

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CARCINOMA BASOCELULAR DO TIPO ESCLERODERMIFORME E RECIDIVA LINFONODAL: RELATO DE CASO

Data de aceite: 03/11/2020

Data de submissão: 11/09/2020

Ana Carolina Pastl Pontes

Hospital Professor Alberto Antunes
Maceió/AL

<http://lattes.cnpq.br/2468872951285157>

Marcella de Albuquerque Wanderley

Centro Universitário Tiradentes
Maceió/AL

<http://lattes.cnpq.br/5210085453722969>

Ana Miele Pereira Melo

Centro Universitário Tiradentes
Maceió/AL

<http://lattes.cnpq.br/7746563234585483>

Débora Araújo Aguiar

Centro Universitário Tiradentes
Maceió/AL

<http://lattes.cnpq.br/8207994146331081>

Carla Mariana Xavier Ferreira

Centro Universitário Tiradentes
Maceió/AL

<http://lattes.cnpq.br/1209456945350339>

Júlia Teresa de Albuquerque Celestino

Hospital Universitário Professor Alberto
Antunes
Maceió/AL

José Lucio Martins Machado

Universidade São Caetano do Sul
São Caetano do Sul/SP

<http://lattes.cnpq.br/9929706338666879>

RESUMO: **Introdução.** O carcinoma esclerodermiforme é um dos subtipos histológicos do carcinoma basocelular de maior caráter infiltrativo e recidivante, sendo responsável por cerca de 20% dos carcinomas primários e 88% dos tumores recidivantes. O tumor recidivado apresenta pior prognóstico. Geralmente manifesta-se em área de cicatriz, ao seu lado ou em profundidade, principalmente em região do “H” da face. Este tumor pode apresentar-se sob outros tipos histológicos, a exemplo do basoescomoso. **Relato de caso:** Paciente masculino aos 17 anos diagnosticado com carcinoma basocelular do subtipo esclerodermiforme passou por parotidectomia estendida ao pavilhão auricular e pele, com esvaziamento cervical. À reconstrução levou à paralisia por sacrifício do tronco superior do nervo facial - ramo orbicular do olho e frontal. Realizou cirurgia plástica e fez radioterapia adjuvante. Aos 21 anos apresentou linfonodomegalia cervical com necessidade de esvaziamento e biópsia, resultando em carcinoma basoescomoso. Evoluiu com disseminação da doença a distância em tórax e bacia, sendo submetido a novos ciclos de radioterapia e quimioterapia combinados. Vindo a falecer por complicações pulmonares. **Conclusão:** Em razão do caráter infiltrativo, alta recidiva e aparência inoculada ao exame físico, o tratamento do CBC agressivo é a cirurgia radical com margens cirúrgicas livres, pois rastreia suas extensões subclínicas, sendo, dessa forma, uma das mais seguras para a cura do paciente e prevenção de recidivas. Quando primário, o CBC necessita, além da cirurgia, por muitas vezes da radioterapia. O tumor recidivado tem tratamento

desafiador e normalmente cursa com a necessidade de novas reabordagens cirúrgicas e utilização de outras modalidades terapêuticas, como a quimioterapia com medicações modernas que permitem o aumento de sobrevida.

PALAVRAS-CHAVE: Carcinoma basocelular. Cirurgia. Recidiva. Prognóstico.

SURGICAL TREATMENT OF SCLERODERMIFORM TYPE BASOCELLULAR CARCINOMA AND LYMPHONODAL RECURRENCE: CASE REPORT

ABSTRACT: Introduction. Sclerodermiform carcinoma is one of the histological subtypes of the most infiltrative and recurrent basal cell carcinoma, accounting for about 20% of primary carcinomas and 88% of recurrent tumors. The recurrent tumor has a worse prognosis. It usually presents in a scar area, beside it or in depth, mainly in the “H” region of the face. This tumor may present itself under other histological types, such as basal squamous. **Case report:** A 17-year-old male patient diagnosed with basal cell carcinoma of the sclerodermiform subtype underwent parotidectomy extended to the ear and skin, with neck dissection. Upon reconstruction, he was paralyzed by sacrifice of the upper trunk of the facial nerve - orbicular branch of the eye and frontal. He underwent plastic surgery and had adjuvant radiotherapy. At the age of 21, he developed cervical lymph node enlargement at the same site as the previous surgery, requiring a neck dissection again. Lymph nodes presented as basal squamous carcinoma. The patient progresses with the spread of the disease at a distance in the chest and pelvis, being submitted to new cycles of combined radiotherapy and chemotherapy. He evolves to death due to pulmonary complications of the disease. **Conclusion:** Due to the infiltrative character, high recurrence and appearance inoculated on physical examination, the treatment of aggressive BCC is radical surgery with free surgical margins, as it tracks its subclinical extensions, being, therefore, one of the safest when healing the patient, both in preventing recurrences and in curing them. When primary, CBC often requires, in addition to surgery, radiotherapy. The recurrent tumor has challenging treatment and usually comes with the need for new surgical approaches (if possible) and the use of other therapeutic modalities, such as chemotherapy with newer drugs that allow for increased survival.

