

Lesões múltiplas de osteoma cutis na face: terapêutica minimamente invasiva em pacientes com sequela de acne - Relato de casos^{*}

Multiple injuries of osteoma skin in the face: therapeutical least invasive in patients with acne sequela - Case report

Ian Göedert Leite Duarte¹

Resumo: Osteoma cutis é a formação óssea no interior da pele, podendo ser primária ou secundária. Única ou múltipla, de tamanhos variados e acometendo ambos os sexos, é uma lesão cutânea rara, de etiopatogenia e classificação ainda discutidas. Nosso objetivo foi relatar o diagnóstico e a terapêutica minimamente invasiva de lesões múltiplas de osteoma cutis na face em pacientes com sequelas de acne. Fizemos a retirada dos osteomas com agulhas BD 0,70 x 25 22G1, sem anestésicos tópicos ou injetáveis no local. As pequenas incisões foram deixadas expostas, com pomada cicatrizante. Obteve-se um excelente resultado estético em 15 dias.

Palavras-chave: Cicatriz; Neoplasias cutâneas; Ossificação heterotópica; Osteoma

Abstract: Osteoma cutis is a bone formation in the dermis can to be primary or secondary forms. Only, multiples, many forms, occurring on either sex, they are a rare cutaneous disease. The pathogenesis and classification remains unclear. Our objective was the diagnostic and small invasive surgery treatment of the osteoma cutis multiple of the face, in patients as a sequel of acne. To remove the osteoma we used needle BD 0,70x25 22G1, without anesthetic topic or inject able site. The small wounds were exposed with scarring balsam. We got an excellent esthetic result after 15 days.

Keywords: Cicatrix; Ossification; Osteoma, heterotopic; Skin neoplasm

INTRODUÇÃO

Osteoma *cutis* refere-se à presença anômala de ossificação no interior da derme ou hipoderme. É considerada uma lesão rara e benigna, com crescimento limitado, não invasivo. Apresenta-se como lesão única, pequena, transepidérmica, ou ainda como lesões múltiplas (nódulos, placas ou *milia*). É mais similar na histologia aos ossos mesenquimais, por não apresentar cartilagem precursora.^{1,2,3,4,5}

Pode ser primário, no qual não há lesão cutânea precedente. As células mesenquimais secretam uma matriz que se calcifica em osso normal, mas em local errado. Osteoblastos erroneamente colocados desde a embriologia poderiam desempenhar essa função – ou ainda outras células, como os fibroblastos e as células gordurosas, poderiam passar a comportar-se como

osteoblastos. Está presente em doenças como osteodistrofia hereditária de Albright. O tipo secundário vem como sequela de lesões prévias, tais como esclerodermia, traumas, cicatrizes, processos inflamatórios específicos ou não, escoriações, epiteloma calcificado de Malherbe, hiperplasias sebáceas, cisto pilar, nevo melanocítico, carcinoma de células basais, aids, acne e outras.⁶ Não há predominância sexual distinta entre as formas primária e secundária, mas há uma relação mulher:homem de 2:1 na primária.¹

Pode ocorrer em qualquer idade.^{7,8,9} As áreas mais frequentemente afetadas são a face, o couro cabeludo, os dígitos e as regiões subungueais.^{8,9} Predominam os tratamentos cirúrgicos.^{5,8}

Recebido em 06.08.2009.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 27.11.09.

^{*} Trabalho realizado no Centro de Pesquisa e Pós-Graduação em Medicina Estética - Regional Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / *Conflict of interest: None*

Suporte financeiro: Nenhum / *Financial funding: None*

¹ Membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Mestre em cirurgia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Doutoranda em Cirurgia pela UFMG e Professora Substituta do Departamento de Cirurgia da UFMG - Belo Horizonte (MG), Brasil.

RELATO DOS CASOS

Foram avaliados seis pacientes adultos: um homem e cinco mulheres, escolhidos aleatoriamente, por ordem de marcação de consultas, por um período de dois meses.

Tinham como pré-requisito obrigatório o desejo de tratar as sequelas de acne, independente dos tratamentos utilizados anteriormente, excetuando-se o uso dos *lasers*, *peelings* e preenchimentos.

