

# Tricoepitelioma

## Relato de um caso

IVAN DUNSHEE DE A. OLIVEIRA SANTOS<sup>1</sup>, DULCE MARIA FONSECA SOARES MARTINS<sup>2</sup>,  
FLÁVIO CAMPAÑA INOJOSA<sup>3</sup>, SIDNEY BANDEIRA CARTAXO DE MELO<sup>4</sup>, DINO CARLOS BANDIERA<sup>5</sup>

**Unitermos:** Tricoepitelioma; Epitelioma-adenóide cístico

**Key words:** Trichoepithelioma; Epithelioma-adenoides cysticum

**RESUMO** — Um caso raro de tricoepitelioma múltiplo, pela exuberância e precocidade das lesões, é analisado principalmente quanto às dificuldades terapêuticas encontradas e sua evolução. Revisão bibliográfica ajudou a análise e discussão do caso.

## INTRODUÇÃO

O tricoepitelioma é um tumor diferenciado relacionado com o folículo piloso, usualmente múltiplo e que se apresenta sob duas formas clínicas: 1) múltipla, hereditária, tipo dominante não ligado ao sexo, com lesões que se localizam sobretudo na face, couro cabeludo e parte superior do tórax; é conhecido também como adenoma sebáceo tipo Balzer; 2) solitária, que pode aparecer em qualquer parte do corpo, tendo preferência também pela face; não é hereditário e denomina-se tricoepitelioma solitário.

Muitas vezes o diagnóstico é difícil, sendo a história clínica e os antecedentes familiares determinantes.

## LITERATURA

Balzer<sup>(1)</sup> relatou dois casos de adenomas sebáceos, um em 1885 e outro em 1886.

Em 1892, Brooke<sup>(2)</sup> relatou um estado de 4 pacientes, 2 deles com descrição histopatológica, denominando os casos como epitelioma adenóide cístico.

Em 1922, Savatard<sup>(10)</sup> relatou a ocorrência do tricoepitelioma solitário. Mais tarde, Traekle<sup>(13)</sup> e Zelegman<sup>(14)</sup> relataram também exemplos de lesões solitárias, sem qualquer relacionamento com o tricoepitelioma múltiplo.

Goldman<sup>(6)</sup>, Fliegelman & Kruse<sup>(3)</sup> e Gaul<sup>(5)</sup> relataram o padrão hereditário no tricoepitelioma como uma herança regular dominante autossômica sem vínculo de sexo.

Gray<sup>(7)</sup> fez estudos de 109 lesões de 50 pacientes com epitelioma adenóide cístico e 83 lesões em 82 pacientes com tricoepitelioma solitário, informando: o tricoepitelioma solitário não ocorre em pacientes com história familiar de lesões múltiplas. Esta descoberta contraria o conceito de que as lesões solitárias são uma forma frustra do tricoepitelioma múltiplo. Relata também que anomalias congênitas somente foram encontradas em 1 paciente que apresentou cistos múltiplos de pulmão e rim.

Nesta casuística de epitelioma adenóide cístico as lesões sempre foram numerosas, pequenas, de 0,2 a 0,5cm, redondas, papulares, localizando-se preferencialmente nos sulcos nasolabiais, pálpebra, fronte, couro cabeludo e dorso. A cor era amarela ou ligeiramente rosada, com bri-

Trabalho realizado na Disciplina de Cirurgia Plástica do Departamento de Cirurgia da Escola Paulista de Medicina (Serviço do Prof. Dr. Jorge de Moura Andrews).

1. Titular do Departamento de Pele e Tegumento do Hospital A.C. Camargo. Pós-Graduando e Representante pelo Setor de Tumores de Pele da Disciplina de Cirurgia Plástica do Departamento de Cirurgia da Escola Paulista de Medicina.
2. Professora Assistente da Disciplina de Cirurgia Plástica do Departamento de Cirurgia da Escola Paulista de Medicina.
3. Pós-Graduando da Disciplina de Cirurgia Plástica do Departamento de Cirurgia da Escola Paulista de Medicina.
4. Estagiário da Disciplina de Cirurgia Plástica do Departamento de Cirurgia da Escola Paulista de Medicina.
5. Professor Adjunto da Disciplina de Cirurgia Plástica do Departamento de Cirurgia da Escola Paulista de Medicina.

lho translúcido, com pequenas telangectasias e raramente se ulceraram.

