

Relato de Caso

Autores:

José Roberto Pegas¹
 Kessia Katarine Maciel Lopes Fernandes²
 Ivana Dias Ferreira do Prado³
 Iracema Lerianna Mayer de Souza Bazzo⁴
 Antônio José Tebcherani⁵
 Karine Valentim Cade⁶

¹ Mestre em Dermatologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil; Preceptor e Diretor da Residência Médica de Dermatologia do CHPBG – São Paulo (SP), Brasil.

² Residente de Dermatologia do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos SP (CHPBG) – São Paulo (SP), Brasil.

³ Residente de Dermatologia do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos SP (CHPBG) – São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Residente de Dermatologia do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos SP (CHPBG) – Residente de Dermatologia do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos SP (CHPBG) – São Paulo (SP), Brasil.

⁵ Mestre em Patologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e Dermatopatologista do Serviço de Dermatologia do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos SP (CHPBG) – São Paulo (SP), Brasil.

⁶ Médica - Fellow de Dermatologia do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos - SP (CHPBG) – São Paulo (SP), Brasil.

Correspondência para:

Dr. José Roberto Pegas
 Rua Serra de Bragança, 791 - Tatuapé
 03318-000 - São Paulo – SP
 e-mail: jrpegas@terra.com.br

Recebido em: 11/06/2010

Aprovado em: 06/11/2010

Trabalho realizado no Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos (CHPBG) – São Paulo (SP), Brasil.

Suporte financeiro: Nenhum
 Conflito de interesse: Nenhum

Carcinoma espinocelular subungueal: relato de caso e revisão da literatura

Subungual squamous cell carcinoma: case report and literature review

RESUMO

Apresenta-se caso clínico de carcinoma espinocelular subungueal (CEC subungueal) em paciente do sexo masculino de 89 anos, cuja lesão se localizava na dobra medial do primeiro quirodático esquerdo há quatro anos. Esta apresentação se justifica pela raridade da doença na localização subungueal e pelo fato de se atentar para o diagnóstico diferencial com lesões benignas valorizando o sintoma dor, capaz de sugerir o diagnóstico que, quando precoce, representa melhor prognóstico e menor morbidade. Discutem-se também as abordagens terapêuticas mais indicadas, baseando-se em trabalhos de revisão da literatura, com radioterapia, cirurgia micrográfica de Mohs e amputação.

Palavras-chave: carcinoma de células escamosas; unhas; melanoma.

ABSTRACT

A clinical case of subungual squamous cell carcinoma, in which a tumor had been located in the medial fold of the left thumb for 4 years, is described in a 89-year-old male patient. The objectives of this study are to draw attention to the rarity of the subungual location of the tumor – highlighting the differences in diagnosis compared with benign lesions – and the importance of pain as a symptom, which may help diagnose the condition early and facilitate a better prognosis and lower morbidity. Additionally, we discuss the more frequently used therapeutic approaches, based on a review of the literature on radiation therapy, Mohs Micrographic Surgery and amputation.

Keywords: carcinoma, squamous cell; nails; melanoma.

INTRODUÇÃO

O presente relato de caso tem por objetivos descrever uma localização rara do CEC, a subungueal, visando com isso, ao maior esclarecimento sobre a patologia, a fim de se obter diagnóstico mais precoce, já que disso depende o prognóstico do paciente. Objetiva-se também promover uma discussão sobre as melhores opções terapêuticas, com base em revisão de literatura.

Tumor maligno de localização atípica, frequentemente confundido com outras morbidades. É incomum sua ocorrência nas extremidades, sendo na maioria dos casos apenas um dígito acometido, mais comumente o polegar e hálux.¹

A etiologia permanece incerta, porém há vários fatores implicados em sua fisiopatogenia, como traumas, infecções crônicas, imunossupressão, exposição ao arsênico (pacientes idosos psoriásicos), coaltar, radiação (exposição aos raios X) e desordens genéticas (disqueratose e epidermólise bolhosa congênita).¹

