



Surgical & Cosmetic Dermatology

www.surgicalcosmetic.org.br/

Cirurgia de Mohs para tratamento de espiroadenoma écrino: um relato de caso

Mohs surgery for the treatment of eccrine spiroadenoma: a case report

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.2024160271>

RESUMO

O espiroadenoma écrino é uma neoplasia epitelial benigna rara, derivada de porções ductais e secretoras de glândulas sudoríparas écrinas. Caracteriza-se por crescimento lento e pode apresentar transformação maligna. Este relato descreve um paciente do sexo masculino, apresentando lesão nodular dolorosa de crescimento lento há 3 anos, localizada em região frontal à esquerda. Devido à localização, ao tamanho da lesão e à vascularização e para preservar a musculatura da face e realizar remoção completa do tumor com o mínimo de danos funcionais ao paciente, optou-se pela técnica de Mohs.

Palavras-chave: Cirurgia de Mohs; Pele; Glândulas Sebáceas.

ABSTRACT

Eccrine spiradenoma is a rare benign epithelial neoplasm derived from the ductal and secretory portions of the eccrine sweat glands. It is characterized by slow growth and may, in some cases, undergo malignant transformation. This report describes a case involving a male patient with a painful, slow-growing lesion present for 3 years. The nodular, lobulated lesion was located on the left frontal region. Due to the location, size, and vascularization of the lesion, as well as the need to preserve the facial musculature and ensure complete tumor removal of the tumor with minimal functional damage, Mohs surgery was chosen as the treatment technique.

Keywords: Mohs surgery; Skin; Sebaceous Glands

Artigo de revisão

Autores:

Gabriela Tomasi Batiston¹
Jessica Maksoud Oliveira¹
Pedro Matheus Benelli¹
Guilherme Bueno de Oliveira¹
João Roberto Antônio¹

¹ Famerp, Dermatologia, São José do Rio Preto (SP), Brasil

Correspondência:

Gabriela Tomasi Batiston
E-mail: gabriela_tomasi@hotmail.com / gabriela_tomasi@hotmail.com

Fonte de financiamento: Nenhuma.

Conflito de interesses: Nenhum.

Data de Submissão: 26/06-2023

Decisão final: 12/01/2023

Como citar este artigo:

Batiston GT, Oliveira JM, Benelli PM, Oliveira GB, Antônio JR. Cirurgia de Mohs para tratamento de espiroadenoma écrino - relato de caso. *Surg Cosmet Dermatol*. 2024;16:e20240271.



INTRODUÇÃO

O espiroadenoma écrino é uma neoplasia epitelial benigna rara, historicamente descrita como um tumor de origem écrina, embora estudos recentes sugiram origem apócrina. Foi descrito pela primeira vez em 1956 por Kersting e Helwig, que relataram o achado em uma série de 114 pacientes. A maioria dos casos (97%) apresentava-se como uma massa isolada, com distribuição semelhante entre homens e mulheres¹. Foi identificado clinicamente como um nódulo com coloração variando do rosa ao cinza, solitário, pequeno e doloroso na região ventral superior do corpo¹. Estudos recentes apontam ocorrência mais frequente nos membros superiores^{2,3,4}. O presente relato descreve um caso de localização isolada na região frontal, sendo um episódio raro. A variabilidade na apresentação clínica do espiroadenoma écrino dificulta uma classificação clara, mas Yoshida et al.⁴ propuseram um sistema de categorização baseado em achados clínicos e histológicos. A classificação clínica inclui formas únicas ou múltiplas, com mais distinção, para descrever a aparência clínica e definir a distribuição/padrão (linear, zosteriforme, nevoide ou blascoide). O aspecto histológico é descrito como benigno ou maligno, além de contar com características histológicas (comum, vascular e cística)⁵. O diagnóstico diferencial é amplo devido às diferentes apresentações, e o diagnóstico correto é essencial devido ao potencial de malignidade⁶. A imunohistoquímica pode ser útil, especialmente em casos suspeitos de malignidade⁶. O tratamento padrão para espiroadenoma écrino, benigno ou maligno, é a remoção cirúrgica. Outras opções, como radioterapia, ablação a *laser* de dióxido de carbono ou quimioterapia, podem ser consideradas em casos de malignidade ou de multiplicidade⁶. Alguns autores recomendam a combinação de tratamento cirúrgico (ressecções cirúrgicas com reconstrução usando fechamentos lineares complexos e retalhos cutâneos de padrão aleatório) e tratamento médico com *laser* de dióxido de carbono, que apresenta bons resultados estéticos⁷. Devido ao potencial de transformação maligna, a excisão cirúrgica ampla no mesmo tempo cirúrgico ou a cirurgia micrográfica de Mohs oferecem opções mais conservadoras e com baixas taxas de recorrência, além de ser a melhor opção de tratamento para evitar transformação maligna⁶. No caso relatado, uma abordagem para espiroadenoma écrino foi realizada utilizando a técnica de Mohs, com remoção completa da lesão, excelentes resultados cosméticos e preservação da funcionalidade dos músculos frontais.

