



Surgical & Cosmetic Dermatology

ISSN: 1984-5510

ISSN: 1984-8773

Sociedade Brasileira de Dermatologia

Jesus, Laura Costa Beber de; Junqueira, Gabriela
Machado Dias; Carneiro, Getullio Pisa; Haddad, Douglas
Cistos cutâneos no couro cabeludo: descrição de técnica inovadora
Surgical & Cosmetic Dermatology, vol. 12, núm. 1, Supl., 2020, Outubro-Dezembro, pp. 18-21
Sociedade Brasileira de Dermatologia

DOI: <https://doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201241191>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265568336003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Relato de caso

Autores:

Laura Costa Beber de Jesus¹
Gabriela Machado Dias Junqueira¹
Getullio Pisa Carneiro¹
Douglas Haddad Filho²

¹ Departamento de Dermatologia da Universidade de Santo Amaro, São Paulo (SP), Brasil.

² Ambulatório de Cirurgia Dermatológica da Universidade de Santo Amaro, São Paulo (SP), Brasil.

Correspondência:

Douglas Haddad Filho
R. Professor Enéas de Siqueira Neto, 340
Jardim das Embuias
04829-300 São Paulo (SP)
E-mail: cirurgioplastica@dhclinica.com.br

Data de recebimento: 30/04/2018

Data de aprovação: 11/08/2020

Trabalho realizado na Universidade de Santo Amaro, São Paulo (SP), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.

Agradecimentos: Aos nossos familiares e preceptores, que sempre nos estimulam a aprimorar nosso conhecimento na tentativa de oferecer o melhor aos nossos pacientes.



Cistos cutâneos no couro cabeludo: descrição de técnica inovadora

Cutaneous pilar cysts: description of an innovative technique

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201241191>

RESUMO

Cistos são tumores epiteliais benignos extremamente comuns. O cisto triquilemal ou pilar tem origem no istmo do pelo anágeno, representa cerca de 20% dos cistos e localiza-se mais frequentemente no couro cabeludo (90%). Vários métodos podem ser usados para a retirada dos mesmos. A escolha da técnica depende de suas características, como: tamanho, mobilidade, consistência, quiescência, inflamação e quantidade. Porém, eles podem reaparecer se houver remoção incompleta da cápsula. Os autores apresentam uma variante simples da técnica de marsupialização que permite a sua retirada total.

Palavras-chave: Cistos; Couro cabeludo; Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais

ABSTRACT

Cysts are benign epithelial tumors widespread. The trichilemmal cysts, originating from the anagen's isthmus, represent about 20% of the cysts and are located more frequently in the scalp (90%). Several methods can be used for the removal of the cysts. The choice of technique depends on its characteristics, such as size, mobility, consistency, quiescence, inflammation, and quantity. However, they may grow again if the capsule is incomplete removed. The authors present a simple variant of the marsupialization technique that allows its complete removal.

Keywords: Ambulatory Surgical Procedures; Cysts; Scalp Dermatoses

INTRODUÇÃO

Cistos são tumores epiteliais benignos extremamente comuns, constituídos de um espaço revestido por um epitélio com conteúdo líquido ou pastoso no seu interior, móveis em relação aos planos profundos, localizados na derme ou no subcutâneo.^{1,2} São normalmente assintomáticos e se localizam principalmente no segmento cefálico, pescoço e tronco superior.¹

Os cistos epidermóides ou foliculares são mais comuns nos adultos e podem ser originados do infundíbulo piloso ou do óstio folicular (comedoniano). O cisto pilar ou triquilemal deriva do istmo de pelo anágeno e o esteatocistoma, do epitélio sebáceo, sendo, portanto, sebáceos verdadeiros.³

Os cistos triquilemais são menos comuns que os cistos epidermóides, representando cerca de 20% dos cistos. Têm predileção pelo sexo feminino, adultos de meia-idade ou maiores de 60 anos. São mais frequentes no couro cabeludo (90%) e raros em face, membros e tronco.^{4,5} Diferentemente do cisto epider-

moide, não possuem orifício. Têm consistência mais firme e são mais móveis do que o cisto epidermoide.³

Vários métodos podem ser usados com sucesso para a retirada dos cistos. A escolha depende do tamanho do cisto, da qualidade da pele suprajacente, da existência ou não do orifício de saída do cisto, entre outras variáveis. Porém, eles podem recidivar se houver remoção incompleta da cápsula.⁶

Apresentamos uma técnica cirúrgica de marsupialização que permite segurança na retirada total da cápsula, variação técnica não descrita na literatura.

MÉTODOS (DESCRIÇÃO CIRÚRGICA)

Cisto (com cerca de 1,5cm em seu maior diâmetro) na linha média do couro cabeludo, de consistência elástica, indolor à palpação, não aderido a planos profundos (Figura 1).

