

Relato de caso

Autores:

Emi Dika¹
 Bianca Maria Piraccini²
 Pier Alessandro Fanti¹
 Sabina Vaccari¹
 Iria Neri¹
 Annalisa Patrizi¹

¹ MD, Departamento de Dermatologia, University of Bologna – Bolonha, Itália.

² MD, PHD, Departamento de Dermatologia, University of Bologna – Bolonha, Itália.

Correspondência para:

Emi Dika
 V. Massarenti 1, 40138
 Bologna, Italy
 E-mail: emi.dika3@unibo.it

Recebido em: 10/02/2012
 Aprovado em: 01/03/2012

Trabalho realizado na Divisão de Dermatologia do Departamento de Medicina Interna, Doenças Geriátricas e Nefrologia – University of Bologna – Bolonha – Itália.

Conflitos de interesse: Nenhum
 Suporte financeiro: Nenhum

Tumor ungueal após trauma mecânico

Nail tumor after mechanical trauma

RESUMO

Relatado caso de paciente de 62 anos de idade que desenvolveu massa nodular erosiva no aparelho ungueal após trauma em caçada, diagnosticada como melanoma amelanótico do aparelho ungueal. Esta lesão é frequentemente diagnosticada erroneamente, permanecendo sem tratamento adequado por longos períodos. As taxas de erro diagnóstico são descritas como sendo de até 85% nos casos em que o médico não possui especialização em dermatologia.

Palavras-chaves: melanoma; melanoma amelanotico; ferimentos e lesões.

ABSTRACT

This article describes the case of a 62-year-old patient who developed an erosive nodular mass on the nail apparatus after receiving a trauma during a hunting incident. The lesion was initially diagnosed as an amelanotic melanoma of the nail apparatus, illustrating the fact that this type of lesion is often misdiagnosed – up to 85% of the time if the physician lacks dermatological expertise – and remains untreated for prolonged periods.

Keywords: melanoma; melanoma, amelanotic; wounds and injuries.

Um paciente de 62 anos de idade foi encaminhado ao nosso serviço apresentando longo histórico de massa ulcerada nodular, localizada no dedo indicador da mão esquerda. O paciente, que exercia a profissão de salva-vidas na Marina di Ravenna na Itália, não apresentava qualquer outro problema em relação à sua saúde.

A massa surgiu como um nódulo de crescimento lento, resultando de um trauma mecânico ocorrido durante uma caçada e tendo sido tratado como lesão pós-traumática por alguns anos. O último tratamento a que o paciente havia sido submetido antes de ser encaminhado ao nosso serviço foi a oxigenoterapia hiperbárica.

Ao exame clínico, a lesão se apresentou como uma massa altamente vascularizada de 2,5 x 1,7cm, coberta por uma combinação de tecidos fibróticos e necróticos (Figura 1). A radiografia do dedo revelou reabsorção óssea, sendo necessária a realização de biópsia do leito ungueal. O resultado da histopatologia (Figura 2) revelou tumor constituído por células com citoplasma eosinófilico abundante, núcleos pleomórficos, necléolos proeminentes e grande número de figuras mitóticas atípicas infiltradas nos tecidos moles adjacentes e na falange distal. A imunomarcação para a proteína S-100 revelou-se positiva, tendo



Figura 1: Características clínicas da massa ulcerada nodular, localizada no dedo indicador da mão esquerda.

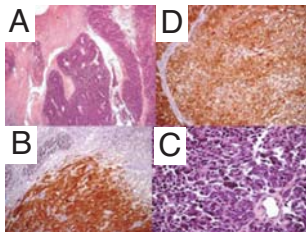


Figura 2: a, b, d Aspectos histológicos: Tumor formado por células com citoplasma eosinofílico abundante, núcleos pleomórficos, nucléolos proeminentes e abundância de corpos mitóticos atípicos (H&E 20X). Figura 2 c Acentuada coloração imunohistoquímica da proteína S-100 indica a presença de melanoma maligno (aumento original: 400x).

sido negativa para Melan-A, HMB-45, CD 34, desmina e mio-genina). Foi realizada a desarticulação da falange distal, com o diagnóstico de melanoma amelanótico ulcerado e profundidade de Breslow estimada em 3,1 mm (40; N0 M0).

O paciente foi submetido à biópsia do linfonodo sentinela e tomografia computadorizada do corpo inteiro, que resultaram negativas para metástases ou outras localizações para a doença. Doze meses após o diagnóstico, o paciente apresentou recorrência nos nódulos axilares (40; N1; M0) e foi submetido a dissecação axilar. Terapia adjuvante com interferon foi implementada com boa tolerância à droga.

