Carcinoma epidermóide de pele: aspectos clínico-patológicos e sociais

Cutaneous epidermoid carcinoma: clinical-pathological and social aspects

PAULO FAVALLI – Cirurgião Plástico, membro do Serviço de Cirurgia da Mão e Cirurgia Reconstrutiva do Hospital São Lucas da PUCRS.
TOMÁS OSTROWSKI BERGONSI – Médico Residente do segundo ano em Cirurgia Geral do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
DANIELE PASQUALINI PAVANELLO – Médica Residente do segundo ano em Cirurgia Geral do Hospital Nossa Senhora da Conceição.
VICTOR ORSI – Cirurgião Plástico, membro do Serviço de Cirurgia da Mão e Cirurgia Reconstrutiva do Hospital São Lucas da PUCRS.
PABLO PASE – Cirurgião Plástico, membro do Serviço de Cirurgia da Mão e Cirurgia Reconstrutiva do Hospital São Lucas da PUCRS.
MARCELO SCHIMIDT – Cirurgião Geral, Médico Residente do primeiro ano em Cirurgia Plástica do Hospital São Lucas da PUCRS.
JEFFERSON BRAGA SILVA – Professor do Departamento de Cirurgia – FAMED/PUCRS, Chefe do Serviço Cirurgia da Mão e Cirurgia Reconstrutiva do Hospital São Lucas da PUCRS.

Serviço de Cirurgia da Mão e Cirurgia Reconstrutiva do Hospital São Lucas da PUCRS.

✉ Endereço para correspondência:
Tomás Ostrowski Bergonsi
Av. Loureiro da Silva 1500/1003
90050-240 Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 3330-6882
tomasbergonsi@pop.com.br

RESUMO

Os tumores cutâneos são as neoplasias malignas mais prevalentes no mundo, sendo o carcinoma epidermóide só superado pelo carcinoma basocelular. Via de regra, eles têm crescimento lento e localizado, porém podem gerar metástases linfonodais e à distância, além da possibilidade de invasão local que pode evoluir para déficit funcional e necessidade de tratamentos complexos e deformantes. Devido à falta de informação da população sobre essa patologia, à dificuldade de acesso as serviços de saúde e ao fato de que essas lesões são, muitas vezes, consideradas agravos apenas à estética; acabam por ser negligenciadas tanto pelos pacientes quanto pelos profissionais de saúde, gerando casos tão avançados quanto este demonstrado pelos autores.

UNITERMOS: Neoplasias Cutâneas, Carcinoma Espinocelular, Carcinoma Epidermóide de Pele/Diagnóstico, Carcinoma Epidermóide de Pele/Terapia.

ABSTRACT

The skin tumors are the most common malignant neoplasms in the world, and only the basal cell carcinoma can overcome the epidermoid carcinoma. Generally, they have a slow growth and are locally invasive, but they also can generate lymph node metastases, distant metastases, and can cause local invasion that progresses to funcional deficit and needs complex and deformating treatments. As the population do not have information about this disease and they find difficulty to access the healthy services, and because these tumors are, in the most of cases, considerated only a esthetics injure, these lesions are disregarded for the pacients and for the healthy professionals, generating advanced situations like this case demonstrated by the autors of this report.

KEYWORDS: *Skin Neoplasms, Squamous Cell Carcinoma, Cutaneous Epidermoid Carcinoma/Diagnosis, Cutaneous Epidermoid Carcinoma/Therapy.*

INTRODUÇÃO

O carcinoma epidermóide de pele é a segunda neoplasia maligna de pele mais comum no mundo, perdendo apenas para o carcinoma basocelular (1). A sua incidência aumenta após os 40 anos de idade (2) e este tumor é mais comum em homens (15,5 casos/100.000 pessoas) (1). O risco de desenvolver um carcinoma epidermóide durante toda a vida é de 4 a 14%. Os principais fatores de risco para esta neoplasia incluem exposição à luz solar (1, 2, 3, 4) (provável fator mais importante), principalmente aos raios UVB (3), exposição ao arsênico e hidrocarbonetos aromáticos, fenótipo suscetível (pele, olhos e cabelos claros), comprometimento da imunidade, cicatrizes de queimaduras e úlceras, HPV 16 e 18, genodermatoses (albinismo, xeroderma pigmentoso) (4, 5). As localizações mais comuns são na cabeça, pescoço e membros superiores (áreas mais expostas ao sol) (6). O tabagismo está associado ao carcinoma epidermóide tanto cutâneo como da cavidade oral e respiratória (7). Os pacientes em terapia imunossupressiva pós transplante de órgãos têm maior risco de desenvolver carcinoma epidermóide (inclusive superando em número o basocelular), e esses costumam surgir cerca de 5 a 10 anos após o transplante, sendo mais agressivos, com maior recorrência local e metástases mais precoces (8, 9).