1. Marcação da incisão na linha de maior diâmetro do cisto e marcação dos limites do mesmo (Figura 1)
2. Assepsia e antisepsia locais
3. Anestesia local (lidocaína com vasoconstritor), 2ml, na incisão, no plano entre a derme e a parede anterior do cisto (Figura 2)
4. Incisão na pele com bisturi lâmina 15 (Figura 3)
5. Incisão na cápsula do cisto com bisturi lâmina 15
6. Drenagem do conteúdo do cisto (Figura 4)
7. Infiltração profunda de anestésico (1ml) no plano entre a parede posterior do cisto e o periósteo (Figura 5)
8. Expressão do cisto em direção ao crânio (Figura 6)
9. Remoção do cisto com pinça de Halsted (Figura 7)
10. Sutura



FIGURA 2: Anestesia com vasoconstritor local na incisão central

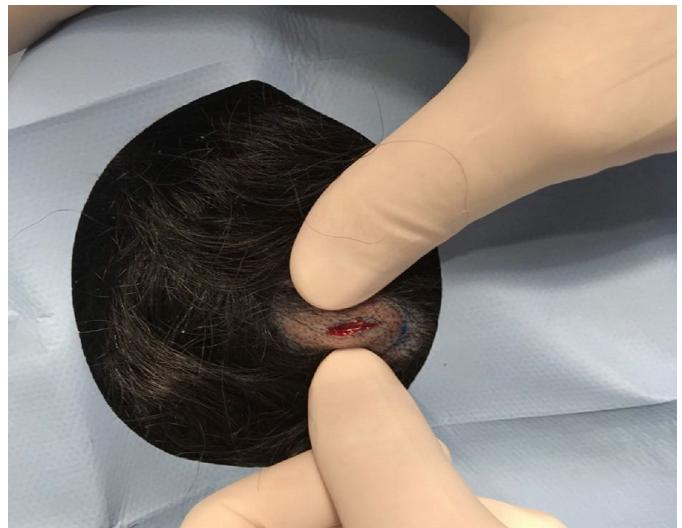


FIGURA 3: Incisão central no cisto



FIGURA 1: Demarcação dos limites da lesão e do local da incisão central

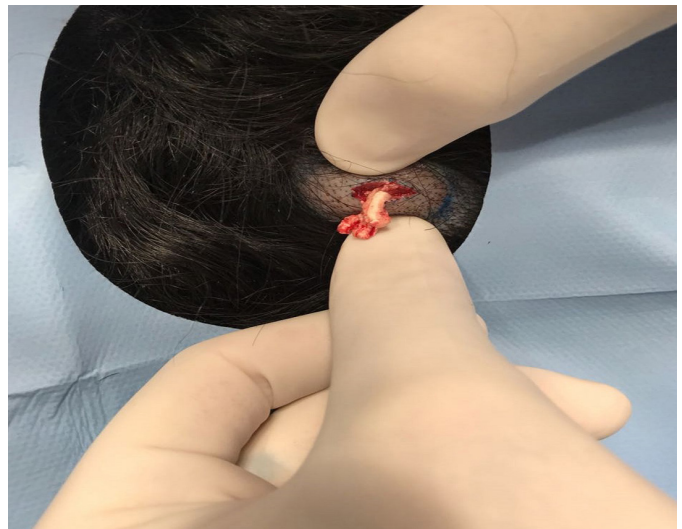


FIGURA 4: Drenagem do conteúdo do cisto

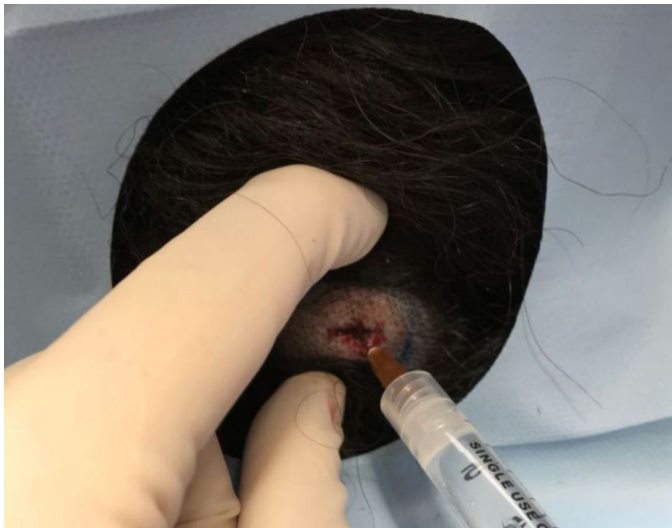


Figura 5: Infiltração de lidocaína junto ao periósteo

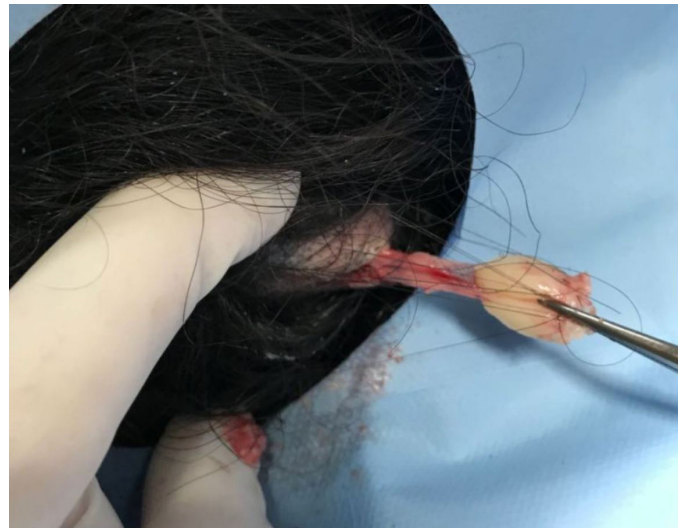


FIGURA 7: Remoção do cisto, evidenciando a retirada total da cápsula



FIGURA 6: Compressão da região pericisto

DISCUSSÃO

Os cistos epidérmicos ou foliculares podem ter um orifício central e são frequentemente encontrados na derme, hipoderme e tecido subcutâneo, e constituem uma entidade clínica bastante comum e de fácil resolução, porém dependem de uma conduta cirúrgica.³

A necessidade das ressecções de segmento da pele acima do cisto depende muito da qualidade dessa pele, uma vez que o cisto pode ter sofrido inflamações e/ou infecções. Outro fato que também demanda a remoção cutânea é a presença do orifício que identifica o óstio do folículo do qual o cisto é derivado, portanto deve ser retirado em conjunto com o cisto.

A remoção convencional é realizada com anestesia infiltrativa ao redor e superficialmente à parede anterior do cisto, sendo uma das técnicas mais utilizadas no tratamento dos cistos foliculares.⁴ É feita por meio de uma incisão na superfície da pele, expondo o cisto subjacente. Neste, é feita a apreensão com pinça de Halsted para facilitar o descolamento das paredes laterais e profundas do cisto com tesoura de Íris curva delicada, até remover completamente a estrutura.^{1,6,7}

Embora essa técnica apresente alta eficiência, a possibilidade de rotura do cisto na dissecação dos tecidos aumenta a probabilidade da permanência de resíduo de cápsula, potencializando uma recidiva.

