

Cisto epidermóide intra-ósseo: relato de caso*

Intraosseous epidermoid cyst: case report

EDUARDO AMARAL GOMES¹, JAMIL JOSÉ SALIBA², GUSTAVO AUGUSTO MATOS SALIBA³, ROMANA GIORDANI RIBEIRO⁴

RESUMO

Objetivo: Apresentar um caso de cisto epidermóide intra-ósseo, uma lesão rara e benigna. **Material:** Descreve-se um caso de cisto epidermóide intra-ósseo na falange distal do dedo anular, suscitado por meio da clínica, da radiologia e confirmado pelo exame histopatológico, em paciente de 48 anos de idade com fratura patológica da falange distal do dedo anular esquerdo. O cisto epidermóide intra-ósseo é entidade clínica rara, geralmente associada a trauma prévio, que deve ser considerada no diagnóstico diferencial de lesões radio-transparentes encontradas em falange distal dos dedos da mão.

Descritores – Cisto epidermico; Cistos; Dedos/patologia; Relatos de casos (Tipo de publicação).

ABSTRACT

Purpose: This report aims to present the case of a rare, benign lesion, the intraosseous epidermoid cyst. **Methods:** This present study describes a case of intraosseous epidermoid cyst within the ring finger distal phalanx; the suspicion in a 48-year-old patient, who presented with a pathological fracture of the distal phalanx from the left ring finger, was raised by clinical and radiological aspects, and was confirmed by pathology. The intraosseous epidermoid cyst is a rare clinical entity, usually associated to a

previous trauma, and should be considered in the differential diagnosis of radiolucent lesions found at the distal phalanx from hand fingers.

Keywords – Epidermal cyst; Cysts; Fingers/pathology; Case reports (Publication type).

INTRODUÇÃO

Os cistos epidermóides intra-ósseos são lesões ósseas raras e benignas. Essa entidade é mais freqüente nos ossos do crânio e das mãos. Os ossos do crânio são mais freqüentemente afetados, com predileção para os ossos parietais e temporais⁽¹⁾. Já nos ossos da mão, a falange distal é mais acometida do que outras falanges ou ossos metacárpicos⁽¹⁻⁶⁾. Outras localizações descritas, porém muito raras, são ulna, hálux, tíbia, fêmur e esterno⁽⁷⁻¹⁰⁾.

A origem dessa lesão pode ser congênita, traumática ou iatrogênica^(6,9,11-12). Uma história de trauma é descrita em aproximadamente dois terços dos casos de cisto epidermóide intra-ósseo da falange⁽¹⁾. Alguns estudos sugerem que a origem do cisto epidermóide intra-ósseo na falange se deve à implantação de fragmentos epidermícos no osso em razão de algum tipo de trauma^(2,6,12-13) ou a “migração de um fragmento da matriz ungueal para o osso”⁽¹⁴⁾. A origem iatrogênica é devida geralmente a cirurgia prévia, particularmente relacionada à amputação de cotos⁽⁹⁾.

RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente J.E.M., masculino, leucodérmico, 48 anos de idade, montador de estrutura metálica, apresentou-se no pronto-socorro em 30 de julho de 2001, com queixas de trauma direto no dedo anular esquerdo; foi diagnosticada, com auxílio de radiografia, uma fratura patológica da falange distal sobreposta a cisto ósseo indefinido. O dedo fraturado foi imobilizado com tala gessada, sendo prescritos analgésico oral e orientação quanto aos cuidados gerais. Paciente retorna ao setor de ortopedia do hospital em 6 de abril de 2004 com queixas de aumento de volume e dor na extremidade distal do dedo anular esquerdo (figura 1).

* Trabalho realizado pela equipe de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Unimed, da cooperativa de trabalho médico Unimed Betim (MG) – Brasil.

