

Carcinoma *cuniculatum*: lesão positiva para HPV 16 com reconstrução cirúrgica com enxerto abdominal

Cuniculatum carcinoma: HPV 16 positive lesion with an abdominal graft surgical reconstruction.

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201241472>

RESUMO

O carcinoma *cuniculatum* consiste em um subtipo raro do carcinoma espinocelular, que se apresenta como uma lesão verrucosa, de crescimento lento, agressividade local e baixa capacidade de produzir metástases. Sua histopatologia revela criptas preenchidas por queratina, e sua etiologia tem ligação com o HPV, principalmente os subtipos 11 e 16. O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica, seguida de acompanhamento regular pelo elevado risco de recidiva local. Relata-se caso de paciente feminina, portadora de carcinoma *cuniculatum*, tratada pela cirurgia com congelamento perioperatório, realização de enxerto e boa evolução.

Palavras-chave: Carcinoma; Carcinoma de Células Escamosas; Pé

ABSTRACT

The cuniculatum carcinoma is a rare, slow-growth, local aggressive subtype of the squamous cell carcinoma, presented as a verrucous lesion with a low metastasis capacity. Its histopathology shows keratin-filled crypts, and its etiology is linked with HPV, especially 11 and 16 subtypes. The treatment of choice is surgical excision, followed by regular monitoring due to the high risk of local recurrence. We report a case of a woman with Cuniculatum carcinoma treated with surgery with perioperative frozen section procedure, graft, and good evolution.

Keywords: Carcinoma; Carcinoma, Squamous Cell; Foot

INTRODUÇÃO

O carcinoma espinocelular é o segundo tipo mais comum de câncer de pele, atrás apenas do carcinoma basocelular.¹ Carcinoma *cuniculatum* (CC) é um carcinoma verrucoso (CV), forma rara e indolente do carcinoma espinocelular (CEC), bem diferenciado. É caracterizado pelo crescimento lento e pela agressividade local, penetrando em tecidos profundos, pela formação de criptas preenchidas por queratina e pela baixa capacidade de originar metástases.^{2,3}

Foi descrito pela primeira vez em 1954 por Aird et al,¹ sendo mais comum em homens do que em mulheres (5:1). Sua patogênese não foi completamente elucidada, porém a associação com o papilomavírus humano (HPV), especialmente os subtipos 11 e 16, tem sido descrita.^{5,6}

O tratamento de escolha é a exérese cirúrgica com controle de margens, sendo que o paciente deve ser regularmente acompanhado pelo risco de recorrências, mesmo quando as margens cirúrgicas estão livres.⁶

Relato de caso

Autores:

André Ricardo Adriano¹
Juliano Borges¹
Jordano Luiz da Costa²

¹ Instituto de Dermatologia
Professor Rubem David Azulay,
Santa Casa de Misericórdia do Rio
de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ),
Brasil.

² Departamento de Medicina,
Universidade Regional de
Blumenau, Blumenau (SC), Brasil.

Correspondência:

André Ricardo Adriano
R. Marechal Floriano Peixoto, 222,
sala 704
88160-076 Blumenau (SC)
E-mail: andre Ricardo@gmail.com

Data de recebimento: 07/01/2020

Data de aprovação: 03/11/2020

Trabalho realizado no Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay, Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.

Agradecimentos: Ao professor Azulay pelo incentivo de sempre estudar e publicar para dividir o conhecimento.



RELATO DO CASO

Paciente feminina, 64 anos, vendedora. Procurou atendimento médico devido a uma lesão na região plantar esquerda há dois anos, com odor fétido e dor local. Ao exame físico, observou-se lesão exofítica de superfície verrucosa, de 5cm de diâmetro, com borda infiltrada e ulcerada (Figuras 1 e 2). Ao exame de imagem, raio X do pé esquerdo, foi visualizada imagem nodular com halo radiotransparente em partes moles na região plantar, sem acometimento ósseo (Figura 3).

