

Tumor triquilemal proliferante

Juliana Polizel Ocanha^I, Mariângela Esther Alencar Marques^{II}, Hamilton Ometto Stolf^{III}

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp), Faculdade de Medicina de Botucatu, São Paulo

INTRODUÇÃO

O tumor triquilemal proliferativo é enfermidade pouco comum que se desenvolve a partir de lesões císticas foliculares. Ocorre em mais de 90% dos casos no couro cabeludo e em 84% dos casos em mulheres idosas.¹ Muitos fatores envolvidos na fisiopatogenia têm sido aventados, como eventos traumáticos, inflamatórios e infecções virais.^{2,3}

Caracteriza-se clinicamente por nódulo ou tumoração que pode alcançar grandes proporções, de consistência cística, geralmente no couro cabeludo. Como a lesão é pouco diagnosticada, a história pode ser bastante insidiosa, por se pensar em cisto pilar simples.

O diagnóstico definitivo é realizado por exame anatomopatológico. Ainda há discussão se seria uma variante do carcinoma espinocelular ou uma lesão precursora deste.⁴ Existem relatos de comportamento local agressivo, com recorrências e até metástases. O tratamento é a completa excisão cirúrgica, radioterapia e quimioterapia nos casos agressivos.

RELATO DE CASO

Paciente de 93 anos, do sexo feminino, procedente do interior de São Paulo, com fototipo seis, que apresentava há seis anos, nódulo em couro cabeludo após trauma. Em abril de 2012 evoluiu com sinais inflamatórios locais (eritema e dor), que a levaram a procurar o serviço, onde foi tratada clinicamente. Ao exame dermatológico havia tumoração cística de três centímetros em região de sutura interparietal, hiperpigmentada, encimada por hiperqueratose (Figura 1). Realizada biópsia incisional, na qual se obteve diagnóstico de tumor triquilemal proliferante. Foi realizada exérese em gota da lesão resultando em margens livres confirmadas por exame anatomopatológico (Figura 2). O exame da peça

demonstrou lesão dérmica bem delimitada, constituída por blocos de células escamosas com frequente queratinização de padrão triquilemal, ou seja, com ausência da camada granulosa. Atípias celulares discretas, presença de queratinócitos apoptóticos e algumas figuras de mitoses (Figuras 3, 4 e 5). Realizado enxerto local, com curativo de Brown, com bom resultado. A paciente continuará a ser acompanhada no ambulatório a longo prazo.

DISCUSSÃO

O tumor triquilemal proliferativo é enfermidade rara, conforme se verifica em revisão da literatura (Tabela 1). Ocorre em

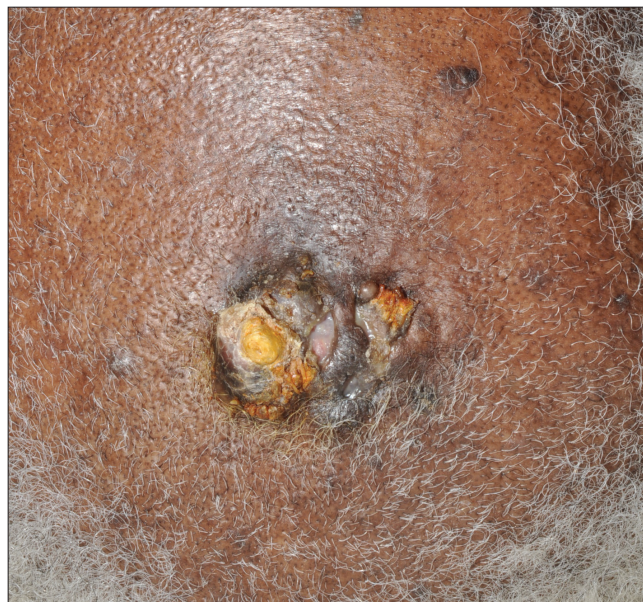


Figura 1. Aspecto clínico da lesão após antibioticoterapia.

Tabela 1. Resultados da busca sistematizada em bases de dados com os descritores em saúde (DeCS) e Medical Subheadings (MeSH) realizada em 4 de março de 2013

Base de dados	Estratégia de busca	Artigos obtidos	Artigos relacionados
PubMed	(Proliferating trichilemmal tumour) OR (Proliferating trichilemmal tumours)	143	10
Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde)	(Proliferating trichilemmal tumour) OR (Proliferating trichilemmal tumours) OR (Tumor triquilemal proliferante)	0	0
Embase (Excerpta Medica Database)	Proliferating trichilemmal tumour	0	0

^IResidente de segundo ano da Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (Unesp).

^{II}Professora adjunta do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (Unesp).

^{III}Professor assistente doutor do Departamento de Dermatologia e Radioterapia, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (Unesp).



Figura 2. Aspecto da lesão no sétimo dia de pós-operatório de exérese e enxertia, após retirada de curativo de Brown.

