

Carcinoma espinocelular no pé: apresentação atípica

Squamous cell carcinoma in the foot: an atypical presentation

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20181031829>

RESUMO

O carcinoma espinocelular é a segunda forma de câncer de pele não melanoma. Está relacionado à fotoexposição, e a apresentação clínica no pé é atípica, com pouca capacidade de desenvolver metástase. Relata-se o caso de paciente com quadro clínico exuberante de carcinoma espinocelular no pé, com longo tempo de evolução e ausência de metástase. Foi realizado tratamento cirúrgico com sucesso.

Palavras-Chave: Neoplasias de células escamosas; Pé; Melanoma amelanótico

ABSTRACT

Squamous cell carcinoma is the second more frequent non-melanoma skin cancer. It is linked to the sunlight exposure and the clinical presentation in the foot is atypical, and rarely develops metastasis. The authors report a case of a patient with an exuberant clinical picture of squamous cell carcinoma in the foot, with long development and absence of metastasis. Surgical treatment was successfully performed.

Keywords: Foot; Melanoma, amelanotic; Neoplasms, squamous cell

INTRODUÇÃO

O câncer da pele não melanoma é a neoplasia maligna mais comum no Brasil e representa o tumor mais incidente em ambos os sexos. Cerca de 80% dele é constituído pelo carcinoma basocelular (CBC), e 20% pelo carcinoma espinocelular (CEC).¹ O CEC acomete, preferencialmente, áreas fotoexpostas, e sua localização no pé é condição rara.²⁻⁴ O tratamento preconizado é cirúrgico.^{5,6}

Apresenta-se o caso de paciente do sexo masculino, de 47 anos, com lesão tumoral no pé esquerdo, de apresentação exuberante e localização atípica, há 30 anos, sem metástase. Foi submetido à exérese cirúrgica, com sucesso terapêutico, mantendo motricidade e sensibilidades preservadas.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 47 anos, pedreiro, com queixa de lesão tumoral no pé esquerdo, dolorosa, há 30 anos, apresentou-se à consulta na clínica de dermatologia do Hospital Celso Pierro da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). Ao exame dermatológico, apresentava tumoração vegetante, com superfície verrucosa, bordas eritemato-infiltradas e bem delimitadas, medindo 5 x 4 x 1,5cm, dolorosa, localizada na porção distal da região plantar esquerda, próxima aos quarto e quinto metatarsos (Figura 1). A radiografia do membro não apresentava acometimento ósseo. Foram aventadas as hipóteses diagnósticas de CEC, melanoma amelanótico e carcinoma verrucoso, tendo sido realizada biópsia incisional para elucidação. O estudo anatomopatológico evidenciou características de papiloma viral cutâneo. Devido à incongruência clínico-histológica, optamos por exérese justalesional, sob anestesia tumes-

Relato de Caso

Autores:

André Luiz Simião¹

Marcela Baraldi Moreira²

Lívia C. Dela Coletta Pelliccioni²

Vanessa de Sousa Mançano^{2,3}

¹ Ambulatório de Cirurgia Dermatológica de Mohs, Serviço de Dermatologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas) - Campinas (SP), Brasil

² Serviço de dermatologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas) - Campinas (SP), Brasil

³ Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE) - São Paulo (SP), Brasil

Correspondência para:

Vanessa de Sousa Mançano

Avenida John Boyd Dunlop, S/N

Jardim Londres

13034-685, Campinas - SP, Brasil

E-mail: vanessa_ssm@outlook.com

Data de recebimento: 27/05/2016

Data de aprovação: 27/02/2017

Trabalho realizado na Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas) - Campinas (SP), Brasil

Suporte Financeiro: Nenhum

Conflito de Interesses: Nenhum



cente, com posterior aproximação das bordas e fechamento por segunda intenção (Figuras 2 e 3). O estudo histopatológico final, porém, confirmou CEC bem diferenciado com margens comprometidas, tendo resultado negativa a pesquisa para papilomavírus humano (HPV) pela técnica de hibridização *in situ*. Foram realizadas tomografias de crânio, tórax e abdômen, com resultados negativos para metástase. O paciente foi então encaminhado à ortopedia, que procedeu à ampliação cirúrgica com margem de segurança de 1cm. A nova análise corroborou o resultado de CEC, tendo ficado demonstrada a ausência de comprometimento das margens. O paciente evoluiu, após cinco meses, com motricidade e sensibilidade preservadas (Figura 4). Um ano após a cirurgia, a cicatriz apresentava ótimo resultado estético, demonstrando apenas certo grau de hiperqueratose, o que não acarreta prejuízo funcional ao membro (Figura 5).

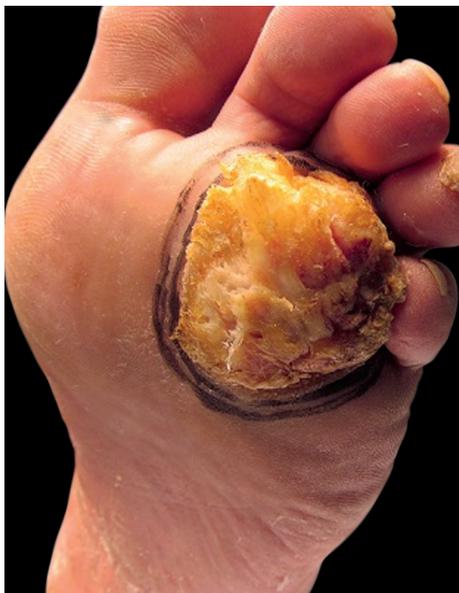


FIGURA 1: Tumoração vegetante, com superfície verrucosa, bordas eritemato-infiltradas e bem delimitadas, localizada na porção distal da região plantar esquerda, próxima aos quarto e quinto metatarsos, de 5 x 4 x 1,5cm, dolorosa à palpação



