

Relato de caso

Ceratoacantoma solitário após luz intensa pulsada para tratamento de melanoses solares no dorso das mãos

Solitary keratoacanthoma after intense pulsed light in the treatment of melanoses on the dorsum of hand

Autores:

Natália Marques Franco¹
Luciena Cegatto Martins Ortigosa²

¹ Acadêmica de medicina na Faculdade de Medicina da Universidade do Oeste Paulista (Unoeste) – Presidente Prudente (SP), Brasil.

² Professora do Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Oeste Paulista (Unoeste), Presidente Prudente (SP); mestre em dermatologia pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.

Correspondência para:

Dra. Natália Marques Franco
Rua Claudionor Sandoval, 999 - Bairro Jardim Paulista
19023-200 - Presidente Prudente - SP
Email: natymfranco@hotmail.com

Data de recebimento: 16/06/2012

Data de aprovação: 16/12/2012

Trabalho realizado na Faculdade de Medicina de Presidente Prudente (Unoeste) – Presidente Prudente (SP), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum
Conflito de Interesses: Nenhum

RESUMO

O ceratoacantoma é tumor cutâneo benigno, de rápido crescimento, composto por células escamosas e possui características clínicas e histopatológicas semelhantes ao CEC, podendo sofrer regressão espontânea sem qualquer tipo de tratamento. Acomete principalmente idosos e imunossuprimidos do sexo masculino e que possuem pele clara, em locais do corpo que sofreram exposição crônica à luz solar, como rosto, antebraços e dorso das mãos. O diagnóstico diferencial com o CEC é importante. O tratamento preconizado é a excisão cirúrgica, sendo as outras formas: crioterapia, eletrocoagulação e aplicação intralesional de agentes quimioterápicos.

Palavras-chave: ceratoacantoma; terapia a laser; pele.

ABSTRACT

The keratoacanthoma is a fast growing benign skin tumor that is composed of squamous cells and has clinical and histopathological features similar to those of the squamous cell carcinoma, and may undergo spontaneous regression without any treatment. It mainly affects elderly and immunosuppressed males who have fair skin, occurring in body sites that have been chronically exposed to sunlight, such as the face, forearms and backs of hands. The differential diagnosis with squamous cell carcinoma is particularly important. The recommended treatment is its surgical excision. Other treatment modalities, such as cryotherapy, electrocoagulation and intralesional injection of chemotherapeutic agents, are also available.

Keywords: keratoacanthoma; laser therapy; skin.

INTRODUÇÃO

A luz intensa pulsada (LIP) é tecnologia não ablativa que emprega a luz para diversas aplicações. Os sistemas de LIP são fontes pulsadas de alta intensidade que emitem luz policromática num espectro largo de comprimentos de onda entre 515 e 1.200nm.^{1,2} Geram aquecimento na pele que permite corrigir diversas lesões pigmentadas, atingindo alvos como a melanina, vasos sanguíneos e estimulando a produção de colágeno por fibroblastos dérmicos. Consiste em renovação tissular através de luz filtrada intensa, não coerente, com base no princípio da fototermólise seletiva, atuando em vários cromóforos, dissipando a energia.³

O uso dos lasers e LIP pode acarretar diversas complicações. São descritas entre as leves o eritema prolongado, a acne, os míliais, as púrpuras, as erosões superficiais e a dermatite de

contato. Complicações moderadas são as infecções, a alteração da pigmentação como as hiper e hipocromias, a toxicidade devido ao uso do anestésico tópico e os ceratoacantomas (CA). As complicações consideradas graves incluem a cicatriz hipertrófica, a infecção disseminada, a formação de ectrópio, entre outras.⁴

No presente estudo, descreve-se caso de desenvolvimento de CA após o uso de LIP.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, branco, 59 anos, médico, casado. Procurou o serviço em julho de 2011 na busca de melhoria no aspecto das mãos. Ao exame dermatológico apresenta pele de fototipo I segundo a classificação de Fitzpatrick e dorso das mãos com máculas hiperpigmentadas de coloração castanha, variando de tonalidades claras a escuras, características de melanoses solares (Figura 1). Foi realizada uma sessão de LIP com o aparelho Harmony® (Alma Lasers, Caesarea, Israel), usando-se filtro de 540nm, programa 12, com energia de 18J/cm², obtendo-se melhora do aspecto das lesões. Três semanas depois, porém, surgiu pápula de bordas regulares, superfície lisa e coloração rósea com o centro ocupado por massa crostosa e endurecida no dorso da mão direita (Figura 2).

