagulando vasos mais superficiais e, assim, diminuindo o eritema. Descreve-se caso inédito de tratamento de NL com uso associado entre LIP e *laser* de Erbium-YAG 2940nm com resposta moderada após sete sessões, que se manteve seis meses após o término de tratamento. ●

REFERÊNCIAS

1. Feily A, Mehraban S. Treatment modalities of necrobiosis lipoidica: a concise systematic review. *Dermatol Reports*. 2015;7(2):5749.
2. Erfurt-Berge C, Dissemond J, Schwede K, Seitz AT, Al Ghazal P, Wollina U, et al. Updated results of 100 patients on clinical features and therapeutic options in necrobiosis lipoidica in a retrospective multicentre study. *Eur J Dermatol*. 2015;25(6):595-601.
3. Cunha MG, Rezende FC, Cunha ALG, Machado Filho CDA. Necrobiosis lipoidica treated with intense pulsed light. *J Surg Dermatol* 2016;2(1):39-42.
4. Bergqvist E, Bergqvist G. The long-term effect of pulsed dye laser on necrobiosis lipoidica: a case study. *J Cosmet Laser Ther*. 2019;21(1):17-8.
5. El-Domyati M, Abd-El-Raheem T, Abdel-Wahab H, Medhat W, Hosam W, El-Fakahany H, et al. Fractional versus ablative erbium:yttrium-aluminum-garnet laser resurfacing for facial rejuvenation: an objective evaluation. *J Am Acad Dermatol*. 2013;68(1):103-12
6. Kalil CLPV, Reinehr CPH, Milman LdM. Luz intensa pulsada: revisão das indicações clínicas. *Surg Cosmet Dermatol* 2017;9(1):9-17.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Karina Bittencourt Medeiros |  ORCID 0000-0001-8202-6711

Elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedéutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura.

Ana Carolina Petes Nogueira |  ORCID 0000-0001-5766-3815

Elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura.

Thaís Thumé3 |  ORCID 0000-0002-3282-0527

Elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Deborah Skusa de Torre |  ORCID 0000-0002-4586-0237

Concepção e planejamento do estudo.

Juliana Merheb Jordão |  ORCID 0000-0002-8403-2784

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedéutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Relato de caso

Autores:

Debora Pedroso de Almeida¹
Lissa Sabino de Matos Wegher¹
Diogo Hiroshi Mizumoto¹
André Luiz Simião²

¹ Serviço de Dermatologia do Hospital da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas (SP), Brasil.

² Departamento de Cirurgia Micrográfica de Mohs da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas (SP), Brasil.

Correspondência:

Debora Pedroso de Almeida
Av. John Boyd Dunlop, s/n
Jardim Ipaussurama
13060-904 Campinas (SP)
E-mail: deh-pedroso@hotmail.com

Data de recebimento: 20/05/2020

Data de aprovação: 15/11/2020

Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas (SP), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.



Fibromatose desmoide extra-abdominal: a importância da cirurgia micrográfica de Mohs em um tumor raro e recidivante

Extra-abdominal desmoid fibromatosis: the importance of Mohs micrographic surgery in a rare and recurrent tumor

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201243602>

RESUMO

Apresenta-se caso de paciente do gênero feminino, 13 anos, com diagnóstico de fibromatose desmoide extra-abdominal, neoplasia dos tecidos moles, de origem benigna, porém incomum. Nosso objetivo é expor este relato pela raridade do tumor bem como por sua desafiadora abordagem terapêutica e pelas altas taxas de recidiva local frequentes nesses tumores. Para o tratamento, realizou-se cirurgia micrográfica de Mohs em duas fases para obtenção de margens livres.

Palavras-chave: Cirurgia de Mohs; Fibromatose Agressiva; Neoplasias

ABSTRACT

We report the case of a 13-year-old girl with a diagnosis of extra-abdominal desmoid fibromatosis, a neoplasm of benign origin but uncommon in the soft tissues. This study aims to expose the rarity of the tumor and its challenging therapeutic approach due to its high frequent local recurrence rates. For the treatment, Mohs micrographic surgery was performed in two stages to obtain a free margin.

Keywords: Fibromatosis, Aggressive; Mohs Surgery; Neoplasms

INTRODUÇÃO

A fibromatose desmoide extra-abdominal é uma neoplasia rara, benigna, com origem nas células fibroblásticas e crescimento de padrão variável. Pode ocorrer em praticamente qualquer parte do corpo e, apesar de não apresentar comportamento maligno, como metástases, o tumor desmoide tem uma alta capacidade de crescimento e invasão local. Com poucos casos descritos na literatura, seu tratamento cirúrgico é praticamente um consenso.^{1,2,3} A abordagem pela cirurgia micrográfica de Mohs (CMM) reduz consideravelmente as chances de recidiva frequentes desses tumores, estimada em aproximadamente 11 até 64%, dependendo do tratamento empregado.⁴ Relatamos um caso de paciente na faixa etária pediátrica, com esta neoplasia localizada no lábio inferior, submetida à exérese pela cirurgia micrográfica e acompanhada por período de dois anos, sem recorrência.

RELATO DO CASO

Paciente do gênero feminino, 13 anos, com antecedente pessoal de artrite idiopática juvenil, em uso de metotrexato, ácido fólico e etanercepte. Apresentava história de lesão no lábio inferior de início há sete meses, com crescimento lento e progressivo. Negava qualquer sintomatologia ou trauma prévio no local. Ao exame dermatológico, apresentava tumoração eritemato-violácea, de superfície mamilonada e consistência fibroelástica, bem delimitada, de aproximadamente 2,5cm no lábio inferior, à esquerda (Figura 1). Foi realizada biópsia excisional que evidenciou, ao exame anatomopatológico, proliferação mesenquimal fusocelular fibromixoide, com componente de células inflamatórias associado (Figura 2). O painel imuno-histoquímico revelou beta catenina e vimentina positivo difuso intenso e ALK-1 negativo, achados que apontam para o diagnóstico de fibromatose desmoide extra-abdominal.⁵

Optou-se pelo tratamento com exérese da lesão pela cirurgia micrográfica de Mohs, revelando margens comprometidas no primeiro estágio do procedimento, e livres de neoplasia após a ampliação do defeito cirúrgico (Figura 3). A paciente foi seguida trimestralmente no primeiro ano e semestralmente no segundo, sem sinal clínico de recidiva da lesão (Figura 4).

