

Granuloma facial mimetizando carcinoma basocelular

Cintia Santos Braghiroli^I, Ana Cláudia Cavalcante Espósito^{II},
Mariângela Esther Alencar Marques^{III}, Hamilton Ometto Stolf^{IV}

Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Unesp)

RESUMO

Contexto: Granuloma facial é dermatose rara, benigna, localizada e crônica, com características histopatológicas de vasculite leucocitoclástica. Seu diagnóstico muitas vezes é um desafio para o dermatologista, pois a morfologia da lesão pode simular outras doenças dermatológicas, como carcinoma basocelular. **Descrição do caso:** Mulher, de 45 anos, fototipo 1 com lesão nasal assintomática há um ano, apresentou-se para exame clínico e dermatoscópico. A lesão assemelhava-se ao carcinoma basocelular, porém o exame histopatológico confirmou tratar-se de granuloma facial. **Discussão:** As lesões de granuloma facial localizam-se principalmente na face e fazem diferencial com eritema *elevatum diutinum*, carcinoma basocelular, linfoma cutâneo, pseudolinfoma, entre outros. O exame anatomopatológico é característico, com a presença de infiltrado inflamatório misto predominantemente perivascular. **Conclusões:** O diagnóstico de granuloma facial deve ser sempre lembrado diante de lesões faciais que se apresentam como placas eritemato-acastanhadas, sendo necessário, além de exame clínico e dermatoscópico, a avaliação histopatológica.

PALAVRAS-CHAVE: Granuloma, carcinoma basocelular, vasculite, vasculite leucocitoclástica cutânea, histologia

INTRODUÇÃO

Granuloma facial é uma vasculite cutânea benigna, rara, crônica e de etiologia ainda desconhecida.^{1,2} Foi descrita por Wigley, em 1945, como “granuloma eosinofílico”;

entretanto, esta terminologia foi abolida para diferenciar dos infiltrados exclusivamente eosinofílicos cutâneos.³ Embora seja uma forma localizada de vasculite leucocitoclástica, não há evidência de associação e envolvimento sistêmico.

^IDermatologista, Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Unesp).

^{II}Dermatologista colaboradora da cirurgia oncológica do Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Unesp).

^{III}Patologista, professora titular do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Unesp).

^{IV}Professor colaborador da Disciplina de Dermatologia da FCM-Unicamp, Campinas (SP) e professor aposentado do Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Unesp).

Editor responsável por esta seção:

Hamilton Ometto Stolf. Professor colaborador da Disciplina de Dermatologia da FCM-Unicamp, Campinas (SP) e professor aposentado do Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Unesp).

Endereço de correspondência:

Ana Cláudia Cavalcante Espósito

Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (FMB-Unesp)

Botucatu (SP) — CEP 18618-000

Tel./Fax. (14) 3882-4922 — E-mail: anaclaudiaesposito@gmail.com

Fonte de fomento: Nenhuma declarada — Conflito de interesse: nenhum declarado

Entrada: 10 de maio de 2017 — Última modificação: 18 de maio de 2017 — Aceite: 24 de maio de 2017

As lesões clássicas são placas, pápulas ou nódulos eritematosos bem delimitados, localizados preferencialmente na face. O diagnóstico clínico do granuloma facial é, muitas vezes, um desafio para o dermatologista, pois sua morfologia pode simular outras dermatoses. Relatamos caso exuberante de lesão nasal de granuloma facial que, clínica e dermatoscopicamente, simulava carcinoma basocelular.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, de 45 anos, de cor branca, de ocupação prendas domésticas, referia há um ano lesão assintomática, de crescimento progressivo, localizada na região nasal lateral esquerda. Relatava antecedente pessoal de câncer de pele não melanoma.

Ao exame dermatológico, notava-se placa eritematosa, com superfície brilhante, bordas definidas e, à dermatoscopia, presença de telangiectasias com tendência a serem arboriformes e aspecto de “poros dilatados” (Figura 1). A hipótese diagnóstica inicial foi de carcinoma basocelular.

Optou-se por realizar biópsia incisional da lesão, que evidenciou, ao exame histopatológico, epiderme intacta, presença de zona Grenz e, na derme, infiltrado inflamatório denso, misto (neutrófilos, eosinófilos, linfócitos), concentrado na região perivascular, associado a fragmentação nuclear e dano à parede vascular compatível e caracterizando o granuloma facial (Figuras 2 e 3).

A paciente foi inicialmente tratada com infiltração intralesional de corticosteroide e apresentou melhora discreta após quatro sessões com intervalos de três semanas. Devido ao grande incômodo da paciente com a lesão e ao comprometimento estético referido pela paciente, optou-se por excisão cirúrgica. A paciente está em seguimento há dois anos, sem recidiva ou surgimento de novas lesões.

DISCUSSÃO

Granuloma facial é uma dermatose rara, classicamente descrita como mais prevalente em homens, porém Oliveira e colaboradores, em 2016, identificaram, em série de 10 casos, maior prevalência em mulheres.^{2,4,5} Esta afecção dermatológica é mais comum entre a terceira e quinta década de vida, tem curso crônico, crescimento lento e exacerbações após exposição ao sol ou calor.⁶ Não apresenta evidência de acometimento sistêmico, ou seja, é uma vasculite leucocito-plástica localizada.