Foi realizada biópsia, mediante as hipóteses aventadas de CV, queratoacantoma, verruga vulgar e melanoma amelanótico. O resultado favoreceu o diagnóstico de carcinoma verrucoso.



FIGURA 1: Lesão exofítica de superfície verrucosa, com borda infiltrada e ulcerada na região plantar esquerda



FIGURA 2: Imagem aproximada da lesão plantar esquerda



FIGURA 3: Raio X do pé esquerdo
Imagem nodular com halo radiotransparente em partes moles na região plantar

Foi então programada cirurgia excisional com avaliação histopatológica por congelação perioperatória. O laudo indicou CEC bem diferenciado, focalmente invasor, atingindo a derme média sem infiltração perineural e sem invasão angiolinfática e margens cirúrgicas livres (Figuras 4 e 5).

Após a completa excisão da lesão, realizou-se enxertia cutânea obtida de dobra abdominopubiana (Figura 6), e encaminhou-se um fragmento para pesquisa de HPV, com resultado positivo para o tipo 16.

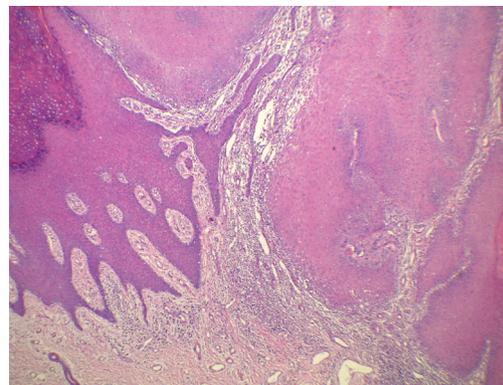


FIGURA 4:
Exame histopatológico

CEC bem diferenciado, focalmente invasor, atingindo a derme média (Hematoxilina & eosina 100x)

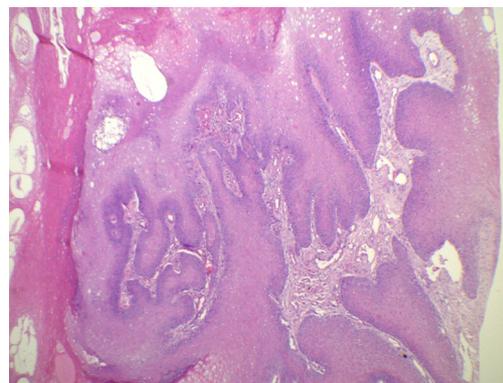


FIGURA 5: Exame histopatológico

Proliferação de células escamosas com papilomatose e disceratose, alto grau de diferenciação celular, sem atipias (Hematoxilina & eosina 100x)

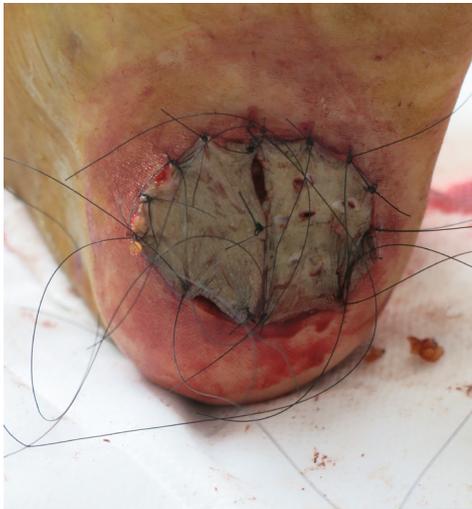


FIGURA 6:
Pós imediato com enxerto cutâneo de pele da região abdominal

A paciente evoluiu com boa cicatrização do enxerto e posterior retorno às atividades cotidianas. Após 1,5 ano de acompanhamento, não foi observada recidiva da lesão.

