

Dermatoscopia no Granuloma Facial: Relato de 2 Casos

Rafael Figueiredo Gatti¹, Caroline Medeiros Prohmann¹, Alice Ananias David², Thaís Oliveira Utiyama³, Eurides Maria de Oliveira Pozetti⁴, João Roberto Antônio^{1,4}

¹Dermatologia, Faculdade Estadual de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), Ribeirão Preto, Brasil

²Medicina, Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), Ribeirão Preto, Brasil

³Medicina, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil

⁴Ambulatório de Dermatologia, da Faculdade Estadual de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), Ribeirão Preto, Brasil

RESUMO – O granuloma facial é uma patologia cutânea rara, idiopática e benigna, com predomínio em homens caucasianos entre a terceira e quinta décadas de vida. Caracteriza-se histologicamente por um infiltrado inflamatório misto, em que fenômenos de vasculite e fibrose se associam, com predomínio na face, de curso crônico e lentamente progressivo. O diagnóstico baseia-se na história clínica, exame físico e histopatológico, com recente destaque para a dermatoscopia, que revela aspectos que podem possibilitar uma diferenciação inicial com outros diagnósticos (sarcoidose, lúpus eritematoso cutâneo, dentre outros). Existem várias opções terapêuticas propostas, porém com resultados pouco satisfatórios.

Neste trabalho, relatamos dois casos de pacientes com lesões eritematosas faciais em que a dermatoscopia teve grande valor como ferramenta diagnóstica. O uso dessa modalidade deve crescer nos próximos anos em relação à essa patologia, já que, além de fornecer características importantes da doença, consiste em uma maneira simples e fácil de identificar o granuloma facial.

PALAVRAS-CHAVE – Dermoscopia; Diagnóstico Diferencial; Granuloma Eosinofílico; Dermatoses Faciais.

Dermoscopy of Granuloma Faciale: Two Case Report

ABSTRACT – *Granuloma faciale is a rare, benign, idiopathic skin disorder, observed predominantly in caucasian men between the third and fifth decades of life. It is characterized histologically by a mixed inflammatory infiltrate, in which phenomena of vasculitis and fibrosis are associated. It occurs predominantly in the face and has a chronic and slowly progressive course. Its diagnosis is based on clinical and histopathological features, with a recent emphasis on dermoscopy, which reveals aspects that may allow initial differentiation from other diagnoses (sarcoidosis, cutaneous lupus erythematosus, basal cell carcinoma, among others). There are several therapeutic options but with unsatisfactory results.*

In this article, we report two cases of patients with facial erythematous lesions in which dermoscopy was of great value as a diagnostic tool. Use of this technique will certainly grow in the coming years in relation to this pathology, since, besides providing important disease characteristics it represents a simple and easy way to identify facial granuloma.

KEYWORDS – Dermoscopy; Differential Diagnosis; Eosinophilic Granuloma; Facial Dermatitis

INTRODUÇÃO

O granuloma facial é uma patologia cutânea rara, idiopática e benigna, com predomínio em homens caucasianos entre a terceira e quinta décadas de vida.¹ Foi descrito pela primeira vez em 1945 por Wigley como um “granuloma eosinofílico cutâneo” e posteriormente, em 1952, por Pinkus, como uma “granuloma facial”.²

De etiologia ainda obscura o granuloma facial parece ser mediado por imunocomplexos. Sabe-se que alguns fatores podem favorecer esta patologia, radiação, trauma, alergia e

reação *Arthus-like*,³ outros podem exacerbá-la: exposição ao sol e calor.⁴ Sua fisiopatologia.

