



Localizador: 13015

Osteoma cutis miliar da face secundário à acne vulgar: relato de caso

Post-acne milinary osteoma cutis of the face: a case report

Fernanda Almeida Nunes Castro,* Marcelo Suenaga,* Ricardo Tadeu Villa,* Valcinir Bedin*

Palavras chave:

Osteoma cutis,
tetraciclina, ossificação.

Key words:

Osteoma cutis,
tetracycline, ossification.

RESUMO

Osteoma cutis é uma rara doença caracterizada pela formação de tecido ósseo na derme. A etiologia é incerta e o tratamento é controverso, podendo corresponder à complicação da acne inflamatória em mulheres acima dos 30 anos. Apresenta-se como pápulas normocrônicas e não há tratamento específico. Relata-se o caso de uma paciente do sexo feminino de 64 anos, que, após 40 anos de tratamento com tetraciclina para acne, desenvolveu osteoma cutis.

ABSTRACT

Osteoma cutis is a rare disease characterized by the formation of bone tissue in the dermis. The etiology is unknown, the treatment is controversial and the disease may correspond to a complication of inflammatory acne in women over 30 years. Osteoma cutis presents as normochromic papules and has no specific treatment. A case of a female patient aged 64 years who developed osteoma cutis after 40 years of treatment with tetracycline for acne is reported.

O termo osteoma cutis (OC) refere-se à presença anormal de ossificação no interior da derme ou epiderme. É considerada uma afecção benigna com crescimento não invasivo limitado.

Acredita-se que a incidência desta afecção seja subestimada devido à pouca suspeição e à necessidade de exame anatomo-patológico para o diagnóstico.

Apresenta-se como pápulas normocrônicas, assintomáticas e endurecidas que podem evoluir a nódulos ou placas e a diferenciação com micro e macro comedões é desafiadora. Pode ser primário, quando não existe lesão cutânea precedente, como ocorre em algumas doenças, osteodistrofia hereditária de Albright, por exemplo, ou secundário, que deriva de sequela de lesão prévia, como acne e outras entidades.

Na forma secundária, não há predileção pelo gênero, mas há uma prevalência de duas mulheres para cada homem na forma primária.

Procedimentos como curetagem, dermoabrasão, ressecção ou laser são opções a serem consideradas no tratamento.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 64 anos, fototipo IV de Fitzpatrick, com antecedentes de acne desde a adolescência, fez tratamento com tetraciclina na terceira década de vida, com bom resultado. Refere que iniciou novo quadro cutâneo há quinze anos, com piora progressiva. Ao exame, foram evidenciadas pápulas normocrônicas, assintomáticas, endurecidas, de 0.3 a 0.5 cm de diâmetro nas regiões zigomática, masseteriana e mentoniana (*Figuras 1 e 2*). A biópsia de uma das lesões evidenciou foco de ossificação na derme (*Figura 3*), descartando calcinose e confirmando o diagnóstico de OC miliar. Foram realizados exames laboratoriais com resultados dentro da normalidade (cálculo e fósforo séricos, uréia e creatinina, PTH, glicemia, lipidograma, AST, ALT, GGT, FA, bilirrubina total e frações e albumina sérica). O tratamento instituído foi a tretinoína tópica a 0.1%.

COMENTÁRIO

Osteoma cutis é uma afecção em que se observa presença anormal de ossificação no interior da

* Fundação Técnico-Educativa Souza Marques. Serviço de Dermatologia.

Recebido: 05/Março/2013.
Aceito: 12/Janeiro/2015.





Figura 1. Pápulas normocrônicas nas regiões ziomática, masseteriana e mentoniana.



Figura 2. Pápulas endurecidas na face.

derme ou epiderme. É considerada uma afecção benigna, assintomática, com lesões com crescimento não invasivo e limitado. Pode ser também conhecido como osteomatose ou osteomatose cutânea, osteoma miliar, osteoma congênito disseminado e ossificação cutânea. A diferenciação com macro e micro comedões é difícil. Na macroscopia, as lesões consistem em pequenos nódulos irregulares, endurecidos na derme, bem delimitados, cor da pele. Pacientes tratados com ciclinas (tetraciclina ou minociclina, principalmente) podem desenvolver nódulos pigmentados.^{2,3}

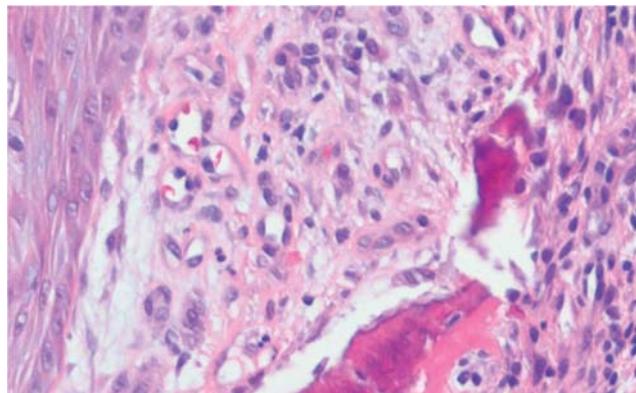


Figura 3. Material basofílico depositado na derme.

