

Hibernoma do couro cabeludo

Hibernoma of the hairy scalp

Roberto Junqueira de Alvarenga¹, Rafael Alvarenga Brandão², Natália Coelho Corrêa², Luiz Fernando Truzzi Alves³

RESUMO

O hibernoma constitui-se em tumor benigno raro, derivado de gordura marrom que usualmente se manifesta como massa de crescimento lento e indolor. Este relato descreve a presença de hibernoma localizado no couro cabeludo em paciente adulta, feminino.

Palavras-chave: Lipoma; Couro Cabeludo; Neoplasias Cutâneas; Adipócitos Marrons.

ABSTRACT

Hibernoma is a rare benign tumor of brown fat origin which usually manifests as a slowly growing, painless, soft-tissue mass. This case report describes the presence of hibernoma located on the scalp in an adult woman, female.

Key words: Lipoma; Scalp; Skin Neoplasms; Adipocytes, Brown.

INTRODUÇÃO

O hibernoma é tumor benigno raro, de crescimento lento, derivado de gordura marrom.¹⁻⁷ O primeiro relato desse tumor foi feito em 1906, por Merkel^{3-5,8,9}, e o nome “hibernoma” foi proposto por Gery, em 1914, devido à semelhança morfológica com o tecido adiposo marrom encontrado em animais que hibernam.^{3-7,9-12} São descritos, até o momento, menos de 200 casos na literatura⁷, sendo os locais mais frequentemente acometidos o dorso, principalmente na região interescapular, pescoço, ombros, axilas, tórax, coxas e retroperitônio.^{5,7,13} É extremamente raro o acometimento do couro cabeludo.¹⁴

O presente estudo descreve um hibernoma localizado no couro cabeludo em adulto feminino.

RELATO DO CASO

HRB, feminino, 38 anos de idade, natural e procedente de Belo Horizonte, apresentando nódulo subcutâneo no couro cabeludo na região têmporo-parietal de aproximadamente 2 cm em seu maior diâmetro, com crescimento lento, indolor e pele superposta não aderida. Foi completamente extirpado e media 2,0 x 1,5 x 0,5 cm. Macroscopicamente, apresentava cápsula, superfície de corte amarelo-amarronzada e

Recebido em: 14/09/2009
Aprovado em: 28/07/2010

Instituição:
Instituto Roberto Alvarenga, Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Roberto Junqueira de Alvarenga
Rua: Espírito Santo, 2.568/ 501
Bairro: Lourdes
Belo Horizonte, MG – Brasil
CEP: 30160-032
Email: rja.bhz@terra.com.br

consistência gordurosa. O exame microscópico mostrou formação nodular capsulada e constituída por células redondas ou poligonais e dispostas em lóbulos, entre os quais se verificava pequenos vasos. Os núcleos das células tumorais eram centrais, ovoides ou redondos e o citoplasma da maioria das células apresentava-se multivacuolado. Verificou-se, ainda, discreta hiperemia (Figura 1).

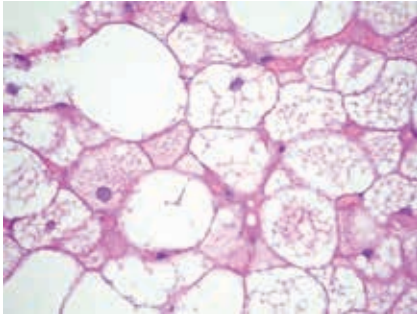


Figura 1 - Células multivacuoladas com citoplasma granular.

DISCUSSÃO

O tecido adiposo marrom é responsável por auxiliar a termorregulação em recém-nascidos e é assim chamado devido à sua cor característica proveniente de sua abundante vascularização e grande quantidade de mitocôndrias presentes em seu citoplasma.¹⁵ É encontrado durante a vida fetal e após o nascimento é gradualmente repostado por tecido adiposo branco, restando no adulto o equivalente a 1% de sua massa corporal total.^{11,13}

O hibernoma é tumor benigno raro, de crescimento lento, derivado de gordura marrom, que ocorre predominantemente entre a terceira e a quarta décadas de vida.¹ Era mais descrito em mulheres, mas atualmente tem sido observada leve predominância em homens.^{1,11}

Os locais mais frequentes de acometimento são o dorso, principalmente na região interescapular, pescoço, ombros, axilas, tórax, coxas e retroperitônio.^{5,7,13} A maioria dos hibernomas é encontrada em locais remanescentes de tecido adiposo marrom, como, por exemplo, na região interescapular e coxas, podendo também ser encontrados em locais onde a gordura marrom inexistia,⁴ como excepcionalmente no couro cabeludo.

