



Abordagem de hidrocistomas palpebrais écrinos por incisão de blefaroplastia inferior

Excision of eyelid eccrine hidrocystomas via lower blepharoplasty incision

THAÍS GOMES CASALI^{1*}
RODRIGO PIMENTA SIZENANDO¹
JULIA LOYOLA FERREIRA¹
HENRIQUE DAL FIOR FIGUEIREDO¹
FERNANDA DINELLI SCALA¹
JOSÉ MAURO DE OLIVEIRA SQUARISI¹
DIOGO PETRONI CAIADO FLEURY¹
FERNANDA ZANATTA FREITAS SANTOS¹

Instituição: Trabalho realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Artigo submetido: 1/8/2013.
Artigo aceito: 6/1/2014.

DOI:10.5935/2177-1235.2015RBCP0125

■ RESUMO

Introdução: O hidrocistoma palpebral écrino corresponde a lesão cística rara, usualmente de pequenas dimensões, não ultrapassando o diâmetro de 10 mm. Sua abordagem usualmente é por excisão simples e biópsia. É alto o índice de recidiva local. **Métodos:** Paciente com múltiplos hidrocistomas bilaterais, vários maiores que 10 mm. Sob anestesia local, foi realizada incisão infraciliar tradicionalmente usada para blefaroplastia inferior e retirada dos hidrocistomas com cápsula íntegra. **Resultados:** Paciente com excelentes resultados estéticos e sem recidivas até o presente momento, mais de seis meses após o procedimento. **Conclusão:** A incisão infraciliar de blefaroplastia inferior é uma técnica promissora para exérese de hidrocistomas maiores que 10 mm. Mais estudos devem ser realizados para confirmação do bom resultado estético-funcional desta técnica.

Descritores: Hidrocistoma; Blefaroplastia; Recidiva.

■ ABSTRACT

Introduction: Eccrine eyelid hidrocystoma is a rare cystic lesion, usually small and not exceeding 10 mm in diameter. Its treatment is usually by simple excision and biopsy. The rate of local recurrence is high. **Methods:** A patient presented with multiple bilateral hidrocystomas, several larger than 10 mm. Under local anesthesia, an infraciliary incision traditionally used for lower blepharoplasty was performed, and hidrocystomas with intact capsules were withdrawn. **Results:** The patient had excellent esthetic results, with no recurrence for more than six months after the procedure. **Conclusion:** The infraciliary lower blepharoplasty incision is a promising technique for excising hidrocystomas larger than 10 mm. More studies should be conducted to confirm the good esthetic and functional outcomes of this technique.

Keywords: Hidrocystoma; Blepharoplasty; Relapse.

¹ Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO

O hidrocistoma palpebral (HP) é uma lesão palpebral de origem ectodérmica, que acomete principalmente indivíduos do sexo feminino, a partir da quarta década de vida. Ainda não é bem definido se são neoplasias benignas de anexos cutâneos ou lesões císticas pseudoneoplásicas¹. Apresentam-se como cistos de conteúdo líquido, únicos ou múltiplos, de coloração acastanhada, na maioria dos casos, que podem acometer pálpebras inferiores e/ou superiores, e serem uni ou bilaterais.

Existem dois tipos histológicos de HP: o hidrocistoma écrino e o apócrino, que podem ser diferenciados ao exame clínico. O primeiro situa-se sob a pele da pálpebra e o segundo, junto aos cílios. Ainda há debate sobre qual o tipo histológico mais prevalente. Segundo estudo de Schellini et al.¹, dos HPs estudados, quase 83% eram apócrinos e apenas 7% écrinos. O mesmo estudo demonstrou que o HP possui prevalência de 0,07% de todas as lesões palpebrais removidas para biópsia¹.

De acordo com a literatura, há várias abordagens possíveis para o tratamento dos HPs, como excisão e sutura, cauterização, punção e drenagem. Porém, o grande obstáculo comum a todas estas é o alto índice de recidiva das lesões. Optou-se, neste trabalho, por excisão cirúrgica das lesões através de incisão empregada na blefaroplastia inferior.

