

Carcinoma basocelular em localizações incomuns*

*Basal cell carcinoma in unusual locations**

Ane Beatriz Mautari Niwa¹

Eugênio R. A. Pimentel²

Resumo: Os autores apresentam cinco pacientes que desenvolveram carcinomas basocelulares em locais incomuns de ocorrência desse tumor. O objetivo é relatar a raridade topográfica da neoplasia cutânea e discutir o conceito de localização incomum para o carcinoma basocelular.

Palavras-chave: Carcinoma basocelular; Carcinoma basocelular/ diagnóstico; Neoplasias cutâneas

Abstract: The authors present five patients who develop basal cell carcinomas in sites this tumor rarely occurs. The aim is to report the rare location of this frequent cutaneous malignancy and to briefly discuss the concept of unusual location of basal cell carcinoma.

Keywords: Carcinoma, basal cell; Carcinoma, basal cell/diagnosis; Skin neoplasms

INTRODUÇÃO

O carcinoma basocelular (CBC) é a neoplasia cutânea mais comum, compreendendo cerca de 65% dos tumores epiteliais.¹ Sua prevalência é maior a partir da quarta década de vida, com pico de incidência na sexta década em ambos os sexos. Os fatores de risco para o desenvolvimento do CBC incluem os ambientais, principalmente a radiação ultravioleta B; as características fenotípicas do paciente, como pele e olhos claros; exposição prévia ao arsênico; radioterapia; e síndromes genéticas, como xeroderma pigmentoso e a síndrome do nevo basocelular.²

O CBC ocorre mais frequentemente em áreas expostas à luz solar, mas também pode se desenvolver em áreas cobertas e em localizações incomuns, dificultando diagnóstico e tratamento precoces.

Neste estudo relatam-se cinco casos de CBC em locais incomuns e discute-se o conceito de localização não usual dessa neoplasia.

RELATO DOS CASOS

Caso 1

Paciente do sexo feminino, de 72 anos, branca, procedente de São Paulo.

Apresenta há três anos lesão papulonodular violácea, ulcerada, de limites imprecisos, com cerca de 1cm de diâmetro, na região inguinal esquerda (Figura 1). O exame histopatológico revelou carcinoma basocelular multicêntrico, e a paciente foi submetida à cirurgia micrográfica de Mohs.

Caso 2

Paciente do sexo masculino, de 56 anos, branco, procedente de São Paulo.

Há dois anos apresenta lesão papulonodular séssil, de limites precisos, na axila direita (Figura 2). O exame histopatológico mostrou carcinoma basocelular adenóide. Realizada exérese tangencial, seguida de curetagem, associada à eletrocoagulação como tratamento.

Recebido em 18.02.2005.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 13.06.2006.

* Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) - São Paulo (SP), Brasil.

Conflito de interesse declarado: Nenhum

¹ Residente do Serviço de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) - São Paulo (SP), Brasil.

² Doutor em Dermatologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) - São Paulo (SP), Brasil.



FIGURA 1: Lesão violácea, perlácea, recoberta por crosta, na região crural esquerda



FIGURA 3: Lesão ulcerada de bordas perláceas no primeiro interdígito do pé direito

Caso 3

Paciente do sexo feminino, de 63 anos, parda, procedente de São Paulo.

Apresenta há dois anos lesão papulosa de superfície ulcerada em interdígito do pé direito (Figura 3). A histopatologia mostrou carcinoma basocelular com tecido de granulação exuberante, e a paciente foi tratada por cirurgia micrográfica de Mohs.

Caso 4

Paciente do sexo feminino, de 82 anos, branca, procedente de São Paulo.

Apresenta há três anos pápula endurecida de bordas irregulares na axila direita (Figura 4) e pápula perlácea pedunculada no lóbulo do pavilhão auricu-

lar esquerdo (Figura 5). O exame histopatológico da lesão axilar revelou carcinoma basocelular com degeneração cística, pleomorfismo discreto e estroma fibroso; na segunda lesão, carcinoma basocelular padrão esclerodermiforme. Realizada exérese tangencial associada à curetagem e eletrocoagulação em ambos locais.

Caso 5

Paciente do sexo masculino, de 79 anos, branco, procedente de São Paulo.

Há dois anos apresenta nódulo perláceo de superfície ulcerada na região crural direita (Figura 6). A histopatologia revelou carcinoma basocelular sólido com componente esclerodermiforme. Foi realizada a excisão da lesão com margem de 3mm.



