

Tricoadenoma palpebral: tratamento cirúrgico associado à blefaroplastia estética

Eyelid trichoadenoma: surgical treatment associated with aesthetic blepharoplasty

HENRI FRIEDHOFER¹
 ÁLVARO JÚLIO DE ANDRADE SÁ²
 MARIA CRISTINA DE PAULA
 MESQUITA³
 GILLES LANDMAN⁴
 ARTHUR DE PAULA AMORIM
 MESQUITA⁵

Trabalho realizado no Hospital Israelita Albert Einstein, oriundo da clínica privada do autor principal, localizada em São Paulo, SP, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 21/11/2011
 Artigo aceito: 18/1/2012

RESUMO

O tricoadenoma é um tumor cutâneo benigno, assintomático, raro e de crescimento lento. Existem poucos casos relatados na literatura e identificamos apenas um descrito na região palpebral. Apresentamos o caso de uma paciente portadora de tricoadenoma no canto externo da pálpebra inferior direita, tratada com excisão cirúrgica associada a blefaroplastia.

Descritores: Neoplasia de células basais/cirurgia. Neoplasias cutâneas/cirurgia. Blefaroplastia. Pálpebras/cirurgia.

ABSTRACT

Trichoadenoma is a benign cutaneous tumor that is asymptomatic, rare, and slow growing. There are few cases reported in the literature, and we could only identify one description of trichoadenoma occurring in the eyelid area. We describe the case of a patient with trichoadenoma in the outer corner of the lower eyelid that we treated with surgical excision associated with blepharoplasty.

Keywords: Neoplasms, basal cell/surgery. Skin neoplasms/surgery. Blepharoplasty. Eyelids/surgery.

INTRODUÇÃO

Descrito inicialmente por Nikolowski, em 1958, o tricoadenoma é um tumor cutâneo benigno, assintomático, raro e de crescimento lento. É originário de células do folículo piloso, localizado principalmente na face, tronco e região glútea, sendo mais frequente na quarta década de vida. Apresenta maior maturação que o tricoepitelioma e menor grau de diferenciação que o tricofoliculoma¹ e o tricoepitelioma desmoplástico¹⁻⁴. Alguns autores^{2,5-10} acreditam que se trata de doença intermediária na diferenciação para o segmento infundibular do canal pilosebáceo entre tricoepitelioma e tricofoliculoma.

O tricoadenoma acomete principalmente adultos de ambos os sexos, não apresentando potencial de malignização¹. Clinicamente, apresenta-se como lesão nodular única

bem delimitada ou em minúsculas pápulas confluentes, de coloração pouco diferente da pele adjacente (usualmente amarelada ou acinzentada), recoberta por telangiectasias e medindo desde poucos milímetros até 1,5 cm. À dermatoscopia, pode simular um carcinoma basocelular.

Ao exame histopatológico, o tricoadenoma apresenta múltiplos cistos repletos de queratina, delineados por células escamosas na derme. Geralmente aparecem isolados, entretanto há descrições de surgimento associado a outras doenças cutâneas, como nevo sebáceo¹¹ e nevo melanocítico¹². Apesar de o diagnóstico do tricoadenoma ser histopatológico, alguns autores têm dúvidas quanto a sua existência, considerando-o uma variedade do tricoepitelioma ou basalioma queratinizante², cujas características histológicas e evolução são necessárias para um diagnóstico correto.

1. Professor livre-docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), responsável pelo Grupo de Cirurgia Órbito-palpebral da Divisão de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.
2. Médico assistente do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus, ex-residente do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP, Brasil.
3. Membro titular da Sociedade Brasileira de Dermatologia, diretora da Clínica Dermac de Dermatologia, Uberlândia, MG, Brasil.
4. Professor livre-docente da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), professor adjunto do Departamento de Patologia da Unifesp, São Paulo, SP, Brasil.
5. Acadêmico de Medicina da Universidade de Uberaba, Uberaba, MG, Brasil.

Existem poucos casos relatados na literatura e, até o presente, foi identificado apenas um caso na região palpebral¹³.

Em decorrência da raridade desse tumor, não existe algoritmo definido para seu tratamento. No entanto, todos os casos publicados até o momento foram tratados com excisão cirúrgica, seja por motivos estéticos, pela falta de conhecimento a respeito do comportamento quando não tratado, ou pelo seu crescimento. Não há descrição de recidivas após a ressecção desse tipo de lesão.