DISCUSSÃO

O tumor desmoide ou fibromatose desmoide consiste em proliferação fibroblástica, de origem nos tecidos moles, com comportamento benigno. Foi descrito pela primeira vez em 1832 por McFarlane e o termo desmoide foi instituído cinco anos depois por Muller, com base nas células miofibroblásticas que compõem esses tumores. Apresenta uma frequência estimada de 3% de todos os tumores de tecidos moles. Com discreta predileção pelo gênero feminino, acomete mais comumente indivíduos entre 15 e 60 anos, sendo raro na faixa etária pediátrica e após a quarta década. Sua forma mais comum de apresentação é intra-abdominal, sendo responsável por cerca de 70% dos casos.^{6,7,8}



FIGURA 1: Nodosidade eritemato-violácea, de superfície mamilonada e consistência fibroelástica



FIGURA 3: Defeito cirúrgico após excisão com controle de margens operatórias. Realizada sutura com aproximação primária das bordas aproximação primária

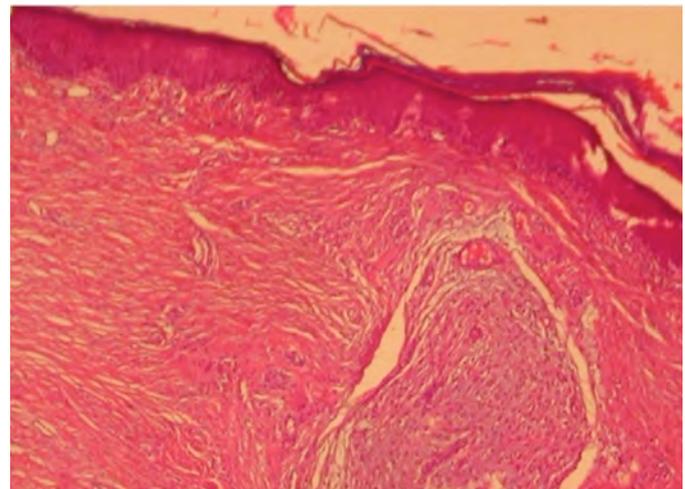


FIGURA 2: Proliferação mesenquimal fusocelular fibromixoide

A grande maioria dos casos, em torno de 90%, é esporádica. Acredita-se que mutações somáticas da proteína beta catenina, que compõe o gene CTNNB1, possam impulsionar o desenvolvimento deste tumor.⁹ Além do fator genético, outros fatores endócrinos e físicos, como trauma, desempenham papel importante na etiologia da doença.

Na sua forma rara, extra-abdominal, é mais frequentemente observado o seu surgimento nos tecidos moles das extremidades, sendo que metade dos casos tem origem nos membros, 43% no tórax e somente 7% na região de cabeça e pescoço. No entanto, qualquer região anatômica está sujeita ao seu aparecimento.^{10,11,12} O nosso relato destaca-se pela apresentação atípica, tanto pela faixa etária quanto por sua localização bastante incomum.

Esses tumores são caracterizados por apresentarem distintos graus de agressividade com comportamento biológico imprevisível, sendo que sua história natural varia desde lesões indolentes e autolimitadas a lesões infiltrativas e com rápida pro-

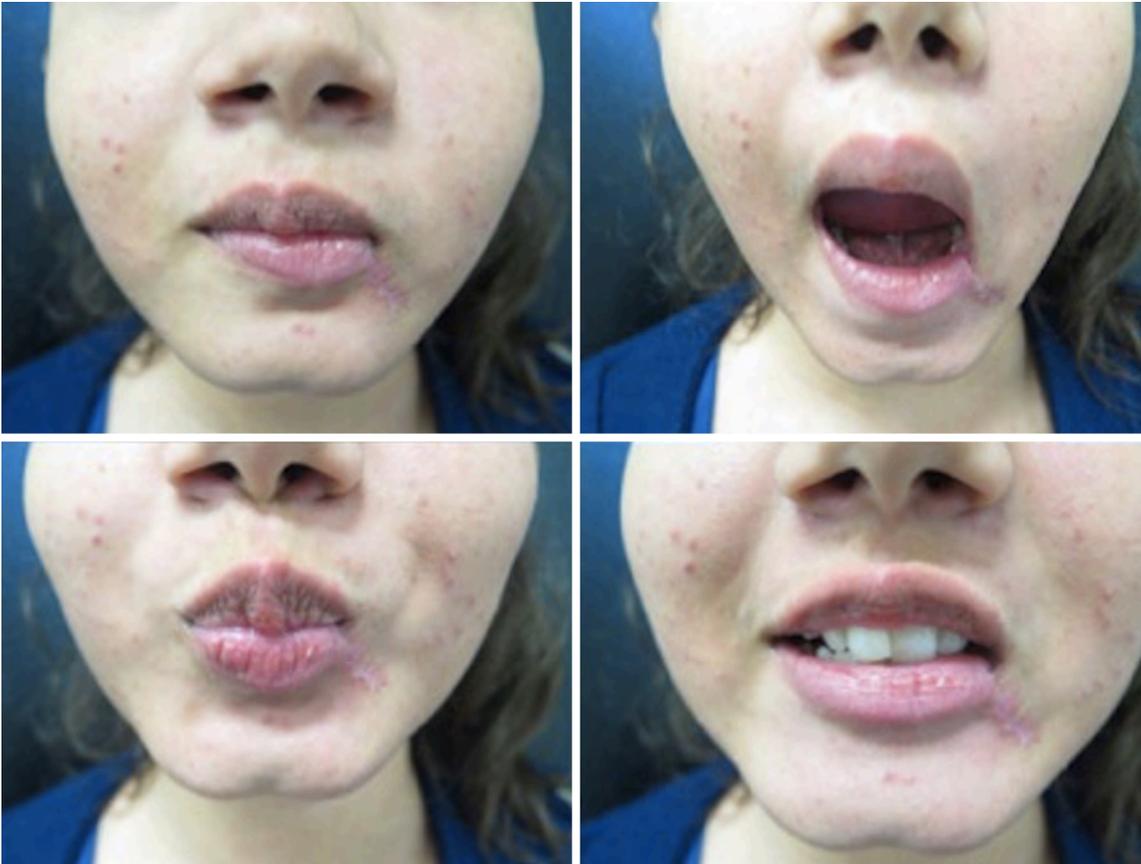


FIGURA 4:
Paciente avaliada após
1 ano do procedimento
com bom resultado
funcional

liferação local. A sintomatologia depende do local de apresentação e estruturas adjacentes. A maioria é assintomática, porém, pelo seu significativo crescimento regional, pode comprimir ou comprometer outras estruturas, órgãos ou a funcionalidade da região acometida.^{13,14}

O diagnóstico é realizado pelo exame anatomopatológico que evidencia feixes de células fusiformes, alongadas, em meio a estroma de colágeno, com vascularização variável. As células geralmente são pequenas, com citoplasma claro e núcleos pálidos, não apresentando atipias ou mitoses. A imuno-histoquímica é positiva para marcadores de células musculares, como vimentina, desmina e actina de músculo liso. Na microscopia eletrônica, as células em fusos se parecem com miofibroblastos.

