

Carcinoma basocelular simulando tumor intranasal: tratamento com cirurgia micrográfica pelo método de Munique*

*Basal cell carcinoma mimicking intranasal tumor: treatment by Munich method of micrographic surgery**

Luis Fernando Figueiredo Kopke¹

Julieta Neiva Batista²

Patricia Salomé Gouvêa³

Resumo: Relata-se caso incomum de carcinoma basocelular que simulava tumor intranasal de crescimento expansivo, na cavidade da narina esquerda. Operado com cirurgia micrográfica pelo método de Munique, foi possível demonstrar que o tumor se originava da pele aparentemente normal e suprajacente do nariz. Por ser tridimensional, esse método de cirurgia micrográfica permite estudo mais preciso da peça cirúrgica. Discutem-se também aspectos peculiares da cirurgia micrográfica pelo método de Munique, o que contribui para a ampliação do conceito das cirurgias microscopicamente controladas.

Palavras-chave: Cirurgia; Cirurgia de Mohs; Neoplasias cutâneas; Patologia cirúrgica; Reoperação

Abstract: A rare case of basal cell carcinoma mimicking an expansive intranasal tumor in the left nostril is reported. Through the Munich micrographic surgery method, it was possible to demonstrate that the tumor originated from the apparently normal nose skin. Since this micrographic surgery is a tri-dimensional method, it enables a more accurate study of the specimen. Some peculiar aspects of the micrographic surgery using the Munich method are discussed, thus contributing to further understanding about the concept of microscopically controlled surgeries.

Keywords: Mohs surgery; Pathology, surgical; Reoperation; Skin neoplasms; Surgery

Recebido em 21.09.2004.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 14.11.2007.

* Trabalho realizado no Hospital Biocor – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / Conflict of interest: None

Suporte financeiro: Nenhum / Financial funding: None

¹ Mestre em dermatologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Pós-graduado em dermatologia cirúrgica (cirurgia micrográfica) pela Universidade de Munique – Munique (Baviera), Alemanha.

² Cirurgiã plástica do Hospital Biocor – Belo Horizonte (MG), Brasil.

³ Patologista do Hospital Biocor – Belo Horizonte (MG), Brasil.

INTRODUÇÃO

Embora a origem dos carcinomas basocelulares tenha sido muito discutida, aceita-se atualmente que ela esteja relacionada ao folículo piloso.^{1,2} Muito discutida também é a localização mucosa. Apesar de muitos não admitirem essa forma clínica, preferindo referir-se a ela como ameloblastomas, existem casos relatados na literatura que resistem a essa denominação.³ Portanto, o relato de carcinomas basocelulares em mucosa é raridade.

Dentre os métodos de controle de margens cirúrgicas destaca-se o método de Mohs como o mais conhecido. Ele, porém, só examina a periferia da excisão cirúrgica, importando saber se existe ou não tumor na área de contato com o bisturi. Assim, a cirurgia micrográfica de Mohs se compõe geralmente de poucos cortes.⁴ Dessa forma, desde que uma biópsia prévia não tenha sido realizada e não exista tumor na periferia da peça cirúrgica, uma cirurgia micrográfica de Mohs pode ser finalizada sem que o patologista ou cirurgião observe o tumor extirpado.⁵ O método de Munique, ao contrário, embora seja bem mais trabalhoso ao criostato que o de Mohs, exaure toda a peça cirúrgica, cortando-a em múltiplos planos horizontais até que a superfície epidérmica seja alcançada. Isso resulta em grande número de cortes, à semelhança de uma tomografia, isto é, estando ou não o tumor nas margens, ele é sempre visto, bem como sua relação com as margens.

O caso aqui relatado é muito ilustrativo de todos esses aspectos e dificilmente seria entendido sem um método tridimensional de cirurgia micrográfica como o método de Munique.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, de 64 anos, branca, procedente de Brasília (DF), foi operada em agosto de 1997 de tumor que crescia no vestíbulo nasal, na face interna da asa nasal esquerda. O laudo histológico revelou carcinoma basocelular de mucosa nasal com as bordas profundas acometidas. Em janeiro de 2001 a paciente voltou a notar o mesmo crescimento intranasal, quando seu dermatologista indicou a realização de uma cirurgia micrográfica. Revisão do laudo histopatológico por outro patologista independente confirmou o diagnóstico.

