

XANTELASMA – RELATO DE UM CASO*

André Henrique Miranda¹, Seizo Yamashita², Daniel Mantoanelli³

Resumo Os autores relatam um caso raro em paciente do sexo masculino, de 71 anos de idade, com história de surgimento de “carocinho” na pálpebra superior direita há nove anos, que teve aumento importante há um ano. A tomografia computadorizada evidenciou espessamento da musculatura do reto lateral e de partes moles adjacentes. O diagnóstico pela biópsia foi de xantelasma.

Unitermos: Xantelasma palpebral. Tomografia computadorizada.

Abstract *Eyelid xanthelasma – a case report.*

The authors report a rare case of a 71-year-old male patient with a 9-year history of appearance of a “little node” in the right superior eyelid, which increased significantly in size in the last year. Computed tomography showed thickening of the lateral rectus muscle and adjacent soft tissues. The diagnosis after biopsy was xanthelasma.

Key words: Eyelid xanthelasma. Computed tomography.

INTRODUÇÃO

As lesões xantomatosas localizadas que envolvem as pálpebras incluem o xantelasma e o histiocitoma fibroso.

O xantelasma ou xantoma plano é um tumor benigno, de origem conjuntival, resultante da infiltração na derme e no corpo papilar de células xantomatosas⁽¹⁾. O xantelasma constitui lesão reacional localizada composta de histiócitos espumosos (“foam histiocytes”).

Cerca de dois terços dos pacientes com xantelasma são normolipidêmicos, mas este pode ocorrer em pacientes que se encaixam nos cinco subtipos da hiperlipidemia secundária (especialmente subtipos II e III)⁽²⁾, além dos pacientes com enfermidades associadas a hiperlipidemia secundária (por exemplo, diabetes mellitus, cirrose biliar primária).

Caracterizam a formação tumoral placas de cor amarelo-escuro ou acastanhada, de superfície aveludada, lisa ou discretamente granulosa e de consistência

mole, dispostas simetricamente, que se iniciam, habitualmente, nos cantos internos e nas pálpebras superiores e acabam por envolver as inferiores, também nos cantos internos⁽¹⁾.

As placas xantomatosas indolores, de evolução muito lenta, coalescentes por vezes, têm predileção por pacientes do sexo feminino⁽¹⁾, surgindo em mulheres de meia-idade ou em pacientes com idade mais avançada⁽³⁾.

Em grande parte dos casos, o tratamento para este tipo de lesão está baseado em fatores estéticos, sendo a remoção cirúrgica o meio mais utilizado. Há relato, também, do uso de probucol, com caráter mais preventivo. Isto porque esta substância é utilizada no tratamento da hipercolesterolemia primária, estando associada à regressão do xantelasma e à prevenção da recorrência⁽⁴⁾. Vale ressaltar, por fim, que as recidivas tumorais são muito freqüentes⁽¹⁾.

É relatado um caso de um paciente do sexo masculino, de 71 anos de idade, que procurou o serviço da Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp, em função do surgimento de um “carocinho” na pálpebra superior do olho direito há nove anos e que vinha aumentando de tamanho há cerca de um ano. O paciente realizou tomografia computadorizada das órbitas, que evidenciou espessamento da musculatura do reto lateral e partes moles adjacentes, bilateralmente. Feita a biópsia, o diagnóstico anatomopatológico foi de xantelasma.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, de 71 anos de idade, negro, natural de Arari, SP, procurou o serviço da Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp, com história de ter tido leishmaniose há 30 anos, que evoluiu com destruição do septo nasal. Referia, na época, obstrução nasal ao contato com poeira, e o paciente buscava a correção estética. Além disso, referia o surgimento de um “carocinho” na pálpebra superior direita há nove anos. Contava o paciente que havia sido submetido à correção cirúrgica em outro hospital, há cinco anos. Há três anos, houve nova recidiva dessa massa, que foi aumentando de tamanho e passou para o lado esquerdo, acompanhada de prurido e ardor ocular. O paciente relata ter havido aumento importante da massa há cerca de um ano.

Ao exame físico, apresentava edema palpebral superior bilateralmente, sem sinais flogísticos, com nódulos palpáveis de vários tamanhos.

Foram realizados cortes tomográficos axiais sem contraste (Figura 1) e coronais sem e com contraste iodado endovenoso desse paciente (Figuras 2 e 3), constatando-se espessamento da musculatura do reto lateral e de partes moles adjacentes, bilateralmente.

