

CISTO EPIDERMOIDE INTRAÓSSEO: RELATO DE CASO

INTRAOSSEOUS EPIDERMOID CYST: CASE REPORT

VICENTE DE PAULA BORGES, PEDRO ARTHUR FERREIRA BORGES, GABRIELA CRISTINA FERREIRA BORGES, FREDERICO BARRA DE MORAES, ARIANE DE SOUZA CORDEIRO, LORRAINE BRANQUINHO FERREIRA, PAULO HENRIQUE DA COSTA CORÁ

RESUMO

O Cisto epidermoide intraósseo é uma lesão rara, podendo ou não estar associada a trauma prévio, caracterizada clinicamente por dor e às vezes edema e deformidades de unhas e dedos da mão, cuja o aspecto radiológico pode ser confundido com outras lesões, inclusive malignas, daí a necessidade de uma correta avaliação dos exames de imagem, para assim evitar condutas agressivas, tais como amputação e realizar o correto tratamento que é a curetagem óssea com ou sem enxertia, com baixo índice de recidiva após o procedimento cirúrgico.

DESCRIPTORES: CISTO EPIDERMOIDE INTRAÓSSEO; DOR ÓSSEA; TUMORES ÓSSEOS

ABSTRACT

Intraosseous epidermoid cyst is a rare lesion, and may or may not be associated with previous trauma, characterized clinically by pain and sometimes edema and deformities of nails and fingers, whose radiological aspect may be confused with other lesions, including malignant ones. The need for a correct evaluation of the imaging tests, in order to avoid aggressive behaviors such as amputation and to perform the correct treatment, which is bone curettage with or without grafting, with a low rate of recurrence after the surgical procedure.

KEYWORDS: INTRAOSSEOUS EPIDERMOID CYST; BONE PAIN; BONE TUMORS

INTRODUÇÃO

Os cistos epidermoides intraósseos são lesões benignas e raras, acometendo principalmente ossos do crânio e em menor frequência as falanges, havendo alguns casos raros descritos na tibia, fêmur e ulna ⁽¹⁾.

Estas lesões se apresentam clinicamente com quadro que varia desde dor, hiperemia e edema até ausência de qualquer sintoma que poderá aparecer somente após a ocorrência de fratura patológica. A investigação diagnóstica inclui radiografias, tomografia computadorizada ou ressonância magnética, cuja avaliação vai nortear o tratamento que geralmente é cirúrgico. O diagnóstico definitivo pode ser atingido somente após análise histológica.

Nosso objetivo é relatar um caso de Cisto Epidermoide Intraósseo no polegar esquerdo que se apresentava com dor e deformidade de unha.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 46 anos de idade, professora, veio à consulta em fevereiro de 2017 com queixa de dor no polegar

esquerdo há 3 meses, piora nas últimas 3 semanas, sem relação com trauma, com melhora parcial ao usar medicamentos analgésicos. Ao exame físico apresentava deformidade discreta de unha de polegar esquerdo, dolorido à palpação e sem outros sinais localizatórios. Foi solicitada radiografia, que demonstrou lesão lítica circular no 1/3 distal de falange distal aproximadamente 0,8 cm, bem delimitada, com erosão da cortical volar (figura 1). Em seguida foi realizada ressonância magnética que evidenciou lesão bem circunscrita com hipersinal em T2 e hipossinal em T1, sem captação de gadolínio (figura 2).

Após duas semanas do primeiro atendimento, a paciente foi submetida a tratamento cirúrgico que consistiu em abordagem transungueal para curetagem da lesão e colocação de enxerto ósseo esponjoso de rádio distal ipsilateral, tendo o material aspecto pastoso, esbranquiçado, facilmente destacável do osso adjacente (figura 3).