Planejou-se uma cirurgia micrográfica a ser realizada em ambiente hospitalar sob sedação anestésica e anestesia local, com o auxílio de uma cirurgiã plástica. O aspecto clínico da lesão inicial era de abaulamento da mucosa interna da asa nasal esquerda. Nada se observava na pele suprajacente, reforçando a hipótese de que se tratasse de carcinoma basocelular de origem na mucosa nasal (Figura 1).

Durante a manipulação cirúrgica do primeiro estágio, notou-se presença de secreção mucosa que vazou da peça, levando a aplainamento do espécime, que foi ana-

lisado pelo método micrográfico de Munique. Nesse método, já descrito em detalhes,⁶ a peça cirúrgica é incluída inteira e invertidamente, de forma que os cortes são feitos seriadamente de sua base até a superfície epidérmica, o mais paralelo possível a ela, sendo recolhidos a cada 50-100 micrômetros, até que todo o espécime seja esgotado ao criostato. Obtém-se assim, uma representação tridimensional de toda a peça cirúrgica, onde se observa o tumor e suas relações com a borda cirúrgica.

O exame micrográfico mostrou que o carcinoma basocelular estava presente desde os primeiros cortes, isto é, a base da peça cirúrgica estava comprometida. Porém, os cortes adicionais explicaram a origem do abaulamento da mucosa. Uma glândula de muco estava infiltrada pelo tumor, causando sua obstrução e conseqüente acúmulo de secreção em seu interior (Figura 2). O segundo estágio ainda revelou presença de tumor na base da peça, obrigando a abertura de uma janela na asa nasal esquerda, no terceiro estágio do procedimento. A

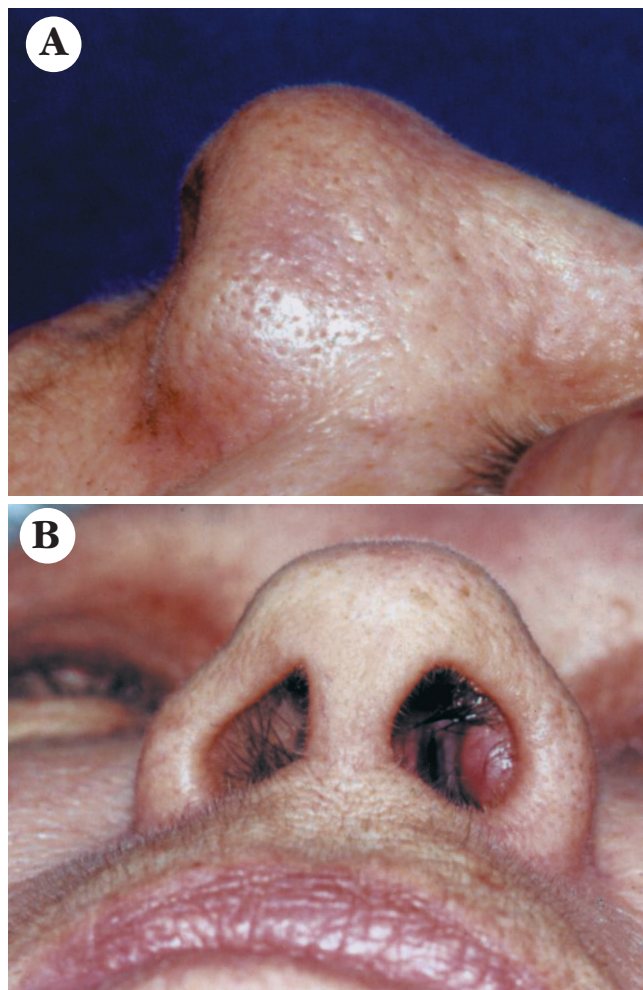


FIGURA 1 A E B: Tumor provocando protusão intranasal, mal delimitado clinicamente. Diagnóstico histológico: carcinoma basocelular. Clinicamente nada se observava na pele suprajacente da asa nasal esquerda

