

RELATO DE CASO: PACIENTE PORTADORA DE PILOMATRICOMA

AUTORES

Gabriela Maria de ALMEIDA

Discente da União das Faculdades dos Grandes Lagos

Carla MACHADO

Doscente da União das Faculdades dos Grandes Lagos

Bruna Somilho de AGUIAR

Docente da União das Faculdades dos Grandes Lagos

RESUMO

O cálcio além de desempenhar papel essencial em muitos processos fisiológicos, é o principal componente dos ossos. A calcificação pode acontecer de forma fisiológica, como acontece o tempo todo em nossos ossos, ou de forma patológica, que acontece quando há um depósito anormal de sais de cálcio em qualquer parte do corpo. A calcificação patológica pode ser classificada em iatrogênica, idiopática, metastática e distrófica.^{1 2}

Descreve-se o caso de um pilomatricoma, um tumor benigno de origem ectodérmica proveniente de uma calcificação distrófica. São tumores subcutâneos, solitários, bem definidos e indolores. São encontrados preferencialmente em face, pescoço e membros superiores. Têm predileção pela raça branca, sexo feminino, ocorrendo na grande maioria das vezes na primeira década de vida.^{3 4 5}

Este caso visa atentar para a necessidade de uma avaliação cautelosa do paciente diante dessa patologia pois a lesão é clinicamente semelhante com diversas outras lesões, podendo ser erroneamente diagnosticado como carcinoma.

PALAVRAS - CHAVE

Palavras-chave: Tumor cutâneo, tumor benigno, calcificação, pilomatricoma, dermatologia.

Calcium in addition to playing essential role in many physiological processes, is the main component of bones. Calcification can occur physiologically, as happens all the time in our bones, or pathologically, which happens when there is an abnormal deposit of calcium salts in any part of the body. Pathological calcification can be classified as iatrogenic, idiopathic, metastatic and dystrophic.^{1 2}

We describe the case of a pilomatricoma, a benign tumor of ectodermal origin originating from a dystrophic calcification. They are subcutaneous, solitary, well defined and painless tumors. They are preferably found on the face, neck and upper limbs. They have a predilection for the white race, female, occurring most of the time in the first decade of life.^{3 4 5}

1. INTRODUÇÃO

O cálcio desempenha papel essencial em muitos processos fisiológicos do ser humano. Além de ser o componente principal dos ossos.¹ Na pele, tem uma importante função na proliferação e na diferenciação dos queratinócitos e na adesão intercelular. Anormalidades do cálcio na pele resultam em calcificações ou ossificações. A condição em que o depósito de cálcio e fosfato nas matrizes orgânicas dos tecidos não é organizada, é denominada calcificação ou calcinose cutânea.² A calcificação pode ser fisiológica, ou patológica, que acontece quando há qualquer depósito anormal de cálcio em qualquer parte do corpo.¹

A calcificação patológica pode ser divididas em quatro principais grupos: distrófica, metastática, idiopática e iatrogênica. ² O pilomatricoma do caso relatado é um exemplo de calcificação distrófica.

Clínicamente os pilomatricomas são tumores subcutâneos, solitários, de crescimento lento, indolores e bem delimitados.³ É de origem ectodérmica e surge da célula externa da bainha radicular do folículo piloso, sendo classificado como um tumor benigno cutâneo de anexo cutâneo.⁵ Demonstam predileção a face, pescoço e membros superiores, mas podem ser encontrados em qualquer região do corpo, com exceção das genitálias e regiões palmares e plantares. ³ São encontrados mais no sexo feminino, na etnia branca, na primeira década de vida. ⁶ Na maioria dos casos, o diâmetro varia de 0,5 a 3cm. Pilomatricomas gigantes (>5cm) não são frequentemente encontrados e a transformação maligna raramente acontece. ^{6 8} O tratamento consiste na excisão da lesão pois a regressão espontânea não é observada. A recorrência é infreqüente. ^{7 8 9}

Descreve-se o caso de um pilomatricoma encontrado em uma paciente do sexo feminino, hígida, 20 anos, com uma lesão cutânea de 0,8x0,4 cm em membro inferior esquerdo. Ao realizar a biópsia, foi encontrado quadro histopatológico compatível com epitelioma calcificante de Malherbe ou pilomatricoma. Não sendo encontrado sinais de malignidade no material examinado, com excisão completa da lesão.

2. OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo descrever um caso de uma paciente com lesão cutânea em membro inferior esquerdo. O exame clínico associado ao exame histopatológico levou ao diagnóstico de pilomatricoma.

3. MATERIAL E MÉTODO

Foi feita a avaliação do prontuário da paciente, fornecido pela coorientadora Dra. Bruna Somílio de Aguiar, analisando exame físico e exame histopatológico utilizados para o diagnóstico da paciente, fazendo correlação com a literatura citada na bibliografia.

4. RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 20 anos, previamente hígida, com nódulo em membro inferior esquerdo de crescimento indolor e lento por aproximadamente 1 ano. O exame físico revelou massa dura, móvel, indolor, de coloração branco-amarelada, irregular, medindo 0,8x0,4cm. Ao realizar a biópsia, foi encontrado quadro histopatológico compatível com epiteloma calcificante de Malherbe ou pilomatricoma. Não sendo encontrado sinais de malignidade no material examinado, com excisão total da lesão. A paciente encontra-se em seguimento há 6 anos, sem sinais de recidiva.

5. DISCUSSÃO

O cálcio desempenha papel essencial em muitos processos fisiológicos do ser humano, incluindo a contração dos músculos, coagulação sanguínea e a transmissão de impulsos nervosos. Além de ser o componente principal dos ossos.¹ Na pele, tem uma importante função na proliferação e na diferenciação dos queratinócitos e na adesão intercelular. Anormalidades do cálcio na pele resultam em calcificações ou ossificações. O termo ossificação é usado para descrever a fase mineral arranjada de maneira semelhante à formação óssea normal. A condição em que o depósito de cálcio e fosfato nas matrizes orgânicas dos tecidos não é organizada, é denominada calcificação ou calcinose cutânea.² A calcificação pode ocorrer de forma fisiológica, que acontece o tempo todo em nossos ossos, ou patológica, que acontece quando há qualquer depósito anormal de sais de cálcio em qualquer parte do corpo¹.

A calcificação patológica podem ser divididas em quatro principais grupos de acordo com suas causas: associada a danos ou mudanças teciduais, sem qualquer alteração sistêmica no metabolismo do cálcio - calcificação distrófica, associada a metabolismo sistêmico alterado do cálcio e fósforo - calcificação metastática, não associada a dano tecidual ou desordem metabólica demonstrável - calcificação idiopática, associada a medicamentos ou substâncias utilizadas em testes diagnósticos - calcificação iatrogênica.² A calcificação distrófica é encontrada em áreas de degeneração e/ou necrose e é o tipo mais comum. Seu produto final é a formação de cálcio cristalino que se originam a partir das células em degeneração. A iniciação da calcificação distrófica ocorre nas mitocôndrias das células mortas ou as que estão morrendo e perderam a habilidade de regular o cálcio intracelular, com isso ocorre a formação dos cristais. Isso vai depender da concentração de Ca^{2+} e PO_4^- nos espaços extracelulares, da presença de inibidores do mineral e do grau de colagenização, o qual aumenta a taxa de crescimento do cristal.^{1 2}

O tumor benigno do caso relatado, o pilomatricoma, é uma calcificação distrófica. É de origem ectodérmica e surge da célula externa da bainha radicular do folículo piloso, portanto é classificada como um tumor cutâneo de anexo cutâneo. São tumores subcutâneos, solitários, indolores e bem delimitados. A história natural da lesão é considerada um processo de desenvolvimento, onde inicia-se como um cisto da matriz infundibular e termina como um nódulo calcificado.⁵

Demonstram predileção a face, pescoço e membros superiores, mas podem ser encontrados em qualquer região do corpo, exceto genitálias e regiões palmares e plantares.³ Ocorrem mais na etnia branca, sexo feminino. É encontrado na primeira década de vida antes dos 20 anos de idade, sendo incomum após os 50 anos. Na maioria dos casos, o diâmetro das lesões varia de 0,5 a 3cm. Pilomatricomas gigantes (<5cm) não são frequentemente encontrados^{6 10} e a transformação maligna raramente acontece. No presente caso, a lesão de 0,8cm foi encontrada em membro inferior esquerdo.

O carcinoma de pilomatrixoma é uma variante maligna do pilomatrixoma, cuja diagnóstico diferencial é realizado pela histologia, onde mostra abundante proliferação de células basalóides com padrão de crescimento infiltrativo, estendendo-se a planos profundos da pele. Afeta principalmente homens mais velhos, podendo ter recorrência em 60% dos casos, metastasando em 20% dos casos para pulmões, ossos, cérebro, gânglios linfáticos, pele e retroperitônio.⁵ Sinais de alerta a serem considerados incluem homens mais velhos, crescimento rápido recente, fixação a estruturas adjacentes, infiltração cutânea, margens mal definidas, infiltração do tecido capsular, atividade mitótica alta, atipias, necrose central e alterações vasculares linfáticas.³ Tem mal prognóstico.⁵

O diagnóstico clínico é considerado quase impossível, ao passo que deve ser diferenciado entre várias lesões clinicamente semelhantes como cistos epidermóides, cistos dermóides, cisto branquial, lipoma, sinus pré-auricular, reação a corpo estranho, adenopatia e hemangioma. Apesar de ser uma neoplasia benigna, os pilomatrixomas podem ser erroneamente como carcinoma ou outras lesões. O erro diagnóstico mais freqüente é o carcinoma e cisto epidermóide.^{3 4 8}

