

Lobato, M. S¹; Fernanda Cury Monteiro², Pedro Henrique Rezende de Moraes²; Antonia Indelicato Milano; Bárbara Machado Garcia; Gabriela Santos Soares; Ricardo Mendes Correa; Robson Liz Braga Almeida; Guilherme de Souza Silva³; Alberto Julius Alves Wainstein⁴

Residente Cirurgia Geral – Hospital Mater Dei/BH
Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais²

Introdução

O carcinoma espinocelular (CEC), é um tumor maligno das células queratinizantes da epiderme e seus anexos. É o segundo tumor de pele mais comum em pacientes idosos, acima dos 70 anos. Ele representa 25% de todas as neoplasias cutâneas. Sua prevalência é maior em indivíduos brancos, e está ligado à maior exposição solar. Suas lesões podem se desenvolver em pele normal ou a partir de ceratoses actínicas. Sendo a biópsia mandatória para o diagnóstico^{1,2,3}

Apresentação do caso

Paciente do sexo masculino, 107 anos (em 2018), aposentado, casado, previamente hígido, sem doenças heredofamiliares dignas de nota. Em 2015, aos 104 anos, evoluiu com lesão ulcerada em região occipital, de crescimento progressivo, sendo abordado, inicialmente, com ressecção do tumor, no qual foi diagnosticado histologicamente como carcinoma espinocelular, sendo as margens exiguas.



Foto antes do procedimento cirúrgico

No primeiro momento, foi optado pela equipe assistente por tratamento expectante, sem ampliação de margens ou tratamento adjuvante. Procurou nosso serviço em 2018 devido a nova recidiva tumoral com tumor infiltrativo, acometendo calota craniana, então, foi proposta ressecção cirúrgica com margem oncológica, no Hospital Mater Dei/Belo Horizonte. Tratamento proposto incluiu ressecção da lesão em couro cabeludo, calota craniana e duramater. Reconstuído com enxertos e retalho de couro cabeludo. Paciente evoluiu bem no pós-operatório imediato com sangramento e dor mínima, recebendo alta no quarto dia de pós-operatório.



Realizamos acompanhamento oncológico após o tratamento proposto, mas paciente veio a falecer em 2018, por questões clínicas (acidente vascular encefálico), 6 meses após tratamento cirúrgico.

Discussão

O CEC é o segundo câncer de pele mais comum população idosa e, além de estar associado a exposição à radiação ultravioleta, também pode ser desencadeado por outros fatores de risco, como radiação ionizante, exposição a carcinógenos químicos, feridas crônicas ou cicatrizes, imunossupressão, infecção por certos genótipos de papilomavírus humano (HPV) e anormalidades genéticas. A maioria das lesões causadas pelo CEC pode ser tratada por meio de ressecção cirúrgica, entretanto uma pequena proporção pode desenvolver metástase.^{4,7} O tratamento cirúrgico tem como objetivo a remoção total do tumor e naqueles tumores iniciais podem ser tratados com cirurgias “menores”.⁵ Já nos casos do CEC de alto risco que são aqueles tumores maiores, a partir de 2 cm de diâmetro ou espessura superior a 2 mm, subtipos histológicos mais agressivos, invasão perineural e localização em lábios e orelhas, a ressecção de margem indicada é de 6 mm.⁵ Além do tratamento cirúrgico, existem outras maneiras de tratar o CEC, como por exemplo a Radioterapia, a qual é uma opção em casos não elegíveis a cirurgia ou nos casos de grande morbidade.⁶ Alguns casos de baixo risco podem ser tratados com técnicas como curetagem e cauterização ou crioterapia, entretanto essas técnicas não permitem avaliação histológica das margens, e podem não apresentar um resultado estético agradável ao paciente.^{6,8}

Conclusões

O caso do paciente consiste em uma lesão caracterizada como um tumor primário de alto risco, devido ao diâmetro ≥ 2 cm, invasão óssea, e invasão de tecido adiposo subcutâneo, sendo classificado como estadiamento T3.⁵ A abordagem multidisciplinar, com a equipe da cirurgia oncológica, Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Neurocirurgia, foi importante. Nesse sentido, vale ressaltar a importância de avaliar cada caso e cada paciente individualmente, para que o tratamento estabelecido seja o mais eficaz possível, melhorando a sobrevida e qualidade de vida do paciente.

Referências

1. NASSER N. Epidemiologia dos cânceres espinocelulares em Blumenau (SC). An Bras Dermatol. 2004;79(6):669-77.
2. Ministério da Saúde. Incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional do Câncer (INCA). 2008 [Acesso 02 jun 2022]. Disponível em: <http://www.inca.com.br>.
3. MARTINS IL, ALVES CS, COSTA PMC, et al. Perfil do câncer de pele em pacientes do instituto do câncer do Ceará no período de 2000 a 2003. Rev Bras Prot Saúde. 2007;20(1):46-52.
4. TANESE, Keiji et al. Updates on the systemic treatment of advanced non-melanoma skin cancer. Frontiers in medicine, v. 6, p. 160, 2019.
5. GRIFFIN, Liezel L.; ALI, Faisal Rehman; LEAR, John T. Non-melanoma skin cancer. Clinical medicine, v. 16, n. 1, p. 62, 2016.
6. SILVA, Lorena Rodrigues Teixeira E.; RIBEIRO, Ana Maria Quinteiro; JÚNIO, Luiz Fernando Fróes Fleury. Abordagem do carcinoma espinocelular de alto risco no couro cabeludo: série de casos. Surgical & Cosmetic Dermatology, v. 7, n. 2, p. 166-170, 2015.
7. Fania L, Didona D, Di Pietro FR, Verkhovskaia S, Morese R, Paolino G, Donati M, Ricci F, Coco V, Ricci F, Candi E, Abeni D, Dellambra E. Cutaneous Squamous Cell Carcinoma: From Pathophysiology to Novel Therapeutic Approaches. Biomedicine. 2021 Feb 9;9(2):171. doi: 10.3390/biomedicine9020171. PMID: 33572373; PMCID: PMC7916193.
8. Maubec E. Update of the Management of Cutaneous Squamous-cell Carcinoma. Acta Derm Venereol. 2020 Jun 3;100(11):adv00143. doi: 10.2340/00015555-3498. PMID: 32346744.

Contato

Michele Silva Lobato – 37 998258037