

Angioma em tufo e síndrome dolorosa miofascial *

Tufted angioma and myofascial pain syndrome

Roberto Souto da Silva ¹
Lívia Barbosa Nascimento ³
Luna Azulay-Abulafia ⁵

Aline Lopes Bressan ²
Bernard Kawa Kac ⁴

Resumo: O Angioma em tufo é considerado um raro tumor vascular cutâneo adquirido. Caracteriza-se por máculas purpúrico-violáceas, dolorosas que podem evoluir para placas com pápulas angiomasas. Tem natureza benigna, mas o envolvimento extenso é comum, gerando alteração funcional do membro afetado em caso de dor. Os autores relatam um caso de angioma em tufo associado à síndrome dolorosa miofascial, em que o elemento predisponente foi a presença deste tumor desde a infância. A dor local prejudicou a utilização da musculatura e possibilitou o surgimento da síndrome relatada. A realização de bloqueio anestésico de pontos-gatilhos no membro afetado, levou à melhora total dos sintomas.

Palavras-chave: Anestesia local; Hemangioma; Síndrome da dor miofascial

Abstract: Tufted angioma is a rare acquired vascular tumor. It is characterized by painful purplish macules that may progress to plaques containing angiomatous papules. The condition is benign; however, it often affects extensive areas of the skin, leading to functional disability of the affected limb if painful. The present report describes a case of a tufted angioma associated with myofascial pain syndrome in which the predisposing element was the presence of this tumor since childhood. Pain at the site of the lesion affected muscle use and led to the onset of the associated syndrome. Complete relief from symptoms was achieved by blocking the trigger points of the affected limb with anesthesia.

Keywords: Local anesthesia; Hemangioma; Myofascial pain syndrome

INTRODUÇÃO

O Angioma em tufo (AT) foi descrito, em 1949, por Nakagawa. Considerado um tumor vascular cutâneo adquirido raro, geralmente, ocorre antes dos cinco anos de idade.¹ Entretanto casos congênitos,^{1,2} durante a adolescência, gravidez e em adultos foram descritos. Ocorre comumente no pescoço, parte superior do tórax e ombros, mas pode acometer parte proximal dos membros, face e couro cabeludo. Clinicamente apresenta máculas purpúrico-violáceas que podem evoluir para placas com pápulas angiomasas sobrepostas. O AT, na maioria dos casos é doloroso, endurecido, não

compressível; apresenta crescimento lento, e pode apresentar hipertricose e hiperidrose sobrejacente.³ Embora, de natureza benigna, o envolvimento extenso é comum, gerando aparência desfigurante e comprometimento funcional no caso de haver dor. A evolução natural é de um crescimento lento e progressivo com estabilização na maioria dos casos, podendo inclusive ocorrer involução espontânea.^{4,5} Histopatologicamente apresenta vasos na derme superficial e profunda com padrão em bola de canhão (Figura 1).⁶ Diversos tratamentos já foram tentados, nenhum sendo considerado de

Recebido em 07.10.2009.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 11.05.2010.

* Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / *Conflict of interest: None*

Suporte financeiro: Nenhum / *Financial funding: None*

¹ Mestrando em Medicina pela FCM-UERJ, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Dermatologia.

² Especialista em Clínica Médica; Graduada em Dermatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³ Mestranda em Medicina pela UFF, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Dermatologia.

⁴ Preceptor do curso de pós-graduação do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (SCMRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵ PhD em Dermatologia, Professora Adjunta em Dermatologia da UERJ, Preceptora dos cursos de pós-graduação em Dermatologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (SCMRJ). Prof. da Universidade Gama Filho (UGF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