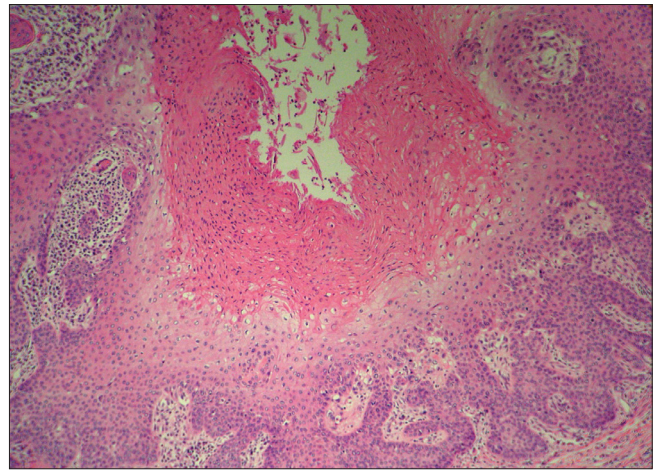


Figura 4. Exame anatomopatológico com coloração por hematoxilina-eosina, mostrando queratinização abrupta, em menor aumento (100 x).

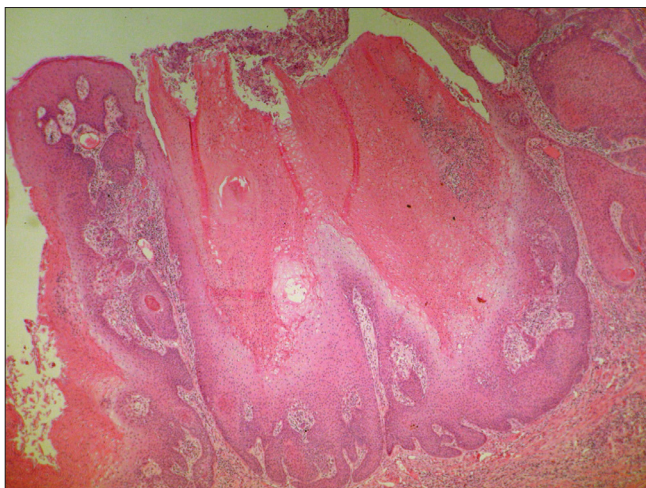


Figura 3. Exame anatomopatológico com coloração por hematoxilina-eosina, mostrando lesão delimitada, com blocos de células escamosas, no menor aumento (100 x).

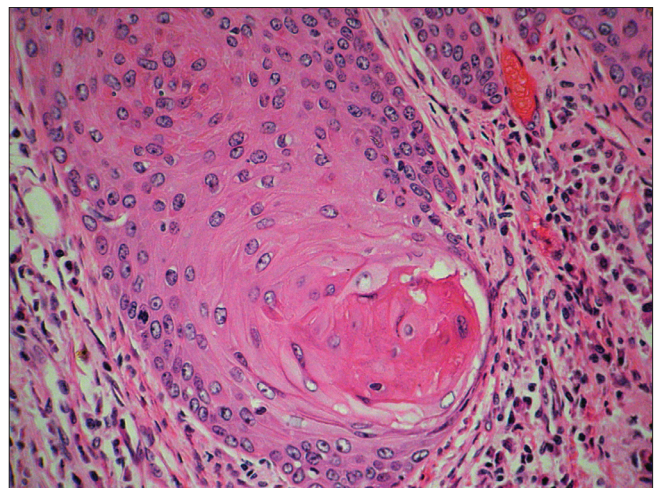


Figura 5. Exame anatomopatológico com coloração por hematoxilina-eosina, demonstrando presença de pérolas córneas, em maior aumento (200 x).

mais de 90% dos casos no couro cabeludo e em 84% dos casos em mulheres idosas.^{1,2} O caso apresentado se encaixa dentro do perfil habitual de manifestação da doença. Ainda há discussão se o tumor triquilemal proliferante seria uma variante do carcinoma espinocelular ou uma lesão precursora em evolução a este.³

Houve um estudo que aferiu a atividade de p53 e p27kip1 comparativamente entre o cisto triquilemal, o tumor triquilemal proliferante (*proliferating trichilemmal tumor*, PTT) e carcinoma espinocelular com diferenciação triquilemal (*squamous cell carcinoma*, SCC), demonstrando que não houve diferença em relação à expressão de p53 entre PTT e SCC, sendo quase nula no cisto triquilemal. Isso reforça a ideia de o PTT ser um carcinoma, porém, a expressão de p27kip1 é muito maior no PTT em relação ao SCC, e esta proteína está relacionada a um efeito regulatório do ciclo celular, o que o classificaria como uma neoplasia de grau intermediário em relação à malignidade.⁴

Eventos traumáticos poderiam ser fatores contribuintes em sua fisiopatogenia, bem como alguns vírus, como HPV (papiloma vírus humano), mas essa relação causal ainda não é muito estabelecida.^{5,6}

A confirmação do diagnóstico se faz por meio de exame anatomopatológico. Caracteriza-se por proliferação de células escamosas, com citoplasma eosinofílico abundante e queratinização abrupta, que exclui a camada granulosa, formando queratina densa e homogeneizada que preenche os espaços císticos. Pode haver áreas de queratinização epidermoide com formação de pérolas córneas. Não há infiltração do estroma adjacente, o que ajuda na diferenciação do carcinoma espinocelular.

