



DERMATOPATOLOGIA

Histiocitose intravascular: relato de caso de doença rara provavelmente associada a prótese mamária de silicone ☆, ☆☆



Yasmin Gama Abuawad *, Ticiane de Andrade Castelo Branco Diniz , Priscila Kakizaki  e Neusa Yuriko Sakai Valente 

Departamento de Dermatologia, Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Recebido em 30 de novembro de 2018; aceito em 1 de abril de 2019
Disponível na Internet em 25 de maio de 2020

PALAVRAS CHAVE

Histiocitose;
Imuno-histoquímica;
Próteses e implantes;
Proliferação de
células

Resumo A histiocitose intravascular é condição rara, caracterizada por agregados de histiócitos no lúmen de vasos dilatados na derme. Trata-se de afecção pouco conhecida e de diagnóstico essencialmente histopatológico e imuno-histoquímico. Relatamos caso de mulher de 55 anos, com surgimento de manchas eritematovioláceas nas mamas, dorso e região proximal dos membros havia um ano e meio. Antecedente de carcinoma ductal na mama direita, submetida à mastectomia em 2006 e colocação de prótese de silicone em 2009. A hipótese clínica foi metástase telangiectásica de carcinoma de mama. A histopatologia evidenciou ectasia, trombose e recanalização de vasos na derme superior com histiócitos no interior. À imuno-histoquímica as células intravasculares foram CD68+ e negativas para receptores de estrogênio e progesterona, CK7, EMA e AE1/AE3 e as endoteliais foram CD34+, levou ao diagnóstico de histiocitose intravascular.

© 2020 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introdução

A histiocitose intravascular é uma afecção rara, caracterizada pela presença de histiócitos no interior de vasos linfáticos dilatados na derme. Pode ser primária ou secundária a doenças sistêmicas como artrite reumatoide e a próteses metálicas. Sua patogênese ainda é desconhecida.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2019.04.016>

☆ Como citar este artigo: Abuawad YG, Diniz TACB, Kakizaki P, Valente NYS. Intravascular histiocytosis: case report of a rare disease probably associated with silicone breast implant. An Bras Dermatol. 2020;95:347–50.

☆☆ Trabalho realizado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: yasmin_gama@yahoo.com.br (Y.G. Abuawad).

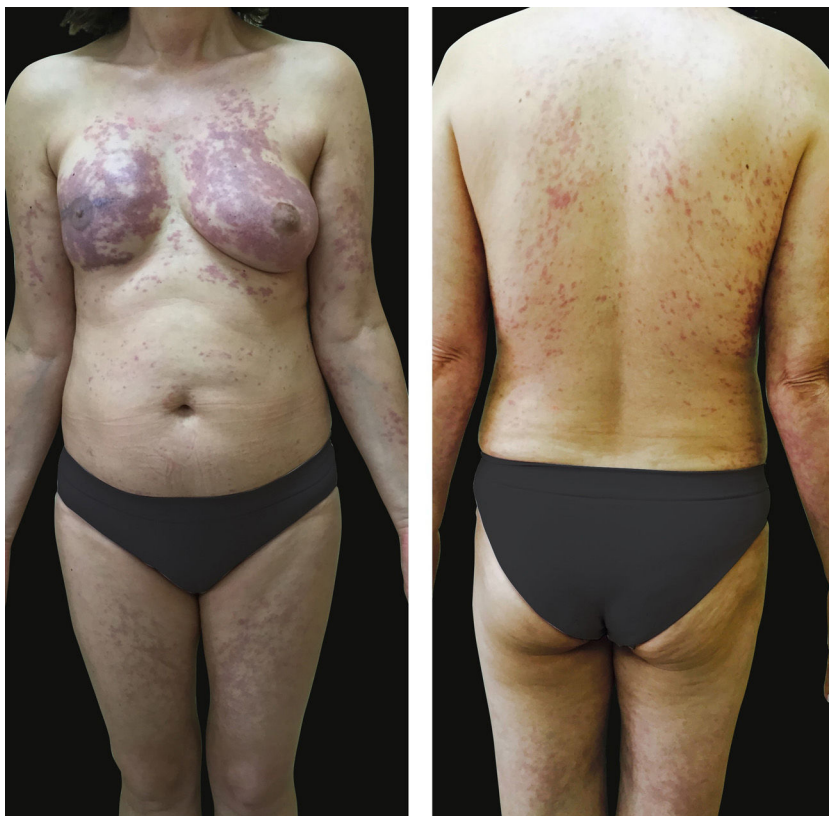


Figura 1 (A e B) Manchas eritematosas e violáceas nas mamas, abdome, braços e pernas.