A exposição aos raios X pode ser seguida por radiodermite que, junto com a infecção pelo HPV (16, 26, 34, 35, 56), que

sugere provável autoinoculação a partir da região anogenital, constitui os fatores mais comumente envolvidos para o desenvolvimento do CEC subungueal.¹

Apresenta caráter invasivo e curso muitas vezes indolente, mais incidente no sexo masculino após a sexta década de vida. Assume importância e destaque no diagnóstico diferencial com outras lesões, sendo muitas vezes, tardiamente diagnosticado por apresentar mínimas alterações clínicas que o confundem com outras patologias.²

Na maioria das vezes, apresenta-se como lesão eritematosa, eritemato papulosa de tamanho variável, circunscrita, de superfície lisa, descamativa e até vegetante que se pode estender do leito ungueal às dobras lateral e distal da unha. Em decorrência de sua invasão, podem ocorrer quadros clínicos bastante variados, como paroníquia, discromia, onicólise, ulceração, sangramento e dor.²

O tumor pode assemelhar-se a outras condições clínicas, como paroníquia crônica, granuloma piogênico, verruga vulgar, onicomicose, psoríase, exostose subungueal e melanoma.² As neoplasias mais frequentemente encontradas em tecido subungueal são: carcinoma de células escamosas, incluindo doença de Bowen, melanoma, carcinoma basocelular e queratoacantoma.² Também devem ser citados os casos de CEC subungueal de ocorrência metastática, principalmente provenientes do pulmão e esôfago. Metástases a distância são incomuns ou tardias, porém o envolvimento ósseo subjacente é mais frequente. Em cerca de 55% dos casos poderá resultar em invasões ósseas.³

RELATO DE CASO

Paciente de 89 anos, do sexo masculino, com lesão eritemato-nodular de diâmetro aproximado entre cinco e 7mm em seu maior eixo e localizada na dobra medial do primeiro quirodáctilo esquerdo há quatro anos (Figura 1). Em outro serviço, teve diagnóstico prévio de carcinoma espinocelular subungueal realizado através de biópsia, com posterior exame histopatológico, porém perdeu seguimento. Como possível fator etiológico rela-



Figura 1 - Lesão eritemato-nodular de 5 a 7 mm na borda medial, após remoção da lâmina ungueal (seta). A lesão eritematosa na área central do leito foi secundária à avulsão da unha

tava histórico de trauma há anos na região, negando outras associações. Apresentava evolução lenta e gradual, contudo há cerca de um ano observou aumento da lesão e dor local. Ausência de linfadenopatia palpável no membro ipsilateral e em outras cadeias ganglionares, sendo o raio X do quirodáctilo normal.

Foi submetido à exérese da lesão com margem cirúrgica ampla de 0,5cm e cicatrização por segunda intenção, sendo o material enviado para exame histopatológico. Não foi realizado hibridização para pesquisa de HPV. Os cortes histológicos evidenciaram lesão proliferativa de linhagem epitelial escamosa, infiltrando o tecido subungueal (Figura 2). A lesão apresentava caráter francamente infiltrativo, invadindo profundamente o leito, sem comprometer as margens profundas. As células proliferativas apresentavam citoplasma amplo, fortemente eosinofílico, contendo núcleos hiper cromáticos, volumosos, com acentuadas atipias, sendo evidentes as pontes intercelulares, caracterizando o carcinoma espinocelular invasivo moderadamente diferenciado, com margens livres de comprometimento neoplásico (Figura 3).

DISCUSSÃO

Este caso ilustra a necessidade de elevado índice de suspeição diante de lesões com crescimento lento e progressivo que, muitas vezes, estão sendo tratadas como lesões benignas e não apresentam resultados terapêuticos satisfatórios. A biópsia da lesão, fundamental para o diagnóstico definitivo, que é histopatológico, muitas vezes é realizada tardiamente por falta de suspeição médica. O diagnóstico é frequentemente tardio – em média quatro anos, podendo, entretanto, em alguns casos, chegar a 40 anos.⁴

