

Queratoacantoma subungueal: Relato de Caso

Subungual keratoacanthoma: a case report

RESUMO

Queratoacantoma é tumoração maligna raramente localizada na região subungueal, apresentando tendência à recidiva. A regressão espontânea dessas lesões na região do aparelho ungueal praticamente não ocorre, e o diagnóstico diferencial com outras neoplasias, principalmente carcinoma espinocelular, é essencial. Apresentamos o caso de um homem com diagnóstico de queratoacantoma subungueal, com boa resposta ao tratamento cirúrgico e evolução favorável.

Palavras-chave: unhas; ceratoacantoma; falanges dos dedos da mão.

ABSTRACT

Keratoacanthoma is a malignant tumor that is rarely located in the subungual region, but which has a tendency to recur. Spontaneous regression of these lesions in the nail apparatus region almost never occurs, and a differential diagnosis with other neoplasias, particularly squamous cell carcinoma, is essential. The authors present the case of a man with a diagnosis of subungual keratoacanthoma, which responded well to surgical treatment and had a favorable development.

Keywords: nails; keratoacanthoma; finger falanges.

INTRODUÇÃO

O queratoacantoma localizado na unidade ungueal é variante incomum e destrutiva dessa neoplasia, que pode desenvolver-se no leito ungueal ou na dobra ungueal proximal. Em contraste com outros queratoacantomias, a regressão espontânea é incomum. A presença desse tipo de tumor na região do aparato ungueal é problemática, em função da localização, da escolha terapêutica e pela possibilidade de recorrências após excisão local.¹ Nessa topografia, esse tumor pode apresentar variações quando comparado aos de outras localizações, classicamente representados por lesão nodular, dolorosa, endoexofítica, com área crateriforme preenchida por queratina, sendo, necessária a confirmação histopatológica do caso. A terapêutica deve basear-se na correlação clínica, radiológica e histopatológica.²

Relato de caso

Autores:

Renan Minotto¹
Liliam Dalla Corte²
Ana Leticia Boff³
Mariana Vale Scribel da Silva²
Marina Resener de Morais⁴

¹ Preceptor do Programa de Residência Médica, Pós-Graduação e Responsável pelo Ambulatório de Onicopatias do Serviço de Dermatologia da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre – Porto Alegre (RS), Brasil.

² Especializanda em dermatologia na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre – Porto Alegre (RS), Brasil.

³ Preceptora de patologia do Programa de Residência Médica em Dermatologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre – Porto Alegre (RS), Brasil.

⁴ Dermatologista da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre – Porto Alegre (RS), Brasil.

Correspondência para:

Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
Serviço de Dermatologia – recepção 2
R. Annes Dias 295
90020-090 – Porto Alegre – RS
E-mail: ldcorte2009@gmail.com

Data de recebimento: 21/07/2014

Data de aprovação: 17/12/2014

Trabalho realizado na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre – Porto Alegre (RS), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum
Conflito de Interesses: Nenhum

RELATO DE CASO

Trata-se de paciente do sexo masculino, branco, 60 anos. Referia que há dois anos iniciou alteração ungueal do primeiro quirodáctilo da mão direita, tratado como onicomicose sem resultado e crescimento da lesão. Ao exame clínico, apresentava distrofia ungueal, com destruição da placa e exposição de lesão do leito (Figura 1), com áreas de textura cérea à palpação, circundadas por tecidos queratinizados endurecidos e edema do quirodáctilo. As impressões diagnósticas iniciais incluíram carcinoma epidermoide, queratoacantoma, e melanoma amelanótico. O raio-X do dedo afetado mostrou tumefação de partes moles, porém não revelou alterações osteoarticulares, o que sugeriu tratar-se de provável lesão superficial não compressiva (Figura 2). Exames micológicos direto e cultural foram negativos. Optou-se então pela biópsia em cunha para remoção de um espécime representativo da lesão. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de queratoacantoma (Figura 3). Diante desse



FIGURA 1: Distrofia ungueal severa, com destruição da lâmina ungueal devido à protusão tumoral do leito



FIGURA 2: Raio-X do primeiro quirodáctilo direito pré-cirúrgico: peças ósseas radiografadas com estruturas íntegras e relações articulares preservadas

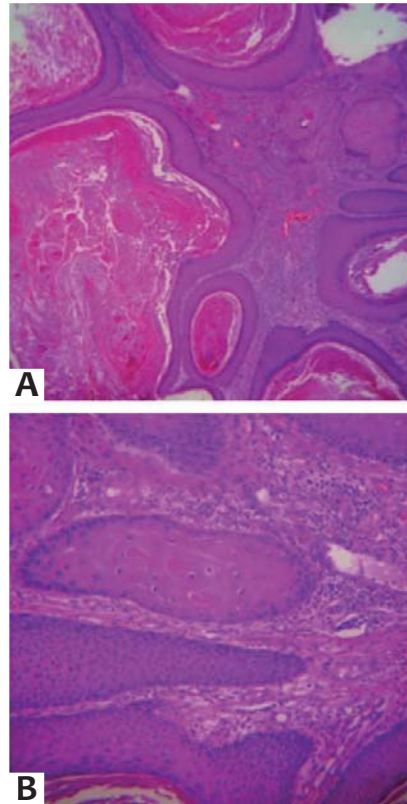


FIGURA 3: A) HE 40X Proliferação escamosa com centro crateriforme preenchido por queratina B) HE 100X. Grupamentos escamosos na base da lesão sem atipias, exibindo citoplasma eosinofílico e amplo

resultado, decidiu-se pela excisão cirúrgica com avulsão total da placa ungueal e remoção do tumor que englobava o leito e dobra ungueal proximal, até o plano justaosseo e cicatrização por segunda intenção. O anatomopatológico desse espécime confirmou tratar-se de queratoacantoma, com margens livres, recomendando a retirada total do tumor. Durante acompanhamento após extirpação da lesão, não se evidenciou recrudescência no pós-operatório tardio.

