

# Hiperplasia pseudoepiteliomatosa: uma reação rara à tatuagem

*Pseudoepitheliomatous hyperplasia: a rare reaction to tattoo*

I. de Freitas Ferreira Hostalácio, G. Tranquillini, R. Tadeu Villa, S. Passos Catalano, V. Bedin, R. Leitão

Serviço de Dermatologia. Fundação Técnico Educacional Souza Marques.

## Correspondencia:

Isabella de Freitas Ferreira Hostalácio  
Rua João de Oliveira, 135, Mogi Guaçu  
CEP: 13840-374 São Paulo, Brasil  
Tel.: (55) (19) 9101-6607 / (55) (19) 3861-6628  
e-mail: isahostalacio@hotmail.com

## Resumo

Atualmente, as reações cutâneas à tatuagem não são incomuns e diferentes padrões histológicos são descritos. Relata-se caso de paciente do sexo masculino de 51 anos, com múltiplas lesões pápulo-verrucosas surgidas na tatuagem após retoque com tinta guache na cor vermelha. Seu exame anatomopatológico revelou o raro padrão de hiperplasia pseudoepiteliomatosa.

(I. de Freitas Ferreira Hostalácio, G. Tranquillini, R. Tadeu Villa, S. Passos Catalano, V. Bedin, R. Leitão. Hiperplasia pseudoepiteliomatosa: uma reação rara à tatuagem. Med Cutan Iber Lat Am 2011;39(6):272-274)

**Palavras chave:** Reações a tatuagem, HPE, tatuagem.

## Summary

Currently, skin reactions to tattoo are not uncommon and several histological patterns are described. It is presented a case of a male patient of 51 years old with multiple papular warty lesions that arisen on his tattoo after a refinishing with red gouach. His histopathological examination revealed a rare pattern of pseudoepitheliomatous hyperplasia.

**Key words:** Reaction to tattoo, PHE, tattoo.

As tatuagens são utilizadas por seu valor decorativo, para mascarar manchas brancas, identificar tribos e famílias, aliviar dores nas articulações e afastar o mau olhado desde os tempos antigos[1]. Tendo em vista a crescente popularidade das mesmas, um número cada vez maior de reações está sendo documentado[2]. É bem estabelecido que as tatuagens possam incitar vários padrões de reações que incluem o eczema crônico, liquenóide, pseudolinfomatoso[3] e granulomas. No entanto, são escassos os casos relatados de hiperplasia pseudoepiteliomatosa[4].

## Caso clínico

Paciente do sexo masculino, 51 anos, ajudante de pedreiro, natural e procedente da cidade de São Paulo, procurou o serviço de Dermatologia com queixa de alteração na tatuagem há um mês. Relatou que utilizou agulha de costura não esteriliza-

da e tinta guache na cor vermelha para retocar tatuagem presente há cinco anos no membro superior esquerdo. Um mês depois, apresentou reação intensamente pruriginosa. Dentre seus antecedentes, não se destacavam alergia a medicações ou outras substâncias ou comorbidades. Ao exame dermatológico, na face ventral do antebraço esquerdo, encontravam-se múltiplas lesões eritematosas, pápulo-verrucosas, bem delimitadas, confluentes, acometendo toda a extensão da tatuagem, sem lesões satélite (Figuras 1 e 2). As hipóteses diagnósticas iniciais foram de granuloma de corpo estranho ou verruga vulgar, levando em conta a possível contaminação durante a inoculação da tinta. Foram realizados biópsia excisional de uma das pápulas e exames complementares, incluindo hemograma completo, IgE e sorologias para hepatite B, C e HIV. Os exames laboratoriais não revelaram alterações dignas de nota, no entanto, à histopatologia, apurou-se hiperplasia pseudoepiteliomatosa (Figura 3).



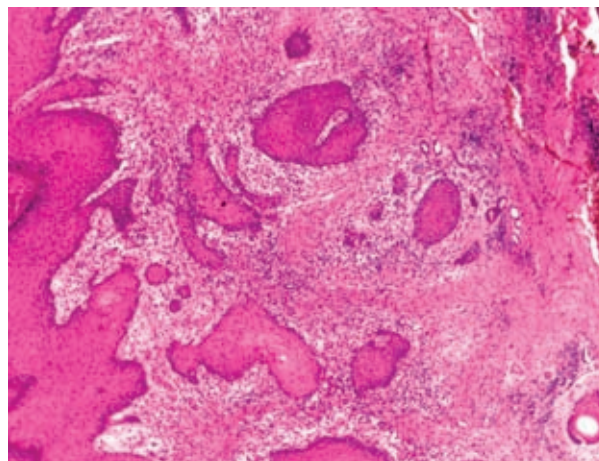
**Figura 1.** Múltiplas lesões eritematosas, pápulo-verrucosas, bem delimitadas, confluentes, acometendo toda a extensão da tatuagem.