O exame histopatológico apresentava fragmentos de estrutura cística contendo grande quantidade de queratina lamelar, parede constituída de epitélio escamoso estratificado e ausência

de atipias. A paciente evoluiu com melhora importante do quadro de dor, referindo já fazer algumas atividades diárias com 30 dias e com 2 meses já levava vida ativa normal. O exame radiográfico com 7 semanas já apresentava integralização avançada do enxerto e o último exame com 4 meses e meio apresentava aspecto radiográfico normal.



Figura 1 – Aspecto clínico do cisto na falange distal subungueal (A), e radiografia em ântero-posterior do polegar evidenciando lesão osteolítica na falange distal (B).

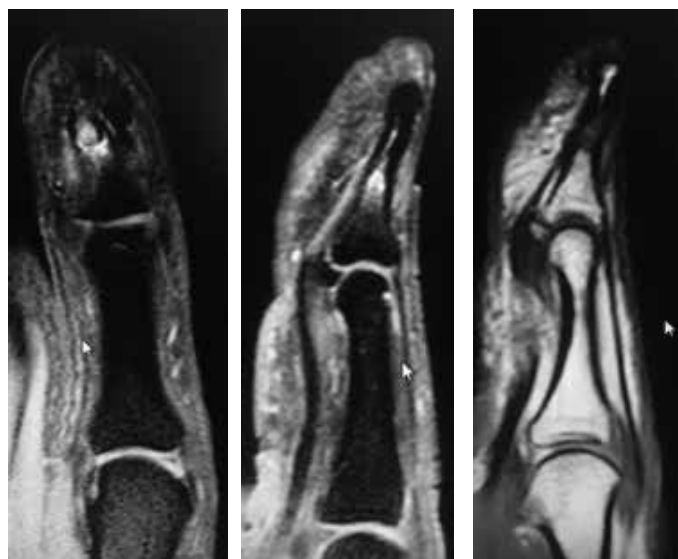


Figura 2 – Ressonância magnética do polegar evidenciando lesão na falange distal com hiperssinal em T2 no corte coronal (A) e sagital (B), e com hipossinal em T1 (C).



Figura 3 – Aspecto clínico intra-operatório do cisto epidermoide da falange distal do polegar, macroscopicamente pastoso e esbranquiçado (A), após curetagem da lesão (B), e radiografia pós-operatória (C).

DISCUSSÃO

Os cistos epidemoides intraósseos, também chamados de cistos epiteliais queratínicos, sebáceos ou escamosos são lesões que a maioria dos artigos publicados consideram raras apesar de Schajowicz discordar de tal informação devido ao número relativamente grande de casos arquivados no laboratório onde ele atua, e que isso pode ser explicado pelos erros de diagnósticos ou a falta de publicação de casos ⁽²⁾. O primeiro caso publicado de cisto epidermoide intraósseo de falange foi em 1930 por Harris ⁽³⁾. Acomete principalmente homens no 4º década, mais comuns nos ossos do crânio e falanges distais.

A patogênese destas lesões não está bem estabelecida, podendo ser congênita, iatrogênica ou traumática, sendo esta última a mais aceita, visto que a maioria dos pacientes apresenta história de trauma prévio ^(2,4). O intervalo entre o trauma e o aparecimento de sintomas pode variar de um a vários anos. Decorrente deste trauma haveria então uma implantação de tecido epidérmico intraósseo ⁽²⁻¹¹⁾. A origem iatrogênica estaria relacionada às cirurgias de amputação de dedos ⁽⁸⁾.

O quadro clínico do cisto epidermoide intraósseo pode se apresentar com edema de extremidades de dedos associado a deformidade das unhas, sendo a dor o principal sintoma podendo variar de leve a intensa (Rohini). Radiologicamente, estas lesões se apresentam com aspecto osteolítico, bem definido, sem trabeculado, a cortical pode estar expandida e afinada, sem esclerose reacional, e envolvendo geralmente a extremidade da falange e somente nos casos negligenciados ou de fratura patológica pode envolver todo osso inclusive a articulação interfalangeana. A Tomografia Computadorizada pode ser realizada para melhor dimensionar o comprometimento ósseo. A Ressonância Magnética demonstra hiperssinal em T2 e hipossinal em T1, além da não captação pelo Gadolínio. O diagnóstico diferencial é com encondromas, tumor glômico, cisto ósseo aneurismático, osteoma osteoide, metástases e carcinoma de células escamosas ⁽²⁾. Os encondromas se localizam preferencialmente nos metacarpos e falanges proximais,