FIGURA 2: Aproximação das bordas e fechamento por segunda intenção



FIGURA 3: Paciente quatro meses após cirurgia



FIGURA 4: Paciente cinco meses após nova abordagem para ampliação cirúrgica com margem de segurança de 1cm, evoluindo com motricidade e sensibilidade preservadas



FIGURA 5: Um ano após cirurgia: cicatriz cirúrgica com ótimo resultado estético e sem prejuízo funcional ao membro

DISCUSSÃO

O câncer da pele não melanoma é a neoplasia maligna mais comum no Brasil e representa o tumor mais incidente em ambos os sexos.¹ Cerca de 80% dos casos derivam das células não queratinizadas da camada basal da epiderme, originando o CBC, e 20% correspondem ao CEC, o qual deriva da prolifera-

ração atípica dos queratinócitos suprabasais.¹ O CEC acomete, preferencialmente, locais de exposição solar e indivíduos com mais de 50 anos, do sexo masculino.² Está associado à imunossupressão, ulceração crônica, exposição a agentes arsenicais e ao papilomavírus humano. É frequente a origem a partir de lesões cutâneas prévias, como queratose actínica, leucoplasias e radiodermites.^{7,8} O CEC na região plantar é infrequente e pode surgir a partir de líquen plano, micose profunda, líquen simples crônico, verruga plantar ou, mais raramente, ser metastático.^{3,4} Pode se apresentar com diversos aspectos clínicos, tais como úlceras, nodulações ou vegetações, com crescimento exofítico de difícil cicatrização.⁹ Para a elucidação diagnóstica são necessários estudo anatomopatológico e exames de imagem (radiografia, ressonância nuclear magnética) para determinar a extensão tumoral e o planejamento cirúrgico. O tratamento de escolha é cirúrgico, e a cicatrização da ferida operatória por segunda intenção é uma alternativa apropriada que permite ao cirurgião dermatológico alcançar excelentes resultados cosméticos. Trata-se de método simples, prático, eficaz, de baixo custo e bem aceito pelos pacientes, permitindo a vigilância do leito da ferida para reconhecimento precoce de recidivas tumorais.^{8,9}

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde do Brasil, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2011. 118 p.
2. Shahid Majeed, Bari AU. Squamous cell carcinoma foot arising in deep mycosis. A case report. *J Surg Pak*. 2004;9:54-5.
3. Dhillon MS, Gill SS, Nagi ON, Singh DP, Mittal RL. Primary malignant and potentially malignant tumours of the foot. *The Foot*. 1992;2(1):19-26.
4. Alam M, Ratner D. Primary care: cutaneous squamous cell carcinoma. *N Engl J Med*. 2001;344(13):975-83.
5. Ribeiro MZ, Wulkan C, Paschoal FM Maciel MHM, Machado Filho CDAS. Verrucous carcinoma: a clinical-histopathologic variant of squamous cell carcinoma. *An Bras Dermatol*. 2004;79(5):619-21.
6. Mullen JT, Feng L, Xing Y, Mansfield PF, Gershenwald JE, Lee JE, et al. Invasive squamous cell carcinoma of the skin: defining a high-risk group. *Ann Surg Oncol*. 2006;13(7):902-9.
7. Rinker MH, Fenske NA, Scalf LA, Glass LF. Histologic variants of squamous cell carcinoma of the skin. *Cancer Control*. 2001;8(4):354-63.
8. Sinha A, Smith D, Langtry JA. Treatment of benign digit tip tumours by surgical excision and secondary intention healing with scar quality assessment by epidermal ridge patterns. *Br J Dermatol*. 2010;162(2):452-4.
9. Van der Eerden PA, Lohuis PJ, Hart AA, Mulder WC, Vuyk H. Secondary intention healing after excision of nonmelanoma skin cancer of wound characteristics and final cosmetic results. *Plast Reconstr Surg*. 2008;122(6):1747-55.
10. Marciel I, Stern RS. Risk of developing a subsequent nonmelanoma skin cancer in patients with a history of nonmelanoma skin cancer: a critical review of the literature and meta-analysis. *Arch Dermatol*. 2000;136(12):1524-30.

CONCLUSÃO

O CEC no pé é raro. Pode ser primário ou metastático, e a excisão cirúrgica é o tratamento de escolha. Neste relato referimos apresentação atípica de um câncer frequente, com muitos anos de evolução. Ressaltamos a importância do reconhecimento de feridas em áreas não fotoexpostas para o diagnóstico precoce e garantia do melhor prognóstico desses pacientes. ●

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

André Luiz Simião |  ORCID 0000-0002-0246-2001

Aprovação da versão final do manuscrito. Revisão crítica do manuscrito.

Marcela Baraldi Moreira |  ORCID 0000-0002-7218-8407

Elaboração e redação do manuscrito

Lívia Carolina Dela Coletta Pelliccioni |  ORCID 0000-0002-8944-6230

Revisão crítica da literatura

Vanessa de Sousa Mançano |  ORCID 0000-0001-9081-0768

Elaboração e redação do manuscrito