Após a antissepsia, a pele foi estirada e palpada suavemente até sentirem-se pequenos nódulos endurecidos, com pigmentação semelhante à da pele (Figura 1A). Sem qualquer tipo de anestésico tópico ou injetável, fez-se uma pequena incisão com o bisel voltado para cima de uma agulha BD 0,70 x 25 22G1 até atingir uma resistência endurecida (Figura 1B) que, forçada, fazia uma projeção sob a pele (Figura 2A).

Fez-se um pequeno descolamento nesse plano em torno de toda a lesão, deixando-a livre dos planos adjacentes. Com uma leve pressão para cima, o osteoma foi retirado da forma mais minimamente invasiva possível (Figura 2B).

Com sangramento em gota, nenhum paciente sentiu qualquer desconforto com as retiradas das lesões, que foram de no mínimo duas e no máximo oito em uma mesma sessão (Figura 3A). Fez-se e manteve-se curativo exposto com pomada cicatrizante (Figura 3B).

As lesões retiradas foram fixadas em formol e encaminhadas para exame anatomopatológico.

DISCUSSÃO

Osteoma *cutis* recebe outros nomes: osteoma cutâneo, osteomatose ou osteose cutânea, osteoma miliar, osteoma congênito disseminado e ossificação cutânea. É um tumor benigno de tecido ósseo maduro⁴ que se localiza na derme e na hipoderme, sendo a maioria clinicamente assintomática.^{4,10}

Na macroscopia, aparece como pequenos nódulos endurecidos, irregulares, na derme subjacente, bem circunscritos⁷ e geralmente da cor da pele. Pacientes tratados com tetraciclina ou minociclina podem desenvolver nódulos pigmentados,^{3,10,11} azulados.^{8,12}

Ocorre em qualquer idade, sexo ou raça.^{7,9} Ocorrências familiares sugerem fatores genéticos.⁴

A patogênese ainda é inconclusiva. A teoria mais aceita¹³ refere-se à metaplasia local de células mesenquimais, como os fibroblastos, produzindo tecido ósseo,⁵ pela probabilidade da alteração na tensão de oxigênio, pH, atividade enzimática, alta atividade da fosfatase alcalina, concentrações de cálcio e fósforo locais,^{2,6,14} presença dos colágenos tipos I¹⁰ e III e do TGFβ.¹³ Outra teoria fala de uma desordem embriológica em que células mesenquimais primitivas diferenciadas em osteoblastos migrariam erroneamente para outros locais.¹⁵

Vários autores^{2,15} citaram que o primeiro caso de osteoma *cutis* foi descrito por Wilkins em 1858. A classificação em primário e secundário, dada em 1941 por Hopkins,² ainda é controversa.⁷ Os primários (neoplásicos) aparecem nos primeiros anos de vida,⁴ na ausência de lesão prévia, com características fenotípicas e metabólicas: osteodistrofia hereditária de Albright, osteoma múltiplo miliar da face, osteoma isolado, osteoma disseminado e osteoma congênito em placa. Correspondem a 15-20% dos casos. Os secundários, ou metaplásicos, aparecem como consequência de lesões prévias, doenças inflamatórias da pele, dermatomiosites, morfeia, esclerose sistêmica progressiva, síndrome de Crest, carcinoma de células basais e epiteloma calcificado de Malherbe, traumas, cicatrizes e aplicações de corticoides intralesionais por tempo prolongado em queloides. São 80 a 85% dos casos.^{1,3,4,6,8,9,13,14} Nem todos os osteomas podem ser claramente categorizados.⁸ O osteoma *cutis* miliar