## Comentários

O crescente interesse em tatuagem entre os jovens em muitas partes do mundo é preocupante, tendo em vista que lugares com baixo nível de higiene e compartilhamento de agulhas expõem a clientela ao risco de transmissão e contaminação de várias infecções bacterianas e virais, incluindo as hepatites e o vírus da imunodeficiência humana (HIV)[5, 6, 7, 8]. Desde o início do século XV, o conhecimento da transmissibilidade das doenças através das tatuagens está estabelecido para algumas entidades, tais como hanseníase, tuberculose e sífilis[4]. Mesmo quando a antisepsia é realizada, pode se desenvolver uma reação alérgica ou granulomatosa ao pigmento[8], piora da psoríase e líquen plano devido ao fenômeno de Köebner, quelóides e raramente granulomas sarcoídeos[9, 10].



**Figura 2.** Lesões pápulo-verrucosas, em um maior aumento.



**Figura 3.** Hiperplasia epitelial com acantose irregular, alongamento e alargamento dos cones epiteliais formando blocos de epitélio escamoso intradérmicos com arranjo estrutural que simula carcinoma invasivo (HE 50x).

O intervalo de tempo em que ocorre a reação da pele a pigmentos de tatuagem é altamente variável e encontram-se relatos de sua ocorrência imediatamente após o procedimento ou até 45 anos depois[2]. Geralmente, apresenta sintomas semelhantes (nodulação, crescimento, edema e prurido) e, na maioria das vezes, ocorre no local com pigmento vermelho[2].

Pigmento vermelho é a principal causa de reações à tatuagem desde o início do século XX[2]. Em 1927, Broose foi o primeiro a descrever um fenômeno irritativo nos locais com esse pigmento. Já em 1957, Beerman e Lane revisaram 18 casos de reação de sensibilidade ao mercúrio[11]. Hiper-sensibilidade (reação tipo IV de Gell e Coombs) aos componentes da tinta vermelha é bem documentada e a principal causa tem sido o sulfeto de mercúrio, presente em preparações com variados nomes, tais como cinnabar, vermillion, carmin, conchinilla e vermelho cadmium[2]. Diante desse quadro, o sulfeto de mercúrio vem sendo substituído por outros compostos inorgânicos ou orgânicos. O predomínio das reações aos corantes vermelhos ocorre por razões ainda não elucidadas[2, 12, 13].

Dentre as reações alérgicas tardias à tatuagem, as reações líquenóides são as mais comuns[13]. Reações granulomatosas podem ocorrer tanto em padrão tipo corpo estranho com inúmeras células gigantes fagocitando pigmentos, como em padrão de hipersensibilidade, com inúmeros agregados de células epitelióides e poucas células gigantes, às vezes, manifestando-se sob a forma de doença sistêmica[4, 14]. É importante diferenciar esses padrões de reações granulomatosas de algumas doenças sistêmicas, tais como sarcoidose e tuberculose[4]. As reações à tatuagem também podem

ocorrer na forma de pseudolinfoma e sugere-se seguimento do paciente até a identificação do real diagnóstico[3]. Goldstein, Balfour, Wei Cui, Nicolas Kluger e cols.[2] relataram um padrão histológico de reação muito rara, descrito como hiperplasia pseudoepiteliomatosa (HPE) extensa como demonstrado no caso ora apresentado.

HPE refere-se a um padrão histológico de reação cutânea associado a uma série de estímulos lesivos, tais como, irritação crônica, trauma, crioterapia e linfedema crônico. Também é relatada associada a infecções e infestações de protozoários, vírus, bactérias, micobactérias, fungos e principalmente com neoplasias cutâneas, como nevo de Spitz, melanoma, tumor de células granulares e linfoma de células T[15]. A associação de HPE com tatuagem raramente é descrita. O processo de tatuagem normal inclui uma inflamação que se resolve espontaneamente, com total regeneração epidérmica dentro de duas semanas. A reação de HPE na pele ocorre em um curto período de tempo, geralmente entre duas semanas e três meses[4].