Desta forma, o diagnóstico através do exame histopatológico. A aparência microscópica dos pilomatrixomas é caracterizada por massas bem circunscritas, circundado por uma cápsula fibrosa, localizada na derme reticular se estendendo até a gordura subcutânea. As células se apresentam em "ilhas" de configuração circular, com células basalóides na periferia e células-sombra anucleadas no centro. As células sombra são mais comuns em tumores mais antigos e representam áreas necróticas onde havia células basalóides vivas. As calcificações são encontradas nas regiões das células-sombra. A lesão tem limites precisos e áreas de calcificação, reação granulomatosa de corpo estranho, ossificação e formação de pseudocápsula podem estar presentes.^{7 9}

Os métodos de imagem não são normalmente usados, a não ser que os sintomas ou a localização da lesão exijam complementação diagnóstica. O exame de ultrassonografia pode auxiliar no diagnóstico. Características clássicas encontradas na ultrassonografia são: nódulo totalmente calcificado ou nódulo hipoeoico, com focos internos de calcificação. A lesão pode ser classificada em cinco tipos: parcialmente calcificada, completamente calcificada, forma complexa ou mista, pseudocística e pseudotumoral. Em grandes tumores de face, a tomografia computadorizada pode ser útil para diferenciar pilomatrixomas pré auriculares de neoplasia da glândula parótida.²

O tratamento indicado é a excisão cirúrgica completa da lesão pois a regressão espontânea não é observada. As margens laterais de 1 cm são essenciais na excisão, para minimizar recorrência local. A recorrência é infreqüente, bem como as apresentações múltiplas e a ocorrência da variante maligna da lesão.^{7 8 9}

10

6. CONCLUSÃO

Os pilomatrixomas são tumores benignos de anexos cutâneos, de origem ectodérmica. Demonstram predileção por face, pescoço e membros superiores. Constituem uma afecção rara, sendo mais observado na primeira década da vida.

O diagnóstico é feito através do exame clínico associado a exame histopatológico.

O tratamento de escolha é a completa excisão cirúrgica, com margens laterais de 1cm, com o intuito de minimizar a recorrência local. A recorrência é infreqüente, assim como a variante maligna.

Por ser freqüentemente erroneamente diagnosticado, o pilomatrixoma deve ser considerado diagnóstico diferencial de nódulos cutâneos, especialmente aqueles presentes nas áreas de predileção da lesão.

O exame clínico minucioso associado ao exame histopatológico e o conhecimento da lesão levam ao diagnóstico correto e tratamento adequado.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. **Robbins patologia básica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013

FITZPATRICK Thomas B. Tratado de dermatologia. 7ª edição, 2010. Editora Revinter.

FONSECA, Rebeca Paohwa Liu da et al. Pilomatrixoma: epitelioma calcificado de Malherbe: Pilomatrixoma: calcifying epithelioma of Malherbe. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**: Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, Belo Horizonte, v. 27, n. 4, p.605-610, 2012.

MENDES NETO, José Arruda et al. Pilomatrixoma in the head and neck. **Brazilian Journal Of Otorhinolaryngology**, [s.l.], v. 75, n. 4, p.618-618, ago. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1808-86942009000400023>.

DITTRICH, Mirtha Ramirez; SOUSA, Jacqueline Martins de; MANSO, Paulo Gois. Atypical presentation of pilomatrixoma in the tarsal conjunctiva. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, [s.l.], v. 75, p.200-204, 2016. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7280.20160050>.

RIBEIRO, Bruno Niemeyer de Freitas; MARCHIORI, Edson. Giant pilomatrixoma: conventional and diffusion-weighted magnetic resonance imaging findings. **Radiologia Brasileira**, [s.l.], v. 48, n. 1, p.67-68, fev. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2014.0071>.

SILVA, Tarcília Aparecida da et al. Pilomatrixoma of the auricular region: case report. **Brazilian Dental Journal**, [s.l.], v. 14, n. 3, p.223-226, 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-64402003000300016>.

MENDES, Marcio Henrique; SOUZA, Leoni de Paiva. Pilomatrixoma recidivado em região superciliar esquerda: relato de caso. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, [s.l.], v. 72, n. 3, p.380-383, jun. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0004-27492009000300019>.

TELLECHEA, Oscar et al. Benign follicular tumors. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, [s.l.], v. 90, n. 6, p.780-798, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20154114>.

KONDO, Rogerio Nabor et al. Proliferating pilomatrixoma - Case report. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, [s.l.], v. 90, n. 31, p.94-96, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20153972>.