apresentam calcificações mas sem alterações periosteais, o tumor glômico raramente é intraósseo, provoca erosão de cortical e localiza-se preferencialmente na extremidade digital ou subungueal, o cisto ósseo aneurismático se localiza mais na metáfise e diáfise e apresenta o aspecto clínico de favo de mel pela presença dos septos na lesão, as lesões malignas são extremamente raras e caracteristicamente apresentam aspecto radiológico de lesões infiltrativas sem limites precisos.

Os cistos epidemoides intraósseos apresentam ao exame macroscópico 1 a 2 cm de diâmetro, coloração esbranquiçada, friável e na avaliação histológica evidencia cisto com debris de queratina no interior envolvido por epitélio estratificado escamoso, sem a presença de anexos cutâneos, separado da cortical vizinha por tecido conjuntivo, com moderada reação inflamatória ⁽²⁾.

O tratamento é eminentemente cirúrgico, com curetagem de lesão e colocação ou não de enxerto ósseo, esta decisão podendo se basear no grau de adelgaçamento da parede óssea com o subsequente risco de fratura patológica. Embora tanto o enxerto ósseo autólogo quanto o sintético facilitem o processo de recuperação, este último evita a morbidade pela zona doadora do enxerto. ⁽¹¹⁾.

O caso relatado apresenta evidências clínicas e dos exames complementares semelhantes aos da literatura, sendo que o tratamento realizado, bem como a evolução também coincidem com o descrito pelos demais autores.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Simon K, Leithner A, Bodo K, Windhager R. Intraosseous epidermoid cysts of the hand skeleton: A series of eight patients. *J Hand Surg Eur Vol.* 2011;36:376-378. [PubMed].
- 2) Schajowicz F, Tumores and Tumorlike Lesions of Bone and Joint. Buenos Aires, Medica Panamericana S.A. 1991.
- 3) Harris RI. Sebaceous cyst of the terminal phalanx of the thumb, na unusual form of bone tumor. *J Bone Joint Surg.* 1930;12:647-648.
- 4) McGraw P, Bonvento B, Moholkar K. Phalangeal intraosseous epidermoid cyst. *Acta Orthop Belg.* 2004;70:365-7. [PubMed].
- 5) Zadek I, Cohen HG. Epidermoid cyst of the terminal phalanx of a finger, with a review of the literature. *Am J Surg.* 1953;85(6):771-4.
- 6) Carroll RE. Epidermoide (epithelial) cyst of the hand skeleton. *Am J Surg.* 1953;85(3):327-34.
- 7) Kalisher L. Epidermoid inclusion cysts of the phalanx, radiological and clinical correlation. *Rev Interam Radiol.*
- 8) Honda U, Kumar S, Mohan H. Aspiration cytology of epidermoide cyst of terminal phalanx. *Diagn Cytopathol.*
- 9) Schajowicz F, Aiello CL, Slullitel I. Cistic and pseudocystic lesions of the terminal phalanx with special reference to epidermoide cysts. *Clin Orthop Relat Res.* 1970;68:84-92.
- 10) Rohini P, Arvind B, Arun Kumar R, and Ramamurth B. Intraosseous Keratin cyst of the distal phalanx. *Indian J Plast Surg.* 2015 May-Aug; 48(2); 212-214
- 11) Hiromi S, Satoshi N, Hirofumi S, Takayuki N, Masahiro Y, Yasuhiro I, Tatao S, and Setsuro K. Intraosseous epidermoide cyst of the distal phalanx reconstructed with synthetic bone graft: A report of two cases. *J of Orthopaedic Surgery.* 2017; 25(1):1-4.