OBJETIVO

Apresentar a incisão infraciliar como abordagem ainda não descrita na literatura para tratamento de HP do tipo écrino.

MÉTODO

Paciente GPP, 68 anos, sexo feminino, com lesões císticas de grande volume em pálpebras superiores e inferiores, bilateralmente. A primeira lesão surgiu havia quatro anos, na região infraciliar esquerda, com aspecto cístico, sendo cauterizada em outro serviço, havia cerca de dois anos. Houve recidiva local e surgimento posterior de múltiplas lesões semelhantes bilateralmente, em regiões periorbitais superiores e inferiores. Relatou prurido nessa região, mas negou dor, alterações nas lesões durante mudanças climáticas ou qualquer alteração na acuidade visual. Não foi realizado nenhum outro tratamento após a primeira intervenção. Paciente hígida, com relato de hiperidrose facial, com uma irmã de 50 anos com lesão semelhante, única, em pálpebra direita.

Ao exame, constataram-se múltiplas lesões periorbitais císticas, com diâmetro variando de 3 a 12 mm, indolores à palpação e consistentes com o diagnóstico clínico de hidrocistoma (Figura 1).

Foi realizada anestesia local, utilizando lidocaína 2% com vasoconstrictor. Realizada a incisão via transcutânea infraciliar, acompanhando a linha do

tarso, com acesso imediato aos múltiplos cistos, que se encontravam logo abaixo da derme, tornando a dissecação extremamente delicada nesse momento. A maioria dos cistos foi ressecada com sua cápsula íntegra, de modo a retirar todo o complexo e diminuir as chances de recidiva. Após exérese dos cistos, foi retirada uma pequena elipse de pele redundante, de aproximadamente 2 mm de largura. Não foram ressecadas as bolsas de gordura. Nas lesões das pálpebras superiores, optou-se pela exérese simples, com incisão sobre a pele acima do cisto. Realizada sutura da pele com pontos simples de mononylon 5.0, retirados no quinto dia pós-operatório. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de hidrocistoma écrino (Figuras 2, 3 e 4).



Figura 1. Pré-operatório - Paciente com grandes hidrocistomas bilaterais.



Figura 2. Início da operação - Incisão infraciliar, sob anestesia local.



Figura 3. Dissecção meticulosa das lesões - Lesões já expostas, de grande tamanho, com cápsula íntegra.

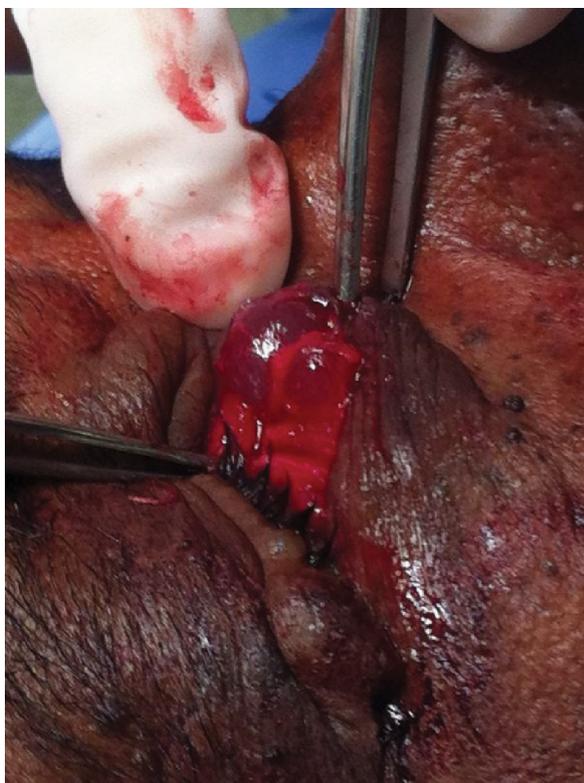


Figura 4. Retirada das lesões - Lesões com integridade da cápsula.

RESULTADOS

Obteve-se um resultado estético satisfatório. Em sua avaliação mais recente, seis meses após a cirurgia, a paciente persiste sem recidivas e sem complicações associadas ao tipo de incisão proposto.