Nos casos mais comuns, intra-abdominais, geralmente se fazem necessários métodos de imagem para complementar o diagnóstico.⁷

O tratamento ideal ainda não foi estabelecido, embora a cirurgia seja a primeira opção terapêutica, segundo a maioria dos autores. A principal dificuldade está no fato de que, apesar de serem histologicamente benignos, possuem elevadas taxas de recorrência. A maioria dos casos descritos na literatura consiste em tumores intra-abdominais em que o tratamento conservador pode ser considerado. Porém, existem poucas publicações

de lesões fora da cavidade abdominal e em pacientes pediátricos. No entanto, quando decidida a ressecção local convencional, esta deve conter margem ampla, de forma a evitar o risco de excisão incompleta.⁶ Outras opções terapêuticas descritas incluem quimioterapia, terapia hormonal e radioterapia.

No caso relatado, a abordagem cirúrgica, em especial o tratamento com a CMM, fez-se estritamente necessária, considerando-se a idade da paciente, a localização anatômica desfavorável em área nobre e o percentual relevante de recorrência desses tumores. Foram necessários dois estágios cirúrgicos para a obtenção das margens livres.

CONCLUSÃO

O tumor desmoide deve ser lembrado como diagnóstico diferencial de tumorações de partes moles, e o exame anatomopatológico é essencial para sua confirmação diagnóstica. A eficácia da CMM já é amplamente difundida e deve ser indicada para a remoção de tumores com potencial de recidiva e em áreas de risco em que a preservação tecidual é essencial, como no caso demonstrado. Essa abordagem foi fundamental na cura, garantindo o controle das margens e o excelente resultado estético e funcional para a paciente. ●

REFERÊNCIAS

1. Meazza C, Bisogno G, Gronchi A, Fiore M, Cecchetto G, Alaggio R, et al. Aggressive fibromatosis in children and adolescents: the Italian experience. *Cancer* 2010;116(1):233-40.
2. Reitamo JJ, Scheinin TM, Hayry P. The desmoid syndrome: new aspects in the cause, pathogenesis and treatment of the desmoids tumor. *Am J Surg*. 1986;151(2):230-7.
3. van Broekhoven DLM, Verhoef C, Elias SG, Witkamp AJ, van Gorp JMHH, van Geel BAN, et al. Local recurrence after surgery for primary extra-abdominal desmoid-type fibromatosis. *Br J Surg* 2013;100(9):1214-9.
4. Mueller C, Croner R., Klein P, Grützmann R, Vassos, N. Primary and recurrent sporadic desmoids: Prognostic factors influencing recurrence-free survival after complete gross resection. *Int J Surg*. 2016;31:63-70.
5. Shen C, Wang C, Yan J, He T, Zhou X, Ma W, Zhang B. Clinicopathological characteristics, treatment, and survival outcomes of retroperitoneal desmoid-type fibromatosis. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(47):e18081.
6. Teixeira LEM, Arantes EC, Villela RF, Soares CBG, Costa RBC, Andrade MAP, et al. Extra abdominal desmoid tumor: local recurrence and treatment options. *Acta Ortop Bras*. 2016;24(3):147-50.
7. Valejo FAM, Tiezzi DM, Nai GA. Tumor desmoide abdômino-pélvico. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31(1):35-40.
8. Reitamo JJ, Hayry P, Nykyri E, Sax " en E. The desmoid tumour. I. Incidence, sex- age- and anatomical distribution in the Finnish population. *Am J Clin Pathol*. 1982;77(6):665-73.
9. Mullen JT, DeLaney TF, Rosenberg AE, Le L, lafrate AJ, Kobayashi W, et al. b-Catenin mutation status and outcomes in sporadic desmoid tumors. *Oncologist* 2013;18(9):1043-9.
10. Rock MG, Pritchard DJ, Reiman HM, Soule EH, Brewster RC. Extra-abdominal desmoid tumors. *J Bone Joint Surg Am*. 1984;66(9):1369-74.
11. Siva AF, Alves JCRR, Portugal EH, Fonseca RPL, Almeida ACM, Pereira NA, et al. Fibromatose agressiva (tumor desmoide) associada ao implante mamário: revisão da literatura e apresentação de três novos casos. *Rev Bras Cir Plást*. 2017;32(3):361-71.
12. Merchant NB, Lewis JL, Woodruff JM, Leung DH, BrennanMF. Extremity and trunk desmoid tumors. A multifactorial analysis of outcome. *Cancer*. 1999;86 (10):2045-52.
13. Shields CJ, Winter DC, Kirwan WO, Redmond HP. Desmoid tumours. *Eur J Surg Oncol*. 2001;27(8):701-6.
14. Fallen T, Wilson M, Morlan B, Lindor NM. Desmoid tumors e a characterization of patients seen at Mayo Clinic 1976-1999. *Fam Cancer*. 2006;5(2):191-4

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Debora Pedroso de Almeida |  ORCID 0000-0001-6543-5898

Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura.

André Luiz Simião |  ORCID 0000-0002-0246-2001

Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica do manuscrito

Lissa Sabino de Matos Wegher |  ORCID 0000-0002-3247-3393

Concepção e planejamento do estudo; revisão crítica do manuscrito.

Diogo Hiroshi Mizumoto |  ORCID 0000-0002-4979-3959

Concepção e planejamento do estudo; revisão crítica da literatura.