RELATO DE CASO

Um paciente do sexo masculino de 72 anos foi encaminhado ao serviço de dermatologia devido a uma lesão dolorosa na região frontal esquerda, em crescimento lento há aproximadamente 3 anos. No exame, foi encontrada uma lesão nodular, lobulada, coberta por pele normal com coloração azul-acinzentada, de 2,0 x 1,8 cm, com áreas dolorosas aderidas a planos profundos com pouca mobilidade (Figuras 1 A e B). As hipóteses diagnósticas iniciais incluíram os principais tumores de anexos cutâneos, cilindroma, carcinoma écrino, hidradenoma papilífero e espiroadenoma écrino, além de linfoma de células B, melano-



FIGURA 1: A e B - Nódulo lobulado, com áreas de coloração rósea e azul-acinzentado, em região frontal à esquerda. Lesão vista de perto

ma amelanótico e metástase cutânea. O estudo ultrassonográfico da lesão destacou imagens ovais hipocogênicas com contornos lobulados na região frontal subjacente à lesão cutânea medindo 2,2 x 2,0 x 1,0 cm nos maiores eixos, com fluxo Doppler positivo, mostrando plano de clivagem da cortical óssea adjacente e planos musculares preservados. Foi realizada uma biópsia

incisional da lesão, que mostrou proliferação difusa de células ovoides monomórficas, algumas com aspecto basaloide, dispostas em lóbulos com septações hialinizadas. A lesão era compatível com a hipótese listada de espiroadenoma écrino (Figura 2 A, B e C). Devido ao tamanho da lesão, à localização e à vascularização, a abordagem cirúrgica foi escolhida, utilizando a técnica de cirurgia micrográfica de Mohs para preservar o músculo frontal, remover completamente o tumor e maximizar a conservação do tecido. Também foram realizados exame anatomopatológico da lesão e imuno-histoquímica. Uma marcação cirúrgica foi feita (Figura 3), e o procedimento foi realizado por um cirurgião