As lesões com predomínio na face, têm curso crônico e lentamente progressivo e podem manifestar-se por pápulas, placas ou nódulos, solitários ou múltiplos, que não tendem a ulcerar e cuja coloração varia de vermelho a violeta (lesões castanho-avermelhadas). A apresentação mais comum é uma placa solitária em asa nasal (30%). O envolvimento extra-facial é raro, mas pode ocorrer, como já foi relatado, em dorso, membros superiores, região torácica, ombros e

Correspondência: Rafael Figueiredo Gatti
Rua Abdo Muanis, 1101 Bloco 1 Apto 31
São José do Rio Preto – São Paulo - CEP: 15090-140
E-mail: rafa_gatti@hotmail.com

Recebido/Received
30 Março/March 2017
Aceite/Accepted
11 Junho/June 2017

Dermatoscopia

coxas.⁵ As lesões são geralmente assintomáticas, contudo podem cursar com sensação de ardor e prurido local, não havendo envolvimento sistêmico.² Histologicamente caracteriza-se o granuloma facial por um infiltrado inflamatório misto, em que fenômenos de vasculite e fibrose se associam. O infiltrado denso de células inflamatórias polimorfos localiza-se nos 2/3 superiores da derme e observa-se frequentemente uma zona de Grenz (região subepidérmica) proeminente.

O diagnóstico baseia-se na anamnese, exame físico e histopatológico (padrão-ouro), com recente destaque para a dermatoscopia, que revela aspectos que podem possibilitar uma diferenciação inicial com outros diagnósticos (sarcoidose, tuberculose, lúpus eritematoso cutâneo, dentre outros).⁶⁻⁷ Exames laboratoriais podem demonstrar uma discreta eosinofilia, sem outras anormalidades de destaque.⁸

Trata-se de uma doença de difícil terapêutica. Existem amplas propostas de tratamento sistêmico (colchicina, dapsona, antimetabólicos, isoniazida), tópico (corticóides intralesionais, pomada de tacrolimus 0,1%) e de procedimentos cirúrgicos (excisão, laser de dióxido de carbono, dermabrasão, criocirurgia), porém os resultados são imprevisíveis. Alguns raros casos podem até apresentar resolução espontânea.²

RELATO DE CASO

Caso 1:

Paciente do sexo feminino, 63 anos, caucasiana, casada, aposentada, natural de Garça-SP e procedente de Mirassolândia-SP, ensino fundamental incompleto. Foi atendida em primeira consulta no Ambulatório de Dermatologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto devido a lesão avermelhada na face. A paciente relatava que no ano de 2010 surgiu uma pequena mancha avermelhada na região frontal esquerda da face com prurido discreto agravada pela exposição solar e com aumento progressivo do tamanho no primeiro ano, com posterior estabilização. Após 6 anos, surgiu uma segunda lesão semelhante de menor tamanho na região frontal direita. A paciente negava sintomas sistêmicos ou demais lesões cutâneas.

Nos antecedentes pessoais, referia ser diabética controlada com metformina, e negava quaisquer outras comorbidades ou uso de outras medicações. Os antecedentes familiares eram irrelevantes.

A paciente apresentava-se em bom estado geral sem alterações no exame dos diferentes aparelhos. Na região frontal esquerda observava-se placa eritematosa arredondada pouco infiltrada de aproximadamente 6 cm de diâmetro (Fig. 1) e na região frontal direita havia placa de mesmo aspecto com aproximadamente 2 cm de diâmetro (Fig. 1). À dermatoscopia foram notados vasos arboriformes em um fundo rosado com pequenos pontos marrons dispersos e aberturas foliculares dilatadas com halo claro (Fig. 2) e uma área esbranquiçada cicatricial às 9 horas que corresponde ao local de biópsia incisiva prévia.

Dos exames complementares o hemograma demonstrou apenas eosinofilia relativa 5,5% (normal: 1-5%) com valor



Figura 1 - Caso 1: Placas eritematosas arredondadas pouco infiltradas na região frontal.

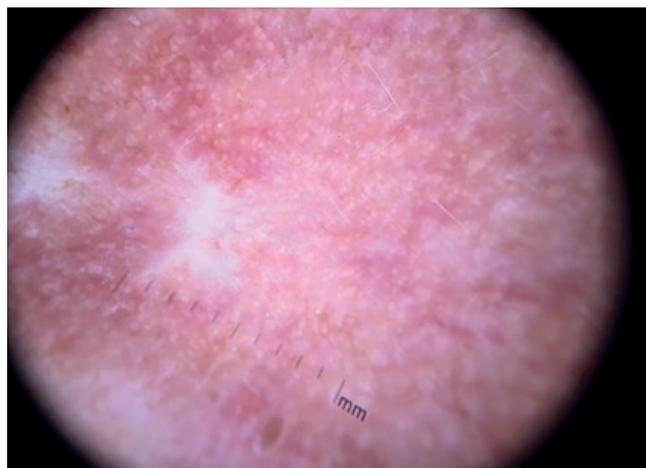


Figura 2 - Caso 1: Dermatoscopia de lesão da região frontal esquerda. Vasos arboriformes em um fundo rosado com pequenos pontos acastanhados dispersos e aberturas foliculares dilatadas com halo claro.