Relato de caso

Autores:

Jefferson Alfredo de Barros¹
 Juliano Cesar de Barros¹
 Juliana Lika Narahara¹
 Anelise Damiani da Silva Citrin¹

¹ Departamento de Dermatologia,
 Faculdade de Medicina do ABC,
 Santo André (SP), Brasil.

Correspondência:

Anelise Damiani da Silva Citrin
 Avenida Príncipe de Gales, 821
 Vila Príncipe de Gales
 09060-050 Santo André (SP)
 E-mail: anedamiani@gmail.com

Data de recebimento: 15/06/2020

Data de aprovação: 15/11/2020

Trabalho realizado na Faculdade de
 Medicina do ABC, Santo André (SP),
 Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.



Enxerto dermoepidérmico obtido por remoção da pápula formada pós-enxertia com *punch* em vitiligo: melhora do padrão em paralelepípedo

Dermoepidermal grafting obtained by shave excision of papule formed post punch grafting in vitiligo: improvement of the cobblestone pattern

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201243626>

RESUMO

O vitiligo é uma discromia adquirida que afeta 0,1-3% da população mundial e pode causar sofrimento psicossocial significativo nos pacientes. O manejo cirúrgico tornou-se importante nos últimos anos. O minienxerto é uma das abordagens mais baratas e fáceis entre todos os tratamentos cirúrgicos disponíveis. Uma limitação desta técnica é a possibilidade de repigmentação em forma de paralelepípedos. Descreve-se uma nova técnica com enxerto dermoepidérmico obtido por remoção da pápula formada pós-enxertia com *punches* no vitiligo. Essa técnica pode melhorar o padrão em paralelepípedos no local doador e a repigmentação em ambas as áreas, doadora e receptora.

Palavras-chave: Dermatologia; Hipopigmentação; Vitiligo

ABSTRACT

Vitiligo is an acquired dyschromia that affects 0,1-3% of the world population and can cause significant psychosocial distress in patients. Surgical management became essential in the last years. Mini-punch grafting is one of the cheapest and most straightforward approaches to all surgical treatments available. A limitation of this technique is the possibility of cobblestone-like repigmentation. We describe a new technique with a dermoepidermal grafting obtained by shave excision of papule formed post punch grafting in vitiligo. It could improve the cobblestone pattern in the donor site and the repigmentation in both donor and recipient areas.

Keywords: Dermatology; Hypopigmentation; Vitiligo

INTRODUÇÃO

O vitiligo é uma doença despigmentante adquirida, de herança poligênica, que afeta 0,1-3% da população mundial.^{1,2} Pode causar sofrimento psicossocial significativo nos pacientes. Dentre os tratamentos, a enxertia com minipunches demonstrou ser uma das abordagens cirúrgicas mais baratas e de fácil execução. Uma limitação dessa técnica é a possibilidade de repigmentação em paralelepípedos (padrão cobblestone).² Descrevemos uma nova técnica que pode melhorar o aspecto da repigmentação.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 69 anos de idade, fototipo Fitzpatrick V, apresentava máculas acrômicas em região frontotemporal esquerda, cervical e membros superiores há 15 anos. Foi submetida a tratamento tópico com fototerapia com ultravioleta B e com corticosteroide de média potência, com melhora apenas das lesões dos membros. A condição permaneceu estável por 12 anos, quando um enxerto de pele autólogo foi realizado, sob anestesia local, tendo como área doadora a região cervical esquerda. Um punch de 2mm foi utilizado em três pontos e o material, implantado em áreas de mesmo tamanho e profundidade na região frontotemporal esquerda em intervalos de 0,5cm. Após um ano, com a presença de pápulas (repigmentação do padrão de paralelepípedos) no local do enxerto, optou-se por realizar nova intervenção cirúrgica. As pápulas foram incisadas rente à pele e os domos, implantados em pontos na região frontotemporal esquerda (Figura 1). Houve repigmentação da área receptora em seis meses e melhora estética da área doadora (Figura 2).

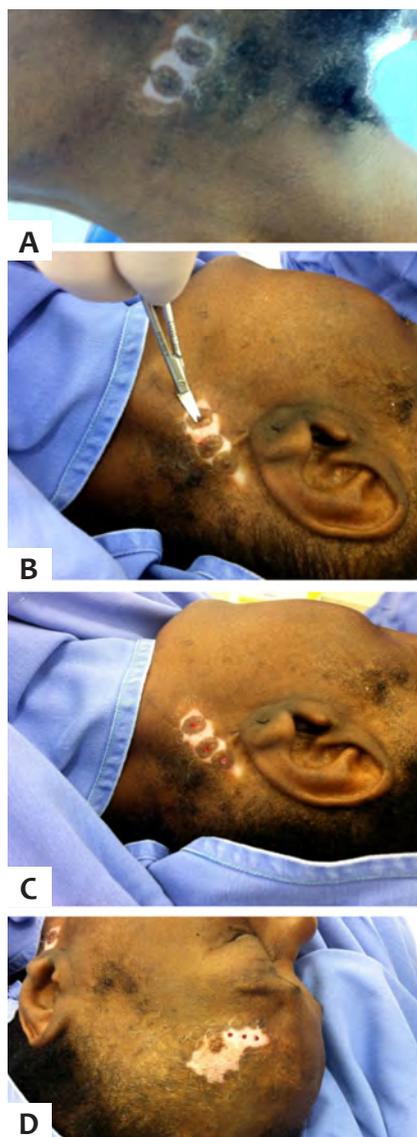


FIGURA 1: Enxerto dermoepidérmico
A - Região cervical esquerda: cicatrização em padrão cobblestone;
B - Shaving de pápula dermoepidérmica;
C - Área doadora após shaving;
D - Área receptora: frontotemporal esquerda



FIGURA 2: Resultado após seis meses
 Resultado satisfatório após seis meses:
A - Área doadora;
B - Área receptora

