

## Caso Clínico

# SIRINGOMA ERUPTIVO EM ASSOCIAÇÃO FORTUITA COM HANSENÍASE - A IMPORTÂNCIA DA BUSCA ATIVA

Fred Bernardes Filho<sup>1</sup>, Maria Victória Quaresma<sup>2</sup>, Stephanie Bianco<sup>3</sup>, Mariana de Campos Razé<sup>3</sup>, Camila Sanches Bussad<sup>3</sup>, Gisele Reis Cunha da Silva<sup>3</sup>, Andreia Oliveira Alves<sup>4</sup>, José Augusto da Costa Nery<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Pós Graduando de Dermatologia/Graduated in Dermatology, no Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (IDPRDA - SCMRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil

<sup>2</sup>Pós-Graduanda de Dermatologia/Graduated in Dermatology do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (IDPRDA/SCMRJ), Brasil

<sup>3</sup>Acadêmica de Medicina/Medical Academic e Estagiária do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (IDPRDA/SCMRJ), Brasil

<sup>4</sup>Acadêmica de Medicina/Medical Academic pela Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES), Santos (SP), Brasil

<sup>5</sup>Chefe do Setor de Dermatologia Sanitária/Head of the Sanitary Dermatology Department, Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay, Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (IDPRDA / SCMRJ); Pesquisador Associado/Associated Investigator, Laboratório de Hanseníase (LaHan) Fiocruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Trabalho realizado no Instituto de Dermatologia / Study performed at the Dermatology Institute, Professor Rubem David Azulay, Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (IDPRDA/SCMRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil

**RESUMO** – A Região Metropolitana do Rio de Janeiro concentra grande parte dos casos novos de hanseníase, sugerindo uma relação entre altas taxas de detecção com maior concentração populacional e com maior número de unidades de saúde descentralizadas. Para obter uma melhoria do acesso ao diagnóstico e tratamento é necessária capacitação na doença. Os autores apresentam um caso com associação fortuita entre hanseníase e siringoma eruptivo tratando de representação de área endêmica.

**PALAVRAS-CHAVE** – Lepra; Pele; Siringoma.

## ERUPTIVE SYRINGOMA IN A FORTUITOUS ASSOCIATION WITH LEPROSY - THE IMPORTANCE OF ACTIVE SEARCH

**ABSTRACT** – The metropolitan area of Rio de Janeiro concentrates the most of new cases of leprosy, suggesting a relationship between high detection rates with higher population density and larger numbers of decentralized health units. For improved access to diagnosis and treatment is necessary training in disease. The authors present a case with casual link between leprosy and eruptive syringoma showing a representation of an endemic area.

**KEY-WORDS** – Syringoma; Leprosy; Skin; Sweat gland neoplasms.

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

*No conflicts of interest.*

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

*No sponsorship or scholarship granted.*

**Direito à privacidade e consentimento escrito / Privacy policy and informed consent:** Os autores declaram que pediram consentimento ao doente para usar as imagens no artigo. *The authors declare that the patient gave written informed consent for the use of its photos in this article.*

Recebido/Received - Maio/May 2013; Aceite/Accepted – Junho/June 2013

## Caso Clínico

### Correspondência:

Dr. Fred Bernardes Filho  
Rua Marquês de Caxias, N<sup>o</sup> 9/sobrado  
24030-050 Niterói, RJ, Brazil  
Tel.: +55 21 25426658  
Fax: + 55 21 25444459  
E-mail: f9filho@gmail.com

### INTRODUÇÃO

O siringoma é um tumor intraepidérmico das glândulas sudoríparas écrinas que acomete 0,6% da população geral, podendo estar associado a doenças como diabetes mellitus e síndrome de Down<sup>1,2</sup>. Sua forma eruptiva é incomum, geralmente tem início abrupto na adolescência e caracteriza-se por múltiplas pápulas normocrômicas ou amareladas, podendo ou não apresentar prurido<sup>3,4</sup>. A confirmação diagnóstica é dada pelo exame histopatológico, entretanto exames laboratoriais são importantes no rastreamento de outras doenças<sup>5</sup>. São descritos como diagnósticos diferenciais: acne vulgar, hiperplasia sebácea, mília, líquen plano, xantoma eruptivo, urticária pigmentosa, xantasma e tricoepitelioma<sup>1,6,7</sup>. Seu tratamento possui diversas opções (Tabela 1), sendo, em geral, insatisfatório<sup>1,2,6,7</sup>. Por tratar-se de entidade benigna, a indicação terapêutica é cosmiátrica.