Sua apresentação clínica típica caracteriza-se pelo aumento progressivo, lento e indolor. A sinto-

matologia, quando presente, relaciona-se, em geral, à compressão de estruturas adjacentes.^{3,6,7,11}

Os hibernomas são macroscopicamente tumores lobulados, bem-delimitados e com coloração que varia do marrom-amarelado ao marrom-avermelhado, com superfície de corte esponjosa, aspecto gorduroso e, em média, 9,3 centímetros de diâmetro.^{1,11} Sua visão microscópica é lobular, com pequenos vasos sanguíneos entre os lóbulos.⁷ As células do tumor podem ser classificadas como grandes e multivacuoladas, com citoplasma granular eosinofílico e núcleo excêntrico; e, univacuoladas, pequenas, com núcleo periférico e citoplasma granular.² As mitoses e atipias celulares são pouco comuns, o que confere caráter benigno ao tumor, entretanto, células adiposas marrons podem ser encontradas em algumas variantes de lipossarcomas.^{1,3}

Apesar de não terem sido utilizados no caso descrito, existem métodos de imagem que podem auxiliar no diagnóstico do hibernoma, como: tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RNM) e angiografia.^{4,7,10} Os achados radiológicos são inespecíficos e não podem ser utilizados como critério diagnóstico, o que só é possível pela análise histológica, o que justifica a biópsia pré-operatória.⁷

A TC sem utilização de contraste evidencia massa de baixa atenuação com densidade maior que a de gordura subcutânea.¹⁰ Podem se tornar evidentes ligeiro aumento difuso desse tumor e septos altamente realçados, após a injeção intravenosa de contraste.^{4,10}

A RNM pode revelar o tamanho exato, o local e a extensão desse tumor.⁷ O hibernoma é descrito como massa de alta densidade e bem-definida. Relata-se, na maioria dos casos, que a densidade é menor do que a gordura subcutânea. Assim, ele pode ser distinguido do lipoma simples.¹⁰

A angiografia, apesar de raramente realizada, representa método útil para o diagnóstico,⁴ ressaltando uma massa hipervascular, o que permite diferenciar os hibernomas das lesões hipovasculares como lipoma, fibroma, e neurofibroma.⁷

O hibernoma é tumor de caráter benigno, sem evidência convincente de apresentar potencial de malignidade.^{7,13} Seu tratamento de eleição é feito pela ressecção total do tumor e hemostasia, sem recorrência se completamente ressecado.^{7,12} A biópsia pré-operatória é altamente recomendada, uma vez que o tumor é clinicamente indistinguível de lesões malignas e devido ao seu diagnóstico ser exclusivamente histopatológico.⁷

REFERÊNCIAS

1. Morehead RP Human pathology. New York: McGraw-Hill Book; 1965.
2. Lele SM, Chundru S, Chalijub G, Adegboyega P, Haque AJ. Hibernoma: a report of 2 unusual cases with a review of literature. *Arch Patol Lab Med.* 2002; 126:975-8.
3. Cantisani V, Morteale KJ, Glickman JN, Ricci P, Passariello R, Ros PR, Silverman SG, *et al.* Large retroperitoneal hibernoma in an adult male: CT imaging findings with pathologic correlation. *Abdom Imaging.* 2003; 28:721-4.
4. Kosem M, Karakok M. Hibernoma: a case report and discussion o a rare tumor. *Turk Med Sci.* 2001; 25:175-6.
5. Lay k, Velasco C, Akin H, Mancini M. Axillary hibernoma: an unusual soft tissue tumor. *Am Surg.* 2000 Aug; 66(8):787-8.
6. Motta ACBS, Tunkei DE, Westra WH, Yousem DM. Imaging finding of a hibernoma of the neck. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2006; 27:1658-9.
7. Saito M, Tsuji Y, Murata H, Kanemitsu K, Makinodan A, Ikeda T, *et al.* Hibernoma of the right back. *Ortho.* 2007; 30(6):495-6.
8. Sugiura K, Sugiura M, Hayakawa R, Shamoto, M. Hibernoma in the left scapula. *Skinmed.* 2003 May-June; 2(3):193-4.
9. Wright C, Berry BH, Patterson PJ, Griffiths HJ. Radiologic case study. *Ortho.* 2003; 30(12):1268-70.
10. Ong S, Maziak DE, Shamji FM, Matzinger FR, Perkins DG. Intrathoracic hibernoma. *Can J Surg.* 2002; 45(2):145-6.
11. Colville J, Feigin K, Tang L, Keating D, Cohen MA. Mammary hibernoma. *Breast J.* 2006; 12(6):563-5.
12. San Miguel P, Clemente LM, González RC, Fernández E. Hibernoma of the spermatic cord. *Scand J Urol Nephrol.* 1998; 32:153-5.
13. Chen DY, Wang CH, Chan HL. Hibernoma. *Dermatol Surg.* 1998; 24:393-5.
14. Naik R, Pai MR. Hibernoma of scalp: case report and review of literature. *Indian J Cancer.* 1996; 33(2):116-8.
15. Junqueira LC, Carneiro J. Tecido adiposo. In: Junqueira LC, Carneiro J. *Histologia básica.* 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. cap.6, p.125-9.