

AUTORES: CORDEIRO, Amanda Domingos<sup>1</sup>; CORDEIRO, Sormany Del Carmo de Azevedo<sup>2</sup>; TAPPARO, Guilherme Vilela<sup>2</sup>; CHAVES, Fernando Ferreira<sup>2</sup>; SILVA, Jaquelyne Oliveira<sup>3</sup>; SILVA, Cristofer Rusbian Yugo Endo e<sup>3</sup>; FERES, Letícia Barreto<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Residente de dermatologia do Hospital das Clínicas da UFG <sup>2</sup>Cirurgião oncológico do Serviço de Melanoma e Pele do Hospital Araújo Jorge <sup>3</sup>Residente de cirurgia oncológica do Hospital Araújo Jorge

## Introdução

O carcinoma células escamosas (CEC) é a segunda neoplasia de pele mais comum, perdendo apenas para os carcinomas basocelulares.

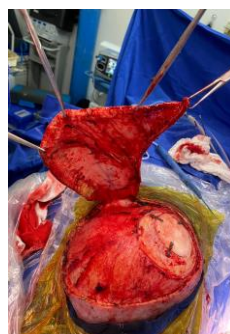
Pode surgir em qualquer tipo de pele, mesmo em áreas não expostas ao sol. Aumento da expectativa de vida e taxa de exposição solar são as maiores causas do aumento em sua incidência. Mesmo apresentando alta taxa de cura, podem apresentar recidiva loco-regional e taxa de 2-10% de metástase. Devido a alta frequência, a sempre descobertas.

## Casuística e Métodos

O.L., 72 anos, fototipo 2, com presença de lesão (6,5x5,5 cm) em região fronto-temporal esquerda ulcerada, sem evidência de invasão óssea, sendo realizado cirurgia de exérese de lesão com presença de provável invasão central sendoretirado o periosteio. Anatomopatológico com CEC grau II, com invasão subcutânea, margens livres (profunda de 1mm) e sem invasão perivascular. Apresentou recidiva local com 1 e 7 meses. Após 1 ano, apresentou nova recidiva já apresentando invasão de osso frontal esquerdo medindo 7,4 x 1,7 cm evidenciado por tomografia de crânio. Diante do exposto, foi optado por realizar exérese de lesão em região frontal esquerda com craniotomia e cranioplastia com rotação de retalho miocutâneo. Anatomopatológico persistindo como CEC em pele, meninge e segmento ósseo, e margem profunda de pele comprometida. Apresentou boa evolução em ferida operatória, sendo possível encaminhar para realização de procedimento adjuvante, sendo feito 17 sessões de 3 Gy e totalizando 51Gy. Pesquisa em PubMed com uso de palavras chaves com data de publicação inferior há 10 anos.

## Resultados

O tratamento padrão ouro é a cirurgia, independentemente ser primário, recidivado ou metastático, mas deve-se levar em conta a taxa de prováveis recorrências, preservação de função, expectativa do paciente e efeitos adversos. A radioterapia vem sendo realizado para margens cirúrgicas comprometidas, invasão perivascular, comprometimento linfonodal e em caso, em que o paciente não tem condições clínicas ou que cirurgia causará deformidades importantes. A quimioterapia vem sendo realizado para recorrência loco-regional avançado, doença metastática através de cisplatina, cemiplimabe e pembrolizumbe.



## Conclusões

O tratamento com cirurgia é o padrão ouro, sendo indicado para recorrência de lesão por apresentar maior taxa de resposta. A radioterapia vem sendo uma ótima ferramenta na adjuvância com melhora dos resultados. Quanto a quimioterapia, ainda se tem um pequeno arsenal de farmacos e se tem pesquisado para se conseguir novas drogas, deixando para ser usado em caso de metástase.

## Contato

Jaquelyne Oliveira Silva - [jaquelyneosilva@gmail.com](mailto:jaquelyneosilva@gmail.com)

Cristofer Rusbian Yugo Endo e Silva - [cristoferendo@gmail.com](mailto:cristoferendo@gmail.com)

Guilherme Vilela Tapparo - [guitapparo@hotmail.com](mailto:guitapparo@hotmail.com)

Sormany Del Carmo de Azevedo Cordeiro - [sny9@hotmail.com](mailto:sny9@hotmail.com)

Amanda Domingos Cordeiro - [Domingosamanda3@gmail.com](mailto:Domingosamanda3@gmail.com)

Letícia Barreto - [Feres-leti.feres@gmail.com](mailto:Feres-leti.feres@gmail.com)

Mayza Lemes Duarte - [mayzalemes@gmail.com](mailto:mayzalemes@gmail.com)

Fernando Ferreira Chaves - [fernando\\_fchaves@hotmail.com](mailto:fernando_fchaves@hotmail.com)