

# RELATO DE CASO DE UM PACIENTE DO SEXO MASCULINO COM CARCINOMA ESPINOCELULAR INVASIVO.

## AUTORES

**Amanda Spachini Dias**  
**Maria Caroline Perez Martinez**  
**Maria Fernanda Stradiotto**  
Discentes UNILAGO

**Prof. Dra. Cristina Benitez**  
Orientador Docente UNILAGO

**Dra. Bruna S. de AGUIAR**  
Coorientadora Docente UNILAGO

## ABSTRACT

Non-melanoma skin cancers are easily found in the population. In the first place is the Basal Cell Carcinoma (CBC) and soon thereafter the Spinocellular Carcinoma (SCC). SCC occurs due to exacerbated and atypical proliferation of keratinocytes in the epidermis. It is also found in mucous and metastasis products (such as esophageal cancer that produces metastasis in cutaneous lesions in the abdomen - SCC). This study aims to attenuate the need for a cautious evaluation of the patient before this pathology that requires a complete anamnesis and a good physical examination and anatomopathological diagnosis. is essential. The material analyzed is the medical record, containing physical examination information and results of complementary tests, developed at the NeoPelle Dermatological Clinic, Catanduva-SP and in the dependencies of the Faculty of Medicine of the Union of Faculties of Great Lakes, São José do Rio Preto.

## KEYWORDS

Squamous cell carcinoma, metastases, ceratoacanthoma.

Os cânceres de pele não-melanoma são facilmente encontrados na população. Em primeiro lugar está o Carcinoma Basocelular (CBC) e logo em seguida o Carcinoma Espinocelular (CEC). O CEC ocorre devido a proliferação exacerbada e atípica dos queratinócitos na epiderme. É encontrado também em mucosas e produto de metástase (como o câncer de esôfago que produz metástase em lesão cutânea em abdome – CEC). Este estudo visa atentar para a necessidade de uma avaliação cautelosa do paciente diante dessa patologia que requer uma anamnese completa e é imprescindível um bom exame físico e diagnóstico anatomopatológico. O material analisado é o prontuário, contendo informações do exame físico realizado e resultados de exames complementares, desenvolvido no Consultório Dermatológico NeoPelle, Catanduva-SP e nas dependências da Faculdade de Medicina da União das Faculdades dos Grandes Lagos, São José do Rio Preto.

Carcinoma espinocelular, metástases, ceratoacantoma.

## 1. INTRODUÇÃO

O carcinoma espinocelular (CEC) é o segundo tipo mais comum de câncer de pele, sendo superado somente pelo carcinoma basocelular. Acomete pele e mucosas (garganta, boca, colo do útero, vagina e pênis). Tem caráter agressivo nas mucosas. Os fatores de risco são pele clara, sexo masculino, exposição à radiação ultravioleta, HPV, imunossupressão, úlceras crônicas e cicatrizes e tabagismo. (LION DF, 2018)

A neoplasia é maligna e ocorre por proliferação atípica dos queratinócitos. É mais frequente áreas de maior exposição solar (cabeça, pescoço e mãos). O principal fator de risco é a exposição a luz ultravioleta porque esta acarreta danos no DNA celular. O CEC é um tumor localmente invasivo, mas é comum permanecer na epiderme. (INCA, 2015)

O diagnóstico precoce e o tratamento definitivo fornecem a melhor oportunidade de cura do carcinoma cutâneo escamoso, sendo alcançada através de tratamento tópico, cirúrgico, radioterápico, terapias-alvo ou terapias sistêmicas. (Villarreal, RU, 2015).

A Sociedade Brasileira de Dermatologia, durante a campanha Dezembro Laranja 2018, decretou que a adoção de práticas que minimizem a intensidade da exposição celular reduz em até 50% a chance de desenvolver câncer de pele em indivíduos predispostos. Afirmou que o autoexame e vigilância são fundamentais para barrar a evolução da doença. É importante inspecionar o aparecimento de lesões novas, modificações em lesões preexistentes, alteração de cor, forma, tamanho, sangramento e dificuldade na cicatrização. Tanto o CBC como o CEC são relatados em consultas médicas como uma “feridinha que nunca cicatriza”.

O CEC é responsável por 20% dos tumores de pele do País, segundo o INCA (Instituto Nacional do Câncer), em geral apresenta-se como lesão espessa, como uma verruga, pode ulcerar, invadir tecidos próximos ou acarretar metástases.

## **2. OBJETIVOS**

Este trabalho tem como objetivo descrever um caso de um paciente com lesão cutânea no membro superior direito e lesão cutânea na mão esquerda. O exame clínico completo associado a macroscopia anatomopatológica levaram ao diagnóstico de Carcinoma Espinocelular Invasivo do tipo Queratoacantoma.