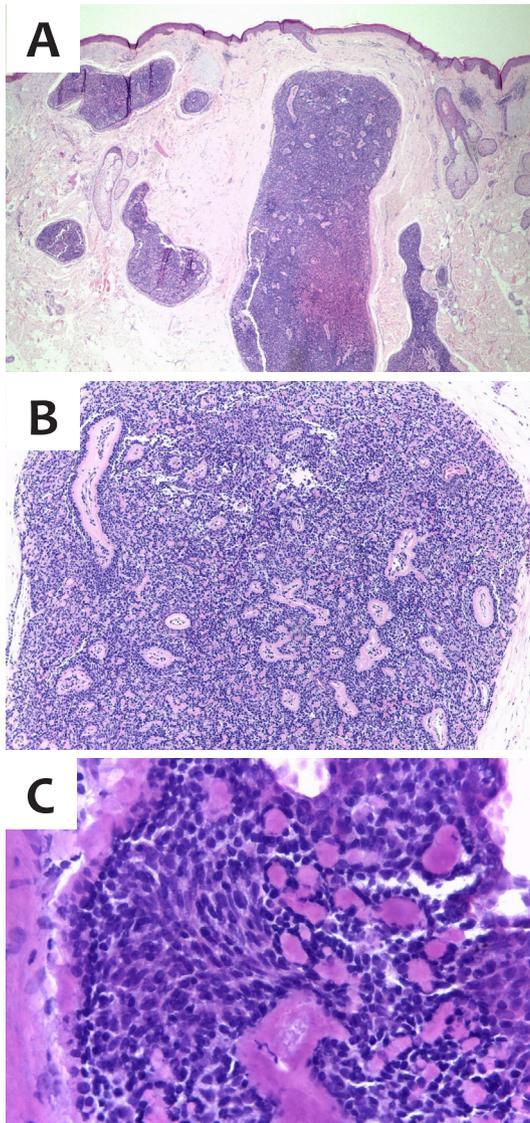


FIGURA 2: A, B and C - Produtos de exérese realizados cortes histológicos corados pela hematoxilina-eosina. O tumor envolve a derme, a hipoderme e o tecido muscular estriado esquelético. Apresenta queratinócitos basaloide, linfócitos intercalados, diferenciação ductal e material de membrana basal hialinizado, formando poucos nódulos grandes na derme com padrão trabecular

dermatológico em ambiente ambulatorial, com um patologista presente durante todo o procedimento cirúrgico. A lesão foi dividida em cinco fragmentos para acessar as margens laterais, delimitadas por palpação topográfica da lesão e por dois fragmentos para chegar às margens mais profundas. Na primeira etapa da cirurgia, todas as margens laterais estavam livres de neoplasia, mas dois fragmentos profundos mostraram invasão muscular positiva por espiroadenoma écrino. Foi realizada ampliação da margem cirúrgica em profundidade com a retirada de toda a camada muscular. No segundo procedimento cirúrgico, todos os produtos de aumento de margem voltaram livres de neoplasias. O material foi enviado para exame imuno-histoquímico, e a diferenciação ductal foi confirmada com marcadores antígeno de membrana epitelial (EMA) e antígeno carcinoembrionário (CEA). Portanto, o perfil imunofenotípico associado aos achados morfológicos foi compatível com a hipótese inicial de espiroadenoma écrino. A reconstrução final do defeito foi realizada com retalhos de rotação para fechamento primário das bordas, a fim de preservar a posição da sobrancelha ipsilateral (Figuras 4 e 5).

DISCUSSÃO

O espiroadenoma écrino é um tumor benigno incomum que pode ocorrer em pacientes de qualquer faixa etária, mas é mais frequente entre a segunda e quarta décadas de vida, sem predomínio de gênero⁸. Clinicamente, o espiroadenoma se apresenta como uma pápula ou nódulo dérmico subcutâneo, podendo surgir em praticamente qualquer local do corpo. Feridas incomuns podem atingir um diâmetro de vários centímetros, podendo ser dolorosas. Lesões clínicas não são características e a biópsia é necessária para o diagnóstico, devendo o espiroadenoma écrino ser considerado quando for encontrada lesão nodular, azulada e dolorosa. Espiradenomas podem ocorrer em multiplicidade e em combinação com cilindroma e tricoblastoma, e, em caso de múltiplas lesões, a síndrome de Brooke-Spiegler deve ser