Gray<sup>(7)</sup> afirma ainda que o tricoepitelioma múltiplo e o tricoepitelioma solitário não podem ser diferenciados histopatologicamente e somente o são pela história clínica. Em nenhum caso houve evidências histopatológicas de transformação em carcinoma basocelular.

Rook<sup>(9)</sup> relata também não ter encontrado transformação dos tricoepiteliomas em carcinoma basocelulares. Lembra todavia que o crescimento contínuo e a presença de ulcerações levam os médicos não especializados a pensarem com frequência em neoplasias malignas.

Quanto ao tratamento, Suttom<sup>(12)</sup>, em 1938, descrevia uma gama enorme de procedimentos terapêuticos que eram usados na época, como radioterapia, aplicação de compostos químicos ácidos, eletrodissecção, excisão cirúrgica, etc. Nesta época havia o conceito da malignização freqüente dos tricoepiteliomas; por isso, o tratamento era mais radical.

Atualmente os autores são concordes em que as únicas razões para intervir nessas lesões são para exames histopatológicos, para diagnóstico diferencial com carcinomas basocelulares, principalmente no tricoepitelioma solitário, e para melhoria do aspecto estético no tricoepitelioma múltiplo<sup>(8,9,11)</sup>.

Rook<sup>(9)</sup> aconselha mesmo que o tratamento dessas lesões deve ser realizado por cirurgias plásticas.

A eletrodissecção e a cirurgia são as modalidades terapêuticas de escolha hoje em dia.

Flores e cols.<sup>(4)</sup> publicaram um caso de tratamento de uma mulher branca, 29 anos, com tricoepitelioma múltiplo com laser de argônio, com ótimo resultado, embora com seguimento curto.

A evolução no tricoepitelioma múltiplo é de recidiva de lesões tratadas e de aparecimento de novas lesões em praticamente todos os casos.

## RELATO DE UM CASO

M.A.S., 8 anos, parda, foi encaminhada ao Serviço de Cirurgia Plástica da Escola Paulista de Medicina com tumores múltiplos na pele da face, couro cabeludo e região dorsal.

A mãe informa que as lesões apareceram há 4 anos, pequenas e pouco numerosas. Rapidamente multiplicaram-se, cresceram e tornaram-se confluentes, principalmente na parte central da face. Como antecedentes, relata que os pais são primos em 1º grau. Refere também a existência de um primo da paciente com quadro semelhante.

