

Cilindromas Múltiplos — Tumor em Turbante - Relato de Caso

Emerson de Freitas Nogueira¹
Claudinei V. Pimenta¹
Anderson Gonçalves de Freitas Jr.²
Sinval Soares Cruvinel³
Ademir Rocha⁴
Celso de Freitas Pedrosa⁵

- 1] Ex-residente de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de Uberlândia.
- 2] Residente de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de Uberlândia.
- 3] Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de Uberlândia.
- 4] Professor Titular de Patologia da Universidade Federal de Uberlândia.
- 5] Professor adjunto de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de Uberlândia.

Endereço para correspondência:

Anderson Gonçalves de Freitas Júnior

R. Francisco Antônio Fernandes, 209
Uberlândia - MG
38400-119

Unitermos: Cilindroma; tumor em turbante; tumor de anexos cutâneos.

RESUMO

O “tumor em turbante” corresponde a múltiplos cilindromas em praticamente toda a extensão do couro cabeludo. A doença é benigna, autossômica dominante e tem histogênese controversa. Descreve-se um caso em homem de 51 anos, do qual, de início, se retiraram alguns tumores; depois se fez exérese ampla de couro cabeludo, seguida de enxerto de pele de coxa. Treze anos depois, o paciente se acha em boas condições, com resultado estético satisfatório.

INTRODUÇÃO

O cilindroma é uma neoplasia benigna incomum, de anexos cutâneos, que se manifesta frequentemente como lesão única, pequena, róseo-avermelhada, usualmente indolor, de ocorrência esporádica, situada, em 90% dos casos, no couro cabeludo, na face ou no pescoço. Casos com lesões múltiplas são hereditários, com transmissão autossômica dominante de penetrância incompleta, e se traduzem por nódulos lisos, de contornos arredondados e tamanhos variados, situados no

couro cabeludo e, ocasionalmente, na face, mais raramente no tronco e nas extremidades; quando praticamente todo o couro cabeludo é acometido, fala-se em “tumor em turbante”^(1, 2, 3).

Elder et al.⁽²⁾ afirmam que as lesões do “ tumor em turbante” começam a aparecer na idade adulta e, gradativamente, vão aumentando em número e tamanho.

O tratamento preferencial é o cirúrgico, com excisão do couro cabeludo seguida de enxerto livre de pele.

RELATO DO CASO

Homem de 51 anos, leucoderma, lavrador, procurou o Serviço de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de Uberlândia, relatando "caroços" dolorosos na cabeça, de aproximadamente 30 anos de evolução, inicialmente pequenos e que aumentaram progressivamente de tamanho. É etilista social e ex-tabagista crônico. Dois tios paternos e o próprio pai tiveram doença semelhante.

Ao exame físico notavam-se dezenas de tumorações de forma e tamanho variados, confluentes, lisas, de consistência firme, cor rósea, com telangiectasias na superfície, localizadas no couro cabeludo e na face (Fig. 1).

Para os tumores menores e isolados, foi feita excisão com aproximação direta das bordas da ferida cirúrgica, quando possível, ou cobertura com enxerto de pele nos locais de maior extensão. A massa tumoral coalescente foi tratada por ressecção extensa do couro cabeludo, acima da gálea aponeurótica, envolvendo as regiões frontal, temporais e parieto-occipitais (Fig. 2), seguida de enxerto livre de pele na área cruenta resultante. O exame histológico dos tumores revelou cilindromas múltiplos (Fig. 3) e um tricoepitelioma.

O paciente apresentou boa evolução pós-operatória, com integração total dos enxertos à área receptora. Não foram detectadas intercorrências clínicas importantes. A aparência da cabeça na região do enxerto é esteticamente satisfatória (Figs. 4 e 5).

DISCUSSÃO

O cilindroma incide mais em mulheres e em brancos, iniciando-se mais freqüentemente na terceira ou quarta década⁽¹⁾. Segundo nosso paciente, seus primeiros tumores teriam surgido em torno da idade de 20 anos.

O cilindroma se traduz, histologicamente, por neoplasia epitelial, não encapsulada, constituída por lóbulos de formas e tamanhos variados, localizados na derme superficial e circundados por bainha hialina comumente espessa. As células da periferia dos lóbulos têm núcleos pequenos e escuros e freqüentemente se arranjam em paliçada, as centrais têm núcleos grandes e claros; entre as células podem-se observar glóbulos de material hialino PAS-positivo, diastase-

resistente, e estruturas tubulares com material amorfo no lume⁽²⁾. Dentro do tumor, pode haver áreas com características de espiradenoma écrino, tricoepitelioma e siringoma^(1,4). Com certa freqüência, os cilindromas múltiplos se acham associados a tricoepiteliomas (como no presente caso) e espiradenomas écrinos⁽⁴⁾. Excepcionalmente, descreve-se sua coexistência com tumor estruturalmente similar em glândula salivar (especialmente na parótida)^(2,5).

A histogênese e a diferenciação do tumor são controversas. Autores diversos postulam diferenciação écrina, apócrina ou pilar⁽³⁾. A opinião mais corrente, sobre a histogênese, com base em dados ultra-estruturais e imunocitoquímicos, é de que o cilindroma se forma a partir da porção enovelada do ducto écrino⁽⁶⁾.

A malignização do cilindroma é rara^(2,3). Cooper et al.⁽⁷⁾ referem o relato de pelo menos 14 casos. Tal ocorrência é mais freqüente a partir de tumores em turbante^(3,7). Usualmente a malignização é de um só tumor⁽²⁾. Os cilindromas malignos são agressivos, com metástases disseminadas em linfonodos, vísceras e ossos⁽³⁾. A morte se deve a metástases viscerais ou, em alguns casos, à invasão da cavidade craniana, com hemorragia e meningite⁽²⁾. Como a maioria dos cilindromas malignos se origina de tumores em turbante, os portadores desta modalidade de cilindroma devem ser acompanhados cautelosamente⁽³⁾; é o que temos feito no presente caso, considerando a possibilidade de novos tumores no couro cabeludo não substituído pelo enxerto.

A terapia proposta é usualmente a cirúrgica, especialmente por questões estéticas⁽⁸⁾; outras indicações são a ulceração, a infecção, a suspeita de malignização, o dano funcional (p.ex., auditivo) e eventualmente a dor^(4,9); Irwin et al.⁽⁸⁾ recomendam a excisão individual de lesões menores que 1 cm de diâmetro ou localizadas em áreas cosmeticamente importantes. Ressecção ampla do couro cabeludo, seguida de enxerto cutâneo, reserva-se para os casos de tumor em turbante^(8,9). Outras formas de tratamento incluem eletrocoagulação, radioterapia e dermo-abrasão⁽⁸⁾.

É freqüente a recidiva após exérese de tumores isolados, chegando a 42% na série de Crain e Helwig⁽¹⁰⁾. Talvez isto se deva ao crescimento multifocal ou à multinodularidade dos cilindromas⁽¹⁾.

BIBLIOGRAFIA

Vide páginas 19 e 20.