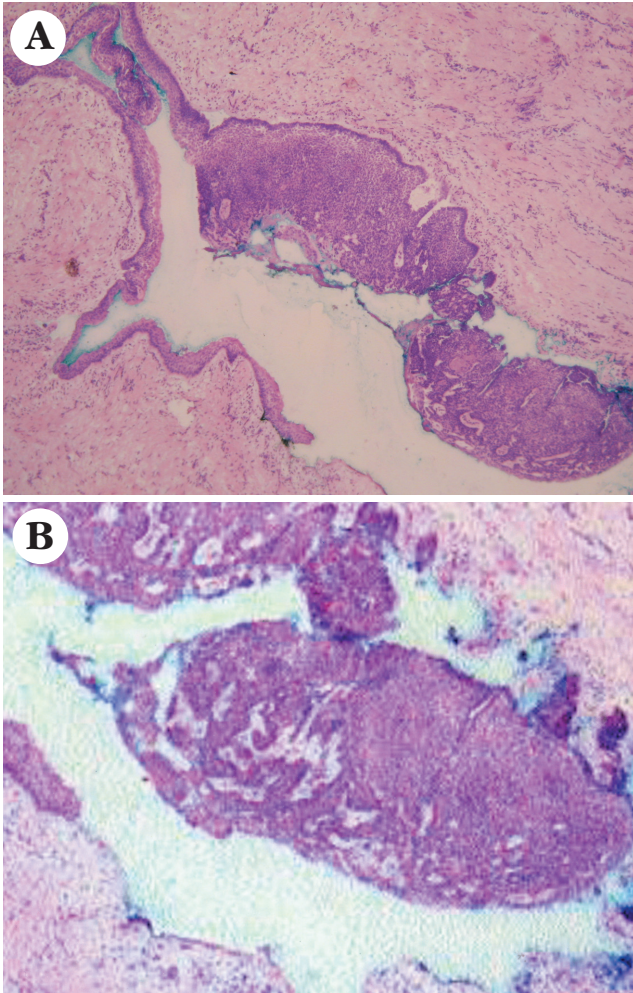


FIGURA 2 A E B: O tumor infiltra uma glândula de muco do nariz, causando sua obstrução e conseqüente acúmulo de secreção no interior da glândula

presença do carcinoma basocelular junto aos folículos pilosos superficiais significava que sua origem era a pele suprajacente ao tumor intranasal (Figura 3). O terceiro estágio mostrou que ainda existia tumor superficialmente, na borda da lesão ampliada. O quarto estágio ainda revelou tumor na borda interna da ampliação, mas sem comprometimento das bordas externas no novo espécime (Figura 4).

A exérese microscopicamente controlada terminou no quarto estágio e durou aproximadamente 10 horas corridas. No dia seguinte, sob anestesia geral, um enxerto composto retirado da orelha funcionou como forro nasal. Ele deu sustentação cartilaginosa à asa nasal, impedindo o efeito de fechamento de válvula, na inspiração rápida e profunda. Um retalho de transposição foi colocado sobre o enxerto composto, reconstruindo estética e funcionalmente a asa nasal (Figura 5).

Passados cinco anos da cirurgia micrográfica, não há nenhum sinal de recidiva.