A dermatoscopia do aparelho ungueal tem-se mostrado de suma importância na diferenciação entre pigmentação de origem não melanocítica, tais como hematoma subungueal, infecções bacterianas ou fúngicas e aquelas melanocíticas provenientes de nevos melanocíticos benignos, pigmentação racial e até melanoma.⁵ A programação terapêutica e o consequente prog-

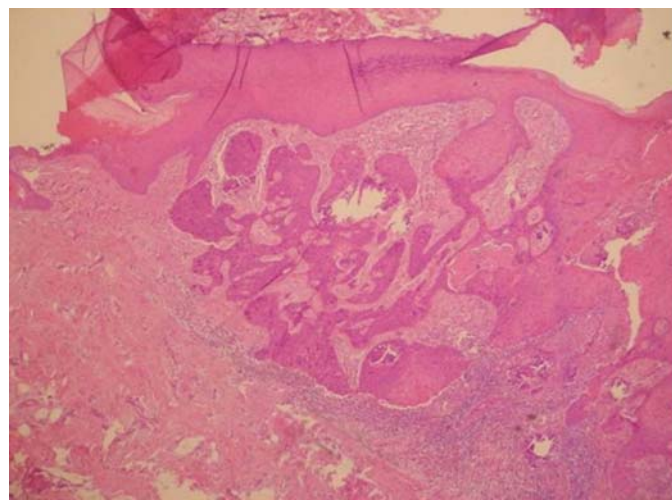


Figura 2 - Lesão proliferativa de linhagem epitelial escamosa, infiltrando o tecido subungueal. HE, 10x

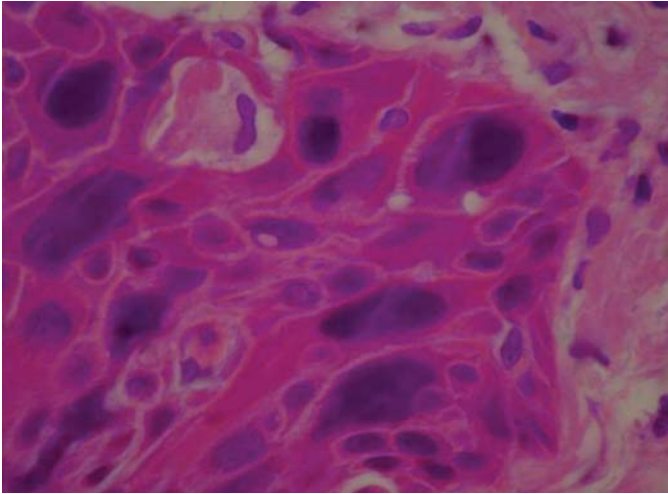


Figura 3 - Detalhe da neoplasia exibindo células bem ceratinizadas com intensas atipias nucleares. HE, 400x

nóstico dependerão do tipo histológico, da diferenciação celular e invasão dos tecidos ósseos subjacentes.⁶ O tratamento de escolha para lesões iniciais, sem comprometimento ósseo, é a cirurgia micrográfica de Mohs. Na experiência de vários autores é o melhor tratamento teoricamente, por permitir excisão adequada com o máximo de preservação de tecido normal e da função. Há, porém, vários inconvenientes, como o alto custo, e limitantes, que na prática médica inviabilizam seu uso rotineiro.⁶

A cirurgia excisional clássica, terapêutica utilizada no presente relato de caso, tem demonstrado excelentes resultados no tratamento de lesões sem comprometimento ósseo, semelhantes aos obtidos com a cirurgia micrográfica de Mohs, porém com menor grau de complexidade. No caso descrito, optou-se por retirada da lâmina ungueal, exérese da lesão com margem cirúrgica ampla de 0,5cm e cicatrizações por segunda intenção, não sendo necessário enxerto. O paciente encontra-se em acompanhamento trimestral, apresentando excelente cicatrização e sem sinais de recidiva, o que demonstra o sucesso da técnica empregada.⁶