FIGURA 3: Marcação cirúrgica para a exérese da lesão



FIGURA 4: Retalho em rotação. Pós-cirúrgico imediato



FIGURA 5: 3 meses de pós-operatório

considerada⁹. Histologicamente, o espiroadenoma écrino geralmente se localiza na camada de gordura subcutânea, com uma margens definidas, aparência lobulada, com fluxo sanguíneo presente na região periférica e com ou sem fluxo sanguíneo na região central³. O presente estudo mostra um tumor que envolvia a derme, a hipoderme e o tecido muscular estriado esquelético, tornando desafiadora a abordagem terapêutica. O uso do ultrassom foi relatado em alguns estudos como ferramenta prognóstica por apresentar correlação com achados histológicos, ser útil para suspeita de recidiva, além de delimitar a extensão do tumor e auxiliar em casos de suspeita de associação ou não com tricoepitelioma e cilindroma^{3,4}. O tratamento para espiroadenoma écrino benigno ou maligno consiste na excisão conservadora ou enucleação simples⁹. Outras opções incluem uma combinação de tratamentos cirúrgicos, radioterapia, ablação a *laser* de dióxido de carbono e quimioterapia em caso de multiplicidade ou malignidade^{6,7}.

CONCLUSÃO

Este artigo relata o caso clínico de um paciente do sexo masculino com 72 anos com uma lesão dolorosa na testa diagnosticada como espiroadenoma écrino por biópsia incisional. Optou-se por uma abordagem de tratamento com a técnica de Mohs. Foi necessária ampliação da margem devido à invasão da camada muscular esquelética do tumor, e foi realizada excisão completa da lesão, com preservação da mobilidade muscular frontal e excelente resultado estético. O espiroadenoma écrino possui etiologia indefinida e diversas formas clínicas, tornando necessária a confirmação histológica para definir a melhor abordagem terapêutica, uma vez que existem opções conservadoras de tratamento. Relatos de caso como este são fundamentais para guiar a decisão terapêutica e elucidar diferentes formas de tratamento disponíveis. ●

REFERÊNCIAS:

1. Kersting DW, Helwig EB. Eccrine spiradenoma. *AMA Arch Derm.* 1956; 73(3):199-227.
2. Filho JH, Choi YW, Cho YS, et al. Um caso de espiradenoma écrino: um tumor de tecido mole raramente visto na superfície extensora do braço. *Ann Dermatol* 2017;29(4): 519–522
3. Hwang CM, Kang BS, Hong HJ, et al. Características ultrassonográficas do espiradenoma écrino. *J Ultrasound Med* 2018; 37(5):1267–1272.
4. Yoshida A, Takahashi K, Maeda F, Akasaka T. Vários espiradenomas écrinos vasculares: um relato de caso e revisão do trabalho publicado de vários espiradenomas écrinos. *J Dermatol.* 2010; 37(11):990–994.
5. Ter Pooten MC, Barrett K, Cook J. Familial eccrine spiradenoma: um relato de caso e revisão da literatura. *Dermatol Surg.* 2003; 29(4):411–414.
6. Han YD, Huan Y, Deng JL, Zhang YG, Zhang CH. MRI appearance of multiple eccrine spiradenoma. *Br J Radiol* 2007; 80:e27–e29.
7. Jean L. Bolognia. *Tratado de Dermatologia.* 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
8. Kwon KE, Kim SJ, Choi HJ, et al. Aspecto ultrassonográfico de um espiradenoma écrino: relato de caso. *J Clin Ultrasound* 2018; 46(7):494–496.
9. Englander L, Emer JJ, McClain D, Amin B, Turner R. Um caso raro de Espiradenomas Écrinos de Múltiplos Segmentos. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2011; 4 (4):38–44.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Gabriela Tomasi Batiston  ORCID 0000-0001-7514-0233

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

Jessica Maksoud Oliveira  ORCID 0000-0003-0678-5702

Concepção e planejamento do estudo; 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

Pedro Matheus Benelli  ORCID 0009-0004-1265-4420

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

Guilherme Bueno de Oliveira  ORCID 0009-0008-2684-1103

Aprovação da versão final do manuscrito

João Roberto Antônio  ORCID 0000-0002-0268-5934

Aprovação da versão final do manuscrito