Este artigo apresenta o caso de uma paciente portadora de tricoadenoma no canto externo da pálpebra inferior direita, tratada com excisão cirúrgica associada a blefaroplastia.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, com 48 anos de idade, observou há três anos pequena tumoração rosada localizada na pálpebra inferior direita e endurecida à palpação. Nessa ocasião, foi submetida a exérese da lesão e o resultado histológico foi dado como hemangioma.

Há seis meses, notou, no mesmo local, pequena lesão com característica de acne, tendo sido tratada com medicação tópica à base de ácido fusídico e valerato de betametasona, sem sucesso.

Após dois meses, a lesão continuou progredindo, assintomática, quando foi solicitada nova biópsia, que revelou o diagnóstico de tricoepitelioma. Posteriormente, procurou atendimento em outro serviço, motivada pela má aparência da lesão e temor em se tratar de eventual tumor maligno. Após exame dermatológico minucioso, foi detectado no mesmo local lesão em placa que media aproximadamente 1,3 cm de diâmetro, levemente eritematosa, com múltiplas pápulas de aspecto cístico de coloração branco-amarelada e, por vezes, translúcidas. Essas pápulas eram endurecidas e não pruriginosas, tinham aspecto brilhante, com pequenos e finos vasos na superfície dos cistos agrupados, e apresentavam superfície de aspecto escamoso (Figura 1). Na mesma ocasião, foi solicitada releitura da lâmina por outro



Figura 1 – Aspecto pré-operatório de tricoadenoma.

patologista, que confirmou o diagnóstico de tricoadenoma, conforme suspeita clínica, com extensa metaplasia escamosa do epitélio sudorífero.

Uma vez concluído o diagnóstico definitivo, a estratégia de tratamento consistiu na ressecção cirúrgica da lesão, com margens exíguas, acompanhada com microscopia de congelação na sala cirúrgica. Anteriormente ao tratamento da tumoração, a paciente manifestou também o desejo de corrigir as alterações estéticas provenientes do envelhecimento de suas pálpebras (Figura 2). Assim, foi proposta, além da exérese tumoral e sua reconstrução, a realização de blefaroplastia estética no mesmo ato operatório.

Procedimento Cirúrgico

O procedimento cirúrgico foi executado sob anestesia local com cloridrato de bupivacaína a 0,5%, com vasoconstritor associado a sedação intravenosa. A lesão foi totalmente ressecada, com margens econômicas, conservando-se íntegro o plano do músculo orbicular subjacente. Durante o transoperatório, a peça foi encaminhada para análise patológica de congelação, que constatou margens livres de comprometimento tumoral. A ressecção originou um defeito de contornos irregulares, com diâmetro horizontal aproximado de 15 mm e vertical de 12 mm (Figura 3).

A seguir, procedeu-se à realização de retalho miocutâneo do músculo orbicular da pálpebra superior em sua porção pré-septal, pediculado lateralmente (Figura 4). A largura do retalho foi planejada com dimensão pouco maior que a altura do defeito na pálpebra inferior, ocasionado pela ressecção do tricoadenoma. Na sequência, realizou-se cantopexia, elevando-se discretamente o canto lateral à custa de ponto em “U” de fio multifilamentar de poliéster 4-0 (Ethibond – Ethicon, São José dos Campos, SP, Brasil) entre o periósteo do rebordo orbital e o retináculo lateral. A área doadora foi suturada por planos: a porção muscular, com pontos separados de fio de náilon monofilamentar 6-0; e a porção



Figura 2 – Aspecto pré-operatório demonstrando envelhecimento palpebral.

cutânea, com o mesmo fio, com sutura contínua. A seguir, o retalho miocutâneo foi transposto e suturado à área cruenta da pálpebra inferior com fio de náilon monofilamentar 6-0 (Mononylon – Ethicon) em pontos separados em sua porção inferior (Figuras 5 e 6). No mesmo ato operatório, ressecou-se pequeno excesso de pele localizado nos dois terços mediais da pálpebra inferior, seguido de hemostasia e sutura contínua com o mesmo fio anterior na região infraciliar, semelhante à blefaroplastia pela técnica do retalho cutâneo. A mesma sutura fixou, também, a margem ciliar da pálpebra inferior à porção superior do retalho miocutâneo.

No lado contralateral, realizou-se blefaroplastia pela mesma técnica e na pálpebra superior ressecou-se, em conjunto com a pele, uma tira de músculo orbicular pré-septal associada também à cantopexia (Figura 7). O tratamento



Figura 3 – Defeito pós-ressecção tumoral.



Figura 4 – Retalho miocutâneo de pálpebra superior com pedículo lateral.



Figura 5 – Transposição do retalho miocutâneo.



Figura 6 – Sutura na região do defeito e na pálpebra superior.