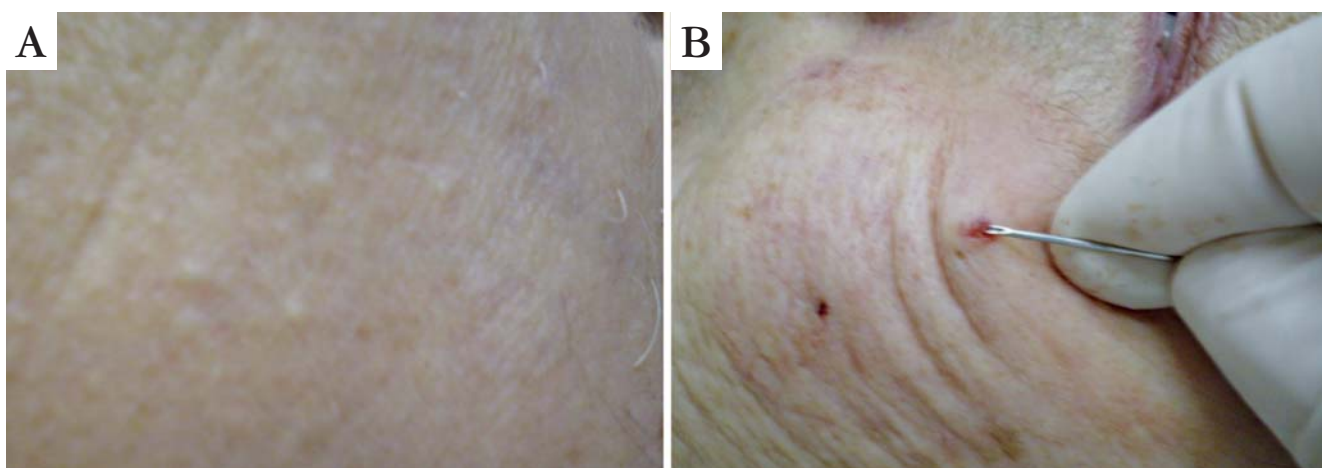


FIGURA 1: A. estiramento suave da pele com pigmentação normal; B. perfuração da pele para tocarmos a lesão

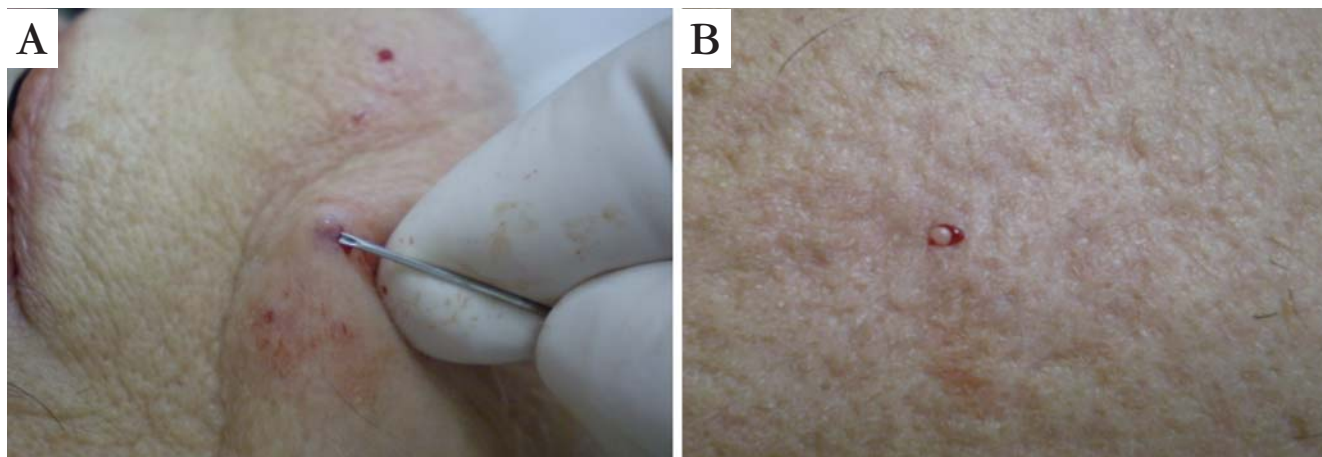


FIGURA 2: A. pequena incisão com projeção do osteoma; B. retirada do osteoma.

pode corresponder a ambas as classificações: por não se relacionarem com hipercalcemia ou calcinose, seriam primários, mas com antecedentes de processos inflamatórios, seriam secundários.⁴

A opção neste trabalho por diagnosticar o osteoma *cutis* somente em pacientes com seqüela de acne foi devida ao fato de que vários autores notaram uma correlação entre a severidade da acne e a presença dos osteomas.^{4,12} Sugere-se a exacerbação de osteomas após o uso de isotretinoína¹² em acne severa, mas questionamos essa afirmação levando em consideração que essa forma de acne resultará em cicatrizes maiores e em maior número. Assim, a isotretinoína seria um fator precipitante e não etiológico.