DISCUSSÃO

O carcinoma *cuniculatum* é um carcinoma verrucoso, forma rara e indolente do carcinoma espinocelular, que costuma cursar com características de tumor benigno, verrucoso, com lento crescimento, padrão evolutivo mais expansivo do que invasivo, boa diferenciação celular e com baixa tendência à formação de metástases.^{2,7}

REFERÊNCIAS

1. Feldmann R, Wruhs M, Peinhaupt T, Stella A, Breier F. Carcinoma cuniculatum of the right thenar region with bone involvement and lymph node metastases. *Case Rep Dermatol.* 2017;9:225-30.
2. Arisi M, Zane C, Edu I, Battocchio S, Petrilli G. Carcinoma cuniculatum of the foot invading the bone mimicking a pseudo-epitheliomatous reaction to an acute osteomyelitis. *Dermatol Ther.* 2016;6(1):95-9.
3. McArdle DJT, McArdle JP, Lee F, Mignanelli ED. Rare "inverted" verrucous carcinoma (Carcinoma Cuniculatum) of the sacrogluteal region: case report and literature review. *International Journal Of Surgical Pathology* 2017;25(5):438-42.
4. Kotwal M, Poflee S, Bobhate S. Carcinoma cuniculatum at various anatomical sites. *Ind J Dermatol.* 2005;50(4):216-220.
5. Chavez-Bolanos LJ, Días-Gómez CJ. Epitelioma cuniculatum plantar. *Dermatol Peru.* 2014;24(2):103-5.
6. McKay C, McBride P, Muir J. Plantar verrucous carcinoma masquerading as toe web intertigo. *Australas J Dermatol.* 2012;53(2):e20-2.
7. Zanini, M. Carcinoma Verrucoso. *Med Cutan Iber Lat Am.* 2011;39(1):26-9.
8. Kubik MJ, Rhatigan, RM. Carcinoma cuniculatum: not a verrucous carcinoma. *J Cutan Pathol.* 2012;39(12):1083-7.
9. Barreto, JE, Velazquez EP, Ayala E, Torres J, Cubilla AL. Carcinoma cuniculatum: a distinctive variant of penile squamous cell carcinoma: report of 7 cases. *Am J Surg Pathol.* 2007;31:71-5.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

André Ricardo Adriano |  ORCID 0000-0002-2986-959X

Contribuição no artigo: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura.

Jordano Luiz da Costa |  ORCID 0000-0003-1635-6944

Contribuição no artigo: Elaboração e redação do manuscrito.

Juliano Borges |  ORCID 0000-0001-8291-0806

Contribuição no artigo: Revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Apesar de seu sítio mais comum ser na região plantar, pode ocorrer em vários outros sítios, como flanco, pernas, face, cavidade oral, região genital e palmar.⁴ Recebe o nome de carcinoma *cuniculatum* quando localizado na região plantar; tumor de Buschke-Lowenstein, na região anogenital; e tumor de Ackerman, quando na região oral.^{3,8}

Foi descrito pela primeira vez em 1954, por Aird et al,^{1,5} sendo mais comum em homens do que em mulheres (5:1)⁵ – tornando o relato desse caso ainda mais raro por tratar-se de paciente feminino. Sua patogênese é desconhecida, porém a associação com o papilomavírus humano (HPV), especialmente os subtipos 11 e 16, tem sido descrita⁶ como identificado no caso acima.

O diagnóstico é baseado no exame dermatológico e histopatológico.^{5,6} Deve-se suspeitar desse carcinoma quando o paciente apresentar lesão recidivante à terapêutica habitual. O diagnóstico diferencial se faz com verruga vulgar e ceratoacantoma.^{6,9}

Na histopatologia, observamos proliferação escamosa com papilomatose e disceratose, alto grau de diferenciação celular, sem atipias. Podem ser formados pseudocistos de queratina, por vezes com pus, gerando odor fétido.³

O tratamento de escolha é a exérese cirúrgica com controle de margens, sendo que o paciente deve ser regularmente acompanhado pelo risco de recorrências, mesmo quando são obtidas margens livres.^{6,7} No caso relatado, optou-se pela cirurgia com congelamento perioperatório para controle das margens e realização de enxerto do abdome da paciente, com curativo de Brown. Paciente segue em acompanhamento há mais de dois anos sem recidiva até o momento. ●