absoluto de eosinófilos normal (480/mm³, normal: 40-550/mm³) sendo normais a função hepática ou renal e negativos a baciloscopia e anticorpos anti-núcleo (FAN). Dois fragmentos de biópsia de pele evidenciaram dermatite perivascular envolvendo a derme superior, média e reticular, caracterizada por denso infiltrado misto com eosinófilos, neutrófilos, linfócitos e plasmócitos (Fig. 3), infiltrado que não atinge a região subepidérmica e perifolicular (zona Grenz) mas permeia vasos sanguíneos, contudo sem evidência inequívocas de vasculite.

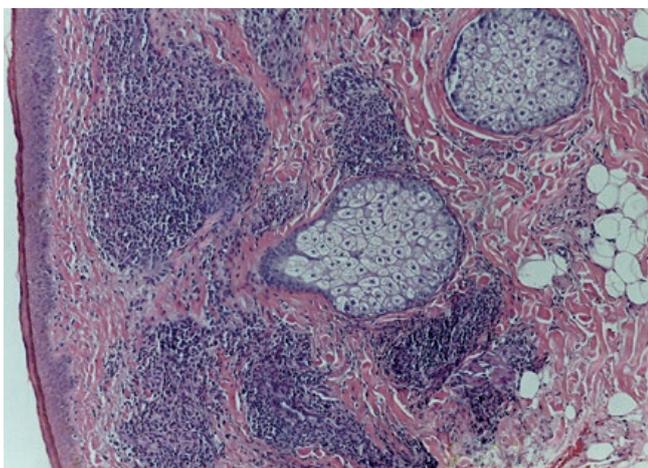


Figura 3 - Caso 1: Dermatite perivascular envolvendo a derme superior média e reticular, caracterizada por denso infiltrado polimórfico, poupando a região subepidérmica e perifolicular (zona Grenz) (H&E, 40x).

Com os dados clínicos e auxílio dos exames foi possível chegar ao diagnóstico de granuloma facial. Paciente recebeu diversos tratamentos sem resposta terapêutica adequada: difosfato de cloroquina por 4 anos, dapsona por 3 anos associado a pimecrolimus ou tacrolimus. Foram realizadas também três infiltrações com corticoide no local (triancinolona) sem regressão da lesão.

Caso 2:

Trata-se de uma paciente do sexo feminino, 69 anos, caucasiana, divorciada, cuidadora de idosos, natural de Junqueira-SP e procedente de Monções-SP, ensino fundamental incompleto. Previamente hipertensa, diabética e dislipidêmica e fazendo uso de metformina, losartan e sinvastatina. Sem antecedentes familiares patológicos significativos.

A paciente queixava-se do aparecimento de uma lesão arredondada e avermelhada, pruriginosa e com dor eventual descrita como picada, em região temporal direita, aproximadamente 5 meses antes da consulta. A lesão não apresentou crescimento, descamação, sangramento ou qualquer outro sintoma ao longo da evolução.

O exame físico demonstrou placa eritematosa arredondada de aproximadamente 3 cm de diâmetro na região zigmática direita (Fig. 4). À dermatoscopia observou-se fundo rosado com alguns vasos sanguíneos lineares ou discretamente arboriformes concentrados nas bordas, além de estrias e pontos esbranquiçados e uma rede de pigmento castanho claro às 6 horas (Fig. 5).

Uma biópsia incisional da região temporal direita revelou fragmento de pele com epiderme retificada e foco de hiperqueratose e, na derme, elastose solar e infiltrado inflamatório misto (eosinófilos, neutrófilos, plasmócitos e linfócitos) em torno dos vasos, separado da epiderme por uma zona Grenz na derme superior (Fig. 6). Não foram encontrados bacilos ácido álcool-resistentes (BAAR) na biópsia, por técnica de coloração especial, e a baciloscopia coletada foi negativa, assim



Figura 4 - Caso 2: Placas eritematosas arredondadas na região zigmática direita e ponta nasal.