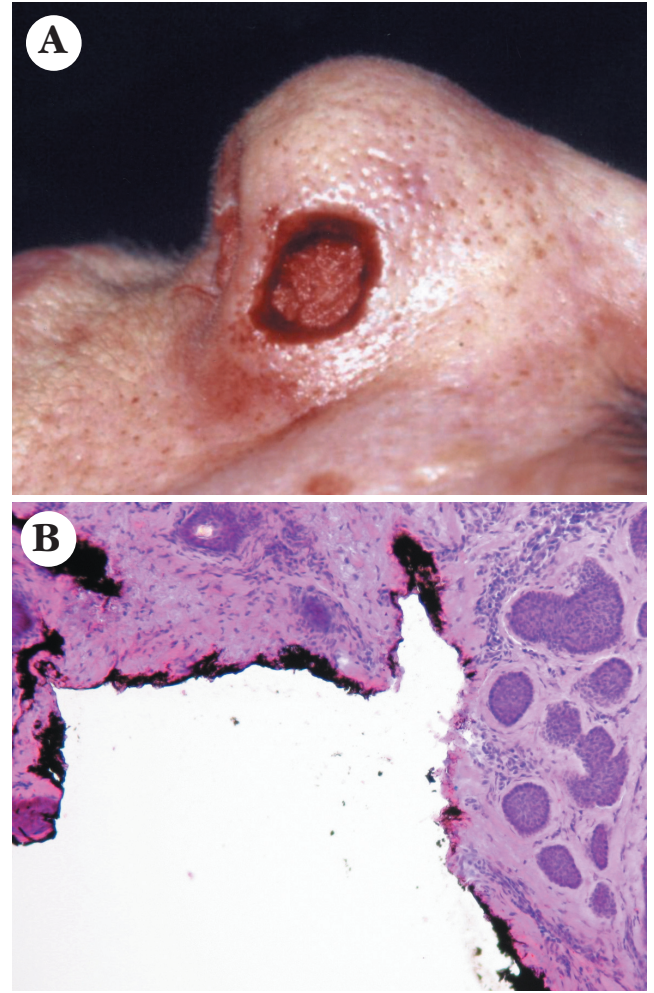


FIGURA 3 A E B: Ferida cirúrgica ao final do terceiro estágio, mostrando ainda acometimento na borda do espécime. O tumor mostra-se intimamente relacionado a folículo piloso

DISCUSSÃO

A cirurgia micrográfica está indicada em casos de tumores recidivados, e isso independe do tamanho aparente da lesão. Um tumor pequeno pode ter expansões microscópicas, que podem exceder, em muito, seus limites clínicos. Os tumores histologicamente infiltrativos são os que mais podem enganar o médico.⁷ No caso aqui relatado, dificilmente o cirurgião teria alguma informação fidedigna a respeito da direção do crescimento tumoral, uma vez que clinicamente nada se via na superfície da asa nasal. Dificilmente a exérese cirúrgica teria sido tão agressiva, a ponto de abrir uma janela em toda espessura da parede nasal. Mesmo que o cirurgião assim o fizesse, dificilmente a exérese seria capaz de retirar todo o tumor, uma vez que a janela aberta no estágio 3 ainda teve de ser ampliada na superfície. Ou seja, sem um controle microscópico de margens adequado, as possibilidades de sucesso na exérese seriam quase nulas. As cirurgias controladas por exames de congelação seriam igualmente ineficazes em retirar um tumor desse tipo, visto

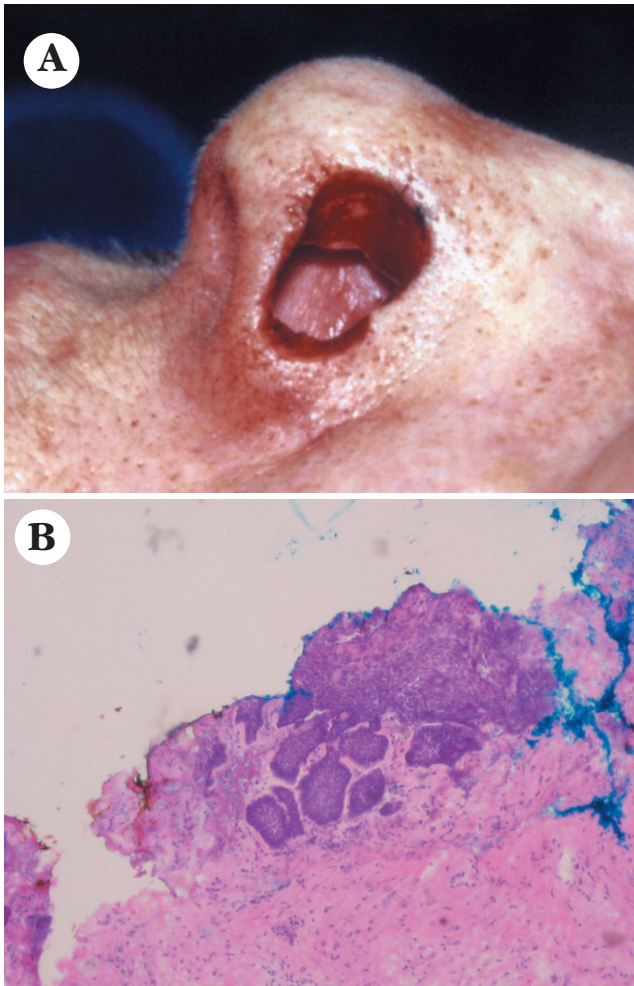


FIGURA 4 A E B: Ferida cirúrgica ao final do quarto estágio, mostrando ainda tumor residual dentro da peça cirúrgica (margem azul), porém longe da borda cirúrgica (método de Munique)

tratar-se de procedimentos de análise por amostragem, muito diferente das verdadeiras cirurgias microscopicamente controladas.⁸

Apesar de o método de Mohs ser mais rápido do que o de Munique na preparação histológica, ele não fornece maiores informações sobre o tumor, o qual pode ser visto apenas quando as margens estão comprometidas.⁹ No caso acima descrito, a cirurgia de Mohs não esclareceria a origem da tumoração intranasal, limitando-se a informar que o fundo da peça cirúrgica do primeiro estágio estaria comprometido. A cirurgia prosseguiria, provavelmente, como ocorreu, até o quarto estágio, quando, não estando o tumor na borda da peça cirúrgica, ela seria declarada encerrada, por não se enxergar mais tumor ao microscópio. Ou seja, no último estágio, o cirurgião de Mohs pressupõe que o tumor residual esteja presente no interior da peça cirúrgica, mas na realidade não o enxerga.