KEYWORDS: Basal cell carcinoma. Surgery. Relapse. Prognosis.

1 | INTRODUÇÃO

O carcinoma basocelular (CBC) é o câncer de pele mais comum e sua incidência continua aumentando. (KONDO et al, 2019) Ele representa, sozinho, aproximadamente 65% de todos os epitelomas e a incidência é 4 vezes maior do que a do carcinoma de células escamosas. (SARTORE et al.,2011) A exposição solar, a propensão genética e a exposição a outros carcinógenos ambientais são fatores etiológicos relacionados a essas lesões. (SOUZA et al., 2011)

O CBC é originado da camada basal da epiderme, seus anexos e sua classificação atual estabelece quatro variantes clínicas principais desse tumor:

superficial, nodular, infiltrativo e pigmentado. (HUSEIN-ELAHMED, 2018) Os dois tipos menos frequentes e mais agressivos de carcinoma basocelular são o metatípico e o esclerodermiforme. O metatípico reúne características comuns aos carcinomas basocelular e espinocelular. (ROSSATO *et al.*, 2016)

O tipo esclerodermiforme é uma das variantes mais importantes, apresentam um maior risco de malignidade local, invasividade perineural e metástases à distância. (CONFORTI *et al.*, 2020) Esse tipo cresce lento e progressivamente, e pode se expandir para a superfície e/ou invadir tecidos como músculos, cartilagens e ossos, causam destruição e deformação da área, implicando em alta morbidade. (MENDAÇOLI *et al.*, 2011) Ele aparece como uma placa branco-amarelada, escleroatrófica, de aspecto duro, liso, sem definição clara de bordas, podendo apresentar telangiectasias, semelhante a esclerodermia. (MACKIEWICZ-WYSOCKA *et al.*, 2013)

Em relação a localização, cerca de 80-85% dos CBCs acometem regiões da cabeça e pescoço. Habitualmente, 70% localizam-se na face e 25-30% em região nasal, o que é consistente com o papel etiológico da radiação solar. Pode haver também acometimento das bochechas, região retroauricular, região frontal da face e zona periorbital. (SARTORE *et al.*, 2011) Em 15% dos casos, podem estar presentes no tronco. Muito raramente o CBC é diagnosticado em áreas como o pênis, vulva ou pele perianal. (WU *et al.*, 2019)

Uma vez que o CBC é diagnosticado, o risco de uma nova lesão aumenta dez vezes. (MACKIEWICZ-WYSOCKA *et al.*, 2013) De acordo com a literatura, tumores primários excisados cirurgicamente podem mostrar uma taxa de recorrência que varia de 5 a 14% (AASI *et al.*, 2020) e representam o principal desafio no tratamento do CBC. Portanto, a determinação do risco de recorrência é muito importante. Os fatores de risco para recorrência de CBC são: tumor de tamanho grande (mais de 2 cm); localização particular - sítio facial central (periocular, perioral, nasal); invasão perineural e perivascular; histologia agressiva e recorrência anterior de CBC. (MACKIEWICZ-WYSOCKA *et al.*, 2013)

O tipo do método de tratamento aplicado depende da identificação do risco de recorrência. A cirurgia é geralmente a terapêutica padrão ouro para a maioria dos cânceres de queratinócitos. Destacando-se também a radioterapia, que desempenha um papel importante na rotina clínica prática. (CONFORTI *et al.*, 2019) Porém, nas lesões com alto risco de recorrência pode-se realizar a cirurgia micrográfica de Mohs (MMS), um procedimento que permite a avaliação de todas as margens do tecido excisado. Eletrodessicação e curetagem (ED&C), criocirurgia e terapias tópicas, como fluoruracila ou imiquimod tópicos, não são recomendadas para o tratamento de CBCs com alto risco de recorrência. (AASI *et al.*, 2020)

O objetivo deste trabalho é relatar um tipo raro de carcinoma basocelular, seu

desfecho clínico recidivado com outros tipos histológicos e formas de tratamento utilizadas.

2 | METODOLOGIA

Estudo de caso com paciente jovem, realizado desde sua admissão no mês de outubro de 2013 com seguimento clínico até agosto de 2020, em unidade de cirurgia oncologia do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes de Maceió, Alagoas. A investigação foi conduzida por meio de revisão do prontuário, registro fotográfico dos métodos cirúrgicos e revisão literária. Um estudo observacional, com caráter descritivo e abordagem qualitativa.