Figura 5 - Caso 2: Dermatoscopia: fundo rosado com alguns vasos sanguíneos lineares ou discretamente arboriformes concentrados nas bordas, além de estrias e pontos esbranquiçados e uma rede de pigmento acastanhado bastante ameno às 6 horas.

Dermatoscopia

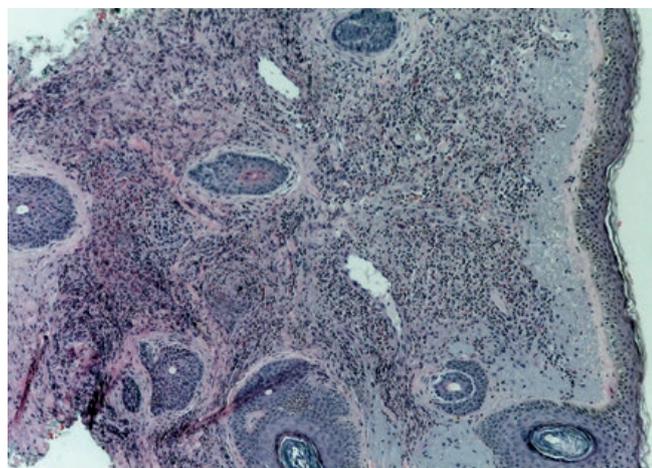


Figura 6 - Caso 2: Epiderme retificada como foco de hiperqueratose. Na derme, vê-se elastose solar e infiltrado dérmico relativamente denso com zona de Grenz e acentuação perivascular (H&E, 40x).

como o fator anti-núcleo (FAN). O exame neurológico, incluindo os testes de sensibilidade tátil e dolorosa no local da lesão, foi normal e não foram detectados espessamentos de ramos nervosos à palpação. O hemograma não evidenciou alterações nomeadamente eosinofilia.

Perante a clínica e histologia sugestivas de granuloma facial foi prescrito creme de betametasona com melhora discreta da lesão. Todavia, 3 meses após, surgiu nova lesão na ponta nasal esquerda bastante semelhante à lesão da região temporal: placa eritemato-violácea de aproximadamente com 1,5 cm no maior diâmetro, com dilatação dos óstios pilosebáceos (Fig. 4). A dermatoscopia evidenciou também vasos arboriformes sobre um fundo rosado, com pequenos pontos acastanhados dispersos, aberturas foliculares dilatadas com halo esbranquiçado e raras estrias brancas e o exame histopatológico foi idêntico ao da lesão temporal. Foi prescrita, então, tacrolimus tópico - em substituição do corticoide - e aguarda infiltração de triancinolona em lesão nasal. Ainda não há tempo suficiente de terapêutica para julgar evolução clínica.

DISCUSSÃO

A dermatoscopia é um método diagnóstico não invasivo que auxilia na avaliação de diversas lesões da pele,⁹ pois permite a observação de estruturas da epiderme, da junção dermoepidérmica e da derme papilar e reticular superficial, não observáveis a olho nu, sendo, portanto, utilizada como exame complementar à avaliação clínica.¹⁰

Este método vem se mostrando útil no diagnóstico de doenças até então pouco relatadas, como o caso do granuloma facial, sendo vários os trabalhos recentes que mostram como a dermatoscopia pode ser benéfica neste diagnóstico (. Num caso do Brasil,¹¹ a avaliação dermatoscópica evidenciou um fundo rosa, com algumas áreas enegrecidas, estrias brancas em diferentes direções e proeminentes orifícios foliculares, tal como num caso da Grécia,¹² em que além de aberturas foliculares dilatadas e vasos lineares ligeiramente arboriformes

atravessando toda a superfície da placa, também foram observadas agregações dispersas de pontos acastanhados num fundo avermelhado. Corroborando ainda estes achados, uma referência americana¹ relatou ainda áreas translúcidas e acinzentadas, sem estrutura, entremeadas por estrias ortogonais esbranquiçadas e a presença de telangiectasias focadas e alongadas. Os dois casos aqui relatados condizem com os achados da literatura, nomeadamente no que diz respeito ao fundo rosado, vasos arboriformes, estrias esbranquiçadas e pontos acastanhados/escurecidos.