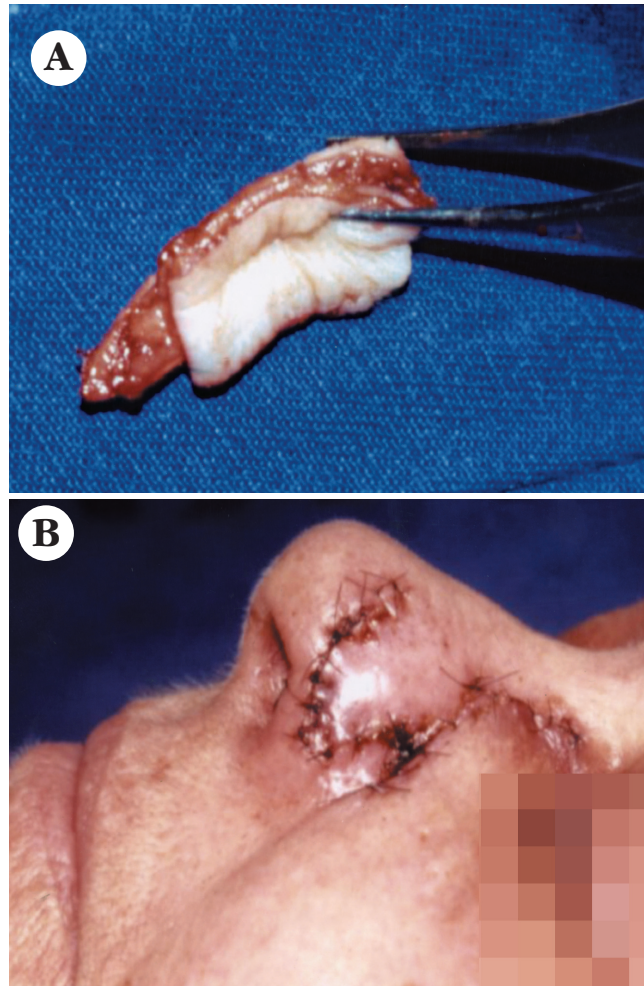


FIGURA 5 A E B: Enxerto composto retirado da orelha reconstruiu e deu sustentação ao forro nasal, que foi coberto por retalho de transposição

Ao contrário, na cirurgia micrográfica pelo método de Munique, quase sempre se enxerga o tumor, mesmo no último estágio, como ocorreu no caso descrito. Dessa forma pode-se demonstrar que a menor distância do tumor com as margens ocorreu em determinada localização, ou que o tumor residual ficou distante, ao microscópio, de toda margem cirúrgica. Porém, no método de Munique, pode-se também demonstrar o contrário, por exemplo, que não existia tumor residual na peça cirúrgica. Essa intrigante situação parece ser contraditória, mas é perfeitamente explicável pelo método micrográfico tridimensional. No método de Munique, existem situações nas quais, por pura questão de segurança, ficasse no limite no sentido de se descartar a possibilidade de haver ainda ou não tumor residual. Geralmente isso acontece no final do corte da peça, quando a epiderme começa a ser alcançada. Quando ela surge primeiro, antes que o tumor com ela faça conexão, podemos con-

siderar que o tumor foi todo retirado e não toca as margens. Porém, o tumor pode realmente estar muito próximo da margem, mesmo sem a atingir. Nesse caso, alguns micrômetros a mais farão com que ele apareça, conectado diretamente à epiderme. Como nesse método colhem-se cortes a cada 50-100 micrômetros, pode acontecer que um desses cortes desprezados seja justamente aquele que mostrava a epiderme livre da conexão com o tumor. Assim, ter-se-ia um falso-positivo e não se encontraria tumor no próximo estágio. Para minimizar essa possível falha, no final dos cortes, procura-se diminuir o montante de tecido desprezado, colhendo-se cortes a cada 10-30 micrômetros, mas, dependendo da situação, mesmo esse expediente pode resultar em pequenas falhas. Pode-se até desconfiar de que esse artifício ocorreu, mas é preferível realizar mais um estágio e realmente constatar que não existe tumor residual a deixar a dúvida se materializar na forma de uma recidiva.