## **3. MATERIAL E MÉTODO**

Foi feita avaliação do prontuário do paciente, fornecido pela coorientadora Dra. Bruna Somílio, analisando exame físico e exames complementares utilizados para o diagnóstico da paciente, fazendo correlação com a literatura citada na bibliografia.

Este projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNILAGO – por meio da Plataforma Brasil, para apreciação e aprovação e, a partir daí, iniciada a coleta de dados. O paciente envolvido recebeu as informações, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorizou a pesquisa em seu prontuário.

A partir de então, o presente trabalho foi desenvolvido nas dependências da Faculdade de Medicina da União das Faculdades dos Grandes Lagos, São José do Rio Preto- SP. Neste local foram feitas reuniões entre orientada e a orientadora Dra. Cristina Benitez, para discussão e avaliação da progressão do trabalho.

## **4. RESULTADOS**

Paciente V.C, do gênero masculino, 74 anos, procurou atendimento no consultório Dermatológico Neopelle, Catanduva-SP, com queixa de lesão no membro superior direito e na mão esquerda, sem manifestações de perda sensitiva, lesões espessadas, protuberosas, de bordas lisas, cor rósea, encontrando-se uma massa crostosa no seu centro e endurecida. Dentre as hipóteses diagnósticas foram listadas: ceratoacantoma, ceratose actínica bowenoide, carcinoma basocelular e granuloma de corpo estranho.

Foi realizada exérese de lesão cutânea do membro superior direito, o material da macroscopia é retalho cutâneo de forma elíptica, dimensão da peça: 1,7 x 1,4 cm, espessura de 0,6 cm. A lesão está presente na superfície externa e é elevada e esbranquiçada; dimensão da lesão: 1,3 x 0,8 cm, medida da menor margem lateral: 0,3 cm.

A conclusão da macroscopia foi de carcinoma espinocelular invasivo, padrão histológico: tipo queratoacantoma, com ulceração ausente, grau 1 e bem diferenciado; nível de invasão: IV (carcinoma invade a

derme reticular), espessura máxima do tumor: 2 a 4 mm, sem invasão perineural, angiolinfática e sem lesões associadas. Margens cirúrgicas: periférica (livre – 1 a 5 mm) e profunda (livre – 1 a 5 mm); estadiamento patológico: pT1 pNX pMX; risco patológico (NICE): baixo risco.

Foi feita a macroscopia da lesão na mão esquerda a partir de exérese com retalho cutâneo de forma elíptica; dimensão da peça: 2,7 x 1,5 cm, espessura: 0,7cm; lesão elevada, esbranquiçada com crosta presente na superfície externa com dimensão de 1,2 x 1,0 cm e medida da menor margem lateral: 0,2 cm.

A conclusão foi Carcinoma Espinocelular Invasivo com padrão histológico tipo queratoacantoma, grau 1 – bem diferenciado; sem ulceração, sem invasões; lesão associada: lentigo simples. Estadiamento patológico: pT1 pNX pMX e risco patológico (NICE): baixo risco.

## 5. DISCUSSÃO

O CEC corresponde a cerca de 25% dos tumores de pele, surgindo a partir do epitélio escamoso da pele. É curável e tem bom prognóstico quando detectado precocemente. Diferentemente do CBC, o CEC tem maior capacidade de produzir metástases linfáticas e viscerais. O CEC apresenta-se mais incidente em homens que em mulheres. Destaca-se a capacidade do carcinoma de células escamosas de surgir de uma lesão de pele preexistente, incluindo a ceratose actínica, diagnóstico que com frequência é encontrado em biópsias cutâneas. (SILVA, RD e DIAS, MAI 2017).

Câncer de pele não-melanoma (CPNM): neoplasia maligna mais comum. O tipo histológico de CPNM mais frequente é o carcinoma basocelular (CBC), responsável por mais de 68% dos casos, seguido pelo carcinoma espinocelular (CEC), responsável por cerca de 31%. Devido à maior exposição solar, a região da cabeça e pescoço costuma ser a mais acometida. (BRITO, HDS et al.; 2017).

Há maior prevalência de CPNM em indivíduos com fototipo até III (classificação de Fitzpatrick). Indivíduos de pele clara (Fitzpatrick I, II e III) têm maior chance desenvolver CBC e CEC.

Segundo estudo feito por Bogliolo L, por análise histológica, o CEC encontra seu surgimento a partir das células epiteliais espinhosas da pele e mucosas com tendência a ceratinização. Quanto menor a diferenciação histológica, maior é a malignidade da lesão. As variedades clínicas do CEC são papilar córnea, nodular, placa, vegetante, ulcerada e infiltrante.