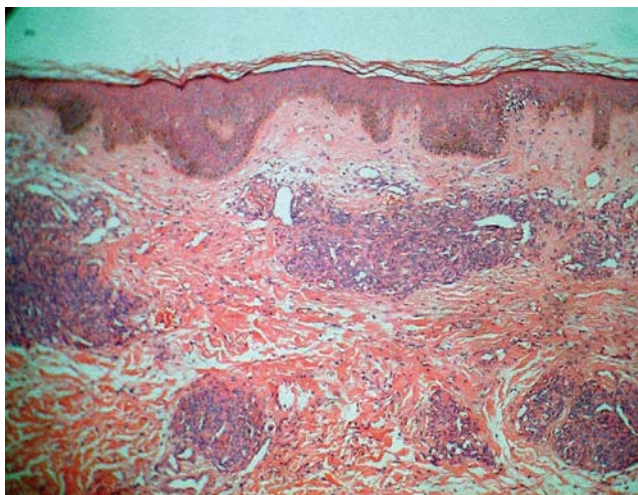


FIGURA 1: Vasos na derme superficial e profunda dispostos em padrão "bola de canhão"

primeira linha. Entre eles: a excisão cirúrgica, corticosteroide tópico e oral, interferon-alfa, *pulsed-dye* laser.

RELATO DO CASO

Jovem do sexo feminino, 20 anos com lesão eritemato-violácea no braço esquerdo (Figura 2), desde um ano de idade,⁷ com crescimento lento até os dez anos de idade (Figura 3). Apresenta como sintoma principal dor espontânea e à palpação, com piora nos últimos cinco anos, associado à disestesia no braço esquerdo. Acompanhou em outro serviço onde realizou biópsia (laudo histopatológico de AT). Foi tratada com clobetasol tópico e amitriptilina oral, porém sem melhora. Procurou o nosso ambulatório sendo prescrito capsaicina 0,025% tópica com melhora inicial. Apesar da resposta favorável, ocorreu recidiva da sin-



FIGURA 2: Lesões angiomasas micronodulares na parte interna do braço esquerdo



FIGURA 3: Lesão em placa eritemato-violácea com micronódulos sobrepostos na região dorsal do braço esquerdo

tomatologia, sendo solicitado parecer para a Clínica da Dor. Nesse momento, foi feito diagnóstico de síndrome dolorosa miofascial (SDM), com início de amitriptilina, gabapentina e realização de bloqueio anestésico de pontos-gatilhos na região dorsal superior ipsilateral ao membro afetado. Após duas infiltrações houve desaparecimento da dor local. Antes da realização da terceira infiltração a paciente engravidou o que apesar de não contra-indicar a infiltração, impossibilitou tratamentos sistêmicos para o angioma.

DISCUSSÃO

A idade de aparecimento da lesão vascular na nossa paciente e a sua localização é compatível com os dados na literatura.^{2,3} Com o passar dos anos a lesão foi aumentando de tamanho, porém na puberdade houve estabilização. Entretanto ocorreu intensificação da dor chegando a dificultar o movimento do membro acometido,⁸ que já apresentava uma leve hipotrofia. A terapêutica escolhida foi o uso tópico de capsaicina 0,025%. Apesar de uma melhora inicial, houve recidiva da dor, sendo encaminhada para a Clínica da Dor, que concluiu o diagnóstico de SDM.⁹ Esta caracteriza-se pela presença de dor regional, ou seja, acometendo apenas um membro ou uma parte do corpo sendo associada à presença de pontos-gatilho.¹⁰ O principal fator causador é o mau uso da musculatura, devido à falta de atividade física, traumas e compressões. Em nossa paciente, o elemento predisponente foi o AT desde a infância, que devido à dor local prejudicou a utilização da musculatura. A parte mais importante no processo diagnóstico é o exame físico, no qual o médico deve realizar a palpação cuidadosa da região dolorosa identificando os pontos-gatilho.^{9,10} No tratamento, algumas etapas básicas devem ser seguidas: administração de medicamentos, terapia local e corre-