Concordando com outros autores, a pressão arterial,^{6,12} a radiologia da face e os exames laboratoriais estavam normais em nossos pacientes.⁹ Acreditamos que exames como ultrassom e ressonância magnética poderiam facilitar o diagnóstico, mas são de alto custo.

O diagnóstico feito pela histologia é pela deposição de carbonato de cálcio⁵ em nódulos com tamanho de 2 a 5 mm,^{1,3,4} bem delimitados, irregulares, de tecido ósseo trabecular, em que se observam condutos de Havers com vasos sanguíneos e a presença de osteoblastos, osteoclastos e osteócitos,^{3,7,8} com terminações lamelares³ e espaços centrais com medula óssea gordurosa,¹ eliminando-se, assim, qualquer forma de calcinose (depósito amorfo de sais de fosfato e carbonato de cálcio na pele por desordens endócrinas e metabólicas).

O tratamento da doença de base faz-se concomitante à excisão e sutura,^{3,5,6,8} excisão em *punch*,^{5,6} excisão e curetagem,^{1,3} dermoabrasão,^{3,8} tretinoína 0,05% ou ácido azelaico tópico,³ *erbium:YAG laser* como ablativo da epiderme,^{3,5,9,10} *laser* de CO₂,^{1,10} TCA 100% sobre as lesões,¹¹ promovendo a eliminação transepidérmica do osteoma.^{3,9}

Questionamos se a raridade dessas lesões é por elas serem pesquisadas quando o paciente apresenta

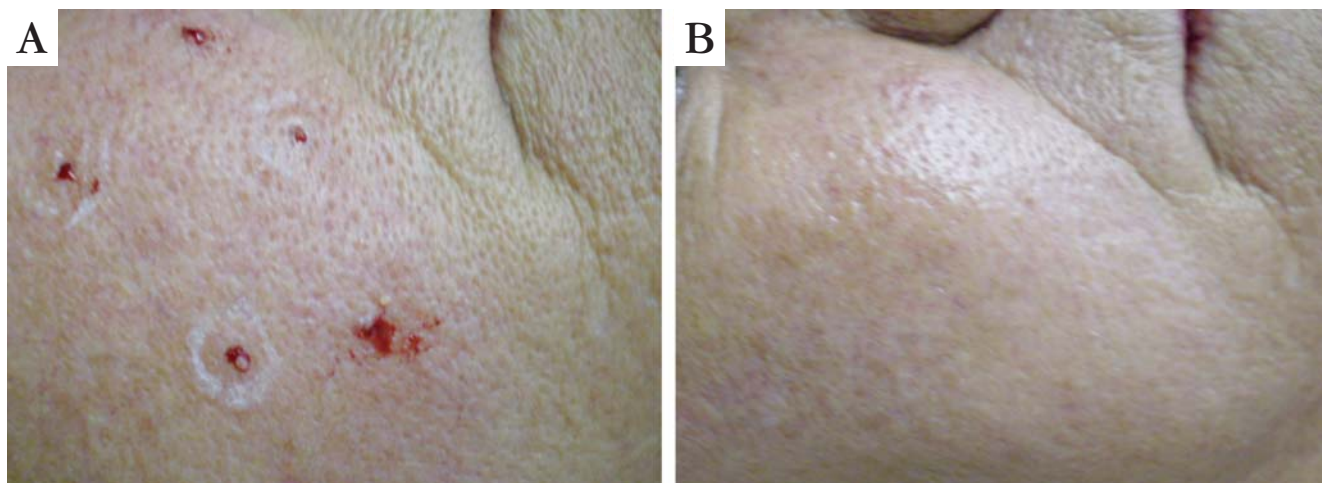


FIGURA 3: A. retirada e exposição das lesões de osteoma cutis; B. pele da face 15 dias após a retirada das lesões

uma queixa específica da presença dos nódulos, nunca sendo uma pesquisa de rotina incluída em protocolos de tratamentos de pele, principalmente naqueles pacientes que apresentam fatores predisponentes, como as sequelas de acne.