Devido à clínica sugestiva de CA em decorrência da LIP, não foi necessário diagnóstico diferencial para carcinoma espinocelular (CEC) através de exame histopatológico.

O tratamento realizado foi a aplicação tópica de imiquimod a 5%, três vezes por semana, durante oito semanas. Houve resolução completa da lesão após três meses (Figura 3). O paciente ficou satisfeito com o resultado estético oferecido.

DISCUSSÃO

O CA é tumor cutâneo benigno comum, de rápido crescimento e com características histopatológicas semelhantes às do CEC com tendência à regressão espontânea.⁵ É mais frequente em adultos de pele clara, entre 55 e 65 anos de idade, e raramente ocorre em negros e japoneses. Afeta ambos os sexos, igualmente, com leve predileção por homens.⁵ Tem maior incidência em idosos e imunossuprimidos.⁶



Figura 2: Três semanas após luz intensa pulsada

Vários fatores estão envolvidos em seu desenvolvimento. A exposição crônica à radiação ultravioleta tem papel importante, o que se demonstra pela ocorrência maior em áreas expostas ao sol. Entre outras causas estão o vírus HPV, os carcinógenos químicos, os traumas mecânicos, a associação com outras doenças cutâneas e fatores genéticos.⁵

Pouco se sabe sobre a patogenia do CA e o exato mecanismo de regressão da lesão na ausência de qualquer tratamento. Estudos revelaram a expressão da oncoproteína p53 na maioria dos casos, sugerindo possível papel desse gene em seu desenvolvimento.⁵

Sua característica é representada por lesão que cresce em poucas semanas, seguida de involução lenta em prazo variável de dois a seis meses. A fase proliferativa caracteriza-se pela formação de pápula firme, com borda pigmentada ou eritematosa, que cresce durante período de duas a seis semanas, atingindo cerca de 2cm de diâmetro. A fase de maturação é a mais frequentemente diagnosticada, mostrando nódulo eritematoso com área central de queratina. Na resolução há a expulsão da queratina, deixando cicatriz hipopigmentada.⁵



Figura 1: Melanoses solares antes da aplicação da luz intensa pulsada



Figura 3: Resolução completa da lesão

A histopatologia depende do estágio de evolução do tumor. Característica é a arquitetura, com hiperqueratose e acantose, células atípicas e figuras de mitoses. Infiltrado inflamatório pode estar presente devido à necrose de ceratinócitos.⁵ O diagnóstico diferencial com o CEC é importante: o CA é tumor arredondado, composto principalmente por epitélio escamoso bem diferenciado com pouco pleomorfismo e forte tendência a formar queratina. Apresenta infiltração epitelial, superfície lisa, regular e bem delimitada. Já o CEC mostra maior anaplasia e a produção de queratina é escassa ou ausente.⁵

Poucos pacientes com CA têm imunidade humoral ou celular deficiente. Alguns CAs mostram alteração nos antígenos HLA da classe II. O papel da imunidade na regressão espontânea tem sido pesquisado, observa-se clinicamente o aparecimento de um halo eritematoso em torno de alguns CAs em regressão. Na histopatologia há infiltrado mononuclear denso e reação fibroblástica no local, com presença de células de Langerhans e detecção de um anticorpo anticélulas escamosas associado à regressão.⁶ Há, no entanto, evidências crescentes de que ela não é imunologicamente mediada, implicando semelhança com o padrão de regressão natural visto dentro do folículo piloso normal.⁶

A regressão do CA pode acontecer de maneira espontânea, porém acarretaria cicatriz esteticamente indesejável. O tratamento, portanto, deve ser iniciado o mais rápido possível, sendo a excisão cirúrgica completa aconselhada na maioria dos casos.⁵