FIGURA 2: Lesão papulonodular eritemato-violácea na axila direita



FIGURA 4: Pápula eritemato-violácea de bordas irregulares na axila direita



FIGURA 5: Pápula perlácea pedunculada no lóbulo da orelha esquerda



FIGURA 6: Nódulo perláceo com centro ulcerado na região crural direita

DISCUSSÃO

O CBC localiza-se preferencialmente nos dois terços superiores da face, sendo o nariz o local mais acometido, correspondendo a percentual que varia de 25 a 30% dos casos.³

A definição de localização incomum para o CBC é controversa. Os critérios utilizados na literatura para classificar um local como incomum foram estabelecidos de forma arbitrária de acordo com porcentagem de incidência, locais considerados incomuns na literatura antecedente ou conforme o índice relativo de densidade do tumor, método matemático que considera a relação entre a porcentagem do tumor em determinado local e a porcentagem da área da superfície do mesmo local.⁴

Todos esses critérios são relativamente imprecisos, posto que sujeitos a avaliações pessoais e, no caso do último, por estabelecer um valor arbitrário para considerar a localização de um tumor não usual.⁵

Em geral ocorre concordância em relação aos locais considerados incomuns para o CBC, que incluem mama, região periungueal, palma, planta, glúteos e áreas intertriginosas, como axila, região inguinal e genitália.⁶

Os fatores responsáveis pelo padrão de distribuição anatômica do CBC não estão bem esclarecidos. Apesar dos locais expostos à luz solar serem mais propensos ao desenvolvimento desse tumor, até um terço deles ocorre em áreas cobertas.⁷ Além disso, esses tumores raramente ocorrem nos antebraços, mãos e membros inferiores, apesar da exposição solar significativa. A ocorrência dessa neoplasia nos membros inferiores foi três vezes maior em mulheres do que em homens,⁸ talvez em virtude da maior exposição solar.

Considerando uma possível correlação entre a localização do tumor e subtipos histológicos, estudos mostraram acometimento de áreas cobertas como tronco e extremidades predominantemente por um

padrão superficial, enquanto nas áreas de exposição solar como nariz, pescoço e segmento cefálico foi encontrado principalmente um padrão nodular. O padrão esclerodermiforme não mostrou correlação significativa com qualquer local do corpo.¹ A preferência de alguns subtipos por algumas áreas corporais pode ser explicada pelas condições locais predisponentes, como a exposição solar, por exemplo; todavia o subtipo esclerodermiforme não mostrou predileção por qualquer local, indicando que seu desenvolvimento pode não estar relacionado a fatores externos.

O motivo deste relato é demonstrar localizações incomuns do tumor cutâneo maligno mais prevalente com a finalidade de alertar os dermatologistas sobre a possibilidade diagnóstica de carcinoma basocelular, mesmo quando localizado em áreas habitualmente não observadas. Acredita-se que, independente do método usado para definir um local como incomum para o CBC, os casos que estão em locais não usuais devem ser lembrados e relatados com a finalidade de compreender melhor sua patogênese, critérios diagnósticos, modalidades terapêuticas e prognóstico. Ressalta-se ainda que a opção pela cirurgia micrográfica de Mohs no caso 1 decorreu do fato da lesão mostrar limites imprecisos e o exame histopatológico ter demonstrado tratar-se de carcinoma basocelular multicêntrico; no caso 3, por apresentar limites mal definidos e localização topográfica em que seria interessante poupar tecido são, recomendando, portanto, fechamento de ferida cirúrgica mais simples. Nos casos 2 e 4 optou-se pela exérese tangencial seguida de curetagem e eletrocoagulação uma vez que as lesões apresentavam limites bem definidos e pequenas dimensões. No último paciente optou-se pela cirurgia clássica, que é o procedimento indicado como modalidade terapêutica para a maioria dos carcinomas basocelulares. □

REFERÊNCIAS

1. Betti R, Inselvini E, Carducci M, Crosti C. Age and site prevalence of histologic subtypes of Basal cell carcinomas. *Int J Dermatol.* 1995;34:174-6.
2. Zuuren EV, Bastiaens MT, Posma AN, Bavinck JNB. Basal cell carcinoma on the dorsum of the hand: report of 11 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2000;14:307-10.
3. Roenigk RK, Ratz JL, Bailin PL, Wheeland RG. Trends in the presentation and treatment of basal cell carcinomas. *J Dermatol Surg Oncol.* 1986;12:860-5.
4. Betti R, Martino P, Moneghini L, Vergani R, Tolomio E, Crosti C. Basal cell carcinomas of the areola-nipple complex: case reports and review of the literature. *J Dermatol.* 2003;30:822-6.
5. Betti R, Brusca C, Inselvini E, Crosti C. Basal cell carcinomas of covered and unusual sites of the body. *Int J Dermatol.* 1997;36:503-5.
6. Etter L, Cook JL. Basal cell carcinoma of the umbilicus: a case report and literature review. *Cutis.* 2003;71:123-6.
7. Bhagchandani L, Sanadi RE, Sattar S, Abbott RR. Basal cell carcinoma presenting as finger mass. A case report. *Am J Clin Oncol.* 1995;18:176-9.
8. Lynch FW, Seidman H, Hammond EC. Incidence of cutaneous cancer in Minnesota. *Cancer.* 1970;23:83-90.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Ane Beatriz Mautari Niwa
Rua Hilário Furlan, 107 - Brooklin Novo
04571-180 - São Paulo - SP
Tel.: (11) 5505-1915 / 2117-0100
E-mail: aniwasp@terra.com.br