DISCUSSÃO

O vitiligo é um distúrbio comum de despigmentação adquirido. Várias teorias sobre os mecanismos etiopatogênicos desta doença têm sido propostas, entre elas: autoimune, estresse oxidativo, teorias neurais e virais.^{1,2} A primeira descrição do enxerto dermoepidérmico foi em 1973 por Behl e Batia.³ O objetivo da cirurgia é introduzir melanócitos nas lesões despigmentadas do vitiligo. Dentre as técnicas cirúrgicas, o minienxerto mostrou-se o de melhor aplicabilidade devido à simplicidade da técnica, sem a necessidade de instrumentos especializados, e ao baixo custo. As taxas de repigmentação costumam ser superiores a 65% dos casos.^{1,2,3,4} Uma importante limitação dessa técnica é a possibilidade de repigmentação em paralelepípedos, presente em cerca de 30% dos casos.² Para evitar esse efeito, recomenda-se usar um punch de até 1,5mm e uma área doadora pigmentada semelhante em espessura ao local da área receptora. Alguns estudos sugerem benefícios em deixar uma área receptora 1mm mais profunda e 0,5mm mais estreita que os enxertos de áreas doadoras.^{1,5}

Como a presença do padrão de paralelepípedos após o enxerto não é incomum, uma nova técnica foi aqui proposta com o enxerto dermoepidérmico obtido pela remoção da pápula formada pós-enxertia com punch. O resultado estético e a repigmentação foram satisfatórios nas áreas doadora e receptora. Amostras maiores são necessárias para corroborar esta técnica. ●

REFERÊNCIAS

1. Patel NS, Paghdal KV, Cohen GF. Advanced treatment modalities for vitiligo. *Dermatol Surg.* 2012;38(3):381-91.
2. Falabella R, Barona MI. Update on skin repigmentation therapies in vitiligo. *Pigment Cell Melanoma Res.* 2009;22(1):42-65.
3. Behl PN, Bhatia RK. Treatment of vitiligo with autologous thin Thiersch's grafts. *Int J Dermatol.* 1973;12(5):329-31.
4. Mulekar SV, Isedeh P. Surgical interventions for vitiligo: an evidence-based review. *Br J Dermatol.* 2013;169(Suppl 3):57-66.
5. Komen L, Vrijman C, Prinsen CA, van der Veen JP, Luiten RM, Wolkerstorfer A. Optimising size and depth of punch grafts in autologous transplantation of vitiligo and piebaldism: a randomised controlled trial. *J Dermatolog Treat.* 2017;28(1):86-91.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Jefferson Alfredo de Barros |  ORCID 0000-0002-7553-2699

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

Juliano Cesar de Barros |  ORCID 0000-0003-1494-7118

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Juliana Lika Narahara |  ORCID 0000-0002-6025-7823

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito.

Anelise Damiani da Silva Citrin |  ORCID 0000-0002-2986-6188

Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Associação entre o uso de laser de CO₂ fracionado ablativo e laser Q-switched Nd:YAG 1064nm para remoção de tatuagem

Association of fractional CO₂ laser and Q-switched Nd:YAG 1064 nm laser for tattoo removal

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201243633>

RESUMO

Lasers Q-switched são os mais utilizados para remoção de tatuagens. Paciente feminina, de 48 anos, passou por consulta para remoção de tatuagem preta na coxa esquerda. Foram realizadas dez sessões de *laser Q-switched* Nd:YAG 1064nm associado ao *laser* de CO₂ fracionado com intervalos de 60 dias entre elas. Seis meses após a última sessão, houve remoção praticamente completa do pigmento, além de melhora da textura da pele. *Lasers Q-switched* removem tatuagens por meio do fenômeno fotoacústico. A associação com lasers fracionados ablativos é opção para tratamento de tatuagens com grande quantidade de pigmento ou em tatuagens com muitas cores, de difícil remoção.

Palavras-chave: Lasers; Tatuagem; Terapia a Laser

ABSTRACT

Q-switched lasers are widely used for tattoo removal. A 48-year-old-woman with a black tattoo on the left thigh was submitted to ten sessions of Q-switched Nd:YAG 1064nm laser associated with fractional CO₂ laser, performed every two months. Six months after treatment end, we observed almost complete tattoo removal, besides improvement in skin texture. Q-switched lasers promote tattoo removal by a photoacoustic phenomenon. The association with fractional ablative lasers is an option for intensely pigmented tattoos or for tattoos with several colors, which are hard to remove.

Keywords: Laser Therapy; Lasers; Tattooing

INTRODUÇÃO

A procura por métodos efetivos para remoção de tatuagens e que não resultem na formação de tatuagens inestéticas ao remover-se o pigmento demanda constante aprimoramento por parte do médico dermatologista para entregar os melhores resultados possíveis. A arte de tatuar é antiga e consiste na injeção de partículas de pigmento na derme para assegurar uma tatuagem permanente. Aproximadamente 5% de todas as pessoas que realizam tatuagens desejarão removê-la em algum momento ao longo da vida.¹ Atualmente, *lasers Q-switched* são os mais utilizados para remoção de tatuagens.²

RELATO DO CASO

Paciente feminina, de 48 anos, passou por consulta devido à tatuagem de coloração preta realizada na coxa esquerda. A tatuagem consistia em área retangular completamente preta, tendo sido feita para corrigir a coloração de área doadora de enxerto cutâneo. De acordo com a paciente, a cor escolhida de-

Relato de caso

Autores:

Célia Luiza Petersen Vitello Kalil¹
Clarissa Prieto Herman Reinehr²

- ¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS), Brasil.
- ² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre (RS), Brasil.

Correspondência:

Clínica Dermatológica Célia Kalil
Av. Mariland, 720 - Conjunto 304
90440-190 Porto Alegre (RS)
E-mail: celia@celiakalil.com.br

Data de recebimento: 22/06/2020

Data de aprovação: 01/12/2020

Trabalho realizado na Clínica Dermatológica Célia Kalil, Porto Alegre (RS), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.



veria simular o tom de sua pele de fototipo IV, no entanto o tatuador responsável atrapalhou-se na escolha de cores e acabou utilizando a cor preta, inadvertidamente (Figura 1). Além disso, a paciente apresentava cicatrizes na coxa, joelho e perna direita decorrentes de acidente. Optou-se por realizar tratamento das áreas com laser de CO₂ fracionado ablativo e *laser Q-switched* Acroma Nd:YAG 1064nm.

MÉTODOS

Foram realizadas dez sessões no total. Antes de cada sessão, foi realizada anestesia tópica e infiltrativa da área a ser tratada com lidocaína 1% com vasoconstritor diluída com soro fisiológico (1:1), devido à extensão da lesão e para não exceder a dose máxima de anestésico tópico considerada segura.

