

Caso para diagnóstico

Case for diagnosis

Alexandre Moretti de Lima ¹
 Carolina Mayana de Ávila Batista ²
 Isabel Irene Rama Leal ⁴

Sheila Pereira da Rocha ¹
 Carmelia Matos Santiago Reis ³
 Lucas Emanuel de Lima Azevedo ⁵

HISTÓRIA DA DOENÇA

Homem de 23 anos notou o surgimento de “caroços” no pescoço há cinco anos, com aumento progressivo no número dessas lesões nas regiões ântero-superior do tórax e inguinal, algumas evoluindo para lesões eritematosas com drenagem de conteúdo amarelado e com odor forte. Negava sintomas sistêmicos. Antecedentes: negava lesões semelhantes em familiares. Ao exame apresentava lesões pápulo-nodulares de 0,5 a 2,0 cm, de coloração amarelada ou da cor da pele, principalmente na

porção ântero-superior do tórax, região cervical lateral (Figura 1) e região inguinal bilateral. Exame histopatológico de fragmento de pele retirado da região anterior do tórax demonstrava a presença de formação cística na derme com glândula sebácea em sua parede (Figura 2) e revestida por epitélio pavimentoso estratificado típico cuja camada córnea mostrava aspecto ondulado, refringente e fortemente eosinofílico (Figura 3). Exames laboratoriais sem alterações.



FIGURA 1: Lesões pápulo-nodulares, da cor da pele ou de tom amarelado, de 0,5 a 2,0 cm, localizadas no pescoço e na região ântero-superior do tórax

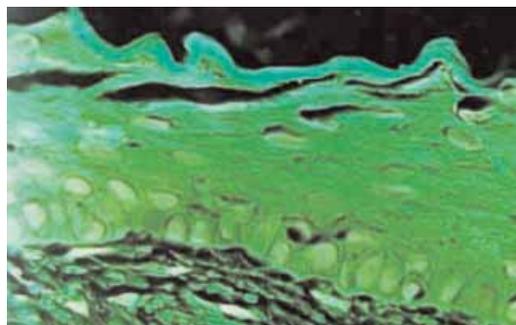


FIGURA 3: Parede cística revestida por um epitélio pavimentoso estratificado típico, cuja camada córnea mostra aspecto ondulado, refringente e fortemente eosinofílico. Essas características são observadas nos ductos das glândulas sebáceas (HE, 1.000x)

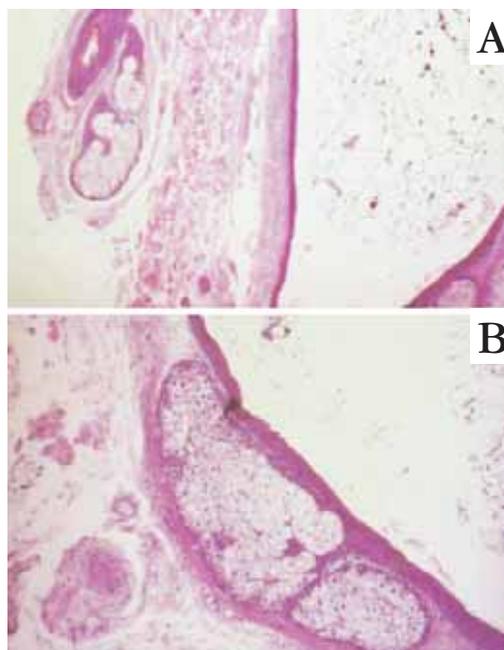


FIGURA 2: A. Formação cística localizada na derme (HE, 40x); B. Formação cística com glândula sebácea na parede (HE, 100x)

Aprovado pelo Conselho Editorial e aceito para publicação em 04.10.2010.

* Trabalho realizado no ambulatório de dermatologia do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN/SES) – Brasília (DF), Brasil
 Suporte Financeiro: Nenhum / *Conflict of interest*: None
 Conflito de Interesses: Nenhum / *Financial funding*: None

¹ Especialista em clínica médica pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica; residente em dermatologia do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN/SES) – Brasília (DF), Brasil.

² Aluna da graduação de medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde/Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (ESCS/Fepecs); interna do sexto ano de medicina da ESCS/Fepecs – Brasília (DF), Brasil.

³ Doutora em dermatologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); supervisora da residência médica em dermatologia do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN/SES) – Brasília (DF), Brasil.

⁴ Especialista em patologia e citologia; preceptora de dermatopatologia da residência médica em dermatologia do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN/SES) – Brasília (DF), Brasil.

⁵ Residente em dermatologia do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN/SES) – Brasília (DF), Brasil.

COMENTÁRIOS

Esteatocistoma múltiplo (EM) é um raro transtorno genético que se caracteriza por múltiplos cistos dérmicos de tamanho variável e assintomáticos.^{1,2,3} Sua etiopatogenia permanece obscura, porém existem várias teorias para sua origem, tais como: os EMs são resultados de cistos sebáceos de retenção; têm natureza nevoide ou hamartomatosa; ou são uma variedade de cisto dermoide.⁴

As lesões são comumente encontradas na região do tronco e nas extremidades proximais, embora outros locais também sejam descritos, como axilas, vulva, região central do tórax e região inguinal (comum em mulheres).⁴ Em outras regiões, como face e couro cabeludo, as lesões são raramente encontradas.³ Apresentam um crescimento lento e um conteúdo que pode ser líquido ou cremoso.¹ Embora a maioria das lesões sejam assintomáticas, algumas delas podem inflamar e supurar.³

Os diagnósticos diferenciais incluem várias doenças: acne *conglobata* ou nódulo-cística, hidradenite supurativa, cisto dermoide, *milia*, cisto piloso, cisto mixoide e pseudofoliculite da barba.⁴