**Tabela 1 - Opções terapêuticas no tratamento de siringoma.**

- Excisão cirúrgica cuidadosa com tesoura de Castroviejo seguida de cicatrização por segunda intenção
- Laser de CO<sub>2</sub> associado a ácido tricloroacético
- Anticorpos monoclonais antiglândulas écrinas
- Tretinoína tópica
- Atropina tópica
- Eletrocoagulação
- Dermabrasão

Hanseníase é doença infecciosa, de evolução crônica, caracterizada por manifestações clínicas típicas<sup>8-11</sup>. Figura entre as doenças de notificação compulsória pela sua magnitude, transcendência, por causar incapacidades e deformidades e por ser uma doença transmissível passível de tratamento e controle<sup>12</sup>. O Brasil registrou, no ano de 2011<sup>30,29</sup>, 8 novos casos de hanseníase, de acordo com dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde<sup>13,14</sup>. Em números absolutos, o Brasil é o segundo país que mais registra

novos casos por ano no mundo, atrás apenas da Índia, que tem aproximadamente 150 mil novos casos ao ano. A introdução da sulfona em 1943, o tratamento combinado com a rifampicina a partir de 1962 e a poliquimioterapia em 1980 propiciaram o fim do internamento compulsório e o tratamento ambulatorial para todas as formas de hanseníase, permanecendo a internação restrita a casos sociais ou com severas incapacidades<sup>15</sup>.

Alertamos a importância de o médico ter uma visão direcionada às doenças prevalentes em países endêmicos, principalmente o dermatologista.

### RELATO DE CASO

Paciente masculino, 26 anos, natural e residente em Belford Roxo, Rio de Janeiro, Brasil procurou ambulatório de dermatologia por apresentar baixa autoestima há cerca de um ano devido pequenos caroços pruriginosos que surgiram no corpo, sem melhora após diversos tratamentos tópicos e orais. Nega morbidades, uso de medicamentos e alergias. Na história familiar, ausência de conhecimento de doenças.

Ao exame dermatológico apresentava múltiplas pápulas normocrômicas difusas na face, região cervical, tronco e dorso (Figs. 1 e 2). À observação atenta, verificamos a presença de três máculas hipocrômicas na região lombar que, ao teste de sensibilidade, foi evidenciada hipoestesia térmica (Fig. 3). Foram aventadas as hipóteses de xantoma e siringoma eruptivos para as lesões pápulo pruriginosas e hanseníase para as demais lesões. Encaminhamos o paciente ao Setor de Dermatologia Sanitária para avaliação e solicitamos os seguintes exames: hemograma, lipidograma, glicemia, baciloscopia do raspado intradérmico e realizamos biópsia de uma pápula.

Em reavaliação no Setor de Dermatologia Sanitária, paciente queixou-se de parestesia na mão esquerda, apresentou exames laboratoriais normais, baciloscopia negativa, biópsia com resultado de siringoma, que pela apresentação clínica foi estabelecido diagnóstico

## Caso Clínico



**Fig 1** - Múltiplas pápulas normocrômicas na face, região cervical, tronco e dorso.

da forma eruptiva. A hipoestesia térmica das lesões do dorso foi confirmada pelo teste com monofilamento, realizamos o teste da histamina que evidenciou resposta incompleta na área suspeita (Fig. 4) e a avaliação pela fisioterapia revelou grau de incapacidade zero. Foi



**Fig 2** - Detalhe das lesões: monomorfismo lesional.



**Fig 3** - Máculas hipocrômicas no dorso do paciente.

## Caso Clínico



**Fig. 4** - Detalhe de dois locais em que o teste da histamina mostrou-se incompleto. O halo eritematoso pseudopódico ocorre na pele normal contígua, porém é decapitado nos limites da lesão.

estabelecido diagnóstico de hanseníase e instituída poli-quimioterapia com previsão de seis meses (Tabela 2) de acordo com a classificação operacional preconizada nas normativas do Ministério da Saúde do Brasil.