Muitos carcinomas epidermóides iniciam em áreas com proliferação de queratina na camada basal da epiderme, que aparece como áreas avermelhadas conhecidas por ceratose actínica (4, 6, 10). As lesões neoplásicas são descamativas, irregulares, verrucosas,

Recebido: 10/10/2007 – Aprovado: 31/10/2007

17-133-carcinoma epidermóide.pmd 301 9/1/2008, 10:39

com base eritematosa e, conforme vão evoluindo, podem se tornar ulceradas e apresentar bordas elevadas (4, 5, 6). O diagnóstico é clínico e patológico, pois em muitos casos é impossível diferenciar clinicamente a ceratose da lesão neoplásica (5).

As ceratoses actínicas e lesões precursoras são geralmente tratadas com crioterapia. Já o carcinoma epidermóide deve ser ressecado completamente, com margens mínimas de 3 a 4 mm, para diminuir as chances de recidiva (6, 11). A radioterapia pode ser utilizada quando é impossível ressecar a neoplasia.

A recidiva está associada ao tamanho do tumor, grau de diferenciação histológica, profundidade da lesão, comprometimento perineural, estado imune do paciente e sítio anatômico. Podem ocorrer metástases em 0,5 a 6% dos casos e geralmente surgem 2 a 3 anos após a lesão primária, principalmente para linfonodos regionais. A possibilidade de metástases aumenta quando a lesão se localiza em lábio ou orelha ou sobre cicatrizes prévias, quando o tumor tem mais de 2 cm de extensão ou mais de 0,4 cm de profundidade (6, 12).

Mesmo o carcinoma epidermóide sendo uma patologia comum, a importância do seu diagnóstico e tratamento ainda é muito subestimada, tanto pelos médicos como pelos pacientes. Sendo assim, os autores julgaram relevante apresentar um caso de carcinoma epidermóide de face, que, devido à falta de orientações e à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, evoluiu para uma lesão avançada e deformante, necessitando de tratamento complexo para sua resolução.

RELATO DO CASO

Paciente com 69 anos de idade, feminina, solteira, branca, agricultora, nuligesta, veio ao ambulatório de Cirurgia Plástica, encaminhada pelo posto de saúde em regime de "urgência" por apresentar lesão exofítica extensa em hemiface direita, com evolução de 15 anos, referindo maior crescimento nos últimos cinco anos com episódios de dor, dificuldade visual, sangramento, prurido e saída de secreção fétida no último ano (Figura 1).

Apresentava história médica de histerectomia há 20 anos por adenomiose e acidente automobilístico há um ano com fratura de rádio. Negava outras patologias, bem como etilismo ou tabagismo, referindo exposição intensa ao sol sem proteção durante o trabalho na agricultura. Quinta filha de uma família de sete irmãos, morava com sobrinho em residência de madeira no distrito de Freguesia, interior do município de Camaquã. Não fazia acompanhamento médico rotineiro. Posto de saúde mais perto é localizado a 10 km da residência da família.

Ao exame físico apresentava volumosa tumefação de aproximadamente 10 cm de diâmetro em hemiface direita, vegetante, infiltrativa, disforme, bordos irregulares, com áreas de necrose, sangrativa ao toque e infectada por miíase, além de outras pequenas lesões cutâneas em face contralateral, dorso-nasal e fronte.

Indicado internação hospitalar, iniciou-se tratamento com ivermectina, iodofórmio em pó e oxacilina, aos quais respondeu satisfatoriamente, permitindo melhores condições para o tratamento cirúrgico. A TC de face demonstrou volumosa lesão expansiva, hipodensa, situada na região maxilar direita, de aspecto vegetante, medindo 5,2 cm no maior diâmetro. A lesão toca e desloca em sentido profundo o músculo superficial da face, porém mantendo bom plano de clivagem com as estruturas ósseas (Figura 2).