Na técnica apresentada, é realizada infiltração na região posterior do cisto que, com manobra bidigital de compressão, everte o cisto em direção à incisão, quando esse é tracionado. Os processos inflamatórios e infecciosos de repetição do cisto podem levar à formação de um granuloma perilesional e fibrose reacional, dificultando a retirada da cápsula. Nesses casos, a aplicabilidade da técnica apresentada pode não ser indicada, visto que a fibrose existente na região dificultaria a remoção integral do cisto. Assim, indica-se a retirada da estrutura em bloco, ou seja, pele e cisto, o que, embora aumente o volume do procedimento, garante a remoção integral da cápsula.

A vantagem da técnica apresentada reside no fato de que não é necessária a separação tecidual do cisto e dos tecidos vizinhos, o que, por sua vez, diminui o sangramento e, consequentemente, o tempo cirúrgico. A técnica é simples, rápida e pode ser aplicada em locais como a superfície rígida do couro cabeludo.³ ●

REFERÊNCIAS

1. Junior WB, Chiacchio ND, Criado PR. Tratado de dermatologia. 2nd ed. São Paulo: Atheneu, 2014. p. 2332.
2. Sampaio SAP, Rivitti EA. Dermatologia. 3th ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007. p. 1120-1121.
3. Galdelha ADR, Costa IMC. Cirurgia Dermatológica. 3th ed. São Paulo : Atheneu, 2017. p. 761-762.
4. Al-Khateeb TH, Al-Masri NM, Al-Zoubi F. Cutaneous cysts of the head and neck. J Oral Maxillofac surg. 2009;67(1):52-7.
5. Fitzpatrick TB. Fitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology. 5th ed. New York: McGraw-Hill, 2005. p. 171.
6. Mehrabi D, Leonhardt JM, Brodell RT. Removal of keratinous and pilar cysts with the punch incision technique: analysis of surgical outcomes. Dermatol Surg. 2002;28(8):673-7.
7. Lopes Filho LL, Lopes LRS. Cistos (Epidérmico, Pilar, Mixoide, Dermoides), Dermatofibroma e Lipoma. In: Palermo E. [et al.] editors. Tratado de cirurgia dermatológica, cosmiatria e laser da Sociedade Brasileira de Dermatologia. 1st ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. p. 621-627.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Laura Costa Beber de Jesus |  ORCID 0000-0003-2347-5554

Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Gabriela Machado Dias Junqueira |  ORCID 0000-0003-0899-9341

Elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Getullio Pisa Carneiro |  ORCID 0000-0001-7748-0282

Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

Douglas Haddad Filho |  ORCID 0000-0001-9304-4739

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.