**Tabela 2** - Tratamento da hanseníase para adultos.

ESQUEMA PAUCIBACILAR
<b>Dose mensal (supervisionada): 1º dia</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 2 cápsulas de Rifampicina (300 mg x 2)</li><li>• 1 comprimido de Dapsona (100 mg)</li></ul> <b>Dose diária (auto administrada): do 2º ao 28º dia</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 comprimido de Dapsona (100 mg)</li></ul> <i>Ciclo completo de tratamento: 6 cartelas</i>
ESQUEMA MULTIBACILAR
<b>Dose mensal (supervisionada): 1º dia</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 2 cápsulas de Rifampicina (300 mg x 2)</li><li>• 3 cápsulas de Clofazimina (100 mg x 3)</li><li>• 1 comprimido de Dapsona (100 mg)</li></ul> <b>Dose diária (auto administrada): do 2º ao 28º dia</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 cápsula de Clofazimina (50 mg)</li><li>• 1 comprimido de Dapsona (100 mg)</li></ul> <i>Ciclo completo de tratamento: 12 cartelas</i>

### DISCUSSÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os sinais cardinais da hanseníase são: lesão (ões) de pele com alteração da sensibilidade; acometimento de nervo(s) com espessamento neural; baciloscopia positiva<sup>15</sup>. A hanseníase é um problema de saúde pública no

Estado do Rio de Janeiro e as ações a serem desenvolvidas são pactuadas anualmente pelas esferas de governo, entre estado e municípios<sup>16</sup>. Os municípios que concentram maior número de casos novos nos últimos anos são: Rio de Janeiro, Duque de Caxias, Nova Iguaçu, São João de Meriti, Campos dos Goytacazes e São Gonçalo. Mais de 80% dos casos novos são oriundos da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, incluindo a Baixada Fluminense<sup>17</sup>.

Entre os principais desafios para o controle da hanseníase no Brasil estão: a intensificação da busca ativa pela doença nas áreas mais endêmicas, a garantia da atenção integral a pessoa com hanseníase e/ou as suas sequelas, a ampliação das ações de controle dentro de uma rede de cuidados, a mobilização social e a ampliação de parcerias com as universidades, instituições científicas, entidades de classe profissionais e organizações não governamentais, com a participação efetiva do controle social<sup>12</sup>. A busca ativa aliada à capacitação profissional permite diagnóstico e tratamento precoces. Desse modo, é possível prevenir a instalação de sequelas físicas e sociais, incapacidades, que tanto estigmatizam a doença, além de interromper sua cadeia de transmissão, atingindo assim a almejada meta de eliminação da hanseníase.

O teste da histamina (Tabela 3) é muito útil no diagnóstico de manchas hipocrômicas hanseníase iniciais, pois nelas falta o eritema pseudopódico<sup>10,11</sup>. Nesse caso a resposta é dita incompleta, e não negativa. Na ausência de histamina, essa prova pode ser provocada apenas por uma ou mais picadas; nesse caso o trauma leva à liberação de histamina e o resultado é praticamente o mesmo. A lesão hipocrômica da hanseníase indeterminada é, do ponto de vista histológico, inespecífica<sup>8,9</sup>. Portanto, enfatizamos que no caso em questão a utilização da prova da histamina apresenta maior validade e alertamos a importância de saber interpretar seu resultado.

