

Localizador

05-089

## Uso de corticosteróide intralesional no manejo de lipoma

*Use of intralesional corticosteroid in the treatment of the lipoma*

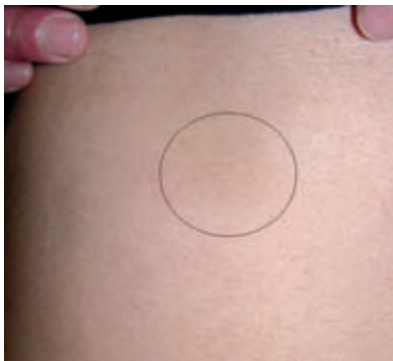
Sr. Director:

O lipoma é a neoplasia mesenquimal mais comum, sendo um tumor benigno de adipócitos maduros de tamanho variável, único ou múltiplo e de localização preferencial nos membros e tronco. Manifesta-se clinicamente como nódulo ou tumor subcutâneo, podendo ser mais palpável que visível[1, 2].

Este tumor não apresenta resolução espontânea. Contudo, não existe uma obrigatoriedade terapêutica. Devemos cogitar uma intervenção médica quando a lesão está determinando algum desconforto funcional ou estético.

O lipoma pequeno e médio (< 10 cm) normalmente é conduzido com exérese cirúrgica[2]. O estudo ultra-sonográfico pré-operatório é útil tanto na confirmação diagnóstica como na disposição anatômica do lipoma[1].

Paciente do sexo feminino, 29 anos, fototipo III, reclamava de tumoração na



**Figura 1.** Lipoma subcutâneo, mal-delimitado. Circulo denotando localização a palpação.



**Figura 2.** Ultra-som mostrando lesão hipoeecóica no subcutâneo 1,5 x 2 cm, compatível com lipoma.

face antero-lateral esquerda do tronco. Apresentava longa evolução, de mínimo crescimento e assintomática (Figura 1). A lesão era mal delimitada e não apresentava sinal de Valsalva positivo, nem dor a palpação. Lipoma foi a hipótese principal. Ao ultra-som, se observou no tecido subcutâneo, imagem hipoeecóica medindo aproximadamente 1,5 cm x 2 cm, de formato ovóide (Figura 2).

Foi instituído como tratamento injeção intralesional de triancinolona (20 mg/ml) em solução de 0,5 ml de corticosteróide e 0,5 ml de lidocaína 2% com vasoconstrictor. A aplicação foi profunda, visando atingir o subcutâneo com agulha 27G. Após 30 dias, clinicamente não havia sinais da lesão (Figura 3). O exame ultra-sonográfico confirmou o desaparecimento da lesão (Figura 4).

No presente caso, devido a má definição cirúrgica (que levaria a uma gran-



**Figura 3.** Após tratamento com corticosteroide intralesional. Paciente assintomática.



**Figura 4.** Ultra-som após tratamento. Sem evidência de lesão.

de incisão) associada com a preocupação estética da paciente, optei por realizar uma técnica medicamentosa que promovesse atrofia tecidual. É sabido do poder atrófico do corticosteróide, conhecido como atrofia esteroide[3]. Sendo assim, sua aplicação intralesional determinou, como esperado, a resolução do lipoma.

Acredito que o corticosteróide intralesional pode ser aventado como potencial agente terapêutico de pequenos tumores benignos, quando a cirurgia se torna problemática.

**Maurício Zanini**

Especialista em Dermatologia. Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Secretário Nacional do Departamento de Cirurgia Dermatológica ano 2002/2003.

### Correspondência:

Maurício Zanini  
Rua Marechal Floriano Peixoto, 245 - Sala 87  
Blumenau - Santa Catarina - Brasil - 89010-500  
Tel.: 47-326-5326  
e-mail: drzanini@ig.com.br

### Referências

1. Azulay RD, Azulay DR. Dermatologia. 2ª ed. Guanabara-Koogan, 1999. Rio de Janeiro. 354.
2. Oliveira NIM. Manejo de Cistos e Lipomas. In: Gadelha AR, Costa IMC. Cirurgia dermatológica em consultório, 2002, Editora Atheneu, São Paulo. 205.
3. Hazzard E. Steroidal Atrophy. *Dermatol Nurs* 2004;16(1):96.