O melanoma amelanótico do aparelho ungueal (MAU) é frequentemente diagnosticado erroneamente, não sendo tratado adequadamente por longos períodos.^{1,2} De fato, as taxas de erro diagnóstico são descritas como sendo de até 85% nos casos em que o médico não possui especialização em dermatologia.³ A consequência desse atraso diagnóstico, a taxa de sobrevida em pacientes portadores de MAU é significativamente mais baixa do que as de pacientes portadores de outros tipos de melanoma, sendo de 10-30%, com uma sobrevida de 5 anos (em comparação a 80% e sobrevida de 5 anos para melanomas em outras localizações).^{1,3}

No caso descrito, não foi possível determinar se o melanoma se manifestou devido ao trauma causado ao tecido (segundo descrição do paciente) ou se tal correlação é inexistente. O trauma é considerado como fator predisponente para o desenvolvimento do MAU, dado que o tumor é mais comum nos dedos sujeitos a sofrer traumas com maior frequência, que os históricos dos pacientes frequentemente descrevem como traumas pre-

cedendo o surgimento da lesões.⁴ Não obstante, não há dados que confirmem a participação do trauma no desenvolvimento do MAU. De fato, o MAU pode ter estado presente no local antes da ocorrência do trauma, causando o enfraquecimento da lâmina ungueal e proporcionando menor resistência a traumas mecânicos. Em um estudo incluindo 33 casos de melanoma ungueal, não foi possível a confirmação da influência do trauma na patogênese primária das lesões. Por outro lado, o mesmo estudo revelou que o trauma ao tumor clinicamente aparente influencia significativamente o prognóstico para uma sobrevida sem recorrência e para a sobrevida em geral.⁵

Adicionalmente, o paciente descrito no presente estudo havia sido submetido à oxigenoterapia hiperbárica durante o ano anterior ao que o melanoma foi diagnosticado. Enquanto há estudos que sugerem que o oxigênio hiperbárico (HBO₂) pode apresentar efeitos que incentivem o desenvolvimento do cancer, levando à proliferação de células malignas e à angiogênese em tumores malignos,⁶ outros contradizem tal hipótese.⁷

Dado que o MAU do paciente em questão permaneceu inativo (sem metástases) durante vários anos, tendo iniciado a metastatização apenas após a cirurgia, também investigamos a hipótese da ocorrência de trauma cirúrgico que tenha piorado o prognóstico. No entanto, estudos recentes sugerem que biópsias incisivas de melanomas malignos não influenciam negativamente o prognóstico e são atualmente indicadas para o diagnóstico histopatológico de tumores em localização acral.⁸

Como resultado, concluímos que sempre se deve considerar a hipótese de que uma massa nodular erosiva no aparelho ungueal pode indicar a presença de um melanoma amelanótico e, dado que o diagnóstico precoce é fundamental para um bom prognóstico¹, uma biópsia deve ser realizada imediatamente. ●

REFERÊNCIAS

- Harrington P, O'Kelly A, Trail LA, Freemont AJ. Amelanotic subungual melanoma mimicking pyogenic granuloma in the hand. *J Royal Coll Surg Edinb.* 2002;47(4):638-40.
- De Giorgi V, Stante M, Carelli G, Carli P. Subungual melanoma: an insidious erythematous nodule on the nail bed, *Arch Dermatol.* 2005;141(3):398-3.
- Balch CM, Buzaid AC, Atkins MB, Cascinelli N, Coit DG, Fleming ID, et al. A new American Joint Committee on Cancer staging system for cutaneous melanoma. *Cancer.* 2000; 88(6):1484-91.
- Mohrle M, Hafner HM. Is subungual melanoma related to trauma? *Dermatology.* 2002; 204(4):259-61.
- Bormann G, Marsch WC, Haerting J, Helmbold P. Concomitant traumas influence prognosis in melanomas of the nail apparatus. *Br J Dermatol.* 2006;155(1): 76-80.
- Feldmeier J, Carl U, Hartmann K, Sminia P. Hyperbaric oxygen: does it promote growth or recurrence of malignancy?. *Undersea Hyperb Med.* 2003;30(1):1-18.
- Johnson RJ, Wiseman N, Lauchlan SC. The effect of hyperbaric oxygen on tumour metastases in mice. *Clin Radiol.* 1971;22(4):538-40.
- Pflugfelder A, Weide B, Eigentler TK, Forscher A, Leiter U, Held L, et al. Incisional biopsy and melanoma prognosis: Facts and controversies. *Clin Dermatol.* 2010; 28(3): 316-8.