Histologicamente, o termo HPE designa uma hiperplasia benigna irregular da epiderme que pode envolver também o infundíbulo folicular e o acrossíngio. Atualmente, considera-se um padrão histológico reativo, ao invés de uma doença propriamente dita, o qual pode ser enganoso, imitando carcinoma de células escamosas ou queratoacantoma. A ocorrência de queratoacantoma e carcinoma de células escamosas sobre tatuagens são raramente observados[2]. Recomendam-se biópsias profundas de espessura total ou, de preferência, a remoção cirúrgica de toda a área hiperplásica seguida de exame histopatológico completo para identificar essas possibilidades. Embora esta distinção seja relativamente simples quando a lesão é totalmente retirada, pode ser difícil quando a amostra da biópsia é pequena[4]. A

ausência de mitoses abundantes e de maior atipia citológica ou de ruptura da arquitetura ajudam a distinguir a HPE do carcinoma, contudo o diagnóstico diferencial pode ser incerto. Como a HPE ocorre frequentemente no contexto de infecções cutâneas, colorações especiais devem ser utilizadas para excluir a presença de fungos, bactérias, ou micobactérias. Tendo em vista que o carcinoma verrucoso pode se desenvolver no local de inflamação crônica e/ou nos processos cicatriciais, recomenda-se um cuidadoso e prolongado seguimento após a excisão cirúrgica, a fim de afastar tais diagnósticos[2]. Lesões granulomatosas na derme associadas com HPE também foram relatados[11]. Interessante notar que diferentes padrões podem ocorrer simultaneamente em tatuagens de um único paciente.

As razões para a aparente raridade desta reação à tatuagem não estão claras, podendo ser resultado das dificuldades diagnósticas mencionadas ou presença de casos tratados em clínicas particulares e que poderiam, portanto, ser sub-relatados na literatura[2].

## Conclusão

O caso aqui apresentado destaca a importância da HPE como padrão raro e pouco descrito de reação às tatuagens. Deve ser adicionado à lista de possíveis padrões histológicos de tatuagem relacionados a reações inflamatórias, especialmente no caso de lesões verrucosas. A remoção cirúrgica com biópsias profundas, análise histológica completa da lesão e o acompanhamento clínico são essenciais na diferenciação entre HPE e processo neoplásico, evitando assim erros diagnósticos e consequentemente tratamentos equivocados, agressivos em demasia na HPE ou insuficientes nas neoplasias malignas.

## Referências bibliográficas

1. Ghopard A. Ornamental tattoos and skin lesions. Tattoo inoculation borderline tubercloid leprosy. *Int J Dermatol* 2009; 48: 11-3.
2. Kluger N, Durand L, Thoumin C, Plantier F, Cotten H, Berteloot E, Batière V, Deurere O. Pseudoepitheliomatous Epidermal Hyperplasia in Tattoos. *Am J Clin Dermatol* 2008; 9: 337-40.
3. Blumental G, Okun MR, Ponitch JA, Canton MA, Tempe AZ. Pseudolymphomatous reaction to tattoos. Report of three cases. *J Am Acad Dermatol* 1982; 6: 485-8.
4. Balfour E, Olhoffer I, Leffell D, Handerson T. Massive pseudoepitheliomatous hyperplasia: an unusual reaction to a tattoo. *Am J Dermatopathol* 2003; 25: 338-40.
5. Ghopade A. Inoculation (tattoo) leprosy: a report of 31 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002; 16: 494-9.
6. Post JJ, Dolan KA, Whybin LR, Carter IW, Haber PS, Lloyd AR. Acute hepatitis C virus infection in an Australian prison inmate: tattooing as a possible transmission route. *Med J Aust* 2001; 174: 183-4.
7. Testa AC, Weilandt C, Ncube F, Gill ON. HIV transmission in part of the US prison system: implications for Europe. *Euro Surveill* 2006; 11: E060525.2.
8. Gallo R, Parodi A, Cozzani E, Guarrera M. Allergic reaction to India ink in a black tattoo. *Contact Dermatitis* 1998; 38: 346-8.
9. Ghopade A. Inoculation sarcoid-like granulomas on blue-black tattoos in seven ladies. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006; 20: 349-50.
10. Collins P, Evans AT, Gray W, Levison DA. Pulmonary sarcoidosis presenting as a granulomatous tattoo reaction. *Br J Dermatol* 1994; 130: 658-62.
11. Winkelmann RK, Harris RB. Lichenoid delayed hypersensitivity reactions in tattoos. *J Cutan Pathol* 1979; 6: 59-65.
12. Sachin SB, Brodell RT, Taylor JS. Red tattoo reactions. *Contact Dermatitis* 2003; 236-7.
13. Sowden JM, Byrne JP, Smith AG, Hiley C, Suarez V, Wagner B, Slater DN. Red tattoo reactions: x-ray microanalysis and patch-test studies. *Br J Dermatol* 1991; 124: 576-80.
14. Bjornberg A. Reactions to light in yellow tattoos from cadmium sulfide. *Arch Dermatol* 1963; 88: 267-71.
15. Weedon D. Tumors of the epidermis. In: Houston MJ, ed. *Skin Pathology*, 2nd edn. London: Churchill Livingstone, 2002: 755.