Da primeira à décima sessão foi associado o *laser Q-switched* Acroma Nd:YAG 1064nm, plataforma Etherea MX, Vydence Medical® (na primeira sessão iniciando-se com o laser Acroma 1064nm, ponteira 5mm, 900mJ na primeira passada e 1200mJ na segunda passada; na segunda sessão foi utilizada a ponteira de 3mm com energia de 600mJ, seguida pelo incremento da energia para 900mJ na terceira sessão, e para 1200mJ da quinta sessão em diante), ao *laser* de CO₂ fracionado ablativo (Sculptor, Vydence Medical®, ponteira 120, modo fracionado *scanning, random*, energia 90mJ, intervalo 0.3s, densidade 50MTZ/cm², X: 20mm Y:18mm), sendo que da segunda até a oitava sessão também foi associada a ponteira 800 (*scanning type brush, interval stacking off, energy 80-100mJ frequency 150Hz, X: 10mm Y:10mm*).

O *laser* de CO₂ fracionado ablativo era aplicado imediatamente após o *laser Q-switched* Acroma Nd:YAG 1064nm. O tempo de intervalo entre as sessões foi de aproximadamente dois meses, tendo o tratamento sido iniciado em novembro de 2018.

RESULTADOS

Seis meses após a última sessão, observamos remoção praticamente completa do pigmento (Figura 2); além disso, houve repigmentação da área onde havia sido realizada a tatuagem, inicialmente hipocrômica, melhora da textura da superfície da pele e afinamento da espessura das cicatrizes. A paciente está satisfeita com os resultados atingidos.

DISCUSSÃO

Até o momento, os *lasers Q-switched* são o principal método disponível para remoção de tatuagens, pois permitem ter como alvo o pigmento da tatuagem e removê-lo seletivamente, sem dano ao tecido adjacente.^{3,4} A teoria da fototermólise seletiva, introduzida por Anderson e Parrich em 1983, sugere que a interação entre pele e cromóforo-alvo permite uma destruição seletiva, mesmo através do calor, sem destruição dos tecidos adjacentes.⁵ Porém, para que a fototermólise seletiva ocorra, além do comprimento de onda adequado, é necessário que o tempo de duração de pulso seja menor do que o tempo de relaxamento térmico da estrutura-alvo.⁶ Tempo de relaxamento térmico é o tempo necessário para que a estrutura-alvo perca metade da elevação da temperatura a que foi aquecida pelo laser, sendo este tempo variável para cada cromóforo.⁶ Se a duração de pulso do *laser* ultrapassar o tempo de relaxamento térmico ocorrerá dano aos tecidos adjacentes, que podem evoluir com queimaduras e formação de cicatrizes.⁶ O tamanho médio do pigmento de tatuagem é de 0,1µm, e o tempo de relaxamento térmico é de 10ns, por isso a escolha por *lasers Q-switched*, cuja duração de pulso está na casa dos nanossegundos.⁶ De acordo com a cor do pigmento da tatuagem, diferentes comprimentos de onda são indicados. Para tatuagens pretas, o comprimento de 1064nm é o mais indicado e, além disso, é o que permite maior penetração



FIGURA 1: A tatuagem consistia em área retangular completamente preta, localizada na coxa esquerda



Figura 2: Seis meses após a última sessão, remoção praticamente completa do pigmento é observada; houve repigmentação da área onde havia sido realizada a tatuagem, inicialmente hipocrômica, e melhora da textura da superfície da pele

na derme, apresentando o menor risco de hipocromias e de dano epidérmico.³

O modo de funcionamento dos *lasers Q-switched* no tratamento de tatuagens é através do fenômeno fotoacústico; ao atingir o alvo (pigmento contido nas tatuagens), o *laser* provoca ondas de choque que fazem o alvo vibrar e “explodir”, ocorrendo assim a destruição do pigmento.⁷ O pigmento destruído ou alterado é então removido por fagocitose pelos macrófagos.⁶

A associação com *lasers* fracionados ablativos é uma opção para tratamento de tatuagens, principalmente naquelas com grande quantidade de pigmento, como no caso descrito, ou em tatuagens com muitas cores, que são em geral de difícil remoção, como descrito no artigo de Vanarase e colaboradores.⁸ O estudo comparou o uso isolado de *laser Q-switched* com o uso associado

ao *laser* de CO₂ no modo ultrapulsado para remoção de tatuagens pretas e, como resultado, houve superioridade na remoção de tatuagens no grupo que associou os dois *lasers*, sem aumento da taxa de efeitos adversos.⁸ Além disso, a associação entre os *lasers* resulta em menor número de sessões.⁸

CONCLUSÃO

A associação entre *lasers* fracionados ablativos e *Q-switched* na remoção de tatuagens é uma opção a ser considerada em casos selecionados, tendo em vista a dificuldade na remoção completa de algumas delas. Pode-se ainda utilizar a associação apenas nas sessões finais, quando o pigmento já está esparso, pois há o efeito adicional de auxiliar na cicatrização da tatuagem. ●

REFERÊNCIAS

1. Klügl I, Hiller K-A, Landthaler M, Bäuml W. Incidence of health problems associated with tattooed skin: a nation-wide survey in German-speaking countries. *Dermatology*. 2010;221(1):43-50.
2. Kilmer SL, Anderson RR. Clinical use of the Q-switched ruby and the Q-switched Nd:YAG (1064 nm and 532 nm) lasers for treatment of tattoos. *J Dermatol Surg Oncol*. 1993;19(4):330-8.
3. Henley JK, Ramsey ML. Laser tattoo removal. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK442007/>
4. Serup J, Bäuml W. Guide to treatment of tattoo complications and tattoo removal. *Curr Probl Dermatol*. 2017;52:132-8.
5. Anderson RR, Parrish JA. Selective photothermolysis: precise microsurgery by selective absorption of pulsed radiation. *Science* 1983;220(4596):524-7.
6. Brazzini B, Hautmann G, Ghersetich I, Hercogova J, Lotti T. Laser tissue interaction in epidermal pigmented lesions. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2001;15(5):388-91.
7. Bäuml W. Laser Treatment of tattoos: basic principles. *Curr Probl Dermatol*. 2017;52:94-104.
8. Vanarase M, Gautam RK, Arora P, Bajaj S, Meena N, Khurana A. Comparison of Q-switched Nd:YAG laser alone versus its combination with ultrapulse CO₂ laser for the treatment of black tattoo. *J Cosmet Laser Ther* 2017;19(5):259-65.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Célia Luiza Petersen Vitello Kalil |  ORCID 0000-0002-1294-547x

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Clarissa Prieto Herman Reinehr |  ORCID 0000-0003-1811-4519

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Relato de caso

Autores:

Natalia Naomi Suzuki¹
 Juliana Schinzari Palo¹
 Renata Ferreira Magalhães¹
 Thais Helena Buffo¹
 Hamilton Ometto Stolf¹

¹ Departamento de Clínica Médica,
 Universidade Estadual de Campi-
 nas, Campinas (SP), Brasil.