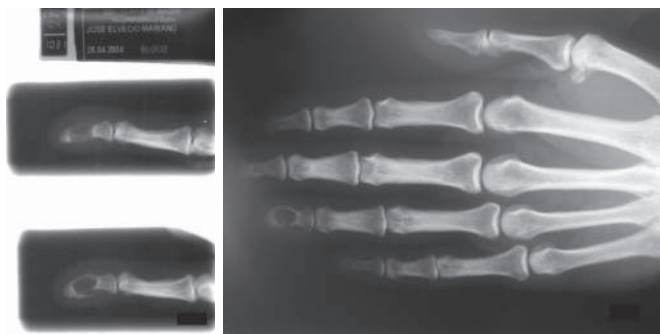
1. Médico Ortopedista e Traumatologista do Hospital Unimed Betim e Hospital Geral Governador Israel Pinheiro – IPSEMG – de Belo Horizonte (MG) – Brasil.
2. Médico Ortopedista e Traumatologista do Hospital Unimed Betim (MG) – Brasil.
3. Acadêmico da Faculdade de Medicina de Barbacena – Fundação José Bonifácio Lafayette de Andrada – FUNJOB – Barbacena (MG) – Brasil.
4. Acadêmico da Faculdade de Medicina de Barbacena – Fundação José Bonifácio Lafayette de Andrada – FUNJOB – Barbacena (MG) – Brasil.

Endereço para correspondência: Rua Raul Saraiva Ribeiro, 633, Guarujá – 32610-310 – Betim (MG) – Brasil. Tels.: (31) 3531-3482/(31) 9163-9386. E-mail: gust96@terra.com.br

Recebido em 9/8/04. Aprovado para publicação em 19/10/05. Copyright RBO2005



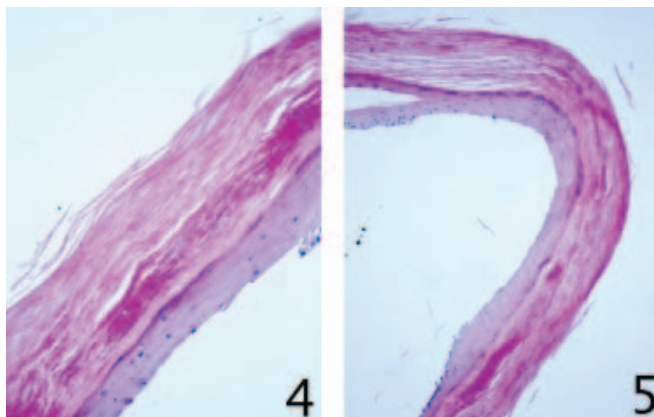
Figura 1 – Paciente apresentando aumento de volume da extremidade distal do dedo anelar esquerdo



Figuras 2-3 – Radiografia demonstrando lesão óssea cística, radiotransparente, bem circunscrita, circundada por um halo esclerótico na falange distal do dedo anelar esquerdo

O paciente foi encaminhado ao setor de radiologia para a realização de exames complementares. O estudo radiológico realizado em 28 de abril de 2004 demonstrou presença de lesão óssea cística, radiotransparente, bem circunscrita, circundada por um halo esclerótico. A hipótese diagnóstica era de tumor glômico ou cisto ósseo aneurismático, sendo proposto tratamento cirúrgico (figuras 2 e 3).

Após a solicitação e verificação dos exames de rotina, o tratamento cirúrgico foi realizado em 30 de abril de 2004, com curetagem do cisto seguida de enxerto ósseo retirado do olécrano. Verificou-se durante a cirurgia que o cisto era preenchido por material pastoso e caseoso, com destruição da cortical óssea anterior e posterior. Pelo aspecto apresentado foi feita curetagem ampla da cavidade, com retirada do material pastoso e também de matriz óssea. Foi realizada uma incisão no olécrano para a confecção de uma janela óssea e retirada



Figuras 4-5 – Foto de lâmina histológica demonstrando fragmento de lesão cística multiloculada, revestida por epitélio estratificado escamoso, sem atipias, com ceratinização abundante. A lesão era preenchida por material córneo em disposição lamelar. HE 40x (figura 4). He 20x (figura 5).