O osteoma cutis pode ser observado em pacientes de ambos os sexos, em qualquer idade, mas a maior incidência ocorre nas mulheres entre 2^a e 3^a décadas de vida.⁴ As áreas mais comumente afetadas são face, couro cabeludo, dedos e região subungueal.⁵

Ocorrência familiar sugere fatores genéticos.⁶ No entanto, a etiopatogênese é desconhecida e existem teorias envolvendo uma desordem embriológica, com células mesenquimais primitivas diferenciadas em osteoblastos e migração para locais anômalos. Outra teoria é a metaplasia de células mesenquimais, como fibroblastos e adipócitos, produzindo tecido ósseo normal em locais anômalos, por provável alteração de pH, oxigenação tissular, atividade enzimática, alta concentração de fosfatase alcalina, concentração local de cálcio e fósforo.⁷

O primeiro caso de OC miliar da face foi descrito em 1858 por Wilkens,⁸ e a classificação entre primário e secundário foi elaborada por HOPKINS em 1941, e ainda é controversa.

A forma primária ocorre em cerca de 15% dos pacientes e não é relatada história de doença cutânea ou trauma. Ocorre nos primeiros anos de vida, podendo ser lesão isolada ou no contexto de alguma síndrome. As quatro principais síndromes associadas com OC são osteodistrofia hereditária de Albright, fibrodisplasia com ossificação progressiva, heteroplasia óssea progressiva e osteoma cútis em placa. Cada síndrome apresenta fenótipo e disfunção metabólica característicos e OC representaria o primeiro sinal destas síndromes. Davis et. al. relataram um caso de OC e ossificação dos discos e espaços intervertebrais, dentição anormal e hipoplasia facial. Estes autores classificaram este caso como uma nova síndrome, associando OC e dismorfia do crânio.⁷

A forma secundária ou metaplásica ocorre como consequência de lesões prévias, destacando-se esclerose sistêmica.

mica, morfófia, síndrome CREST, dermatomiosite, trauma, cicatrizes, processos inflamatórios, escoriações, epiteloma calcificado de Malherbe, hiperplasia sebácea, cisto pilar, nevo melanocítico, carcinoma basocelular, SIDA, sequela de acne e aplicação intralesional de corticóides por longo período em quelóides.⁹

Neste relato, apresenta-se o caso de uma paciente com OC miliar, na sua forma secundária, podendo tanto ser atribuído a própria acne, como ao tratamento prévio com tetraciclina, que apresenta grande afinidade pelo cálcio.

O diagnóstico é feito por exame anatomo-patológico, evidenciando deposição de carbonato de cálcio na forma de nódulos de 2 a 5 mm, bem definidos, irregulares com osso trabecular com canais de Harvers e vasos sanguíneos, além da presença de osteoblastos e osteoclastos, excluindo, desta forma, calcinose.

O tratamento pode ser feito com excisão e sutura, retirada com *punch*, excisão e curetagem, dermoabrasão, tretinoína, ácido azeláico, laser erbium: Yag, laser de

CO_2 e ATA para promover eliminação transepidermica do material.⁷

Vale destacar que, se a tetraciclina pode levar ao desenvolvimento de OC, a isotretinoína, utilizada por via oral, pode precipitar a formação de osteomas em pacientes com acne severa.²

CONCLUSÃO

Conclui-se que em todos os pacientes com acne inflamatória crônica, o potencial desenvolvimento de OC deve ser considerado, e que o reconhecimento desta afecção é importante e o tratamento é diferente daquele destinado a acne.

Correspondência:

Dra. Fernanda Almeida Nunes Castro

E-mail: dranunesfernanda@gmail.com

REFERÊNCIAS

1. Baginski DJ, Arpey CJ. Management of multiple milia osteoma cutis. *Dermatol Surg*. 1999; 25: 233-235.
2. Moritz DL, Elewski B. Pigmented post-acne osteoma cutis in a patient treated by minocycline: report and review of the literature. *J Am Acad Dermatol*. 1991; 24: 851-853.
3. 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.
4. Ispub.com. [homepage]. Wang JF, Sarma DP. Acquired perforating osteoma cutis. *Internet J Dermatol*. 2007; 5 (1). ISSN: 1531-3018. [Acesso: 14 Ago. 2008]. Disponível em: <http://www.ispub.com/ostia/index>
5. Douri T, Shawaf AZ. Plate-like cutaneous osteoma on the scalps. *Dermatol Online J* [Internet]. 2006; 12. [Acesso: 14 Ago. 2008]. Disponível em: www.dermatology.cldlib.org/
6. Wilhelmsen HR, Bereston ES. Treatment of osteoma cutis. *Cutis*. 1984; 33: 481-483.
7. Brodkin RH, Abbey AA. Osteoma cutis: a case of probable exacerbation following treatment of severe acne with isotretinoin. *Dermatologica*. 1985; 170: 210-212.
8. Duarte IGL. Multiple osteoma cutis on the face: minimally invasive therapeutics in patients with acne sequel-case reports. *An Bras Dermatol*. 2010; 85: 695-698.
9. Senti G, Hess-Schmid M, Burg G. Multiple miliare osteoma cutis: extirpation mittels "front-lift" Zugang. *Hautarzt*. 2001; 52: 522-525.