Correspondência:

Natalia Naomi Suzuki
 R. Vital Brasil, 251
 Cidade Universitária
 Complemento: Ambulatório de
 Dermatologia (3º andar - Faixa Rosa)
 13083-888 Campinas (SP)
 E-mail: n.suzuki03@gmail.com

Data de recebimento: 27/07/2020

Data de aprovação: 16/11/2020

Trabalho realizado na Universidade
 Estadual de Campinas, Campinas
 (SP), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.

Agradecimentos: Agradeço ao Dr.
 Hamilton Ometto Stolf pelo domínio
 da técnica cirúrgica e pela brilhante
 capacidade de ensinar aos seus alu-
 nos e à Dra. Thais Helena Buffo pela
 facilidade e pelo amor com que nos
 ensina a cirurgia dermatológica.



Técnica de excisão em cruz para rinofima em paciente com múltiplas comorbidades

Full thickness cross-shaped excision for rhinophyma in a patient with multiple comorbidities

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201243630>

RESUMO

Rinofima é uma doença desfigurante e progressiva do nariz, com alta prevalência. Apesar de ser considerada benigna, muitos pacientes têm procurado tratamentos curativos devido a deformidade estética e estigmatização social. Existem diversas técnicas cirúrgicas descritas para o tratamento desta doença. O objetivo deste relato é apresentar um caso que necessitou de abordagem terapêutica pouco utilizada para tratamento de rinofima devido às múltiplas comorbidades do paciente. O procedimento foi realizado sem complicações no intra e pós-operatório, e o paciente mantém seguimento ambulatorial com bom resultado estético final a longo prazo.

Palavras-chave: Procedimentos Cirúrgicos Dermatológicos; Rinofima; Rosácea

ABSTRACT

Rhinophyma is a disfiguring and progressive disease of the nose with high prevalence. Despite being considered a benign condition, many patients have sought curative treatments due to aesthetic deformity and social stigmatization. There are several surgical techniques described in the treatment of this disease. This report aims to present a case that required an unusual therapeutic approach for the treatment of rhinophyma, given the patient's multiple comorbidities. The procedure was performed with no complications in the intra and postoperative period. The patient maintains an outpatient follow-up with a good long-term aesthetic result.

Keywords: Dermatologic Surgical Procedures; Rhinophyma; Rosacea

INTRODUÇÃO

Rinofima é uma doença do nariz caracterizada pela hipertrofia das glândulas sebáceas e proliferação dos vasos sanguíneos e do tecido conjuntivo.¹ As alterações fimatosas acometem classicamente os dois terços inferiores do nariz, podendo ocorrer também no mento, na fronte ou na orelha.¹ É considerada a expressão mais severa do estágio final da rosácea.¹

Clinicamente, o rinofima manifesta-se com aumento do nariz com textura irregular, dilatação de poros e telangiectasias.² Esses achados correspondem, na histopatologia, à hiperplasia sebácea, à dilatação do infundíbulo e ao infiltrado linfo-histiocí-

tário circundante.² Nos estágios mais avançados, os contornos nasais encontram-se distorcidos e com perda da demarcação entre as suas subunidades, podendo, inclusive, comprometer as vias aéreas respiratórias.^{2,3}

Apesar de ser considerada uma doença benigna, muitos pacientes têm procurado tratamentos curativos, sendo os métodos cirúrgicos preferenciais em relação ao tratamento clínico, uma vez que a doença apresenta importante deformidade cosmética e estigmatização social.² Diferentes técnicas cirúrgicas têm sido descritas para o tratamento do rinofima, incluindo o uso de bisturis frios, bisturis e alças elétricas e o laser de CO₂.⁴

O objetivo deste relato é apresentar a técnica cirúrgica em cruz para tratamento de rinofima em paciente com múltiplas comorbidades. A cirurgia foi realizada sem complicações no intra e pós-operatório e o seguimento ambulatorial a longo prazo mostrou bom resultado estético.

RELATO DO CASO

Homem de 68 anos, com queixa de aumento nasal progressivo com superfície irregular, dilatação de poros e telangiectasias (Figura 1). Relatava incômodo estético e prejuízo social. Optou-se, então, por tratamento cirúrgico. Como apresentava diversas comorbidades, como transplante cardíaco em uso de imunossupressores e antiagregantes plaquetários, aneurisma de aorta abdominal e hipertensão arterial, foi necessário optar por uma abordagem cirúrgica rápida, com pouco sangramento e com menor risco de complicações. Foi realizada excisão da pele fimatosa por incisão vertical na ponta e dorso nasal e um corte horizontal no sulco alar, em cruz, para reduzir o tecido hipertrófico e o nariz (Figuras 2 a 4), seguido por fechamento primário da lesão, inicialmente com sutura interna aproximando as bordas da ferida operatória e, após, sutura externa. Não houve intercorrências imediatas ou recidiva do quadro durante o seguimento de 36 meses (Figura 5).