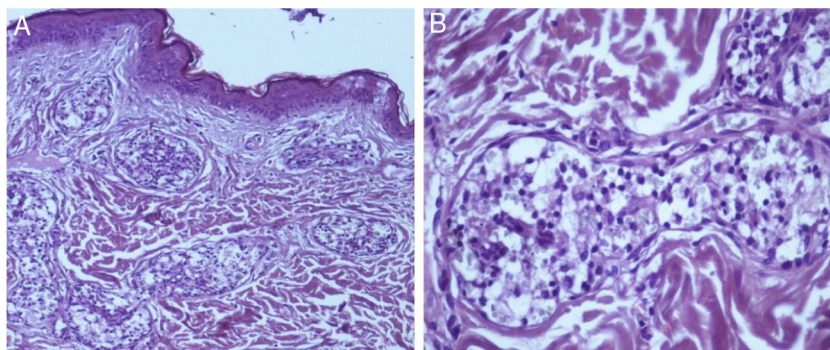


Figura 2 A, Hematoxilina & eosina, 100 \times : ectasia, trombose e recanalização de vasos na derme superior e presença de histiócitos dentro dos lúmens. B, Hematoxilina & eosina, 400 \times : detalhe dos histiócitos.

Relato do caso

Paciente do sexo feminino, 55 anos, referia surgimento de manchas eritematovioláceas, assintomáticas, nas mamas com progressão para dorso e região proximal dos membros havia um ano e meio (fig. 1). Apresentava antecedente de carcinoma ductal infiltrante na mama direita submetida à mastectomia em 2006, com uso de expensor e colocação de prótese de silicone em 2009. Foram feitas três biópsias cutâneas na mama esquerda e uma na coxa direita com hipótese clínica de metástase telangiectásica de carcinoma de mama e a histopatologia evidenciou ectasia, trombose e recanalização de vasos na derme superior com presença de células histiocitoides no lúmen (fig. 2).

À imuno-histoquímica, as células intravasculares foram negativas para CK7, EMA e AE1/AE3, exclui-se a hipótese de metástase de câncer de mama e as células endoteliais foram CD34+ (fig. 3). Somente na última biópsia foi usado o anticorpo para CD68 (fig. 4) que veio positivo nas células intraluminais, levou ao diagnóstico de histiocitose intravascular.

Discussão

A histiocitose intravascular é uma entidade rara que foi descrita pela primeira vez em 1994. É caracterizada pela presença de histiócitos no interior de vasos linfáticos dilatados na derme papilar e reticular.^{1,2} Desde 2003, foi incluída

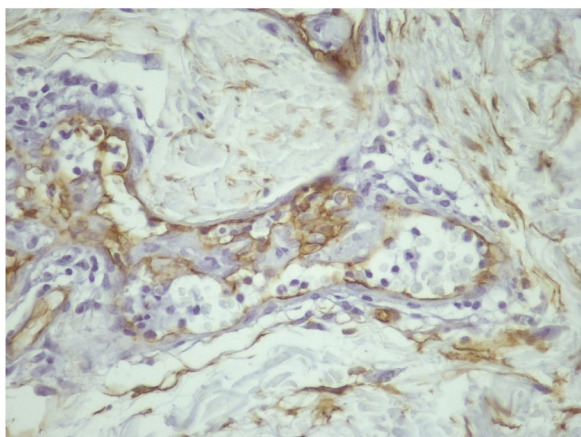


Figura 3 Imuno-histoquímica para CD 34 (400×): positiva nas células endoteliais dos vasos e negativa nas células intraluminais.

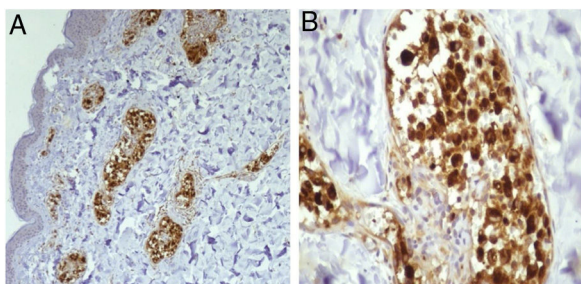


Figura 4 A, Imuno-histoquímica para CD68, 200×: positiva nas células intravasculares. B, Detalhe da Figura A, 400×.

no espectro da angiomasose cutânea reativa, juntamente com a angioendoteliomatose reativa. A histiocitose intravascular pode ser primária ou secundária principalmente à artrite reumatoide, porém também a outras doenças inflamatórias como a de Crohn, dermatomiosite gamopatia monoclonal, próteses metálicas, infecções crônicas e neoplasias, especialmente câncer de mama. Todavia, também há casos associados a câncer de cólon, melanoma, necrose vulvar e osteoartrose.^{1,3}

Afeta principalmente mulheres de 17 a 87 anos com média de 65. As lesões geralmente são limitadas e apresentam-se como mácula, pápula ou placa eritemato-violácea isolada ou como lesão livedo reticular semelhante nos membros ou tronco, porém há relatos de lesões disseminadas. Quando associadas à artrite reumatoide, prótese metálica e osteoartrose, as lesões surgiram adjacentes à articulação implicada e quando associadas à neoplasia de mama surgiram na cicatriz da mastectomia.^{1,2}