DISCUSSÃO

O queratoacantoma envolvendo o tecido ungueal e periungueal é neoplasia de queratinócitos raramente encontrada nesses sítios, apresentando evolução destrutiva e, às vezes, afetando estruturas ósseas subjacentes por compressão tumoral. É variante rara e agressiva do queratoacantoma clássico, com tendência a aparecer nos primeiros três dedos das mãos, particularmente no primeiro quirodáctilo, podendo também ocorrer nos pododáctilos. O tumor geralmente ocorre em homens caucasianos de meia-idade. Pode ser solitário, múltiplo, eruptivo ou familiar.^{1,2,3} O quadro clínico difere do queratoacantoma tradicional, pois na forma subungueal geralmente há dor, crescimento rápido e precoce compressão óssea subjacente. Ao exame apresenta-se como um nódulo verrucoso ou hiperkeratótico no leito ungueal, junto da borda distal da unha, frequentemente em associação com onicólise parcial. Na porção do tecido subun-

gueal proximal, o tumor pode manifestar-se como lesão similar à paroníquia. Em contraste com o queratoacantoma de outras localizações, a regressão espontânea é incomum. O diagnóstico diferencial de lesão dolorosa e nodular da falange distal inclui cisto dermoide, verruga comum, exostose subungueal, melano- ma amelanótico, carcinoma espinocelular e queratoacantoma subungueal.^{1,2} Devido a seu rápido crescimento, o queratoacantoma digital frequentemente causa erosão ou compressão óssea. O achado radiológico é o defeito em forma de taça da falange terminal. O dano ósseo usualmente se resolve após a excisão tumoral.^{1,2} Queratoacantomas subungueais tendem a ter menos inflamação e maior invasão na profundidade, e podem estar presentes em casos de incontinência pigmentar, como na síndrome de Bloch-Sulzberger.^{3,4} A histopatologia é similar à do queratoacantoma de outras áreas, revelando, tipicamente, paraqueratose e hiperqueratose epidérmica com centro preenchido por queratina.¹ Entretanto, características distintas do queratoacantoma digital incluem orientação vertical, presença de muitas células diskeratóticas, escassos neutrófilos e eosinófilos no epitélio, e fibrose reduzida na base. É importante diferenciar o queratoacantoma do carcinoma espinocelular para melhor escolha terapêutica e para avaliação do prognóstico. Ambos podem apresentar-se clinicamente com dor, inflamação ou destruição da falan-

ge distal.^{1,2,4,5} Radiologicamente, o queratoacantoma subungueal é quase indistinguível do carcinoma espinocelular subungueal. Entretanto, o queratoacantoma causa lesão na falange distal com borda bem definida, que se expande, mas não infiltra o osso; além disso, o queratoacantoma usualmente ocorre na quinta década de vida, enquanto o carcinoma espinocelular geralmente ocorre na sétima década de vida e tem crescimento mais lento.^{1-3,5} Curetagem e excisão local são indicadas por muitos autores como tratamento inicial de escolha para queratoacantoma digital.⁶ As recorrências, porém, são frequentes, provavelmente relacionadas a uma tendência do tumor à invasão profunda e conexão íntima com estruturas ósseas subjacentes. Pela habilidade em definir corretamente as margens tumorais, a cirurgia de Mohs pode ajudar na redução das recorrências e, conseqüentemente, preservar o envolvimento da ponta do dedo. Amputações têm sido relatadas nos casos de múltiplas recorrências, destruição óssea extensa ou quando a diferenciação do carcinoma espinocelular é difícil. Outros tratamentos com modalidades não cirúrgicas têm sido utilizados em casos peculiares com resultados variáveis.^{1,2} Nosso relato apresentou aspectos que chamam atenção, como a falta de diagnóstico inicial e do tratamento como onicomiose, e a necessidade de biópsia frente a casos como esse de lesões tumorais do complexo ungueal. ●

REFERÊNCIAS

1. Cecchi R, Troiano M, Buralli L, Innocenti S. Recurrent distal digital keratoacanthoma of the periungual region treated with Mohs micrographic surgery. *Australas J Dermatol*. 2012;53(1):e5-7.
2. González-Rodríguez AJ, Gutiérrez-Paredes EM, Montesinos-Villaescusa E, Burgués Gasió O, Jordá-Cuevas E. Queratoacantoma digital distal: importancia del diagnóstico diferencial con el carcinoma escamoso subungueal. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103(6):549-51.
3. Underhill T. Subungual keratoacanthoma: the importance of accurate diagnosis. *J Hand Surg Eur Vol*. 2010;35(7):599-600.
4. Connolly M, Narayan S, Oxley J, Berker DAR. Immunohistochemical staining for the differentiation of subungual keratoacanthoma from subungual squamous cell carcinoma. *Clin Exp Dermatol*. 2008;33(5):625-8.
5. André J, Richard B. Subungueal keratoacanthoma. *Ann Dermatol Venereol*. 2012;139(1):68-72.
6. Pellegrini VD Jr, Tompkins A. Management of subungueal keratoacanthoma. *J Hand Surg Am*. 1986;11(5): 718-24.