Foi feito estudo citopatológico, com diagnóstico de hiperplasia linfóide rica em plasmócitos e células jovens. Pela dúvida diagnóstica, o paciente foi sub-

* Trabalho realizado no Serviço de Diagnóstico por Imagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp), Botucatu, SP.

1. Aluno do 6º ano da Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp.

2. Professor do Departamento de Doenças Tropicais e Diagnóstico por Imagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp.

3. Residente do 3º ano da Disciplina de Diagnóstico por Imagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp.

Endereço para correspondência: André Henrique Miranda. Alameda dos Tupiniquins, 57, apto. 41, Planalto Paulista. São Paulo, SP, 04077-000. E-mail: andre Miranda@ajato.com.br

Aceito para publicação em 20/9/2000.



Figura 1. Corte tomográfico axial da órbita, sem contraste, mostra espessamento difuso do músculo reto lateral e de partes moles adjacentes, sendo mais intenso à direita.

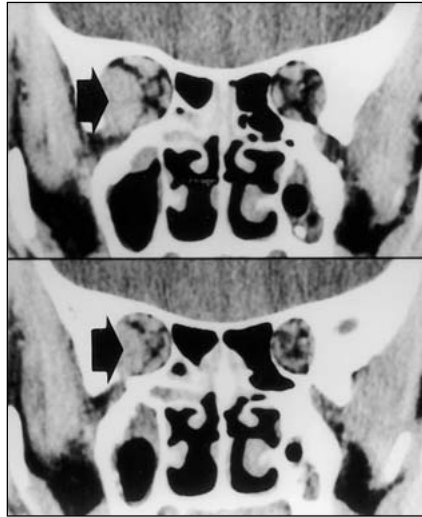


Figura 2. Corte tomográfico no plano coronal da órbita, na fase sem contraste, evidenciando melhor o espessamento do músculo reto lateral à direita.



Figura 3. Corte tomográfico no plano coronal da órbita, na fase com contraste, evidenciando melhor o espessamento do músculo reto lateral à direita, com intenso realce após injeção endovenosa do contraste.

metido a biópsia da lesão e o diagnóstico anatomopatológico foi de xantelasma.

DISCUSSÃO

O xantelasma palpebral ocorre frequentemente na pele, no canto medial superior ou inferior da pálpebra, e provoca uma elevação da gordura.

Microscopicamente, as lesões xantomatosas caracterizam-se por acúmulo dérmico de histiócitos, de aspecto benigno, contendo citoplasma abundante e finamente vacuolado (espumoso). Colesterol (livre e esterificado), fosfolípidos e triglicéridos estão presentes no interior da célula. A celularidade do infiltrado é variável; normalmente, as lesões xantomatosas não estão circundadas por células inflamatórias e fibrose próxima à zona central de células carregadas de lipídios⁽³⁾. As células xantoma-

tosas gigantes multinucleadas são chamadas de células gigantes de Touton e são irregularmente distribuídas na mesma camada.

No caso apresentado, pôde-se notar que, apesar de as lesões xantomatosas terem acometido a pálpebra superior, o paciente era do sexo masculino, fugindo do padrão de acometimento mais comum. A respeito da lipídemia do paciente, não houve dados conclusivos, pois não se realizaram perfis lipídicos.

O estudo tomográfico evidenciou espessamento da musculatura do reto lateral e de partes moles adjacentes, bilateralmente. Ohta *et al.*⁽³⁾ evidenciaram, em seu relato de um caso raro de xantelasma bilateral, tumor com margens mal definidas, tanto aos cortes tomográficos quanto à ressonância magnética.

Os diagnósticos diferenciais considerados, à tomografia computadorizada,

foram de linfoma orbitário, pseudotumor e histiocitose X.

Torna-se evidente, neste caso, a importância de se correlacionar adequadamente os dados da história e exame físico para que se faça a hipótese diagnóstica, pela imagem, de xantelasma, além dos poucos casos, até agora descritos pela literatura, nos últimos dez anos.

REFERÊNCIAS

1. Gonçalves CP. Pálpebras e suas alterações. In: Gonçalves CP. Oftalmologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1979:473.
2. Spencer WH. Eyelids and lacrimal drainage system. In: Font RL, ed. Ophthalmic pathology. 3rd ed. Philadelphia: Saunders, 1986:2248.
3. Cotran RS, Kumar V, Robbins SL. A pele. In: Murphy GF, Mihm MC, eds. Robbins Patologia estrutural e funcional. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996:1074.
4. Ohta M, Suzuki Y, Sawada M. Bilateral tumor-like invasive xantelasma palpebrarum in the superior palpebra. Ophthal Plast Reconstr Surg 1996;12: 196-8.