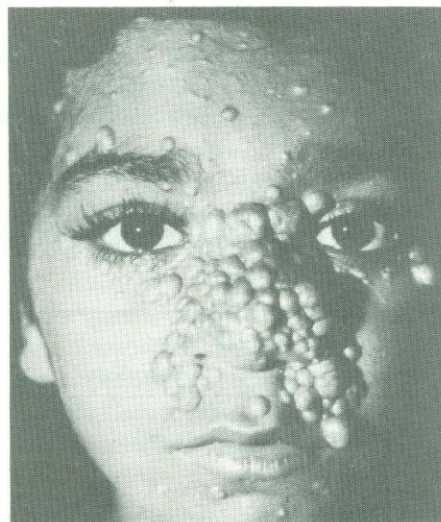


Fig. 1

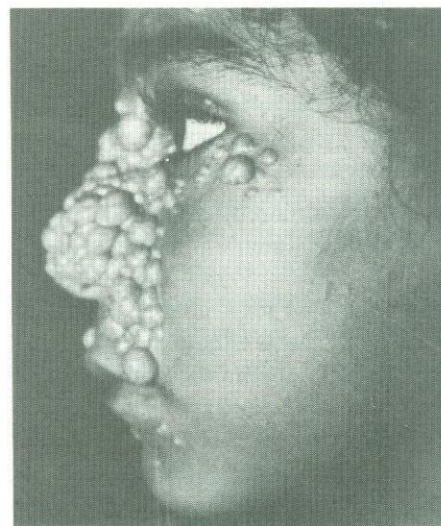


Fig. 2

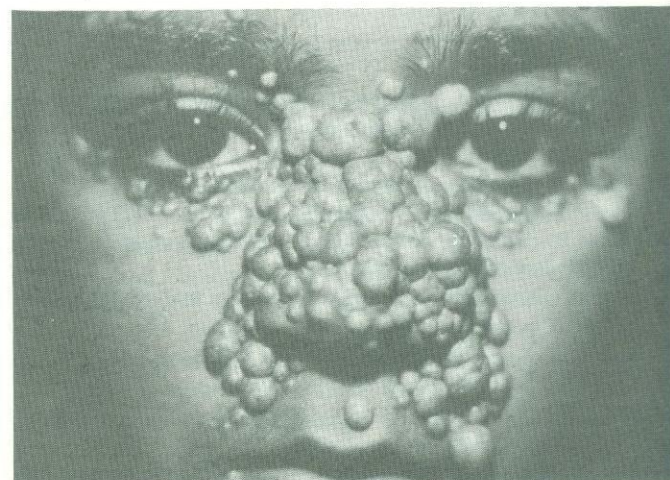


Fig. 3

Ao exame físico, notamos lesões vegetantes, nodulares, amendoadas, com superfície lisa, de cor amarelo-rosada, localizadas em toda a pirâmide nasal, sulco nasogeniano, lábio geniano, pálpebras, região frontal, lábios, mento, couro cabeludo e região dorsal (fig. 1).

No perfil, observamos e proeminência enorme causada no dorso nasal e sulco nasogeniano, pela confluência das lesões (fig. 2).

Olhando mais de perto, notamos telangectasias nas lesões papulares de cor amarelo-rosada, com brilho translúcido, fazendo cada nódulo parecer um carcinoma basocelular. Podemos notar que a abundância das lesões na pirâmide nasal e no sulco lábio-geniano não deixa espaço para pele normal (fig. 3).

**Terapêutica** — Fizemos *shaving*, isto é, secção das lesões em sua base, em um mesmo plano no dorso nasal, exérese e sutura das lesões maiores e das isoladas, principalmente no sulco nasogeniano e região frontal. O exame anatomopatológico dessas lesões confirmou o diagnóstico de tricoepitelioma. Optamos por eletrodissecção das lesões menores, principalmente as da região frontal e pálpebra.

**Evolução** — Observamos boa cicatrização das lesões excisadas e epitelização da região nasal submetida ao *shaving*. As crostas hemáticas destacaram-se por volta da 2ª e 3ª semanas de pós-operatório (fig. 4).

No quarto mês de pós-operatório, notamos presença de cicatriz queloidiana nos sulcos nasolabiais, onde ha-

viam sido ressecadas duas áreas com nódulos volumosos e confluentes (fig. 5).

O quelóide cresceu rapidamente e foi feita a ressecção dessas lesões seguida de betaterapia.

Após 6 meses, notamos novas lesões de tricoepitelioma e mesmo o crescimento de lesões que não puderam ser extirpadas totalmente.

Fizemos nova cirurgia, tomando o cuidado de não aprofundarmos em demasia, a fim de evitarmos as grandes áreas fibrosadas e quelóides.

Na fig. 6 vemos o resultado atual, que acreditamos ser bom para o caso, considerando os fatores que passaremos a discutir.