Figura 7 – Pós-operatório imediato após simetrização contralateral.

das bolsas palpebrais foi executado nas quatro pálpebras por ressecção conservadora, seguida de hemostasia.

Realizou-se antibioticoprofilaxia com 2 g de cefazolina, administrada 60 minutos antes do ato cirúrgico. No pós-operatório, indicaram-se compressas úmidas com soro fisiológico e analgésicos habituais e os pontos foram retirados no período de cinco a sete dias.

O exame histopatológico da peça revelou múltiplos cistos revestidos por epitélio estratificado corneificado, sem

atipias e conectados entre si e glândulas sudoríparas dilatadas revestidas por dupla camada de células epiteliais e mioepiteliais, substituídas por epitélio estratificado metaplásico (Figuras 8 e 9).

Com a técnica adotada nesse caso, conseguiu-se resultado satisfatório do ponto de vista tanto curativo como estético. A paciente foi acompanhada durante nove meses, não tendo apresentado sinais de recidiva, retração ou maloclusão palpebral, considerando-se satisfeita com a aparência de suas pálpebras (Figuras 10 a 12).

DISCUSSÃO

Por ser um tumor benigno e raro, não há consenso quanto à melhor forma de tratamento do tricoadenoma ou quanto ao algoritmo definido para tal. Os poucos casos descritos na literatura foram tratados por meio de excisão cirúrgica, sem que houvesse detalhamento considerável do planejamento cirúrgico para sua exérese ou reconstrução. Tampouco há relatos de recidivas desses tumores.

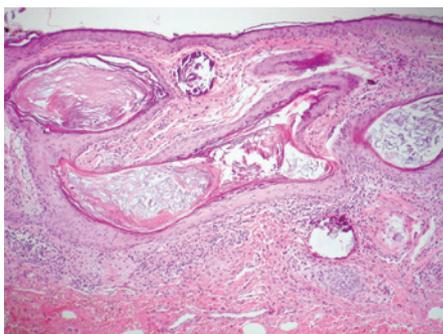


Figura 8 – Aspecto anatomopatológico: múltiplos cistos revestidos por epitélio estratificado corneificado, sem atipias, conectados entre si (200X, H&E).

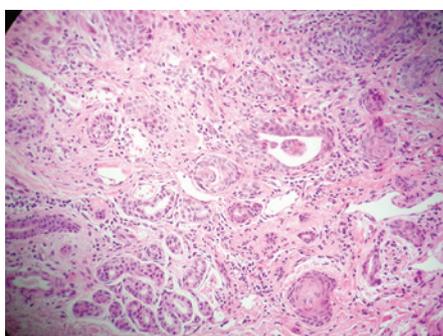


Figura 9 – Aspecto anatomopatológico: glândulas sudoríparas dilatadas (no terço inferior) revestidas por dupla camada de células epiteliais e mioepiteliais, substituídas por epitélio estratificado metaplásico (nos dois terços superiores) (200X, H&E).

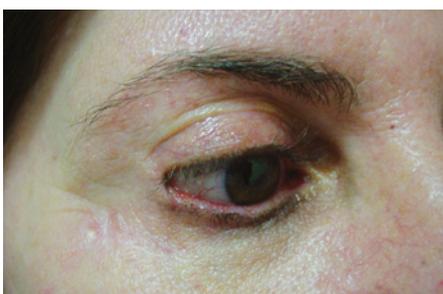


Figura 10 – Pós-operatório de 9 meses.



Figura 11 – Pós-operatório de 9 meses: aspecto bipalpebral.



Figura 12 – Pós-operatório de 9 meses: aspecto bipalpebral com boa oclusão.

Quanto ao caso apresentado neste artigo, no momento em que foi confirmada a hipótese de tricoadenoma, motivados pela característica benigna desse tipo de tumor e pelas queixas estéticas da paciente, optou-se pela realização de blefaroplastia estética concomitante ao tratamento da neoplasia. As margens da lesão puderam ser econômicas, em decorrência de sua característica benigna. A reconstrução do defeito e o tratamento estético das pálpebras se somaram, por meio da realização da blefaroplastia da pálpebra superior direita, com o objetivo de auxiliar na reconstrução da pálpebra inferior. A pálpebra superior direita apresentava excesso cutâneo, bem como bolsas de gordura proeminentes. A feitura e a transposição do retalho miocutâneo dessa pálpebra pediculado lateralmente permitiram a reconstrução do defeito criado pela ressecção da neoplasia na pálpebra inferior, bem como o tratamento da pele excedente e flácida da pálpebra superior.