A doença começa na adolescência ou no início da idade adulta e incide igualmente em ambos os sexos. Tem caráter autossômico dominante, embora vários casos esporádicos tenham sido descritos.^{1,2} Tem sido associada com paroníquia congênita tipo 2, líquen plano hipertrófico, hidradenite supurativa, acroceratose verruciforme e hipo-hidrose.^{1,5}

A mutação da queratina 17, uma proteína encontrada em diversas estruturas epiteliais, tais como leito ungueal, folículos pilosos e glândulas sebáceas, tem sido implicada na gênese do esteatocistoma familiar, bem como da paroníquia congênita tipo 2. Nos casos

esporádicos não foi encontrada essa mutação, o que sugere um caráter multifatorial dessa doença.^{2,6}

Histologicamente, os esteatocistomas são cistos dérmicos revestidos por epitélio pavimentoso estratificado típico, cuja camada córnea mostra aspecto ondulado, refringente e fortemente eosinofílico. Glândulas sebáceas geralmente estão presentes na parede do cisto e pelos podem ocorrer em sua cavidade.^{1,4}

As opções de tratamento são escassas e poucas têm um resultado satisfatório.^{1,2} Embora essa condição não represente uma ameaça à saúde do indivíduo, frequentemente é um problema cosmético, justificando assim o tratamento. A aspiração por agulha proporciona uma diminuição do tamanho das lesões, entretanto o resultado persiste apenas por alguns meses.⁷ A excisão cirúrgica, realizada por várias técnicas, também é descrita.¹ Injeção de corticoide intralesional e incisão com drenagem são boas opções para as lesões inflamadas.² A isotretinoína é conhecida por possuir propriedades anti-inflamatórias e por esse motivo é indicada para as lesões supuradas, porém com recidivas em alguns casos.^{8,9} A associação de isotretinoína e crioterapia em lesões não supuradas mostrou boa resposta clínica e cosmética. A crioterapia e a dermabrasão também podem ser utilizadas, mas mostraram resultados limitados, além de deixarem cicatriz residual.⁷ O uso do *laser* de CO₂ é uma técnica ideal para o tratamento de lesões múltiplas e/ou localizadas em áreas esteticamente importantes, como a face, por não necessitar de anestesia, tratar as lesões em sessão única e ser um procedimento minimamente invasivo, apresentando cura rápida, bons resultados estéticos e baixa porcentagem de recidivas.¹⁰ □

Resumo: Esteatocistoma múltiplo é um raro transtorno genético autossômico dominante que se caracteriza por múltiplos cistos dérmicos de tamanho variável e assintomáticos. Descreve-se o caso de um paciente do sexo masculino, de 23 anos, com quadro clínico e evolutivo típicos dessa desordem.

Palavras-chave: Cistos; Mutação; Queratina-17

Abstract: Steatocystoma multiplex is a rare genetic disorder, autosomal dominant, that is characterized by multiple asymptomatic dermal cysts which vary in size. It is described here the case of a 23 year-old male patient with a typical clinical and evolutionary progression of this disease.

Keywords: Cysts; Mutation; Keratin-17

REFERÊNCIAS

- Vollman D, Smith GA. Epidemiology of lawn-mower-related injuries to children in the United States, 1990-2004. *Pediatrics*. 2006;118: 273-8.
- Vidal S, Barcala L, Barberán J, Heras JA, Tovar JA, Baran R. A suppurating fistula from a cement foreign body presenting as a tumour of the nail. *Acta Derm Venereol*. 2000;80:313-4.
- Brodsky JW, Toppins AC, Silverman JB. Between a rock and a hard place: a case of petrous foreign body simulating an intra-osseous tumor. *Foot Ankle Int*. 2006;27:993-7.
- Adams DW, Cooney RT. Excision of a *Dermatobia hominis* larva from the heel of a South American traveler: a case report. *J Foot Ankle Surg*. 2004; 43:260-2.
- Soon SL, Solomon AR, Papadopoulos D, Murray DR, McAlpine B, Washington CV. Acral lentiginous melanoma mimicking benign disease: the Emory experience. *J Am Acad Dermatol*. 2003;48:183-8.
- Heins Vaccari EM, Lacaz CS, Rodrigues EG. Forma micetomatóide de infecção por *Scedosporium apiospermum*: registro de um caso. *An Bras Dermatol*. 1990;65:193-5.
- Horton LK, Jacobson JA, Powell A, Fessell DP, Hayes CW. Sonography and Radiography of Soft-Tissue Foreign Bodies. *AJR*. 2001; 176: 1155-9.
- Jeswani T, Morlese J, McNally EG. Getting to the heel of the problem: plantar fascia lesions. *Clin Radiol*. 2009;64:931-9.
- Eidelman M, Bialik V, Miller Y, Kassis I. Plantar puncture wounds in children: analysis of 80 hospitalized patients and late sequelae. *Isr Med Assoc J*. 2003;5:268-71.
- Joseph WS, Le Frock JL. Infections complicating puncture wounds of the foot. *J Foot Surg*. 1987; 26(1 Suppl): S30-3.
- Sharma S, Azzopardi T. A Simple Surgical Technique for Removal of Radio-Opaque Foreign Objects From the Plantar Surface of the Foot. *Ann R Coll Surg Engl*. 2006;88:76.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Nilton Di Chiacchio

Rua Dr. Cesar, 62, conj. 35, Santana

CEP 02013-000 São Paulo (SP)

E-mail: ndichia@terra.com.br

Como citar este artigo/How to cite this article: Lima AM, Batista CMA, Rocha SP, Reis CMS, Leal IIR, Azevedo LEL. Esteatocistoma múltiplo. *An Bras Dermatol*. 2011;86(1):165-6.