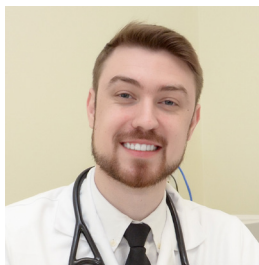


Pilomatricoma de face – tratamento com bolsa concêntrica

Face pilomatricoma – "pursue string suture" treatment



MARCELO LOPES DIAS
KOLLING^{1*}

GABRIELA AGNE MAGNUS¹
FELIPE FERREIRA LARANJEIRA¹
PAULO EDUARDO MACEDO CARUSO¹
JOSÉ HENRIQUE GUIMARÃES FLORIANI¹
MARCOS RICARDO DE OLIVEIRA JAEGER¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0065

INTRODUÇÃO

O pilomatricoma (PM) ou tumor calcificante de Malherbe é uma neoplasia benigna dos anexos cutâneos. Caracteriza-se por um nódulo solitário, firme, móvel e não aderente aos planos profundo e coloração eritema-violácea. Possui crescimento lento e pode estar localizado na região subcutânea ou intradérmica. Predomina em sexo feminino. O diagnóstico pode ser feito por meio do exame físico, exame de imagem e da citologia. O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica, independente da localização da lesão. Se indicada em lesões em fases mais tardias, pode acarretar desagravo estético¹⁻³. Nesse contexto, realizamos no presente caso o fechamento por sutura em bolsa – "pursue string suture", que resultou em pequeno enrugamento inicial, e que foi se reduzindo após duas semanas.

OBJETIVO

Demonstrar o tratamento do pilomatricoma de face pela utilização da sutura em bolsa concêntrica.

MÉTODO

MRK, 3 anos, feminino, apresentava lesão exofítica medindo 3×3 cm na face ao nível do sulco nasogeniano esquerdo, friável ao toque (Figura 1). De crescimento evolutivo, sem bordos perolados, sem evidência de infecção ativa. Foi encaminhado pelo Serviço de Dermatologia para os cuidados da equipe cirúrgica. O exame demonstrava aspecto avermelhado, friável, sangrava ao

RESUMO

Introdução: O pilomatricoma é uma neoplasia benigna rara, de crescimento lento, o qual raramente apresenta sintomas, podendo eventualmente demonstrar sangramento por atrito. Afeta principalmente a população pediátrica. O diagnóstico é clínico, que é confirmado por meio da análise patológica. A ressecção cirúrgica é o tratamento. **Método:** Demonstração da técnica de confecção da bolsa concêntrica no pilomatricoma excisado e comparação com os dados de literatura. **Resultado:** O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de pilomatricoma. A cicatriz resultante do procedimento cirúrgico foi raramente percebida na face. **Conclusões:** O fechamento por sutura em bolsa – "pursue string suture" – representa uma opção com cicatriz reduzida após a excisão do pilomatricoma de face.

Descritores: Neoplasias de anexos e de apêndices autâneos.

ABSTRACT

Introduction: Pilomatricoma is a benign, slow-growing neoplasm, which rarely presents with symptoms. It is a rare condition that mainly affects the pediatric population. Diagnosis is eminently clinical, and confirmation is through pathological analysis. Surgical resection is the gold standard. **Method:** Case report demonstrating the feasibility of complete tumor excision followed by confection of a pursue string suture. Results were compared to the literature databases. **Results:** Inconspicuous scar obtained, and complete tumor excision formed by the pathology specimen. **Conclusions:** The concentric pouch closure – the pursue string suture – showed a good aesthetic and functional outcome after complete surgical excision of the pilomatricoma of the face.

Keywords: Skin neoplasms.

toque, parecia desprender-se da pele adjacente. Após avaliação dermatológica, ficou sugerido o diagnóstico de pilomatricoma. O tratamento cirúrgico proposto foi a ressecção completa da lesão a fim de prevenir recidiva, o que acarretou deformidade visível de cerca de 2 cm de diâmetro na face. A técnica utilizada de fechamento consistiu de sutura em bolsa concêntrica – "pursue string suture" – em alternativa à tradicional excisão elíptica utilizada nesse (Figura 2). O fechamento circular em bolsa permitiu o fechamento direto do defeito, por meio da utilização de pontos de vicryl rapidez 4-0 absorvível, que foram cobertos com micropore e substituídos conforme a evidência de secreção. O resultado obtido foi avaliado sobretudo pela presença de cicatriz perceptível na face, considerando outra alternativa de tratamento que acarretaria como defeito residual a presença de cicatriz de maior comprimento na face (Figura 3).

RESULTADOS

Não houve deiscência de pontos de sutura, se bem que se percebia imediatamente depois do procedimento pequeno orifício central que poderia permitir a entrada de microrganismos. O primeiro curativo foi substituído depois de 48 horas, e a cada 2 dias caso houvesse secreção ou presença de infecção. Não houve infecção, mas havia por cerca de 3-5 dias pequena quantidade de secreção provavelmente relacionada à presença de pequena abertura na área "enrugada" da pele. Na consulta de revisão após cerca de 15 dias, a sutura despreendeu-se espontaneamente, deixando a cicatriz de aspecto

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.



Figura 1. Exame físico evidenciando aspecto avermelhado, friável, e sangrava ao toque.



Figura 2. Ressecção em bloco da lesão, deformidade visível de cerca de 2 cm de diâmetro na face.