A paciente foi submetida, em primeiro tempo operatório, à ressecção da lesão (Figura 3), aguardando o resultado do exame anatomopatológico para dar-se seguimento ao tratamento. A área cruenta resultante da ressecção foi manejada com curativos diários. O laudo da patologia trouxe o seguinte diagnóstico: Macroscópico: *retalho irregu-*



Figura 1 – Lesão exofítica extensa em hemiface direita.

17-133-carcinoma epidermóide.pmd 302 9/1/2008, 10:39

lar de pele, medindo 7 X 5 cm, apresentando na superfície lesão vegetante e ulcerada, medindo 8,5 cm. Ao corte, é pardo-claro e fosco. Microscópico: *carcinoma epidermóide moderadamente diferenciado, ulcerado com invasão de tecido muscular esquelético. Limites cirúrgicos livres de neoplasia.*

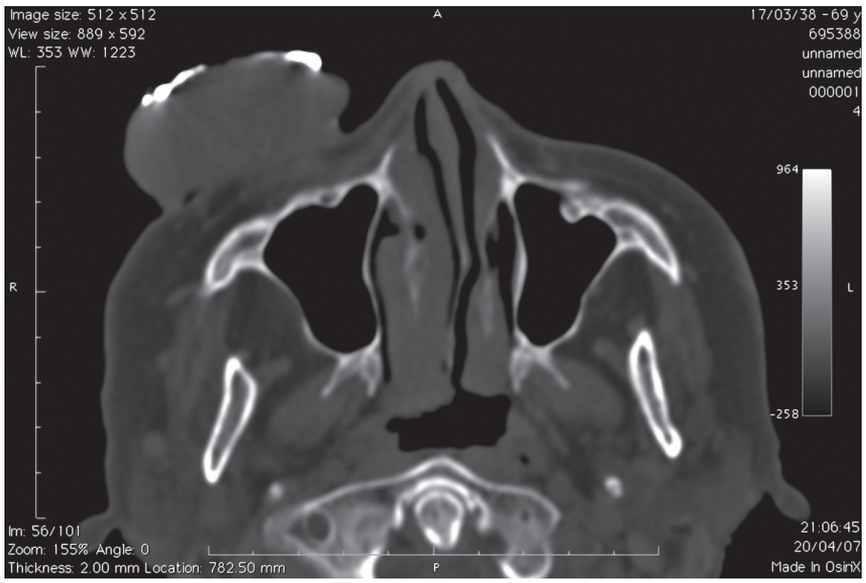


Figura 2 – Lesão demonstrada na tomografia.

Na mesma internação, programou-se a reparação do defeito. Visto que o tumor envolvia um plano superficial na face da paciente, optou-se pela realização de um retalho cutâneo classicamente descrito na literatura (11, 13). O retalho de *Juri and Juri* pressupõe com um amplo descolamento dérmico-facial que possibilita o fechamento de grandes defeitos no terço médio da face, favorecendo um bom resultado estético e sua ampliação retroauricular permite o fechamento primário da área doadora (Figura 4).

Evoluiu sem intercorrências, tendo alta hospitalar com retorno agendado para acompanhamento ambulatorial no Serviço de Cirurgia Plástica. No retorno, apresentou-se sem queixas e manifestou satisfação com o resultado da cirurgia (Figura 5). A paciente ainda apresenta pequenas lesões em hemiface esquerda, as quais, no momento, são tratadas de maneira conservadora com 5-fluoracil.



Figura 3 – Primeiro tempo operatório, ressecção da lesão.



Figura 4 – Segundo tempo operatório, retalho de *Juri and Juri*.

17-133-carcinoma epidermóide.pmd 303 9/1/2008, 10:39

DISCUSSÃO

A importância do relato deste caso não se deve apenas à neoplasia cutânea, patologia de grande incidência, mas sim aos inúmeros fatores que contribuíram para o seu aparecimento e progressão.

Em primeiro lugar, cabe ressaltar que a população rural de baixa renda e baixa escolaridade não possui instrução necessária para compreender a importância da prevenção primária de doenças e saber reconhecer que a espera passiva pela evolução dos sintomas sem a procura de auxílio aumenta a complexidade da doença e conseqüentemente exige um tratamento mais agressivo, com maior morbi-mortalidade e necessidade de recursos mais sofisticados e dispendiosos para sua resolução.