3 | RELATO DE CASO

TMMS, sexo masculino, 17 anos, diagnosticado com carcinoma basocelular metatípico, do subtipo esclerodermiforme (Figura 1). Realizou ressecção de lesão sem margens adequadas em lóbulo de orelha direita fora do serviço em 2011, fazendo-se necessário a parotidectomia direita estendida ao pavilhão auricular e pele e esvaziamento cervical supraomohioideo ipsilateral, com necessidade de remoção do conduto auditivo externo e sacrifício dos ramos superiores do nervo facial por invasão tumoral direta (Figuras 2, 3, 4 e 5), reconstruído imediatamente com retalho de avanço cérvico-facial em outubro de 2013 (carcinoma basocelular metatípico com margens cirúrgicas coincidentes). Realizou radioterapia adjuvante com 71 Gray.



Figura 1: Tumoração ulcerada à direita envolvendo lóbulo, conduto auditivo externo, pele pré-auricular e parótida.

Fonte: autor.



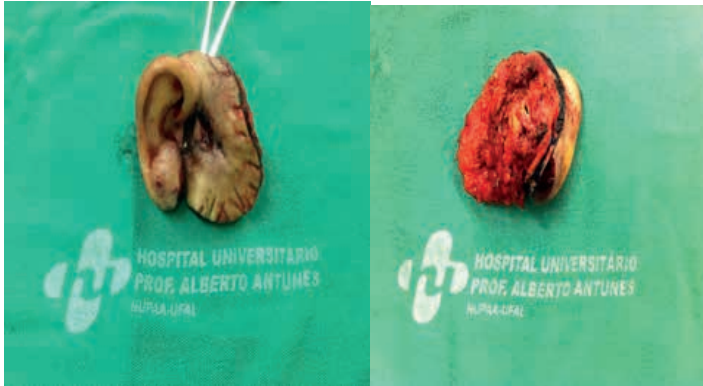
Figura 2: Paciente em posicionamento para o ato cirúrgico com aposição de campos e tricotomia.

Fonte: autor.



Figura 3: Parotidectomia direita estendida ao pavilhão auricular e pele com margens livres - leito cirúrgico após ressecção.

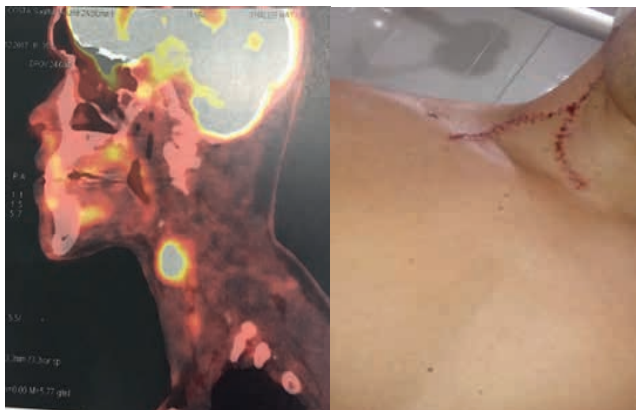
Fonte: autor.



Figuras 4 e 5: Parotidectomia direita estendida ao pavilhão auricular e pele com margens livres - peça cirúrgica: visões anterior e posterior.

Fonte: autor.

Apresentou recidiva tumoral após dois anos e nova ressecção: carcinoma basocelular esclerodermiforme com margens livres. Nova radioterapia externa com elétrons adjuvante com dose de 60 Gray em 30 frações durante dois meses. Aos 21 anos evoluiu com linfonodomegalia cervical nível II a direita em Tomografia por Emissão de Pósitrons – PET-CT (Figura 6), onde a biópsia apresentou-se como carcinoma basoescamoso. Submetido a linfadenectomia cervical radical tipo II (invasão do músculo esternocleidomastoideo) direita em maio de 2017 e novo esvaziamento radical modificado tipo III por nova recidiva com linfonodomegalia na cadeia jugular interna média direita (nível III) em setembro de 2017 (Figura 7).



Figuras 6 e 7: Imagem de PET-CT com captação linfonodal cervical direita e cicatriz do esvaziamento cervical realizado em 2017.

Fonte: autor.

Iniciado novo tratamento com radioterapia de intensidade modulada em dezembro de 2017 em outro serviço concomitante à quimioterapia com cisplatina. PET - CT de controle nos meses seguintes (2018) identificou nódulo pulmonar à direita, linfonodomegalia hilar ipsilateral e mediastinal (biópsiada pela cirurgia de tórax), retroperitoneal, mediastinais nas cadeias paratraqueais, subcarinal e paraesofageana e aumento da extensão do metabolismo em lesões focais no íliaco direito: metástase óssea e pulmonar. Quimioterapia (cisplatina, 5-fluorouracil e ácido zoledrônico) e radioterapia externa paliativa em lesão óssea sacroilíaca direita com dose de 5 Gray (4 sessões).