Exames laboratoriais como glicemia e lipidograma são válidos, tanto para aventar a hipótese de siringoma

**Tabela 3** - Prova da histamina – Tríplice reação de Lewis.

1. Eritema inicial no local da picada, no máximo com 10mm, 20 a 40 segundos após a picada; decorre da ação direta do trauma.
2. Eritema pseudopódico com 30 a 50mm, surgindo no espaço de 30 a 60 segundos; decorre da vasodilatação arteriolar por ato reflexo axônico.
3. Seropápulas, 2 a 3 minutos após a picada; resulta da ação direta da histamina sobre a parede capilar, dilatando-a e permitindo a exsossrose.

de células claras quanto afastar o xantelasma, respectivamente<sup>1</sup>.

Não há relatos na literatura sobre correlação entre o siringoma e a hanseníase. Todavia, sobre essa associação fortuita, acreditamos tratar-se de representação de área endêmica, uma vez que o paciente do caso em questão reside em uma cidade da Baixada Fluminense, local em que há altos índices da hanseníase conforme descrito na literatura.

### REFERÊNCIAS

1. Azulay RD, Azulay DR. Neoplasias epiteliais. Siringoma. In: Azulay DR, editor. *Dermatologia*. 5<sup>ª</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 603.
2. Bagatin E, Enokiahara MY, Souza PK. Siringomas periorbitários – Excisão com tesoura de Castroviejo. Experiência em 38 pacientes e revisão da literatura. *An Bras Dermatol*. 2006; 81(4):341-6.
3. Silva CS, Souza MB, Lima KA, de Almeida MA, Criado PR. Generalized eruptive syringoma: case report. *Dermatol Online J*. 2009 15; 15(2):7.
4. Soler-Carrilo J, Estrach T, Mascaró JM. Eruptive syringoma: 27 new cases and review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2001 May; 15(3):242-6.
5. Teixeira M, Ferreira M, Machado S, Alves R, Selores M. Eruptive syringomas. *Dermatol Online J*. 2005 1; 11(3):34.
6. Seirafi HH, Akhyani M, Naraghi ZS, Mansoori P, Dehkordi HS, Taheri A, et al. Eruptive syringomas. *Dermatol Online J*. 2005 1; 11(2):13.
7. Patrizi A, Neri I, Marzaduri S, Varotti E, Passarini B. Syringoma: a review of twenty-nine cases. *Acta Derm Venereol*. 1998; 78(6):460-2.
8. Calux MJ. Hanseníase e Micobacterioses em Dermatologia. In: Lopes AC, editor. *Tratado de Clínica Médica*. 1<sup>ª</sup> ed. São Paulo: Roca; 2006. p. 4858-4870.
9. Rea TH, Modlin RL. Leprosy. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, editors. *Dermatology in general medicine*. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2008. p. 1786-1789.
10. Ramos-E-Silva M, Castro MCR. Hanseníase. In: *Fundamentos de Dermatologia*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2010. p.914-33.
11. Talhari S, Neves RG. *Dermatologia Tropical: Hansenologia*. 4<sup>ª</sup> ed. Manaus: Gráfica Tropical; 2006. p.15-58.
12. Penna GO, Domingues CM, Siqueira JB Jr, Gomes ML, Pereira GF, Segatto TC, et al. Doenças dermatológicas de notificação compulsória no Brasil. *An Bras Dermatol*. 2011; 86(5):865-77.
13. Dourado RF, Santana CA, Bernardes Filho F, Santos MV, Talarico S, Nery JA. Acometimento hepático na síndrome sulfona dapsona-induzida durante tratamento de hanseníase. *Rev Bras Med*. 2013;70:25-8.
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Hanseníase no Brasil: dados e indicadores epidemiológicos selecionados. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [acesso 02 Abr. 2013]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=31200](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31200).
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. [acesso 08 Abr. 2012]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_n\\_3125\\_hansenia-se\\_2010.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_n_3125_hansenia-se_2010.pdf).
16. Plano Estadual de Eliminação da Hanseníase 2007-2010, Assessoria de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Rio de Janeiro: SESDC; 2007.
17. Valle CL, Pimentel MI, Libório AP. Situação da hanseníase no estado do rio de janeiro no período de 2001 a 2009. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto*. 2011; 10(1):11-9.