O granuloma facial pode apresentar-se como lesão única ou múltiplas lesões.⁵ São placas, pápulas ou nódulos eritemato-acastanhados ou violáceos bem delimitados,



Figura 1. Placa eritematosa localizada na lateral nasal esquerda e dorso nasal, com telangiectasias na superfície.

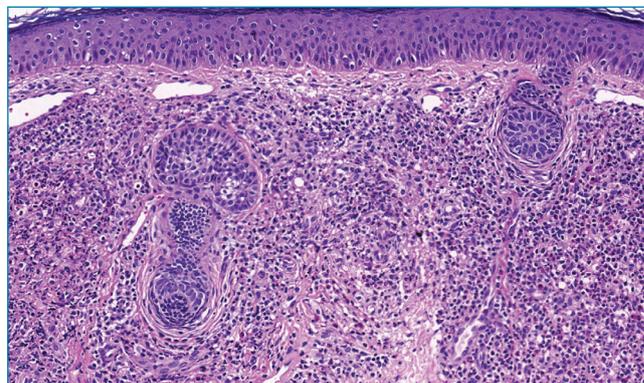


Figura 2. Exame histopatológico evidenciando epiderme intacta, presença de zona Grenz e, na derme, infiltrado inflamatório denso, misto (neutrófilos, eosinófilos, linfócitos), concentrado no perivascular (hematoxilina-eosina).

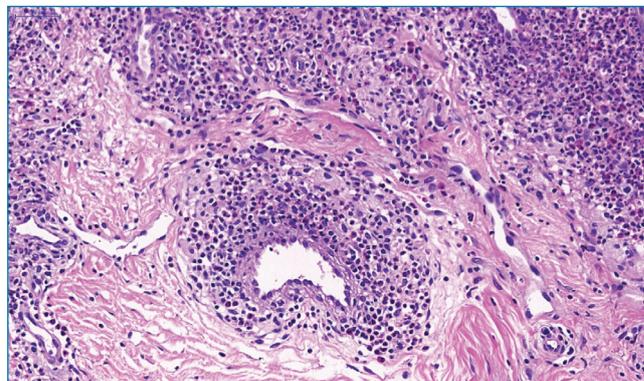


Figura 3. Detalhe da biópsia: infiltrado denso misto, com evidente concentração perivascular. Há fragmentação nuclear e dano à parede vascular (hematoxilina-eosina).

com telangiectasias na superfície e acentuação folicular, muitas vezes conferindo o aspecto em “*peau d’orange*”.⁷ A localização mais frequente é na face, especialmente na região lateral do nariz (30% dos casos), ponta nasal (7%), pré-auricular (22%), malar (22%) e fronte (15% dos casos).^{5,8} Apesar de incomum, granuloma facial pode ocorrer excepcionalmente no tronco, couro cabeludo e extremidades superiores.⁹ Os pacientes podem referir sensação de prurido ou ardor sobre as lesões.^{2,6}

Sua etiologia não é conhecida, mas exposição solar, exposição à radiação, trauma e alergia são possíveis desencadeantes.⁴ O diagnóstico de certeza do granuloma facial é histopatológico, mas a dermatoscopia pode ser ferramenta auxiliar e complementar. À dermatoscopia, as lesões apresentam fundo cor-de-rosa, com acentuação folicular; áreas translúcidas branco-acinzentadas sem estruturas, estrias esbranquiçadas, além de telangiectasias focalizadas e alongadas.⁷

O exame histopatológico das lesões evidencia uma epiderme intacta, separada da derme por uma zona Grenz.⁴ A derme apresenta padrão inflamatório denso, misto, contendo neutrófilos, eosinófilos, células do plasma e linfócitos, que são predominantemente CD4+ e, ao produzirem interferon- γ , induzem a quimiotaxia de mais linfócitos.^{2,10} O processo inflamatório concentra-se na região perivascular, ocorrendo fragmentação nuclear e dano à parede vascular (vasculite de pequenos vasos).¹¹ O extravasamento de hemácias e deposição de hemossiderina contribuem para a cor da lesão.¹¹ Os exames laboratoriais são normais, exceto por ocasional eosinofilia.⁵

Tabela 1. Resultados da busca sistematizada nas bases de dados médicas realizada no dia 12/05/2017

Base de dados	Estratégia de busca	Resultados	Relatos de caso semelhantes
Embase (via Elsevier)	(Granuloma Faciale) OR (Cutaneous Vasculitis)	252	98
Scopus	(g(Granuloma Faciale) OR (Cutaneous Vasculitis)	170	84
MEDLINE (via PubMed), filtro: “case reports”	(g(Granuloma Faciale) OR (Cutaneous Vasculitis)	237	161