DISCUSSÃO

A técnica utilizada, neste caso, ainda não foi descrita na literatura para os HPs écrinos, sendo encontrada referência apenas para hidrocistomas apócrinos e recorrentes, associados a síndromes genéticas^{2,3}. Tal abordagem se mostrou útil no sentido de evitar ao máximo a ruptura das lesões, uma vez que o campo visual se mostrou amplo, com maior facilidade na identificação de todas as lesões.

Além disso, realizando-se uma única incisão logo abaixo dos cílios, com ressecção mínima do excesso de pele palpebral, foi possível deixar apenas uma cicatriz praticamente imperceptível, o que tornou a paciente muito satisfeita com o resultado (Figura 5).

O HP écrino é originário da glândula sudorípara e configura-se como condição cística rara, apresentando-se como vesículas, geralmente sobre a pele da face e da pálpebra inferior. Já o HP apócrino é afecção decorrente da obstrução do ducto secretório da Glândula de Moll, localizada na margem palpebral. Apresenta-se como vesículas translúcidas, arredondadas, pequenas (de 1 a 3 mm de diâmetro) e não dolorosas¹.

A diferenciação clínica entre essas duas entidades é difícil, mas possível. A localização preferencial do HP apócrino é próxima aos cílios e à via de drenagem lacrimal, enquanto o HP écrino situa-se sob a pele da pálpebra¹.

Histologicamente, a diferenciação torna-se mais simples devido à ausência da secreção por decapitação (perda do citoplasma apical das células de glândulas apócrinas) no caso dos HPs écrinos. Estes apresentam-se

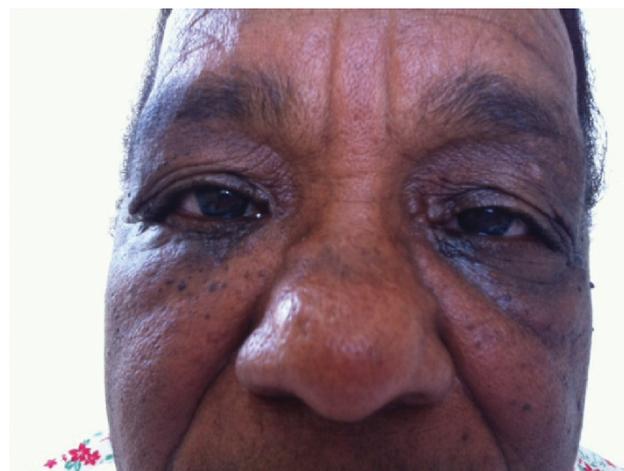


Figura 5. Pós-operatório - Paciente seis meses após procedimento, sem sinais de recidiva das lesões ressecadas.

como cistos de retenção ductal, com apenas uma cavidade cística na derme, parcialmente colapsada. Algumas vezes, apresentam secreção acastanhada devido à lipofucsina de suas células. Não possuem projeções papilíferas, sendo delimitado por uma ou duas camadas de células epiteliais cuboides. Já o hidrocistoma apócrino apresenta, na derme, vários espaços císticos grandes, com projeções papilíferas, sendo revestido por duas camadas de células secretoras. As células mais internas são colunares e apresentam citoplasma eosinofílico⁴.

A etiologia do HP écrino ainda é questionável, porém Robinson⁵, o primeiro a relatar tal patologia, enfatizou a influência do clima quente como fator predisponente, visto que as gotículas de suor seriam acumuladas mais frequentemente na glândula⁵.

De acordo com a definição típica do HP écrino, segundo estudo retrospectivo de Singh et al.⁶, os hidrocistomas maiores que 10 mm são raríssimos⁶.

Lesões pequenas e múltiplas podem ser abordadas por termoablação a laser de CO₂, curetagem e também por ablação química por ácido tricloroacético ou toxina botulínica. Devido à associação com hiper-hidrose, se propõe que anticolinérgicos podem ser efetivos. Encontra-se na literatura relato de tratamento com sulfato de atropina tópico, glicopirrolato 0,5% em solução aquosa e também agentes anticolinérgicos orais^{7,8}. Estes tratamentos foram eficazes para lesões múltiplas e pequenas, não sendo conhecido o seu efeito em cistos maiores⁹.