Outras técnicas descritas na literatura para casos sem envolvimento ósseo são a eletrocirurgia e a crioterapia. Ambas não permitem adequado controle histológico das margens tumorais e apresentam resultados inferiores aos da cirurgia excisional clássica, não sendo indicadas a princípio.⁷ Se houver envolvimento ósseo ou extenso envolvimento dos tecidos moles, a amputação da articulação interfalangeana distal ou amputação mais proximal deve ser considerada.⁸ No caso de comprometimento linfonodal, a dissecação está indicada se os mesmos não desaparecerem em três ou quatro semanas após amputação ou excisão, uma vez que o aumento dos linfonodos muitas vezes é causado por inflamação crônica.⁸ A radioterapia poderá ser utilizada nos casos inoperáveis, extensos, com comprometimento ósseo ou quando existe a indicação de diminuição do tamanho do tumor para posterior exérese.⁹

O estudo retrospectivo realizado por Grootenboers et al. descreve o tratamento de 12 pacientes com CEC subungueal

em quirodáctilos tratados com radioterapia, em dois importantes serviços na Holanda. Demonstrou-se que essa neoplasia apresenta baixa incidência de metástases e que, apesar disso, em geral é tratada primariamente por amputação. Com a realização da radioterapia obteve-se controle local e permanente de 92% dos doentes com apenas um efeito adverso grave, levando à amputação do dígito inicialmente envolvido. Não se evidenciou recidiva regional ou distante durante o seguimento.⁹

Devido aos excelentes resultados apresentados, com base em outros estudos bem-sucedidos de revisão da literatura, a radioterapia deve ser considerada opção de modalidade alternativa no tratamento do CEC subungueal, nos casos inoperáveis ou com envolvimento ósseo, em vez de amputação da falange distal como modalidade inicial de tratamento em muitos casos, ficando, assim, a amputação da falange reservada àqueles raros casos que não obtiveram sucesso terapêutico.^{9,10} Conclui-se que, apesar da raridade dessa patologia, deve-se estar atento para o diagnóstico precoce e para a melhor terapêutica, que em casos de não comprometimento ósseo é a cirurgia excisional clássica a princípio; e em casos de comprometimento ósseo ou inoperabilidade a radioterapia. ●

REFERÊNCIAS

1. High WA, Tying SK, Taylor RS. Rapidly enlarging growth of the proximal nail fold. *Dermatol Surg.* 2003; 29(9): 984-6.
2. Nasca MR, Innocenzi D, Micali G. Subungual squamous cell carcinoma of the toe: Report on three cases. *Dermatol Surg.* 2004; 30(2 pt 2): 345-8.
3. Dobson CM, Azurdia RM, King CM. Squamous cell carcinoma arising in a psoriatic nail bed: case report with discussion of diagnostic difficulties and therapeutic options. *Br J Dermatol.* 2002; 147(1): 144-9.
4. Braun RP, Baran R, Le Gal FA, Dalle S, Ronger S, Pandolfi R, et al. Diagnosis and management of nail pigmentations. *J Am Acad Dermatol.* 2007; 56(5):835-47.
5. Yip KM, Lam SL, Shee BW, Shun CT, Yang RS. Subungual squamous cell carcinoma: report of 2 cases. *J Formos Med Assoc.* 2000; 99(8):646-9.
6. Wong TC, Ip FK, Wu WC. Squamous cell carcinoma of the nail bed: three case reports. *J Orthop Surg (Hong Kong).* 2004; 12(2):248-52.
7. Peterson SR, Layton EG, Joseph AK. Squamous cell carcinoma of the nail unit with evidence of bony involvement: A multidisciplinary approach to resection and reconstruction. *Dermatol Surg.* 2004; 30(2 pt 1):218-21.
8. Chang SE, Choi JH, Sung KJ, Moon KC, Koh JK. Metastatic squamous cell carcinoma of the nail bed: a presenting sign of lung cancer. *Br J Dermatol.* 1999; 141(5):939-40.
9. Choonhakarn C, Ackerman AB. Keratoacanthomas: a new classification based on morphologic findings and on anatomic site. *Dermatopathology: Practical and Conceptual.* 2001; 7:7-16.
10. Hale LR, Dawber RP. Subungual squamous cell carcinoma presenting with minimal nail changes: a factor in delayed diagnosis? *Australas J Dermatol.* 1998; 39(2):86-8.