

Luiza Rodrigues Alves (ALVES, L.R.)¹, Flavia Roberts Harrigan Morandi (HARRIGAN, F.R.M.)¹, Leonardo Orletti (ORLETTI, L.)³, Lia Volpini Fraga (VOLPINI, L.F.)¹, Luiza Rocio Tristão (TRISTÃO, L.R.)¹, Natália Abrantes Grossi (GROSSI, N.A.)², Ana Luiza Miranda Cardona Machado (MACHADO, A.L.M.C.)³.

1 Acadêmica de Medicina da Faculdade MULTIVIX, Vitória - ES.

2 Residente do Programa de Cirurgia Oncológica do Hospital Santa Rita de Cássia Vitória - ES.

3 Cirurgiã Oncológica e Preceptora do Programa de Cirurgia Oncológica do Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória - ES.

Introdução

O carcinoma espinocelular (CEC) é o segundo tipo histológico mais comum dentre os tumores de pele, originado a partir da proliferação desordenada dos queratinócitos da epiderme¹. É conhecida a associação de fatores genéticos e ambientais nesta patologia. Dentre as genéticas, vale ressaltar o fototipo da pele e algumas síndrome, como o albinismo, além de associação à imunossupressão. Dentre as causas ambientais estão a exposição a raios ultravioletas e a degeneração maligna de feridas crônicas não cicatrizadas, as úlceras de Marjolin².

A fisiopatologia que explica essa associação não está totalmente esclarecida, mas sugere que ocorra devido ao ambiente imunológico desfavorável à supressão imune, devido a baixa vascularização do tecido fibrótico cicatricial³.

Confirmada a presença de CEC, é necessário identificar o acometimento de cadeias linfonodais. O tratamento é a ressecção cirúrgica, caso haja presença de linfonodos positivos, deve-se realizar radioterapia pós cirurgia^{8,10}. Além do acompanhamento clínico, deve-se priorizar a ação preventiva em pacientes geneticamente predispostos.

Casuística e Métodos

Estudo observacional, retrospectivo, descritivo, realizado a partir de análise de informações de prontuários de paciente portador de carcinoma espinocelular em glúteo, em acompanhamento no serviço de cirurgia oncológica do Hospital Santa Rita de Cássia.

Caso Clínico

Mulher, 62 anos, com história de osteoporose, sem uso de medicação contínua, ex-tabagista. Deu entrada no serviço em 2019, com queixa de ferida friável em glúteo direito há dois anos, sobre cicatriz de queimadura prévia, que vem aumentando de tamanho, com dor intensa no local. Ao exame físico apresentou lesão ulcerada e profunda em toda extensão de glúteo direito até região trocantérica, com aproximadamente 20 cm de diâmetro, apresentando mínimas áreas de necrose seca e outras áreas com secreção serosa. Feito exame histopatológico, com diagnóstico de CEC bem diferenciado infiltrante, invasivo até derme reticular média. Sem identificação de invasão vascular, linfática e perineural.

Foi instituída conduta terapêutica cirúrgica, com ressecção de tumor cutâneo e reconstrução com retalhos locais. Em resultado de biópsia, lesão apresentou diâmetro de 13 x 9 cm de carcinoma epidermóide moderadamente diferenciado de pele, com presença de ulcerações, infiltrações neoplásicas até tecido muscular esquelético, infiltrações neoplásicas-angiolímfáticas, com margens cirúrgicas livres. Encaminhada no pós-operatório para radioterapia adjuvante, sendo realizada entre 23/02/2020 e 13/10/2020, com carga total de 3600 cGy / 12 FR em quadril direito.

Durante acompanhamento, no ano de 2021, em exames de imagem para controle, foram notados sinais de recidiva devido a presença de pequenos nódulos pulmonares sólidos inespecíficos em lobo superior direito, medindo no máximo 9mm. E volumosa formação expansiva multilobulada heterogênea com áreas de degeneração cística / necrótica de permeio, localizada na região inguinal direita medindo 8,8 x 1 x 5,1 cm envolvendo em mais de 180° o feixe vasculonervoso ilíacofemoral e sem plano de clivagem

Caso Clínico

evidente com as fibras musculares do psoas ilíaco ipsilateral. Sendo estabelecido tratamento neoadjuvante, com quimioterapia (carboplatina e paclitaxel) realizada entre 25/02 e 20/05/2021. Exame de imagem comparativo destacou novas formações nodulares medindo até 1 cm na topografia do trajeto da lesão prévia e aumento da formação expansiva de último exame. Caracterizado como recidiva linfonodal em região inguinal direita, sendo inoperável no momento. Devido à progressão clínica locorregional houve indicação de mudança do esquema de quimioterapia, sendo proposto quimioterapia infusional (CCDP e 5FU), com recusa da paciente, foi então aventado possibilidade radioterapia paliativa, sendo esta iniciada em julho de 2021.

Durante consulta de radioterapia foi identificada infecção de ferida operatória. No exame físico, linfonomegalia inguinal direita com volumosa lesão necrosada, abscesso local com drenagem de odor fétido, presença de cavidade oca com abertura de 5 cm, profundidade de 5 cm, e extensão no interior da cavidade de 8 cm. Foi instituído tratamento ambulatorial com melhora do quadro.

Em agosto de 2021, retornou ao pronto socorro com novo quadro de infecção em mesma topografia, associado a diarreia (sem muco ou sangue), náuseas e hiporexia e leucocitose importante com desvio e hemocultura evidenciou Pseudomonas. Conduzida para nova internação, realizado tratamento específico com melhora clínica e posterior alta hospitalar. Paciente candidata a suporte não invasivo perde seguimento.



Conclusões

Apesar de ser frequente e, quase sempre, de fácil controle, o carcinoma espinocelular pode apresentar características ímpares que fogem à regra geral. A maioria dos CEC são lesões bem controladas com tratamento tópico, com grande índice de desfecho favorável, sem grandes impactos na vida do paciente. Entretanto, este caso clínico destaca a capacidade desta lesão se portar de forma agressiva perante ausência de diagnóstico e abordagem terapêutica precoces, evidenciando assim a relevância destas medidas.

Contato

Endereço para correspondência: Av. Marechal Campos 1579, CEP: 29.043-260, Santa Cecília - Vitória - ES. Telefone: (27) 27 3334-8000. E-mail: sac@santarita.org.br; lrociotristao@gmail.com; flaviaroberts@hotmail.com; liavolpini07@gmail.com; luizarodrigues157@gmail.com; analuiza_cardona@hotmail.com.