No planejamento cirúrgico, optou-se por dimensões do retalho pouco maiores que o defeito, para compensar retração cicatricial secundária, habitual nesses casos. Esse cuidado teve como objetivo evitar esclera aparente ou até ectrópio palpebral inferior. A área doadora desse retalho permitiu também fácil acesso às bolsas de gordura, que tiveram seu excesso removido, além de propiciar a realização da cantopexia, objetivando discreta elevação da pálpebra inferior, bem como melhorar a tensão tarso-ligamentar lateral. No lado contralateral, a utilização da blefaroplastia cutânea clássica objetivou a obtenção de simetria do resultado em comparação ao lado afetado pela lesão. A retirada de tira de músculo orbicular teve como intuito igualmente conseguir aspecto semelhante ao lado contrário.

A adoção dessa estratégia cirúrgica permitiu atingir resultado satisfatório, tanto no tratamento da neoplasia como na insatisfação estética da paciente relacionada à região palpebral. É sabido que retalhos de vizinhança oferecem resultados interessantes, pois têm textura e coloração semelhantes às da área receptora, fato que foi decisivo no planejamento da reparação.

CONCLUSÃO

A realização de blefaroplastia estética concomitante ao tratamento cirúrgico de lesões cutâneas benignas ou até malignas pouco agressivas, que acometem a região palpebral,

pode ser segura. Para tal, devem ser obedecidos critérios técnicos habituais de segurança relacionados a margens de ressecção cirúrgica, troca de material cirúrgico utilizado na ressecção do tumor, etiologia do tumor e, principalmente, bom senso do cirurgião quanto à indicação. Além disso, a blefaroplastia estética pode auxiliar na reconstrução dos defeitos gerados pela ressecção dessas lesões, como no caso descrito.

Obviamente, a decisão pela realização da blefaroplastia concomitante deverá ser baseada na firme convicção de que não trará malefício ao paciente, ao dificultar a detecção de eventual recidiva ou mesmo diminuindo áreas doadoras de pele de vizinhança passíveis de serem utilizadas em reconstruções futuras.

REFERÊNCIAS

1. Gotlib N, Schroh RG, Garcia Fernandez A, Khaski SV. Tricoadenoma. *Rev Argent Dermatol.* 1987;68(4):214-5.
2. Garcia e Silva L. Tricoadenoma de Nikolowski. *Med Cutan Ibero Lat Am.* 1982;10(2):85-8.
3. Bañuls J, Silvestre JF, Sevilla A, Morell A, Betiloch I, Botella R. Tricoadenoma of Nikolowski. *Int J Dermatol.* 1995;34(10):711-2.
4. Casas JG. Tumores pilosos [tese de doutorado]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina; 1982. p. 44-6.
5. Duperrat B, Mascaro JM. Essai de classification des tumeurs issues du folliculaire pileaire. *Ann Derm Syph.* 1965;92:241.
6. Mehregan AH, Rahbari H. Benign epithelial tumors of the skin. III: Benign hair follicle tumors. *Cutis.* 1977;19(5):595-9.
7. Pinkus E, Mehregan AH. A guide to dermatohistopathology. 2nd ed. New York: Appleton-Century-Crofts; 1976. p. 544.
8. Rahbari H, Mehregan AH. Benign follicular neoplasias. *J Dermatol Surg Oncol.* 1979;5(4):295-8.
9. Rahbari H, Mehregan A, Pinkus H. Tricoadenoma of Nikolowski. *J Cut Pathol.* 1977;4(2):90-8.
10. Rueda LA. Histogénesis de los tumores anexiales. *Med Cutan Ibero Lat Am.* 1973;7:35.
11. Miller CJ, Ioffreda MD, Billingsley EM. Sebaceous carcinoma, basal cell carcinoma, tricoadenoma, trichoblastoma, and syringocystadenoma papilliferum arising within a nevus sebaceus. *Dermatol Surg.* 2004;30(12 Pt 2):1546-9.
12. González-Vela MC, Val-Bernal JF, Garcia-Alberdi E, González-López MA, Fernández-Llaca JH. Tricoadenoma associated with an intradermal melanocytic nevus: a combined malformation. *Am J Dermatopathol.* 2007;29(1):92-5.
13. Shields JA, Shields CL, Eagle RC Jr. Tricoadenoma of the eyelid. *Am J Ophthalmol.* 1998;126(6):846-8.

Correspondência para:

Álvaro Júlio de Andrade Sá
Rua Teodoro Sampaio, 342 – ap. 34 – Pinheiros – São Paulo, SP, Brasil – CEP 05406-000
E-mail: alvarojulio@ig.com.br