FIGURA 1: Paciente masculino de 68 anos com aumento global do nariz

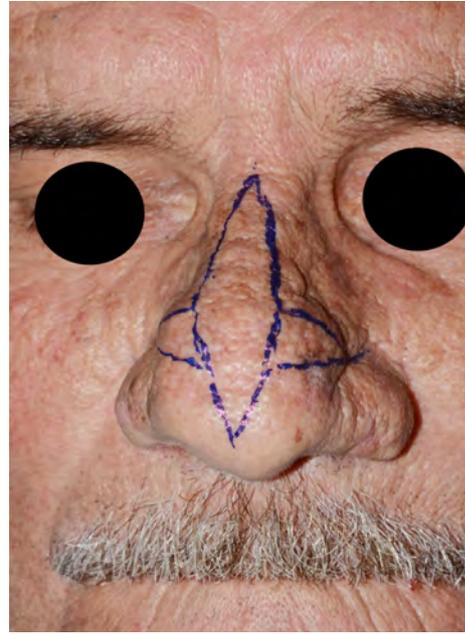


FIGURA 2: Plano cirúrgico para a redução nasal



FIGURA 3: Excisão de todas as camadas em cruz

DISCUSSÃO

As primeiras descrições de tratamento cirúrgico para rinofima foram apresentadas por Friedrich Dieffenbach em 1845, que excisou a pele fimatosa realizando uma incisão vertical na ponta nasal e uma horizontal em ambos os sulcos alares nasais, procedendo, posteriormente, ao fechamento primário da lesão.^{4,5} Esta técnica de ressecção em cruz para redução do volume nasal é um procedimento rápido, com pouco sangramento e baixo risco de complicações, com a vantagem de retirar parte do tecido



FIGURA 4: Sutura interna para aproximação das bordas da ferida operatória

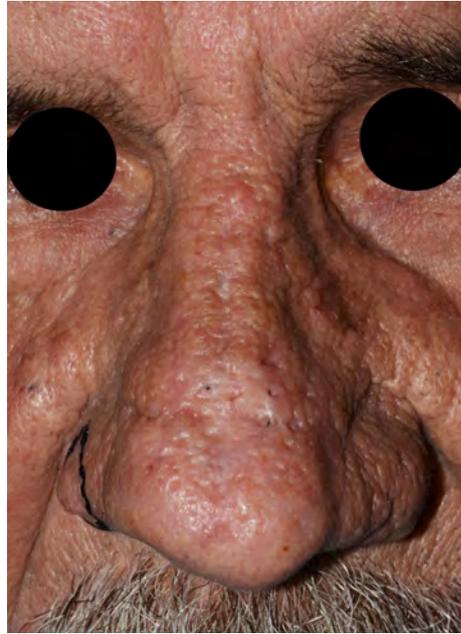


FIGURA 5: Resultado após 36 meses da síntese primária

hipertrofico, proporcionar bom resultado estético para o paciente e, o mais importante, propiciar uma rápida recuperação.⁵

A utilização de bisturis, frios ou elétricos, e de lâmina de exérese tangencial (de barbear) para decorticação superficial do rinofima e cicatrização por segunda intenção corresponde a uma técnica rápida, de baixo custo e relativa facilidade de realização. Porém, apresenta como principais limitações o sangramento excessivo e, conseqüentemente, pior visualização do campo operatório e dificuldades para modelar a região acometida, além de cuidados com curativos e retornos sucessivos.⁶ Uma vez que o paciente relatado apresentava história prévia de antiagregação plaquetária e imunossupressão por transplante cardíaco, não sendo possível suspender a medicação, esta técnica não foi a primeira escolha de tratamento.

Já o laser de CO₂ configura-se em uma boa opção terapêutica, quando disponível, com hemostasia e precisão adequadas, mas exige equipe especialmente treinada, tempo prolongado para realização do procedimento e alto custo.^{6,7}

O risco de recidiva é variável e foi descrito em algumas séries de casos, tendo sido notados bons resultados cosméticos a curto prazo, mas com porcentagens variáveis de acordo com o

tratamento realizado e o tempo de seguimento.⁴ Uma série de 70 pacientes, publicada em 2016, apontou para taxa de recidiva de 38% com a técnica de bisturi frio e fechamento por segunda intenção após seguimento por 54 meses.⁴ O reaparecimento das alterações fimatosas ocorre pela manutenção das unidades pilosebáceas, as quais fornecem a base para a reepitelização.⁴ No caso descrito, parte do tecido hipertrofico foi excisado em toda a sua espessura, o que poderia ser um fator colaborador para a redução de recidivas a longo prazo. Quando realizada em dois estágios, com alguns meses de intervalo, a abrasão mecânica de toda a unidade cosmética ajuda na camuflagem da cicatriz cirúrgica.⁵ Por ser pouco utilizada, não há estudos evidenciando a taxa de recidiva de rinofima em pacientes submetidos à técnica empregada neste relato.

CONCLUSÃO

A realização de excisão em cruz e fechamento primário demonstrou ser ótima opção com resultado muito satisfatório em pacientes com múltiplas comorbidades. Relata-se uma técnica cirúrgica simples, segura, eficiente e pouco relatada para o tratamento do rinofima. ●

REFERÊNCIAS

1. Krausz AE, Goldberg DJ, Ciocon DH, Tinklepaugh AJ. Procedural management of rhinophyma: a comprehensive review. *J Cosmet Dermatol.* 2018;17(6):960-7.
2. Tüzün Y, Wolf R, Kutlubay Z, Karakuş O, Engin B. Rosacea and rhinophyma. *Clin Dermatol.* 2014;32(1):35-46.
3. Sadick H, Goepel B, Bersch C, Goessler U, Hoermann K, Riedel F. Rhinophyma: diagnosis and treatment options for a disfiguring tumor of the nose. *Ann Plast Surg.* 2008;61(1):114-20.
4. Schweinzer K, Kofler L, Spott C, Krug M, Schulz C, Schnabl SM, et al. *Eur J Dermatol.* 2017;27(3):281-5.
5. Elliott RA, Ruf LE, Hoehn JG. Rhinophyma and its treatment. *Clin Plast Surg.* 1980;7(3):277-88.
6. Karacor-Altuntas Z, Dadaci M, Ince B, Altuntas M. A new surgical technique of rhinophyma (Gull-Wing Technique). *J Craniofac Surg.* 2015;26(1):e28-e30.
7. Fink C, Lackey J, Grande DJ. Rhinophyma: a treatment review. *Dermatol Surg.* 2018;44(2):275-82.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Natalia Naomi Suzuki |  ORCID 0000-0003-0034-8480

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Juliana Schinzari Palo |  ORCID 0000-0002-7914-5370

Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

Renata Ferreira Magalhães |  ORCID 0000-0001-9170-932X

Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

Thais Helena Buffo |  ORCID 0000-0002-6833-7596

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica do manuscrito.

Hamilton Ometto Stolf |  ORCID 0000-0003-4867-0276

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.



Surgical & Cosmetic Dermatology

Outubro / Novembro / Dezembro 2020