Não existe método perfeito de cirurgia micrográfica. Tanto o método de Mohs quanto o de Munique e outros relatados na literatura têm detalhes que os tornam menos vantajosos nesta ou naquela situação. O próprio criador da

cirurgia micrográfica defendia o ponto de vista de que o procedimento deveria denominar-se cirurgia microscopicamente controlada.^{4,10} Não se pode esquecer de que a cirurgia micrográfica começou com o método quimiocirúrgico, e inicialmente não se admitia que a Quimiocirurgia de Mohs pudesse ser substituída pelo método a fresco (cirurgia micrográfica de Mohs).¹¹ O próprio método de Munique já existia há mais de 20 anos, encoberto pela alcunha de cirurgia histográfica, como se fosse uma cirurgia micrográfica de Mohs. O mal-entendido só foi desfeito vários anos depois.^{7,12,13} Para melhor compreensão do que realmente significa cirurgia microscopicamente controlada seria importante difundir-se o conceito de que a denominada cirurgia micrográfica de Mohs não é sinônimo único de cirurgia micrográfica. □

Agradecimento:

Ao dr. Erasmo Tokarski, que enviou o caso para tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Nagle RB, McDaniel KM, Clark VA, Payne CM. The use of antikeratin antibodies in the diagnosis of human neoplasms. *Am J Clin Pathol.* 1983;79:458-66.
2. Asada M, Schaart FM, de Almeida HL, Korge B, Kurokawa I, Asada Y, et al. Solid basal cell epithelioma (BCE) possibly originates from the outer root sheath of the hair follicle. *Acta Derm Venereol.* 1993;73:286-92.
3. Del Rosario RN, Barr RJ, Jensen JL, Cantos KA. Basal cell carcinoma of the buccal mucosa. *Am J Dermatopathol.* 2001;23:203-5.
4. Kopke LFF, Konz B. As diferenças fundamentais entre as variações da cirurgia micrográfica. *An Bras Dermatol.* 1994;69:505-10.
5. Rapini RP. On the definition of Mohs surgery and how it determines appropriate surgical margins. *Arch Dermatol.* 1992;128:673-8.
6. Kopke LFF, Barbosa VG, Brandão ICS. Carcinoma basocelular tratado com cirurgia micrográfica pelo Método de Munique. *An Bras Dermatol.* 1995;70:531-6.
7. Kopke LFF, Schmidt SM. Carcinoma Basocelular. *An Bras Dermatol.* 2002;77: 249-85.
8. Kopke LFF, Bastos JCF, Andrade Filho JS, Gouvêa PS. Margem de segurança: um conceito antigo e relativo. *An Bras Dermatol.* 2005;80:279-86.
9. Rapini RP. Comparison of methods for checking surgical margins. *J Am Acad Dermatol.* 1990;23:288-94.
10. Kopke LFF, Konz B. Cirurgia micrográfica é sinônimo de cirurgia de Mohs? *An Bras Dermatol.* 1994;69:499-502.
11. Swanson NA, Taylor WB, Tromovitch TA. The evolution of Moh's surgery. *J Dermatol Surg Oncol.* 1982;8:650-4.
12. Kopke LFF, Konz B. Mikrographische chirurgie. Eine methodische Bestandsaufnahme. *Hautarzt.* 1995;46:607-14.
13. Kopke LFF. Cirurgia micrográfica: a história do surgimento do método de Munique (ou como se pode escrever certo por linhas tortas). *An Bras Dermatol.* 2003;78:625-8.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Luis Fernando Figueiredo Kopke
Rua Rio Grande do Norte 1560/702
30130 131 - Belo Horizonte - MG
Tel./Fax: (31) 3227-9898
E-mail: luiskopke@kopkedermatologia.med.br

Como citar este artigo / How to cite this article: Kopke LF, Batista JN, Gouveia PS. Carcinoma basocelular simulando tumor intranasal: tratamento com cirurgia micrográfica pelo método de Munique. *An Bras Dermatol.* 2007;82(6):543-7