

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. Círculo denotando localização a palpação.



**Figura 2.** Ultra-som mostrando lesão hipocóica 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 hipocóica 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 corticosteróide 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.

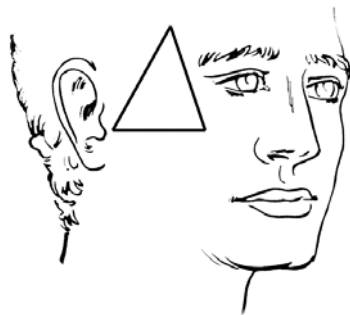
Localizador  
05-090

## Criocirurgia sob anestesia tumescente no manejo de carcinomas em área de risco do nervo facial

*Cryosurgery under tumescent anesthesia in the handling of carcinomas in area of risk of the facial nerve*

Há diversas modalidades no tratamento do carcinoma cutâneo, a saber, exérese cirúrgica, eletrodissecção, curetagem, cirurgia de Mohs e criocirurgia. A escolha do tipo de tratamento do carcinoma dependerá do tipo histológico, tamanho, infiltração e localização, e na dependência do *status* clínico do paciente[1]. Lesões localizadas em área de risco do nervo facial (Figura 1), conduzidos a exérese cirúrgica, não raramente determinam seqüelas motoras indesejadas. Nestes casos, a criocirurgia ganha destaque.

O objetivo da criocirurgia é a destruição total do tecido neoplásico. A temperatura terapêutica recomendada para carcinomas cutâneos varia de  $-50^{\circ}$  a  $-60^{\circ}$  C, medida na base da lesão. Contudo, não há necessidade de se utilizar agulhas térmicas para tal precisão. Medidas clínicas podem ser usadas para qualificar o congelamento e estabelecer se foi efetivo ou não. Estas medidas incluem o tempo de congelamento, tempo de descongelamento do halo e tempo de descongelamento total. O tempo de descongelamento do halo parece ser o elemento mais importante, onde deveria ter uma duração 2 a 3 vezes ao tempo de congelamento. Geralmente isto é obtido com um a dois ciclos de 60 segundos de congelamento[2]. Fatores intimamente relacionados com o sucesso da criocirurgia são a velocidade do congelamento, a duração do congelamento, e a temperatura mínima



**Figura 1.** Área de risco do ramo temporal do nervo facial.

atingida. Por exemplo, um rápido congelamento determina cristalização mais intracelular do que extracelular, o que é mais destrutivo e conseqüentemente mais eficaz. A curetagem associada a criocirurgia aumenta estatisticamente a taxa de cura do procedimento[1].

A criocirurgia, método terapêutico secular, se destaca por ser simples, versátil, rápido, efetivo e potencialmente mais seguro na condução destas lesões em área de risco, com taxa de cura variando de 95 a 97%. São contra-indicações absolutas a intolerância ao frio, doença ou fenômeno de Raynaud, urticária ao frio, crioglobulinemia, pioderma gangrenoso e distúrbios auto-imunes[3, 4]. Como contra-indicações relativas temos carcinomas maiores que 3 cm, carcinoma esclerodermiforme maior que 2 cm, tumores localizados no terço inferior da perna e em fendas embrionárias (sulco nasal, sulco retroauricular, canto interno ocular) e tumores recorrentes[5].

O uso de anestesia tumescente visa determinar uma maior proteção do nervo facial ao criar um “terceiro espaço”. Além do mais, pelo efeito vasoconstrictor desta solução anestésica, o potencial criocirúrgico é aumentado, bem como o sangramento pós-operatório é reduzido[6]. A curetagem pode preceder a criocirurgia, pois além de facilitar a marcação das margens também aumenta a taxa de cura[1]. A técnica consiste em

demarcar as margens clinicamente visíveis. Toda área é então submetida à anestesia tumescente constituída de 3 a 5 ml de lidocaína 2%, 5 ml de soro fisiológico e 0,1 ml de adrenalina 1:1.000. Após 10 minutos podemos realizar curetagem da lesão com cureta em anel para melhor definir as margens tumorais; contudo, o carcinoma espinocelular frequentemente é de difícil manejo com cureta. Usamos a técnica da pulverização (*spray*) com movimentos circulares partindo do centro da lesão para periferia (Figura 2 e 3).

O pós-operatório é delineado com analgésicos, curativos diários com soro fisiológico e pomada de neomicina. A cicatrização completa é esperada em torno de 12 a 16 dias. O paciente deve ser acompanhado por um período de dois anos, onde existe o risco de recorrência tumoral[1, 2]. Quanto aos eventos que sucedem a criocirurgia, os classificamos como fenômenos obrigatórios e complicações. Como fenômenos obrigatórios temos surgimentos de vesículas ou bolhas, edema, exsudação moderada a intensa, e desconforto leve a moderado. Quadro febril e manifestações neurovegetativas são fenômenos não-obrigatórios e geralmente temporários. As complicações



**Figura 2.** Paciente de 69 anos, do sexo feminino, carcinoma basocelular bem-diferenciado em região temporal direita, com dimensão de 2 x 1,5 cm e margens irregulares.



**Figura 3.** Criocirurgia.

incluem infecção, hemorragia, cicatriz atrófica, hipertrófica ou queloidiana, mílio, hiper e hipopigmentação[4]. O efeito colateral mais freqüente é a hipocromia que pode passar despercebido em pacientes de baixo fototipo, podendo ser temporário, porém freqüentemente é definitivo (Figura 4). Deve ser salientado que a criodestruição é célula ou tecido específico. Assim, o melanócito é o elemento biológico mais sensível ao congelamento, sendo destruído a uma temperatura de  $-4^{\circ}$  a  $-7^{\circ}$  C. A destruição criogênica dos queratinócitos requer uma temperatura mínima de  $-30^{\circ}$  a  $-40^{\circ}$  C. O perineuro

ou bainha conjuntiva do nervo é uma das estruturas mais resistentes ao congelamento[4].

Diante de uma afecção maligna o objetivo do cirurgião dermatológico será sempre a cura. Contudo, também sempre devemos questionar possibilidades curativas que ofereçam resultados estéticos potencialmente melhores. Assim, a fim de evitar percalços neurológicos, a anestesia tumescente pode ser utilizada nestes casos visando prevenir lesões nervosas e determinando cura clínica e biológica.



**Figura 4.** Pós-operatório de três meses.

## Referências

1. Mallon E, Dawber R. Cryosurgery in the treatment of basal cell carcinoma – assessment of one and two freeze-thaw cycle schedules. *Dermatol Surg* 1996;22:854-8.
2. Biro DE, Biro L. Cryosurgery in the nursing home. *J Geriatric Dermatol* 1997;5:16-9.
3. Kuflik EG, Gage AA, Lubritz RR, Graham GF. History of Dermatologic Cryosurgery. *Dermatol Surg* 2000;26:715-722.
4. Thai K, Sinclair RD. Cryosurgery of benign skin lesions. *Aust J Dermatol* 1999;40:175-86.
5. Kuflik EG. Cryosurgery update. *J Am Acad Dermatol* 1994;31:925-44.
6. Field LM. Facial Tumescent Solution for Cryosurgery: Subtract the Epinephrine, Add a Steroid, and Avoid Spinal Needles. *Dermatol Surg* 2001;27: 98-99.

### Mauricio 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:

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