Clinicamente, o granuloma facial assemelha-se com a sarcoidose cutânea, lúpus eritematoso discóide e lúpus vulgar, sendo a dermatoscopia ferramenta útil também na avaliação desses diagnósticos diferenciais. Na sarcoidose, a dermatoscopia revela aéreas translúcidas amareladas ou alaranjadas do tipo globular ou sem estrutura, associadas a vasos lineares,⁶ características ausentes no granuloma facial. No lúpus vulgar, telangiectasias focalizadas em um fundo amarelado, juntamente com cistos e estrias esbranquiçadas são observadas.¹³ Percebe-se aqui que, apesar das telangiectasias e estrias também estarem presentes no granuloma facial, suas características são bem distintas. No lúpus eritematoso discóide estão também presentes de forma variável o eritema, os “plugs” de queratina nos folículos pilosos e as alterações pigmentares,¹⁴ mas no granuloma facial esses vasos arboriformes são mais proeminentes em tamanho e número.

Em resumo, a dermatoscopia fornece características importantes para identificar o granuloma facial e para o distinguir de outras patologias pelo que, sendo um exame complementar simples, será certamente utilizado de forma crescente no apoio ao diagnóstico desta patologia.

Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Suporte financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

Confidencialidade dos dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

Proteção de pessoas e animais: Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Confidentiality of data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

Protection of human and animal subjects: The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and with those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki).

REFERÊNCIAS

1. Caldarola G, Zalaudek I, Argenziano G, Bisceglia M, Pellicano R. Granuloma faciale: a case report on long-term treatment with topical tacrolimus and dermatoscopic aspects. *Dermatol Ther.* 2011; 24:508-11.
2. Ludwig E, Allam JP, Bieber T, Novak N. New treatment modalities for granuloma faciale. *Br J Dermatol.* 2003; 149:634-7.
3. Thiyanaratnam J, Doherty SD, Krishnan B, Hsu S. Granuloma faciale: case report and review. *Dermatol Online J.* 2009; 15:3.
4. Ito LM, Barros JF, Andrade R, Neves SR. Granuloma faciale: case study. *An Bras Dermatol.* 1999; 74:245-7.
5. Nasiri S, Rahimi H, Farnaghi A, Asadi-Kani Z. Granuloma faciale with disseminated extra facial lesions. *Dermatol Online J.* 2010; 16:5.
6. Pellicano R, Tiodorovic-Zivkovic D, Gourhant JY, Catriçalà C, Ferrara G, Caldarola G, et al. Dermoscopy of cutaneous sarcoidosis. *Dermatology.* 2010; 221:51-4.
7. Basiello M, Zalaudek I, Ferrara G, Gourhant JY, Capoluongo P, Roma P, et al. Lupus vulgaris: a new look at an old symptom - the lupoma observed with dermoscopy. *Dermatology.* 2009; 218:172-4.
8. Marcoval J, Moreno A, Peyr J. Granuloma faciale: a clinicopathological study of 11 cases. *J Am Acad Dermatol.* 2004; 51:269-73.
9. Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S, Talamini R, Corona R, Sera F, et al. Dermoscopy of pigmented skin lesions: results of a consensus meeting via the internet. *J Am Acad Dermatol.* 2003; 48:679-93.
10. Carmo GC, Silva MR. Dermoscopy: basic concepts. *Int J Dermatol.* 2008; 47:712-9.
11. Teixeira DA, Estrozi B, Ianhez M. Granuloma faciale: a rare disease from a dermatoscopy perspective. *Anais Brasileiros Dermatologia.* 2013; 88: 97-100.
12. Lallas A, Sidiropoulos T, Lefaki I, Tzellos T, Sotitiou E, Apalla Z. Dermoscopy of granuloma faciale. *Journal of Dermatological Case Reports.* 2012; 2: 59-60.
13. Lopez-Tintos BO, Garcia-Hidalgo L, Orozco-Topete R. Dermoscopy in active discoid lupus. *Arch Dermatol.* 2009;145:358.