A terapêutica utilizada em nosso trabalho com agulha BD 0,70 x 25 22G1, na ausência de anestésicos tópicos ou injetáveis, não foi observada em nenhum trabalho. Ela mostrou-se de baixo custo e eficaz por

minimizar os danos dérmicos e apresentar simplicidade de técnica e rapidez na cicatrização, além de não desenvolver a hiperpigmentação pós-inflamatória.

As microincisões foram bem toleradas por todos os pacientes, e em nenhum deles houve a formação de hematoma ou equimose.

A avaliação estética final, no 15^o dia após a remoção das lesões, foi considerada pelos pacientes e médicos como excelente. □

REFERENCES

1. Vergamini GC, Parada MB, Hassun KM, Michalany N, Talarico S. Tratamento para os osteomas cutâneos da face por excisão com agulha. Apresentação de três casos. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2007;35:229-32.
2. Habermann Neto T, Nogueira Neto JCP, Prada AA, Cintra ML, Lima RB, Rached RB. Osteoma cutâneo. *An Bras Dermatol*. 1995;70:39-41.
3. Altman JF, Nehal KS, Busam KJ, Halpern AC. Treatment of primary osteoma cutis with incision, curettage, and primary closure. *J Am Acad Dermatol*. 2001;44:96-9.
4. Kaminsky A, Gurfinkiel A, Diaz M. Osteomas miliares múltiples de la piel. *Dermatol argent*. 2002;8:142-5.
5. Bergonse FN, Nico MM, Kavamura MI, Sotto MN. Miliary osteoma of the face: a report of 4 cases and review of the literature. *Cutis*. 2002;69:383-386.
6. Fazeli P, Harvell J, Jacobs MB. Osteoma cutis (cutaneous ossification). *West J Med*. 1999;17:243-245.
7. Ispub.com. [homepage]. Wang JF, Sarma DP. Acquired perforating osteoma cutis. *The Internet Journal of Dermatology*; ISSN: 1531-3018; 2007; vol.5; n°1. [Acesso: 14 Ago.2008]. Disponível em: <http://www.ispub.com/ostia/index>.
8. Douri T, Shawaf AZ. Plate-like cutaneous osteoma on the scalps. *Dermatol Online J*. 2006;12. [Acesso 14 Ago. 2008]. Disponível em: www.dermatology.cdlib.org/.
9. Emedicine.com [homepage]. Kevaghn PF. Osteoma cutis. [Acesso 19 Out. 2006]. Disponível em: <http://www.emedicine.com/derm/topic>
10. Thielen AM, Stucki L, Braun RP, Masouyé I, Germanier L, Harms M, et al. Multiple cutaneous osteomas of the face associated with chronic inflammatory acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2006;20:321-6.
11. Burford C. Pigmented osteoma cutis secondary to long-term tetracyclines. *Australas J Dermatol*. 2007;48:134-6.
12. Brodtkin RH, Abbey AA. Osteoma cutis: a case of probable exacerbation following treatment of severe acne with isotretinoin. *Dermatologica*. 1985;170:210-2.
13. Ahn SK, Won JH, Choi EH, Kim SC, Lee SH. Perforating plate-like osteoma cutis in a man with solitary morphea profunda. *Br J Dermatol*. 1996;134:949-52.
14. Grandhe N, Dogra S, Saikia U, Handa S. Acquired perforating primary osteoma cutis. *Derm Venerol*. 2004;84:489-490.
15. Boschert MT, Puckett CL. Osteoma cutis of the hand. *Plast Reconstr Surg*. 2000;105:1017-8.

MAILING ADDRESS / ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Ian Goedert Leite Duarte
Avenida Andradas, 2.287, conj. 1.005 - Santa Efigênia
30120-010 Belo Horizonte - MG - Brasil
Telefones: 31 3241-6976, 31 8482-0784
E-mail: iangduarte@terra.com.br

How to cite this article/Como citar este artigo: Duarte IGL. Lesões múltiplas de osteoma cutis na face: terapêutica minimamente invasiva em pacientes com sequela de acne - relato de casos. *An Bras Dermatol*. 2010;85(5):695-8.