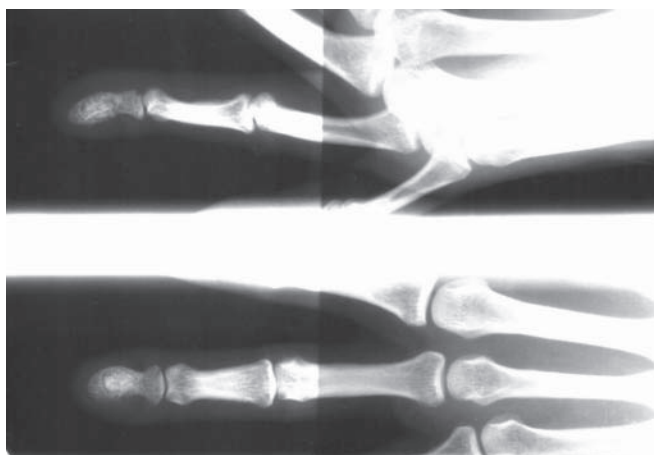


Figura 6 – Radiografia demonstrando incorporação do enxerto ósseo

do enxerto ósseo esponjoso. Esse foi colocado na cavidade, fazendo-se compactação até o preenchimento total.

Solicitado o exame histopatológico da peça, chegou-se ao seguinte resultado: fragmento de lesão cística multiloculada, revestida por epitélio estratificado escamoso, sem atipias, com ceratinização abundante. A lesão era preenchida por material córneo em disposição lamelar. O quadro morfológico era compatível com cisto de inclusão epidermóide intra-ósseo (figuras 4 e 5).

Após a cirurgia o paciente foi orientado a retornar ao setor de ortopedia para controle periódico do enxerto ósseo. No dia 25 de maio de 2004 o paciente retornou para avaliação radiográfica do enxerto ósseo, demonstrando incorporação deste (figura 6).

DISCUSSÃO

O cisto epidermóide é mais comumente encontrado no tecido subcutâneo. Essa patologia é raramente encontrada em ossos, apresentando-se como lesões líticas ou pseudotumores. Os ossos mais freqüentemente acometidos são do crânio e falanges⁽⁸⁾ e os menos acometidos, maxila, mandíbula, esterno, vértebra, ulna, tíbia, fêmur e hálux⁽⁶⁻¹⁰⁾. Embora descritos casos de cisto epidermóide da falange distal na literatura internacional^(1-6,8-9,12-14), não existe relato na literatura brasileira.

A faixa etária usualmente acometida está entre 25 e 50 anos de idade, apesar de ter sido descrito um caso em uma criança de oito anos de idade⁽⁴⁾. Homens são mais comumente afetados que mulheres, especialmente aqueles que trabalham em profissões sujeitas a traumatismos⁽⁷⁾. Geralmente, os cistos epidermóides intra-ósseos são localizados na falange distal dos dedos, especialmente no dedo médio esquerdo, e ocasionalmente acometem a falange média^(7,9). Além disso, costumam ser únicos, mas existem raros relatos de múltiplos cistos envolvendo dedos de uma mesma mão⁽⁸⁾. A origem do cisto epidermóide da falange é traumática e secundária à implantação de tecido epitelial dentro do osso^(2,6,7,12-13). Radiograficamente, o cisto epidermóide intra-ósseo deve ser diferenciado de outras lesões císticas. Ao exame radiográfico apresenta-se como uma lesão cística, radiotransparente, bem circunscrita, circular, circundada por um halo esclerótico⁽¹⁾. O diagnóstico diferencial consiste em encondromas, tumor glômico, osteomielite, cisto ósseo simples, cisto ósseo aneurismático, tumor de células gigantes e até metástases ósseas.

Os encondromas ou condromas são as lesões mais freqüentes nas falanges proximais por estar usualmente associados com o crescimento de placas da metáfise óssea, podem ter aparência idêntica à dos cistos epidermóides intra-ósseos e geralmente apresentam quantidade variável de calcificação. O tumor glômico também pode mimetizar o cisto epidermóide intra-ósseo, porém raramente é encontrado nas falanges. Caracteriza-se por lesão dolorosa acompanhada de sensação de frio e erosão óssea à radiografia. Geralmente, o tumor glômico é pequeno (alguns milímetros) e mais comumente localizado na ponta dos dedos ou na região subungueal, raramente de envolvimento ósseo primário.