Internado em agosto de 2020 com quadro importante de desconforto respiratório e hematêmese, evoluindo para óbito nesta mesma data.

4 | DISCUSSÃO

Devido ao caráter infiltrativo, o tratamento do carcinoma basocelular agressivo é a ressecção cirúrgica com margens amplas e exame de congelação intraoperatório, pois é a única que analisa de forma confiável a histologia de praticamente 100% das margens cirúrgicas do tumor e rastreia suas extensões subclínicas. Podemos entender que o primeiro tratamento instituído para este paciente não obedeceu aos princípios mínimos em tal direção. O subtipo esclerodermiforme normalmente apresenta-se mais agressivo, com maiores taxas de recidiva local. (CONFORTI et al.,2020)

Além do mesmo, o tipo misto que surge posteriormente no caso, podendo ter ou não relação com diversos fatores de risco do paciente e tratamentos adjuvantes, teve também evolução com desfecho insatisfatório a despeito de todos os esforços realizados pela equipe assistencial. Vale lembrar que ainda assim, o paciente teve um grande aumento de sobrevida (cerca de 9 anos desde o início da doença).

5 | CONCLUSÃO

Os carcinomas cutâneos agressivos necessitam de um tratamento inicial radical o que se torna evidente com este caso, devido ao seu desfecho. Os pacientes têm maior chance de cura quando a abordagem inicial é a adequada. Muitas vezes, os procedimentos de resgate não apresentam o sucesso desejado devido a característica infiltrante deste tipo tumoral específico. Quando primário, o tratamento cirúrgico dos carcinomas de pele pode vir a ser a única modalidade terapêutica utilizada com altas taxas curativas. Já as lesões recidivadas e metastáticas, por apresentarem piores prognósticos, podem necessitar de radioterapia e quimioterapia, com intuito curativo ou paliativo.

REFERÊNCIAS

1. AASI, S. Z. et al. **Treatment of basal cell carcinomas at high risk for recurrence.**2020 UpToDate. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-basal-cell-carcinomas-at-high-risk-for-recurrence?search=carcinoma>>. Acesso em: 03/09/2020.
2. CONFORTI, C. et al. **Evolving Role of Systemic Therapies in Non-melanoma Skin Cancer.** Clinical Oncology, v. 31. p. 759-768. 2019.
3. CONFORTI, C. et al. **Sclerodermiform basal cell carcinomas versus other histotypes: analysis of specific demographic, clinical and dermatoscopic features.** Journal of The European Academy of Dermatology and Venereology. 13 maio de 2020.
4. HUSEIN-ELAHMED, H. **Sclerodermiform basal cell carcinoma: how much can we rely on dermatoscopy to differentiate from non-aggressive basal cell carcinomas? Analysis of 1256 cases.** Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 93. p. 229-232. 2018.
5. KONDO, R. N.; GON, A. S.; JUNIOR, R. P. **Recurrence rate of basal cell carcinoma in patients submitted to skin flaps or grafts.** Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 94, n. 2. p. 442-445. 2019.
6. MACKIEWICZ-WYSOCKA, M. et al. **Basal cell carcinoma – diagnosis.** Contemporary Oncology, v. 17, n. 4. p. 337-342. 2013.
7. MENDAÇOLI, P. J. et al. **Nuclear morphometry and chromatin textural characteristics of basal cell carcinoma.** Anais Brasileiros de Dermatologia, vol. 90. p. 874-878. 2015.
8. ROSSATO, Luiz Angelo; et al. **Diagnosis of aggressive subtypes of eyelid basal cell carcinoma by 2-mm punch biopsy: prospective and comparative study.** Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, [S.L.], v. 43, n. 4, p. 262-269, ago. 2016. FapUNIFESP (SciELO).
9. SARTORE, L. et al. **Facial basal cell carcinoma: Analysis of recurrence and follow-up strategies.** Oncology Reports, vol. 26. p. 1423-1429. 2011.
10. SOUZA, C. F. D. et al. **Topografia do carcinoma basocelular e suas correlações com o gênero, a idade e o padrão histológico: um estudo retrospectivo de 1.042 lesões.** Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 86, n. 02. p. 272-277. 2011.
11. WU, P. A. et al. **Epidemiology, pathogenesis, and clinical features of basal cell carcinoma.** UpToDate. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesis-and-clinical-features-of-basal-cell-carcinoma>>. Acesso em: 03/09/2020.