ção de fatores perpetuantes.¹¹ Em nossa paciente o difícil manejo do AT através de procedimentos ablativos,¹² além do impedimento do uso de interferon pela gravidez, impossibilitou a exclusão do fator perpetuante.^{2,8} A estabilidade da lesão e o não acometimento de estruturas nobres permitem uma conduta expectante. Os medicamentos indicados incluem desde analgésicos até antidepressivos tricíclicos, conforme a gravidade.¹¹ As intervenções localizadas são mais eficientes para a desativação dos pontos-gatilho. Estas melhoram a função muscular, por meio de exercícios ou procedimentos diretamente sobre os pontos-gatilho, como infiltração de lidocaína. Em nossa paciente foi iniciado tratamento com antidepressivos tricíclicos e realizado bloqueio anestésico, com melhora acentuada da dor e do movimento do mem-

bro afetado após duas aplicações. Em determinadas situações a exclusão do fator precipitante não é possível, sendo o alívio da dor a única forma de controle.⁹

No caso apresentado constatou-se a rara coexistência das duas condições: AT e SDM. O difícil diagnóstico dessa síndrome nos remete à grande importância da interconsulta com outra especialidade. Por ser o AT uma condição crônica em geral dolorosa, na maioria das vezes de início na infância, apesar da sua estabilização logo após a puberdade, ele possibilita o desenvolvimento de tal síndrome. O não acometimento de estruturas nobres e a dificuldade de tratamento definitivo permitem considerar a analgesia oral e localizada como uma excelente possibilidade terapêutica, como o realizado na nossa paciente, até o momento do início da gestação. □

REFERÊNCIAS

1. Heagerty AH, Rubin A, Robinson TW. Familial tufted angioma. *Clin Exp Dermatol*. 1992;17:344-5.
2. Wong S-N, Tay YK. Tufted angioma: a report of five cases. *Pediatr Dermatol*. 2002;19:388-93.
3. Herron MD, Coffin CM, Vanderhooft SL. Tufted angiomas: variability of the clinical morphology. *Pediatr Dermatol*. 2002;19:394-401.
4. McKenna KE, McCusker G. Spontaneous regression of a tufted angioma. *Clin Exp Dermatol*. 2000;25:656-658.
5. Jang KA, Choi JH, Sung KJ, Moon KC, Koh JK. Congenital linear tufted angioma with spontaneous regression. *Br J Dermatol*. 1998;138:912-4.
6. Lam WY, Mac-Moune Lai F, Look CN, Choi PC, Allen PW. Tufted angioma with complete regression. *J Cutan Pathol*. 1994;21:461-6.
7. Satter EK, Graham BS, Gibbs NF. Congenital tufted angioma. *Pediatr Dermatol*. 2002;19:445-7.
8. Bernstein EF, Kantor G, Howe N, Savit RM, Koblenzer PJ, Uitto J. Tufted angioma of the thigh. *J Am Acad Dermatol*. 1994;31:307-11.
9. Yeng LT, Kaziyama H. Síndrome dolorosa miofascial. *Rev Med*. 2001;80:94-110.
10. Sande LP, Parizzoto N, Castro CES. Síndrome dolorosa miofascial - Artigo de Revisão. *Rev Bras Fisioter*. 1999;4:1-9.
11. Simons DG. Understanding e effective treatments of myofascial trigger points. *J Bodyw Mov Ther*. 2002;6:81-8.
12. Cardoso AEO, Tayti T, Oliveira JP, Torezan LA, Sotto MN, Vilela MA, et al. Angioma em tufos: relato de um caso tratado com laser corante pulsado. *An. Bras. Dermatol*. 2006;81(5 Supl 3):S273-6.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Roberto Souto da Silva
Praia João Caetano 81 apt. 602
24210-405 Niteroi - RJ
Tel: 21 2618 3021 / 8671 5671
E-mail: rs_souto@yahoo.com.br

Como citar este artigo/How to cite this article: Souto RS, Bressan AL, Nascimento LB, Kac BK, Azulay-Abulafia L. Angioma em tufo e síndrome dolorosa miofascial. *An Bras Dermatol*. 2011;86(1):125-7.