Os principais diagnósticos diferenciais do granuloma facial são eritema *elevatum diutinum* (EED), carcinoma basocelular, infiltrado linfocítico de Jessner, erupção polimorfa à luz, linfoma cutâneo, pseudolinfoma, rosácea, rinofima, lúpus eritematoso, sarcoidose e outras doenças granulomatosas.⁶ Tanto EED quanto granuloma facial são variantes da vasculite leucocitoclástica e, histologicamente, suas diferenças são muito sutis. No EED, há um maior componente fibroso, enquanto no granuloma facial há um infiltrado inflamatório mais proeminente na zona Grenz. Entretanto, tais diferenças são muitas vezes incapazes de permitir o diagnóstico diferencial entre eles.^{1,2}

O diferencial de granuloma facial com carcinoma basocelular provém da morfologia das lesões: ambas são eritematosas, por vezes bem delimitadas. A presença de telangiectasias também é um importante confundidor diagnóstico, como no caso relatado. O granuloma facial geralmente não se apresenta com úlcera, enquanto ulceração pode ocorrer no carcinoma basocelular. Uma conduta mais prudente é realizar biópsia cutânea na borda da lesão e correlacioná-la com a morfologia clínica.

O granuloma facial tende a ser refratário a diversos tratamentos, entretanto há relatos de involução espontânea.³ Esquemas terapêuticos envolvem a utilização de corticosteroide tópico ou intralesional, antimaláricos, dapsona, fototerapia, criocirurgia, *pulsed dye laser*, dermoabrasão.³ A excisão cirúrgica também é uma opção, assim como foi realizada com sucesso na paciente em questão. Há relatos de sucesso terapêutico com uso do tacrolimus tópico 0,1%, uma vez que diminuiria a quantidade de células de células de Langerhans e inibiria a propagação da cascata inflamatória.¹²

A busca sistematizada nas bases de dados investigadas (**Tabela 1**) sobre o diagnóstico de granuloma facial e as moléstias que o mimetizam evidenciam que esta ainda é uma dermatose pouco discutida pela comunidade científica.

CONCLUSÃO

O granuloma facial é dermatose crônica com características histopatológicas bem definidas. Entretanto, representa grande desafio ao dermatologista, pois a morfologia da lesão mimetiza outras doenças dermatológicas, inclusive assemelha-se a lesões neoplásicas, como o linfoma cutâneo e o carcinoma basocelular. Seu tratamento é refratário às terapêuticas disponíveis. O diagnóstico desta dermatose deve ser sempre lembrado quando examinamos lesões faciais apresentadas como placas eritemato-acastanhadas, sendo imperioso, além de exame clínico e dermatoscópico, a avaliação histopatológica.

REFERÊNCIAS

1. Ziemer M, Koehler MJ, Weyers W. Erythema elevatum diutinum - a chronic leukocytoclastic vasculitis microscopically indistinguishable from granuloma faciale? *J Cutan Pathol.* 2011;38(11):876-83.
2. Oliveira CC, Ianhez PEC, Marques SA, Marques MEA. Granuloma faciale: clinical, morphological and immunohistochemical aspects in a series of 10 patients. *An Bras Dermatol.* 2016;91(6):803-7.
3. Ludwig E, Allam JP, Bieber T, Novak N. New treatment modalities for granuloma faciale. *Br J Dermatol.* 2003;149(3):634-7.
4. Thiyanaratnam J, Doherty SD, Krishnan B, Hsu S. Granuloma faciale: Case report and review. *Dermatol Online J.* 2009;15(12):3.
5. Marcoval J, Moreno A, Peyr J. Granuloma faciale: a clinicopathological study of 11 cases. *J Am Acad Dermatol.* 2004;51(2):269-73.
6. Ortonne N, Wechsler J, Bagot M, Grosshans E, Cribier B. Granuloma faciale: a clinicopathologic study of 66 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2005;53(6):1002-9.
7. Teixeira DA, Estrozi B, Ianhez M. Granuloma facial: uma doença rara sob uma perspectiva dermatoscópica [Granuloma faciale: a rare disease from a dermoscopy perspective]. *An Bras Dermatol.* 2013;88(6 suppl 1):97-100.
8. Nasiri S, Rahimi H, Farnaghi A, Asadi-Kani Z. Granuloma faciale with disseminated extra facial lesions. *Dermatol Online J.* 2010;16(6):5.
9. Rossiello L, Palla M, Aiello FS, Baroni A, Satriano RA. Granuloma faciale with extrafacial lesions. *Skinmed.* 2007;6(3):150-1.
10. Smoller BR, Bortz J. Immunophenotypic analysis suggests that granuloma faciale is a gamma-interferon-mediated process. *J Cutan Pathol.* 1993;20(5):442-6.
11. Caldarola G, Zalaudex I, Argenziano G, Bisceglia M, Pellicano R. Granuloma faciale: a case report on long-term treatment with topical tacrolimus and dermoscopic aspects. *Dermatol Ther.* 2011;24(5):508-11.
12. Lima RSA, Maquiné GÁ, Schettini APM, Silva Junior RC, Santos M. Granuloma faciale: a good therapeutic response with the use of topical tacrolimus. *An Bras Dermatol.* 2015;90(5):735-7.