A presença de esclerose perilesional indolor é compatível com o diagnóstico radiológico do cisto epidermóide intra-ósseo⁽⁹⁾. Macroscopicamente, os cistos variam de 1 a 2cm de diâmetro e são preenchidos por material de consistência pastosa e coloração brancacenta⁽¹⁾. Independente da clínica e do exame radiológico, o diagnóstico correto só pode ser feito através do exame histológico. Ao exame histológico verifica-

se epitélio estratificado escamoso com *debris* de queratinização central no interior do cisto com aparente camada granular. Morfologicamente, pode ser distinguido do cisto dermóide por não apresentar um ou múltiplos anexos cutâneos, como glândulas sebáceas, glândulas sudoríparas ou folículos pilosos. Se a quantidade de material obtido for suficiente, o diagnóstico de cisto epidermóide na falange distal pode também ser feito através de punção aspirativa por agulha fina^(13,15). A curetagem do componente cístico com ou sem enxerto ósseo não é somente o tratamento adequado, como também previne complicações futuras.

Concluindo, o cisto epidermóide intra-ósseo constitui uma entidade clínica rara, geralmente associada a trauma prévio, que deve ser diferenciada de outras lesões radiotransparentes encontradas na falange distal. O diagnóstico correto raramente é feito antes da operação por radiologistas ou cirurgiões devido principalmente à falha em reconhecer essa entidade. Por essa razão, é essencial considerar essa lesão em diagnósticos diferenciais para evitar amputações digitais desnecessárias.

REFERÊNCIAS

1. Marcinkowski I, Loyens M, Van Den Abbeele K, Beekman P. Intraosseous epidermoid cyst. J Belge Radiol. 1997;80(6):300.
2. 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.
3. Hinrichs RA. Epidermoid cyst of the terminal phalanx of the hand. Case report and brief review. JAMA 1965;194(11):1253-4.
4. Hensley Jr CD. Epidermoid cyst of the distal phalanx occurring in an eight year old child. A case report. J Bone Joint Surg Am. 1966;48(5):946-8.
5. Byers P, Mantle J, Salm R. Epidermal cysts of phalanges. J Bone Joint Surg Br. 1966;48(3):577-81.
6. Carroll RE. Epidermoid (epithelial) cyst of the hand skeleton. Am J Surg. 1953;85(3):327-34.
7. Wang BY, Eisler J, Springfield D, Klein MJ. Intraosseous epidermoid inclusion cyst in a great toe. A case report and review of the literature. Arch Pathol Lab Med. 2003;127(7):e298-300. Review.
8. Roth SI. Squamous cysts involving the skull and distal phalanges. J Bone Joint Surg Am. 1964;46:1442-50.
9. Schajowicz F, Aiello CL, Slullitel I. Cystic and pseudocystic lesions of the terminal phalanx with special reference to epidermoid cysts. Clin Orthop Relat Res. 1970;68:84-92.
10. Tamburrelli F. [A case of epidermoid cysts of the distal phalanx of the big toe]. Arch Putti Chir Organi Mov. 1984;34:417-22. Italian.
11. Rocha Junior MA, Carvalho GTC, Faria MP, Fagioni Júnior W, Souza AA. Tumor epidermóide intramedular: relato de caso. Arq Neuropsiquiatr. 2003; 61(3B):867-9.
12. Kalisher L. Epidermoid inclusion cysts of the phalanx, radiological and clinical correlation. Rev Interam Radiol. 1977;2(1):47-8.
13. Handa U, Kumar S, Mohan H. Aspiration cytology of epidermoid cyst of terminal phalanx. Diagn Cytopathol. 2002;26(4):266-7.
14. Ribeiro EB. Epidermoid cyst of the terminal phalanx of the hand. Int Surg. 1967;47(4):336-9.
15. Eimani MT, Kumar PV. Epidermoid cyst of the terminal phalanx of the right thumb diagnosed by fine needle aspiration cytology. Acta Cytol. 1999;43(2):326-8.