A exposição excessiva ao sol é a principal causa do CEC, mas não a única: feridas crônicas, cicatrizes, uso de drogas antirrejeição de órgãos transplantados e exposição a certos agentes químicos ou à radiação também estão associados ao tumor escamoso. Normalmente, os CECs têm coloração avermelhada e se apresentam na forma de machucados ou feridas espessos e descamativos, que não cicatrizam e sangram ocasionalmente. Podem apresentar aparência similar à das verrugas.

O estudo de DeVita et al, afirma que o comportamento biológico do CEC invasivo ocorre por profundidade, grau de diferenciação celular (neoplasias pouco diferenciadas acarretam recidiva), fatores de risco e imunidade. As lesões cutâneas por raio UV têm melhor prognóstico do que as lesões provocadas sem exposição solar. O CEC de mucosas tem caráter mais agressivo e recorrente.

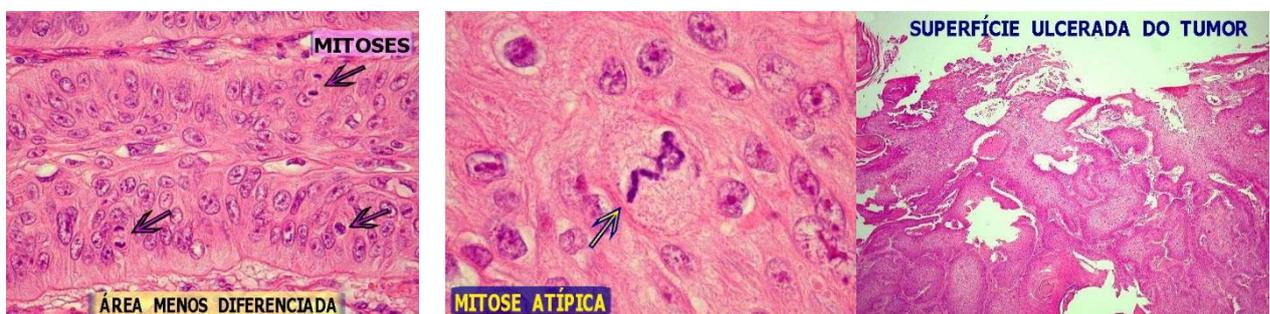
O trabalho de Villarroel confirma que o CEC tem formação biologicamente mais agressiva, e as lesões negligenciadas podem ser fatais devido tanto à extensão local quanto pelas metástases. Mesmo que o prognóstico do CEC cutâneo seja excelente, há certas características clínico - patológicas que estão associadas à doença mais agressiva: invasão além do tecido subcutâneo, invasão perineural, tamanho do tumor, maior profundidade de invasão, metástase linfonodal, e origem no lábio ou ouvido.

A recorrência de CEC primário cutâneo é 8%, CEC agressivo 25%); metástase do CEC primário 1 a 5% e aproximadamente 80% das metástases são encontradas em linfonodos regionais (outras nos pulmões, fígado, cérebro, pele e osso). O tratamento do carcinoma espinocelular superficial tem como base: crioterapia, eletrocirurgia, radioterapia e tópicos. Já o tratamento do CEC agressivo consiste em excisão cirúrgica, cirurgia de Mohs, ou radioterapia mais extensa. (Timothy K Chartier, TK, Stern, RS, 2011).

Bauman JE, Eaton KD, RG Martins concretizaram uma experiência mais recente, na qual fixaram o Cetuximab, anticorpo monoclonal que bloqueia o fator de crescimento epidérmico, como tratamento do CEC invasivo.

Em pesquisa realizada por Emmanuel Franca encontram-se os hidrocarbonetos policíclicos (alcatrão, parafina, piche, fuligem, creosoto e antraceno) carcinogênicos importantes. Uma curiosidade é que a fuligem foi o primeiro carcinogênico a ser identificado como causa de CEC no escroto de adultos que limpavam chaminés. Isso mostra que a influência térmica pode produzir ceratoses e CEC. A famosa úlcera de Marjolin ocorre quando o CEC se origina em úlceras crônicas, fistulas e cicatrizes de queimadura.

Observa-se no atlas de histologia da Unicamp que o exame histopatológico aponta hiperplasia com ninhos de células epiteliais atípicas, com aspecto da camada espinhosa e córnea, com vários níveis de ceratinização, formando as pérolas córneas, invadindo a derme em graus variados. Admite-se que quanto maior o grau de diferenciação, menor a tendência invasiva, e desse modo melhor o prognóstico. Na classificação de Broders, no grau I, a maioria das células são bem diferenciadas, enquanto que no grau IV predominam as células indiferenciadas ou anaplásicas. O grau de diferenciação histológica pode variar de uma área para outra do mesmo tumor. O tumor pode infiltrar a derme na forma de lingüetas rombudas.



Diagnóstico diferencial: Líquen plano, penfigoide, granuloma, lúpus eritematoso, pênfigo, infecções como histoplasmoze e paracoccidiodomicose, granuloma de corpo estranho, ceratoacantoma, etc. (SAWAZAKI, I, et al, 2016).