## DISCUSSÃO

O objetivo que almejamos no tratamento do tricoepitelioma múltiplo é o de destruir permanentemente todas as lesões, sem deixar cicatrizes. No nosso caso, vários fatores nos impedem de atingir integralmente esse objetivo. O principal fator é a exuberância, o tamanho e a coalescência das lesões, que praticamente não deixou nem ilhas de pele normal em dorso nasal e no sulco nasogeniano. Em segundo lugar, a idade da paciente, que requer sempre anestesia geral para as intervenções, dificultando ressecções parceladas. A idade parece também ter influência no aparecimento de novas lesões e, em consequência, na possibilidade de recidiva. Existem casos descritos onde as



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

lesões se estabilizaram na puberdade. O último fator importante, que dificulta o tratamento do presente caso, é a cor morena da pele e sua propensão em fazer quelóides. O aparecimento de quelóides onde fizemos exéreses de grupos de nódulos nos impede de fazermos ressecções mais radicais e mesmo eletrodissecções mais profundas. Talvez após a puberdade possamos tentar aplicar laser de argônio nas recidivas que provavelmente aparecerão, se esse método terapêutico confirmar-se eficaz, inclusive em pele morena.

Acreditamos que a paciente necessitará no futuro de novas intervenções, para eliminar novas lesões que certamente aparecerão. Após a puberdade, poderemos fazer

eletrodissecção ou mesmo laser de argônio, atingindo mais profundamente a derme, sem correr o risco de grandes fibroses e quelóides.

### SUMMARY

*A very unique case of multiple trichoepithelioma, due to its exuberance and precocity of the lesions is analyzed, specially with regard to the therapeutical difficulties faced and the evolution of the disease.*

*A retrospective study of the bibliography helped to analyze and discuss the case.*

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BALZER, F & MENÉTRIÉ. Étude sur un cas d'adenomas sebaces de la face et du cuir chevelu. Arch. Physiol. Norm. Path. (Par.).
2. BROOKE, HG Epithelioma adenoides cysticum. Br. J. Dermatol. 4: 269-286, 1892.
3. FLIEGELMAN, NT & KRUSE, WT Hereditary multiple benign cystic epithelioma. J. Invest. Dermatol. 11: 189-196, 1948.
4. FLORES, JT et al. Trichoepithelioma: successful treatment with the argon laser. Plast. Reconstr. Surg. 74: 694-698, 1984.
5. GAUL, LE Heredity of multiple benign cystic epithelioma: indian family. Arch. Dermatol. 68: 517-524, 1953.
6. GOLDMAN, HJ Multiple benign cystic epithelioma: report of 10 cases in 1 family. JAMA 115: 2.253-2.257, 1940.
7. GRAY, HR & HELWING, EB Epithelioma adenoides cysticum and solitary trichoepithelioma. Arch. Dermatol. 87: 102, 1963.
8. LEVER, WFYS & LEVER, G Histopathology of the skin. 5ª ed., Philadelphia, J.B. Lippincott, 1975. p. 516.
9. ROOK, A Textbook of dermatology. Oxford, Blackwell Scientific, 1968. p. 2.154-2.156. V. 11.
10. SAVATARD, L Epithelioma adenoides cysticum. Br. J. Dermatol. 34: 381-396, 1922.
11. SELDON, REJ et al. Tipos histologicos de tumores de la piel. Organización Mundial de la Salud, 12: 58-59, 1975.
12. SUTTON, RL & SUTTON, RLS Diseases of the skin. St. Louis, C.V. Mosby, 1943.
13. TRAENKLE, HL Epithelioma adenoides cysticum, trichoepithelioma and basal cell cancer. Arch. Dermatol. Syph. 42: 822-839, 1940.
14. ZELIGMAN, I Solitary trichoepithelioma. Arch. Dermatol. 82: 35-40, 1960.

# TELE-CAN

# 270-1233

Para maiores informações, procure a **Rede Feminina de Combate ao Câncer**, da Fundação Antônio Prudente, pelo telefone (011) 278-0826, das 12 às 18 horas, ou à Rua Professor Antônio Prudente, 211 01509 - Liberdade - São Paulo