Figura 3. A técnica utilizada de fechamento consistiu de sutura em bolsa concêntrica – *pursue string suture*.

avermelhado com um diâmetro aproximado de 3 mm. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de pilomatricoma, e margens livres de tumor. O seguimento clínico consistiu de 12 meses após a ressecção. Não houve recidiva da lesão. A cicatriz permaneceu avermelhada por todo esse período, mas não se percebeu distorção na linha do lábio e no sulco nasogeniano.

DISCUSSÃO

O pilomatricoma foi descrito pela primeira vez em 1880 por Malherbe e Chenantais como um “epitelioma calcificante”, com provável origem nas células das glândulas sebáceas. Em 1961, Forbis e Helwig propõem o termo “pilomatricoma” após demonstrar que as células do córtex do folículo piloso dão origem à lesão¹. Considerado uma neoplasia de pele benigna, o pilomatricoma representa 0,001% a 0,003% de todos os espécimes dermatopatológicos³.

É tipicamente encontrado na população pediátrica, porém a ocorrência em adultos também já foi relatada e está frequentemente associada a malignidade². O pilomatricoma ocorre mais comumente na cabeça e pescoço, em especial na região pré-auricular¹. Excetuando-se linfonodos, constituem o segundo tumor mais excisado em crianças, atrás apenas de cistos epidermóides. Quarenta por cento dos casos ocorrem em pacientes abaixo de 10 anos de idade⁷.

Há um grande número de erros diagnósticos, devido a apresentações clínicas incomuns e/ou desconhecimento desse tumor por parte do médico generalista³. O diagnóstico

diferencial inclui cistos dermóides, cistos sebáceos, seios pré-auriculares remanescentes de fenda branquial, adenopatias, hemangiomas ou tumores malignos de partes moles. O uso de ultrassom, tomografia e ressonância magnética podem auxiliar a investigação do pilomatricoma, principalmente para diferenciação de PM pré-auriculares de neoplasia de glândula parótida⁵. O diagnóstico definitivo é dado a partir da análise anatomopatológica.

Na maioria dos casos, o pilomatricoma apresenta-se como lesão única, assim como apresentado pelo paciente; no entanto, quando múltiplas, associam-se a desordens como síndrome de Gardner, gliomatose cerebral, sarcoidose, entre outras⁴. Regressão espontânea é pouco frequente. O tratamento indicado é a excisão cirúrgica completa da lesão. Apresentam-se essenciais as margens laterais de 1 cm, a fim de minimizar a recorrência local. Outrossim, devido à aderência do tumor à derme, deve-se ressecar a pele adjacente ao tumor⁶. No presente relato, demonstramos de que forma pode ser realizada a excisão completa de uma lesão benigna na face, sem a necessidade de um planejamento de abordagem elíptica, de forma que a cicatriz residual se torne menos aparente. Cabe ressaltar que, qualquer que seja a técnica utilizada, é fundamental que o espécime patológico seja enviado para o patologista, que vai confirmar a presença de margens livres de tumor, bem como o diagnóstico etiológico da lesão.

A recorrência do pilomatricoma é rara (2% a 6 %). Caso ocorra, o cirurgião deve atentar para a possibilidade de variante maligna: pilomatrix-carcinoma⁶. A criança submetida à ressecção cirúrgica foi acompanhada por cerca de um ano, em que não se observaram sinais de recidiva da lesão.

Houve acentuada redução do comprimento da cicatriz esperada caso fosse utilizada uma excisão elíptica nas linhas de força da face. O fechamento por sutura em bolsa representa uma opção com cicatriz reduzida após a excisão do pilomatricoma de face.

CONCLUSÃO

O fechamento por sutura em bolsa – “*pursue string suture*” – representa uma opção com cicatriz reduzida após a excisão do pilomatricoma de face.

REFERÊNCIAS

1. Kwon D, Grekov K, Krishnan M, Dyleski R. Characteristics of pilomatricoma in children: a review of 137 patients. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2014; 78(8):1337-41. doi:10.1016/j.ijporl.2014.05.023. Epub 2014 jun 2. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2014.05.023>
2. Schwarz Y1, Pitaro J1, Waissbluth S1, Daniel SJ2. Review of pediatric head and neck pilomatricoma. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2016; 85:148-53. doi:10.1016/j.ijporl.2016.03.026. Epub 2016 mar 28. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2016.03.026>
3. Nigro LC, Fuller CE, Rhodes JL. Pilomatricoma Presenting as a Rapidly Expanding Mass of the Infant Nasion. *Eplasty*. 2015; 15:e54.
4. Catala I, Bernardos C, Garcia JA, Marti E. Multiple pilomatricomas associated with celiac disease. *An Pediatr (Barc)*. 2004; 60:381-2.
5. Lan MY, Lan MC, Ho CY, Li WY, Lin CZ. Pilomatricoma of the head and neck: a retrospective review of 179 cases. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003; 129(12):1327-30. DOI: <https://doi.org/10.1001/archotol.129.12.1327>
6. Yoshimura Y, Obara S, Mikami T, Matsuda S. Calcifying epithelioma (pilomatricoma) of the head and neck: analysis of 37 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 1997; 35(6):429-32. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0266-4356\(97\)90721-X](https://doi.org/10.1016/S0266-4356(97)90721-X)
7. Yencha MW. Head and neck pilomatricoma in the pediatric age group: a retrospective study and literature review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2001; 57(2):123-8. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0165-5876\(00\)00449-3](https://doi.org/10.1016/S0165-5876(00)00449-3)

*Endereço Autor: **Marcelo Lopes Dias Kolling**
Avenida Alberto Bins, nº 456 - Centro Histórico, Porto Alegre, RS, Brasil
CEP 90030-140
E-mail: marcelokolling91@gmail.com