Há relatos de comportamento local agressivo, com recidivas e até metástases.^{7,8} Em estudo com 94 casos de tumor triquilemal proliferante, houve relato de recidivas em torno de 1% e de transformação maligna e metástase linfonodal por

volta de 10%, porém, sem metástases a distância.¹ Outro estudo tentou correlacionar alterações anatomopatológicas com comportamento biológico, e mostrou que, aparentemente, o acometimento fora do couro cabeludo, o crescimento rápido, o tamanho maior que cinco centímetros e as atipias estariam relacionadas a pior prognóstico.⁹ O tratamento é a completa excisão cirúrgica, e radioterapia e quimioterapia nos casos agressivos. No presente relato, optamos por excisão cirúrgica e autoexérese, com bom resultado. O acompanhamento a longo prazo impera pela possibilidade de doença metastática.

CONCLUSÃO

Essa neoplasia de células escamosas aparentemente tem comportamento intermediário, em relação à malignidade, e necessita acompanhamento a longo prazo. Há alguns fatores preditores prognósticos no exame anatomopatológico que devem ser considerados, como o índice de mitose e o grau de atipia. Ainda há necessidade de mais estudos para identificar o porquê de alguns tumores terem comportamento indolente e outros, mais agressivo.

REFERÊNCIAS

1. Sau P, Graham JH, Helwig EB. Proliferating epithelial cysts. Clinicopathological analysis of 96 cases. *J Cutan Pathol*. 1995;22(5):394-406.
2. Rao S, Ramakrishnan R, Kamakshi D, et al. Malignant proliferating trichilemmal tumour presenting early in life: an uncommon feature. *J Cutan Aesthet Surg*. 2011;4(1):51-5.
3. Mones JM, Ackerman AB. Proliferating trichilemmal cyst is squamous cell carcinoma. *Dermatopathology: Practical & Conceptual* 1998;4:295-310. Disponível em: <https://derm101.com/indexDPC>. Acessado em 2013 (21 mar).
4. Fernández-Figueras MT, Casalots A, Puig L, et al. Proliferating trichilemmal tumour: p53 immunoreactivity in association with p27Kip1 over-expression indicates a low-grade carcinoma profile. *Histopathology*. 2001;38(5):454-7.

5. Moteji S, Tamura A, Endo Y, et al. Malignant proliferating trichilemmal tumour associated with human papillomavirus type 21 in epidermodysplasia verruciformis. *Br J Dermatol*. 2003;148(1):180-2.
6. Erdem H, Yildirim U, Uzunlar AK, et al. Posttraumatic giant proliferating trichilemmal cysts on the parietal region of the scalp. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2011;77(6):707-9.
7. López-Rios F, Rodríguez-Peralto JL, Aguilar A, Hernández L, Gallego M. Proliferating trichilemmal cyst with focal invasion: report of a case and a review of the literature. *Am J Dermatopathol*. 2000;22(2):183-7.
8. Jung J, Cho SB, Yun M, Lee KH, Chung KY. Metastatic malignant proliferating trichilemmal tumor detected by positron emission tomography. *Dermatol Surg*. 2003;29(8):872-4.
9. Folpe AL, Reisenauer AK, Mentzel T, Rütten A, Solomon AR. Proliferating trichilemmal tumors: clinicopathologic evaluation is a guide to biologic behavior. *J Cutan Pathol*. 2003;30(8):492-8.

AGRADECIMENTOS

Fabiana Lustosa Barros, Érica Cristina Vieira e Viviany Menossi do Amaral pela participação na cirurgia e na análise anatomopatológica

INFORMAÇÕES

Endereço para correspondência:

Hamilton Ometto Stolf

Departamento de Dermatologia e Radioterapia, s/nº

Campus Universitário de Rubião Jr.

Botucatu (SP)

CEP 18618-000

Tel. (14) 3882-4922

E-mail: hstolf@fmb.unesp.br

Fonte de fomento: nenhuma declarada

Conflito de interesse: nenhum declarado

Data de entrada: 21 de fevereiro de 2013

Data da última modificação: 19 de abril de 2013

Data de aceitação: 26 de abril de 2013

PALAVRAS-CHAVE:

Neoplasias.
Classificação.
Diagnóstico.
Patologia.
Dermatologia.

RESUMO

Contexto: O tumor triquilemal proliferativo é enfermidade pouco comum que se desenvolve a partir de lesões císticas foliculares, com alguns relatos de metástases, porém raras.

Relato de caso: Descrevemos o caso de uma paciente de 93 anos, que apresentava tumoração de três centímetros há seis anos em couro cabeludo, que procurou o serviço por complicação associada (infecção). Foi realizada excisão cirúrgica completa, com realização de enxerto cutâneo para fechamento.

Conclusões: Essa neoplasia de células escamosas aparentemente tem comportamento intermediário, em relação à malignidade, e necessita acompanhamento a longo prazo. Ainda há necessidade de mais estudos para identificar o porquê de alguns tumores terem comportamento indolente e outros, mais agressivo.