## 6. CONCLUSÃO

O exame anatomopatológico somente consolida o diagnóstico quando associado a anamnese e ao exame físico. A demora pela procura de auxílio médico, o difícil acesso a atendimento especializado e o diagnóstico clínico falho por exame físico pobre são responsáveis pelo atraso do tratamento adequado e evolução do quadro para metástases e óbito. É essencial a realização do exame anatomopatológico para diagnóstico diferencial. Ao concluir que a lesão representa Carcinoma Espinocelular é necessário a implementação rápida do tratamento.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**Atlas histológico da Universidade de Campinas** – Unicamp. Acesso em 20/12/2018 em: <http://anatpat.unicamp.br/lampele10.html>

**American Cancer Society. 2015. Basal and Squamous cell câncer.** Acesso em 23/12/2018 em: <https://www.cancer.org/cancer/basal-and-squamous-cell-skin-cancer/treating/squamousl-cell-carcinoma.html>

Bauman JE, Eaton KD, RG Martins. **Tratamento do carcinoma de células escamosas recorrentes da pele com cetuximab.** *Arch Dermatol* 2007; 143:889.

Bogliolo L, Brasileiro Filho G, editores. **Patologia.** 8ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. 1492p.

**DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles & Practice of Oncology**, 9e. Chapter 117: Cancer of the Skin.

**Estudo epidemiológico de 147 casos de lesões cutâneas submetidos à cirurgia no estado da Paraíba**  
Humberto David Menezes de Siqueira Brito et al *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, v.46, nº 1, p. 11-16, Janeiro / Fevereiro / Março 2017.

Emmanuel Franca. **Carcinoma Espinocelular;** 2017. Acessado em 30/11/2018 disponível em: <https://emmanuelfranca.com.br/carcinoma-espinocelular-cec/>

Fitzpatrick TB, **The validity and practicality of sun reactive skin types I through VI.** *Arch Dermatol* 1988. 124: p. 869-871.

**Instituto Nacional do Câncer (INCA).** ABC do Câncer; 2011. Acessado em 11/11/2018 em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc\\_do\\_cancer.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf).

LION DF. **Carcinoma Espinocelular (CEC).** Acesso em 10/11/2018 em: <https://www.e-sanar.com.br/aluno/mural-post/668,carcinoma-espinocelular-cec.html>.

Martins, RG. **Tratamento sistêmico de células escamosas cutâneo avançado e carcinomas basocelulares.**  
Martins, RG. Acesso em 05/10/2018 disponível em: [http://www.uptodate.com/contents/systemic-treatment-of-advanced-cutaneous-squamous-and-basal-cell-carcinomas?source=search\\_result&search=Systemic+treatment+of+advanced+cutaneous+squamous+and+basal+cell+carcinomas](http://www.uptodate.com/contents/systemic-treatment-of-advanced-cutaneous-squamous-and-basal-cell-carcinomas?source=search_result&search=Systemic+treatment+of+advanced+cutaneous+squamous+and+basal+cell+carcinomas)

SAWAZAKI, I, et al.; **Carcinoma Epidermoide.** 2016. Acesso em: 21/11/2018 em: <https://www5.unioeste.br/portal/images/estomatologia/lesoesfundamentais/pibe/3Ulcera-ou-Ulcera%C3%A7%C3%A3o/6Carcinomaepidermoide.pdf>

SILVA, RD e DIAS, MAI. **Incidence of basal cell and squamous cell carcinomas among users attended in a cancer hospital.** Acesso em 21/11/2018 em: <http://www.seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs> REFACS(online)2017; 5(2):228-234

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. COMO SE PREVENIR CONTRA TUMORES DE PELE.** Acesso em 24/11/2018 em:<http://www.sbd.org.br/dezembroLaranja/noticias/cancer-da-pele-aprenda-a-se-prevenir-contra-o-tumor-mais-comum-no-brasil/>

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. CANCER DE PELE.** Acesso em 24/11/2018 em: <http://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/cancer-da-pele/64/>

**Squamous cell carcinoma.** Disponível em: <http://www.cancer.gov/search/results>. Acessado em novembro de 2018.

Timothy K Chartier, TK, Stern, RS. **Tratamento e prognóstico do carcinoma de células escamosas cutâneas.** Disponível em: [http://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prognosis-of-cutaneous-squamous-cellcarcinoma?source=search\\_result&search=squamous+cell+carcinoma](http://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prognosis-of-cutaneous-squamous-cellcarcinoma?source=search_result&search=squamous+cell+carcinoma)

VILLARROEL, RU et al.; **Chemotherapy for squamous cell carcinoma of the skin locally advanced.** Revista Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. Vol. 11, nº 40/ abril / maio / junho de 2015.