

Letícia Barreto Feres, R2 Cirurgia oncológica / Fernando Ferreira Chaves, Cirurgião oncológico/ Jaquelyne Oliveira Silva R3 cirurgia oncológica / Cristofer Rusbian Yugo Endo e Silva, R3 Cirurgia Oncológica / Guilherme Vilela Tapparo, Cirurgião oncológico / Sormany Del Carmo de Azevedo Cordeiro Cirurgião oncológico / Amanda Domingos Cordeiro Residente de Dermatologia do Hospital das Clínicas da UFG

## Introdução

A morbidade e mortalidade por câncer de pele são muito altas em receptores de transplante renal em comparação com a população geral. O risco de desenvolvimento pode chegar a 100x maior do que a população geral.

Ao contrário da população geral, o subtipo mais comum na população transplantada é de Carcinomas de células escamosas. Algumas pesquisas sugerem que a duração, intensidade e tipo de imunossupressor podem estar relacionados ao desenvolvimento do câncer de pele.

Com isso em mente trouxemos um caso que representa a complexidade do tratamento e agressividade de um CEC em paciente transplantado renal.

## Resultados

Em seguimento ambulatorial Identificada recidiva parotídea a esquerda, sem metástases a distancia.

Operado novamente em 19/01/2021 com realização de parotidectomia total ampliada, com sacrifício do nervo facial a esquerda, condilo mandibular, arco zigomático e conducto auditivo. Anátomo com margens comprometidas.

Nova cirurgia radical local em 01/07/2021 com extensão mastoide e fossa temporal.

Seguiu ambulatorialmente após, com identificação de progressão de doença local, com infiltração de esfenoide e seio esfenoidal, em 10/2021.

Paciente evoluindo com perda de performance e queda do estado geral, sem condições de quimioterapia além de deiscência de ferida operatória.

Em janeiro de 2022 evoluiu para sangramento local volumoso, e hemorragia intracraniana, vindo a óbito em 08/01/2022.

## Casuística e Métodos

Paciente de 69 Anos, masculino, médico. Transplante renal há 28 anos, em uso de Verolin e Prednisolona, não dependente de hemodiálise.

Evoluindo com grande lesão fronto-parietal esquerda, mal delimitada e com contornos irregulares, biopsiada com anátomo de Carcinoma de Células Escamosas.

Submetido a primeira cirurgia em 28/01/2020, com margens Oncológicas de 1,0cm e reconstrução com enxerto autólogo.

Resultado de CEC grau II, medindo 6,0x4,0x1,5cm, com margens livres.

Paciente continuou em seguimento ambulatorial, sendo que em 3 meses evoluiu com recidiva local e metástase parotídea a esquerda, sem evidencia de metástases a distancia. Além de nova lesão em lábio superior.

## Resultados

Submetido a nova cirurgia em 29/04/2020, multidisciplinar, com participação do serviço de melanoma e pele e serviço de cirurgia de cabeça e pescoço da instituição. Realizada ressecção de tumor de pele em região temporal esquerda inferiormente a cicatriz prévia, ressecção do tumor de lábio superior + parotidectomia superficial com esvaziamento cervical a esquerda.

Anatomopatológico mostrando CEC grau II, com margens livres em região temporal esquerda.

Carcinoma Basoescamoso em lábio superior, com margens livres.

CEC grau II em parótida, com 0/14 linfonodos acometidos.

Na cirurgia, identificado acometimento de ramo oftálmico do nervo facial, que foi sacrificado.

Após paciente foi submetido a quimio-radioterapia adjuvante até 09/2020, com boa tolerância e boa resposta.



## Conclusões

Os receptores de transplante de órgãos necessitam de imunossupressão crônica, levando a um risco aumentado de câncer de pele. Mais de 50% dos receptores de transplante desenvolvem pelo menos uma malignidade cutânea, com maior propensão a tumores agressivos e múltiplos com alta taxa de recorrência.

Devido a diversos fatores como: resposta imunológica reduzida, efeito carcinogênico direto de agentes imunossupressores e proliferação de vírus oncogênicos, além de características específicas do paciente; tipo de transplante; intensidade, tipo e duração da imunossupressão; localização geográfica; e exposição solar.

Em casos de câncer de pele melanoma, esses pacientes correm maior risco de morte por melanoma 3x maior quando comparados a população geral não transplantada.

Tais fatos associados ao delicado equilíbrio entre imunossupressão e manutenção da viabilidade do transplante nos levam ao grande desafio do tratamento desses pacientes, que muitas vezes necessitam de diversos procedimentos cirúrgicos, tratamento radioterápico e quimioterapia com drogas potencialmente nefrotóxicas.

A população transplantada, portanto, demanda um acompanhamento rigoroso e identificação precoce de lesões tumorais, com visitas periódicas em intervalos mais curtos que o habitual, para aumentarmos a probabilidade de um tratamento menos agressivo com maiores chances de cura a esses doentes.

## Contato