O presente caso distancia-se de tal padrão, visto que os hidrocistomas eram de grandes dimensões, confluentes, sendo vários deles maiores que 10 mm, em pálpebra superior e inferior, bilateralmente. A paciente manteve pequenas lesões em borda medial da pálpebra superior esquerda, que não foram ressecadas no mesmo tempo cirúrgico devido ao tempo de cirurgia prolongado e ao incômodo manifestado por ela no transoperatório.

A despeito das vantagens dessa técnica, deve-se ressaltar a dificuldade encontrada na dissecação dos cistos em relação à derme. Os cistos encontravam-se muito aderentes à mesma, tornando a dissecação extremamente delicada, a fim de evitar a ruptura da cápsula. Devido à previsível retração da pele no pós-operatório, a ressecção da pele excedente foi bastante criteriosa, visando à prevenção do ectrópio e de outras complicações.

Tal aspecto tornou a exérese em bloco muito mais complexa, pois a simples incisão justalesional era

praticamente impossível, devido ao grande número e ao tamanho das lesões.

Apesar do aspecto característico dos hidrocistomas, o exame histopatológico é sempre recomendável, pois permite a identificação de lesões malignas clinicamente semelhantes.

O HP permanece como lesão raramente encontrada na prática médica, ainda não havendo consenso quanto à melhor forma de abordagem. É sempre importante recorrer ao exame anatomopatológico para a confirmação da benignidade das lesões ressecadas.

CONCLUSÃO

A incisão infraciliar é uma técnica adequada e promissora para exérese de hidrocistomas maiores que 10 mm e seu emprego deve ser estimulado. Mais estudos devem ser realizados para confirmação dos excelentes resultados desta técnica.

REFERÊNCIAS

- Schellini SA, Pinto APC, Castilho CN, Achilles AB, Padovani CR, Marques MEA. Hidrocistoma écrino e apócrino na pálpebra – Casuística na Faculdade de Medicina de Botucatu - São Paulo. *An Bras Dermatol*. 2001; 76(3):283-8.
- Mallaiah U, Dickinson J. Photo essay: bilateral multiple eyelid apocrine hidrocystomas and ectodermal dysplasia. *Arch Ophthalmol*. 2001;119(12):1866-7. <http://dx.doi.org/10.1001/archophth.119.12.1866>. PMID:11735807.
- Henderer JD, Tanenbaum M. Excision of multiple eyelid apocrine hidrocystomas via an en-bloc lower eyelid blepharoplasty incision. *Ophthalmic Surg Lasers*. 2000;31(2):157-61. PMID:10743931.
- Alessi E, Gianotti R, Coggi A. Multiple apocrine hidrocystomas of the eyelids. *Br J Dermatol*. 1997;137(4):642-5. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.1997.tb03803.x>. PMID:9390347.
- Robinson AR. Hidrocistoma. *J Cutan Genitourin Dis*. 1893;11:293-303.
- Singh AD, McCloskey L, Parsons MA, Slater DN. Eccrine hidrocistoma of the eyelid. *Eye*. 2005;19(1):77-9. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.eye.6701404>. PMID:15205675.
- Vashi N, Mandal R. Giant multi-loculated apocrine hidrocystomas. *Dermatol Online J*. 2010;16(11):16. PMID:21163167.
- Saucedo GMG, Jiménez JCM, Puya RJ, Bujaldon AR. Topical glycopyrrolate: a successful treatment for craniofacial hyperhidrosis and eccrine hidrocystomas. *Dermatol Ther*. 2010;23(1):94-7. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1529-8019.2009.01296.x>.
- Shimizu A, Tamura A, Ishikawa O. Multiple apocrine hidrocystomas of the eyelids treated with trichloroacetic acid. *Eur J Dermatol*. 2009;19(4):398-9. PMID:19467969.

*Autor correspondente:

Thaís Gomes Casali

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais - Rua Buenos Aires, 213,

Complemento 312 - Sion - Belo Horizonte, MG, Brasil

CEP 30315-570

E-mail: casalithais@hotmail.com