A dificuldade no acesso aos serviços básicos de saúde – no caso desta paciente, o posto mais próximo de sua residência localizava-se a cerca de 10 km – faz com que esses indivíduos desenvolvam uma cultura de procurar atendimento somente quando portam patologias ameaçadoras à vida ou prejudiciais à capacidade laboral. A paciente, por sua condição de solteira e idosa, sem preocupação com a aparência física, considerou irrelevante a procura por tratamento para uma lesão com a qual conviveu durante 15 anos e que na sua concepção lhe causava apenas problemas estéticos, não a impedindo de trabalhar e auxiliar no orçamento da família. Dessa forma, observou o crescimento progressivo da lesão sem tomar qualquer atitude a favor de sua melhoria e, por conseqüência, de sua saúde, de seu bem-estar, e do resgate de sua auto-imagem, e procurou atendimento médico somente quando iniciaram os sintomas de sangramento e prurido e secreção.

Na oportunidade em que teve contato com atendimento hospitalar devido a acidente automobilístico, com fratura de rádio, há um ano, a paciente recebeu o auxílio adequado à fratura, porém uma lesão tão aparente e deformante não foi valorizada pela equipe assistente, e a mesma recebeu alta sem encaminhamento ou orientação sobre a necessidade de tratamento da patologia cutânea. Essa situação demonstra um dos grandes problemas da medicina atual, preocupada no tratamento de patologias específicas e não no paciente de maneira global.

Por fim, a população agrícola do nosso Estado, na maioria de descendência européia, com pele muito clara e com exposição solar intensa durante o trabalho, possui uma grande incidência de lesões cutâneas neoplásicas. Muitos casos poderiam ser evitados se a população recebesse a orientação quanto às medidas de prevenção e à necessidade de atendimento médico quando do surgimento de lesões suspeitas. É importante ressaltar também que os profissionais de saúde que atendem esses indivíduos devem valorizar as queixas dos pacientes sobre essas lesões e manter adequada atenção para a possibilidade de se tratarem de neoplasias, e não considerá-las apenas de caráter estético, uma vez que o tratamento precoce evita a progressão para situações tão avançadas quanto a descrita neste relato.



Figura 5 – Resultado a longo prazo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer/INCA. Câncer de Pele não Melanoma [Capturado em 2007 jul 27}: disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=334.
2. Christenson LJ, Borrowman TA, Vachon CM, et al. Incidence of basal cell and squamous cell carcinomas in a population younger than 40 years. JAMA 2005; 294:681.
3. Gruijl FR, van Kranen HJ, Mullenders LH. UV-induced DNA damage, repair, mutations and oncogenic pathways in skin cancer. J Photochem Photobiol B 2001; 63:19.
4. Sampaio SAP, Rivitti EA. Dermatologia. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 2001.
5. Lim JL, Stern RS. Epidemiology and clinical features of cutaneous squamous cell carcinoma. UpToDate Review. April 2007.

17-133-carcinoma epidermóide.pmd 304 9/1/2008, 10:39

6. Habif TP, Campbell Jr. JL, Quitadamo MJ, Zug KA. Doenças da pele: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002. p.362-397
7. De Hertog SA, Wensveen CA, Bastiaens MT, et al. Relation between smoking and skin cancer. J Clin Oncol 2001; 19:231.
8. Favalli P, Pase P, Salet LF, et al. Tumores cutâneos em pacientes submetidos a transplante renal no Hospital São Lucas da PUCRS: estudo inicial. In: Jornada Sul Brasileira de Cirurgia Plástica, XIX, 2003, Blumenau. Arquivos Catarinenses de Medicina. Vol.32(1).
9. Berg D, Otley CC. Skin cancer in organ transplant recipients: Epidemiology, pathogenesis, and management. J Am Acad Dermatol 2002; 47:1.
10. Marks R, Rennie G, Selwood TS. Malignant transformation of solar keratoses to squamous cell carcinoma. Lancet 1988; 1:795.
11. Jackson IT. Retalhos Locais na Reconstrução de Cabeça e Pescoço. Di-Livros Editora LTDA, 2002. Capítulo 5. Pág 218-223.
12. Glogau RG. The risk of progression to invasive disease. J Am Acad Dermatol 2000; 42:23.
13. McCarthy Plastic Surgery. Vol 3, Part 2 – The Face, Deformities of Lips and Cheeks. Philadelphia: WB Saunders, 1990. Pag 2027-2042.

17-133-carcinoma epidermóide.pmd 305 9/1/2008, 10:39