Outras formas de tratamento incluem crioterapia, eletrocoagulação e aplicação intralesional de agentes quimioterápicos (metotrexato, bleomicina, 5-fluorouracil, interferon-alfa e triancinolona). A radioterapia é indicada para lesões de difícil acesso cirúrgico.⁵

Tratamento sistêmico inclui retinoides, metotrexato, ciclofosfamida ou 5-fluoruracil.⁵ A terapia fotodinâmica com ácido aminolevulínico apresenta bons resultados terapêuticos e cosméticos.⁵

O imiquimod tópico, um imunomodulador do grupo de receptores agonistas sete e oito é eficaz. São necessárias de quatro a 11 semanas de aplicação, e podem ocorrer eventos adversos que dependem da inflamação resultante da reação imunológica, como a sensação de queimação, o eritema e erosões.⁷ O tempo necessário para remissão clínica completa pode ser maior do que a remissão histológica, porque a inflamação induzida pelo imiquimod pode tornar difícil para o médico julgar a cura clínica.⁷

Após revisão de literatura foram encontrados três casos de CA associados com tratamento a laser: 4 um com CAs eruptivos no rosto dois meses após rejuvenescimento facial com laser de dióxido de carbono,⁸ os outros dois em pernas, após fototermólise fracionada com laser de 1550nm (Fraxel).⁹ Alguns autores especulam que o trauma da unidade folicular durante o tratamento pode induzir os tumores, porém isso ainda não está completamente elucidado.⁴

O caso descrito difere dos anteriores, pois se trata de CA solitário, o que ainda não foi descrito associado à LIP realizada em mãos. Optamos pelo uso do imiquimod tópico na intenção de evitar cicatrizes no local, já que o paciente procurou o servi-

ço em busca de um procedimento estético. Acreditamos que o imiquimod seja eficaz e, quando aplicado de forma correta, por paciente orientado que retorne às consultas para reavaliação, pode ser utilizado com segurança.

CONCLUSÃO

É de suma importância o correto manuseio das diversas técnicas empregadas na dermatologia e, apesar da experiência e utilização adequada dos aparelhos, devemos estar aptos a diagnosticar e tratar suas possíveis complicações. A orientação prévia do paciente e seu consentimento antes da realização de qualquer procedimento é fundamental, assim como o acompanhamento durante e após o tratamento, com consultas para avaliar o resultado obtido, é imprescindível para diagnóstico precoce de possíveis complicações. ●

REFERÊNCIAS

1. Patriota RCR. Laser um aliado na dermatologia. *Rev Med (São Paulo)*. 2007; 86(2):64-70.
2. Catorze MG. Laser: fundamentos e indicações em dermatologia. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2009;37(1):5-27.
3. Issa MCA, Manela-Azulay M. Terapia fotodinâmica: revisão da literatura e documentação iconográfica. *An Bras Dermatol*. 2010;85(4):501-11.
4. Metelitsa AI, Alster TS. Fractionated laser skin resurfacing treatment complications: a re-view. *Dermatol Surg*. 2010;36(3):299.
5. Cerroni L, Kerl H. Keratoacanthoma. In: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffel DJ, eds. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 7th ed. New York: Mc Graw Hill; 2008. Cap. 117. p. 1050-2.
6. Schwartz RA. Keratoacanthoma. *J Am Acad Dermatol*. 1994;30(1):1-22.
7. Jeon HC, Choi M, Paik SH, Ahn CH MD, Park HS, Cho KH. Treatment of Keratoacanthoma with 5% Imiquimod Cream and Review of the Previous Report. *Ann Dermatol*. 2011;23(3): 357-61.
8. Gewirtzman A, Meirson DH, Rabinovitz H. Eruptive keratoacanthomas following carbon dioxide laser resurfacing. *Dermatol Surg* 1999;25(8):666-8.
9. Mamelak AJ, Goldberg LH, Marquez D, Hosler GA, Hinckley MR, Friedman PM. Eruptive keratoacanthomas on the legs after fractional photothermolysis: report of two cases. *Dermatol Surg* 2009;35(3):513-8.