A patogênese da doença permanece desconhecida,⁴ porém esses achados sugerem que a migração de histiócitos pela reação inflamatória adjacente pode ser a chave para patogênese da doença. Requena et al. postularam que a histiocitose intravascular resultaria de linfangiectasia ou obstrução linfática por dano congênito ou adquirido por trauma, cirurgia, radiação ou infecções.^{2,5,6} Outra hipótese seria que a resposta inflamatória crônica levaria à estase e diminuição do clareamento de antígenos com disfunção imune e estimularia maior proliferação e agregação de

histiócitos nos vasos linfáticos. O papel do TNF alfa também tem sido levantado na patogênese da doença, pela associação com artrite reumatoide e a outras desordens associadas a histiócitos, como reticulo-histiocitose multicêntrica e dermatite granulomatosa intersticial.^{1,3} Os achados histopatológicos consistem em agregados de histiócitos CD68+ no interior de vasos linfáticos dilatados, identificados por podoplanina+, na derme papilar e reticular. O diagnóstico diferencial histopatológico com angioendoteliomatose reativa é controverso e alguns autores consideram as duas entidades como espectros diferentes do mesmo fenômeno, em que a presença de histiócitos intraluminais levaria a organização de microtrombos e proliferação endotelial.^{2,7} O carcinoma metastático telangiectático de mama é uma forma rara de metástase cutânea de neoplasia de mama, que se caracteriza pelo surgimento de manchas eritematosas com telangiectasias ou pela presença de linfangiomas circunscritos. À histopatologia apresenta proliferação intravascular de células tumorais que, apresentam à imuno-histoquímica marcadores de estrogênio e progesterona positivos, levaram a ectasia dos capilares dérmicos.^{8,9}

O curso da histiocitose intravascular é crônico e de difícil tratamento. Nos casos secundários, é necessário o tratamento da doença de base. Em casos associados a próteses metálicas, alguns pacientes evoluíram para cura clínica após troca da prótese.^{1,2,10} Existem relatos de tratamento com infliximab, metotrexato, terapia compressiva, pentoxifilina, radioterapia, corticosteroides e tacrolimus tópicos com respostas variáveis e recidivas frequentes.^{1,2} O caso relatado apresentou quadro disseminado exuberante e possível associação com prótese mamária de silicone pelo início nas mamas, relação essa nunca citada na literatura.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Yasmin Gama Abuawad: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura.

Ticiane de Andrade Castelo Branco Diniz: Concepção e planejamento do estudo; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura.

Priscila Kakizaki: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Neusa Yuriiko Sakai Valente: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Conflitos de interesse

Nenhum.

Referências

1. Barba E, Colato C, Girolomoni G. Intralymphatic Histiocytosis: A case report and review of literature. *J Cutan Pathol*. 2015;42:593–9.
2. Requena L, El-Shabrawi-Caelen L, Walsh SN, Segura S, Ziemer M, Hurt MA, et al. Intralymphatic Histiocytosis. A Clinicopathologic Study of 16 Cases. *Am J Dermatopathol*. 2009;31:140–51.
3. Bakr F, Webber N, Fassihi H, Swale V, Lewis F, Rytina E, et al. Primary and secondary intralymphatic histiocytosis. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70:927–33.
4. Rhee DY, Lee DW, Chang SE, Lee MW, Choi JH, Moon KC, et al. Intravascular histiocytosis without rheumatoid arthritis. *J Dermatol*. 2008;35:691–3.
5. Piccolo V, Ruocco L, Russo T, Baroni A. A possible relationship between metal implant-induced intralymphatic histiocytosis and the concept of the immunocompromised district. *Int J Dermatol*. 2014;53:347–66.
6. Bidier M, Hamsch C, Kutzner C, Enk A, Hassel JC. Two cases of intralymphatic histiocytosis following hip replacement. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2015;13:700–2.
7. Mazloom SE, Stallings A, Kyei A. Differentiating intralymphatic histiocytosis, intravascular histiocytosis, and subtypes of reactive angioendotheliomatosis: review of clinical and histologic features of all cases reported to date. *Am J Dermatopathol*. 2017;39:33–9.
8. Marneros AG, Blanco F, Husain S, Silvers DN, Grossman ME. Classification of cutaneous intravascular breast cancer metastases based on immunolabeling for blood and lymph vessels. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60:633–8.
9. Shinohara MM, Tozbikian G, Wolfe JT, Shin SJ, Mies C, Elenitsas R. Cutaneous metastatic breast carcinoma with clear cell features. *J Cutan Pathol*. 2013;40:753–7.
10. Tang MM, Irla N, Simon D, Beltraminelli H, Borradori L. Cutaneous reactive Angiomatosis with foreign body reaction after total knee replacement with a defective implant: a diagnostic challenge with a review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29:1029–32.