

Carcinoma basocelular de localização inguinoescrotal: relato de caso

Silvio Alencar Marques^I
 Sckarlet Ernandes Biancolin^{II}
 Hamilton Ometto Stolf^{III}
 Luciana Patrícia Fernandes Abbade^{III}
 Eloísa Bueno Pires de Campos^{IV}
 Mariangela Esther Alencar Marques^V

Departamento de Dermatologia e Radioterapia e Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (Unesp)

Carcinoma basocelular (CBC) é neoplasia maligna de células basais da epiderme ou de células da bainha externa do folículo piloso. É a mais comum das neoplasias malignas e, junto com o carcinoma espinocelular (CEC), compõe o grupo dos cânceres cutâneos não melanoma (CCNM). Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), a estimativa de incidência para ambos (CBC + CEC) para o ano de 2008 foi de 115.000 casos novos no Brasil, com incidência estimada entre 27 casos por 100.000 habitantes na região Norte e 82/100.000 casos na região Sul do país.¹ Considera-se ainda que exista subnotificação de casos de CCNM, particularmente do CBC, devido à sua relativa benignidade¹ e possível resolução por métodos terapêuticos não cirúrgicos ou por criocirurgia e, portanto, ausência de confirmação e registro histológico.

A incidência em paciente de pele clara, a associação com evidências clínicas de exposição solar crônica e a localização em área anatômica fotoexposta são características marcantes do CBC.^{2,3} Admite-se, contudo, que a fotoexposição intermitente, recreacional, com possível queimadura solar seja tão ou mais importante como fator de risco que a fotoexposição cumulativa.² Em termos de localização topográfica, o desenvolvimento do CBC é, em princípio, restrito às áreas onde existem unidades pilosebáceas.⁴ Portanto, salvo raras circunstâncias, não há CBC nas palmas e plantas e nas mucosas.^{5,6}

Aspecto peculiar do CBC é a raridade de ocorrência de metástases, sendo estimada ocorrer entre 1:10.000 e 1:35.000 casos, que corresponderiam a casos agressivos, eventualmente negligenciados e com crescimento tumoral perineural.⁴ Os linfonodos, os pulmões e os ossos são sedes de possíveis metástases. A excepcionalidade de metástases do CBC estaria explicada

pela sua dependência ao estroma produzido pelos fibroblastos dérmicos. Estudos experimentais mostram que autotransplantes de CBC só proliferam quando acompanhados do estroma do local de origem do tumor.^{4,7} A localização preferencial do CBC é na cabeça e pescoço, com cifras entre 57% (Austrália)⁸ 68,7% (Taubaté, São Paulo),⁹ e 86% (Novo México, Estados Unidos) do total de casos estudados.¹⁰ Outras localizações, respectivamente segundo a ordem das referências acima, são o tronco, com 17%, 14,4% e 9,1%; membros superiores com 18%, 13,8% e 3,5% e membros inferiores com 8%, 2,3% e 1,6%. As diferenças observadas podem decorrer de características étnicas e de hábitos de fotoexposição distintos segundo as regiões estudadas. Localização considerada atípica do CBC é aquela da região genital – perineal, de ocorrência incomum e, portanto, subestimada quanto à sua existência, importância e ausente quando do raciocínio clínico sobre lesões nódulo-ulceradas nessa localização.¹¹

O objetivo do presente relato é descrever caso de CBC de grande diâmetro, localizado na região inguinocrural e escroto, negligenciado pelo paciente, de diagnóstico clínico insuspeito até avaliação dermatológica especializada.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, branco, ferroviário aposentado, 86 anos de idade, referia lesão cutânea no escroto há dois anos, pouco dolorosa, de crescimento lento e com sangramento aos mínimos traumas. O paciente não referia história de radioterapia prévia local ou à distância, uso de terapêutica de potencial carcinogênico ou de enfermidade dermatológica anterior à atual. Ao exame, apresentava lesão ulcerada de 10 cm no maior diâmetro,

^I Professor livre-docente do Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (Unesp).

^{II} Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (Unesp).

^{III} Professor assistente doutor do Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (Unesp).

^{IV} Médica cirurgiã plástica do Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (Unesp).

^V Professora livre-docente do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (Unesp).



Figura 1. Carcinoma basocelular: úlcera fagedênica com fundo granuloso e bordas sobre-elevadas. Localizada na região inguinal-face lateral do escroto.



Figura 2. Carcinoma basocelular: detalhe da úlcera, com fundo limpo, granulosa e bordas sobre-elevadas, discretamente peroladas.

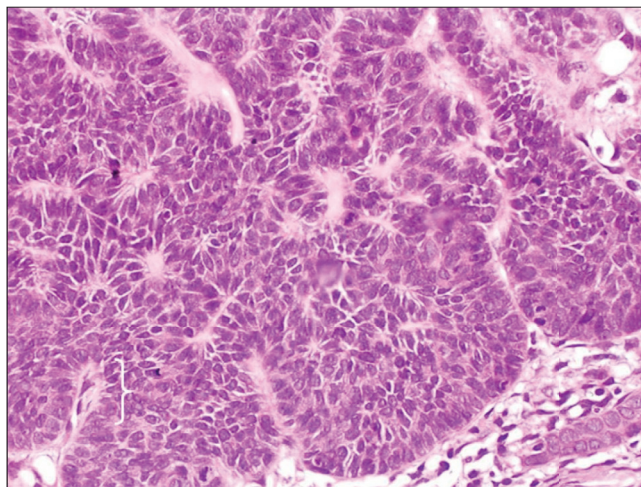


Figura 3. Carcinoma basocelular: proliferação de células basalóides dispostas em paliçada. (hematoxilina e eosina, 400 X).

de fundo granuloso limpo, de bordas sobre-elevadas, aspecto discretamente perolado e com a presença de raras telangiectasias nas suas bordas (Figuras 1 e 2). A lesão situava-se na região inguinal, progredindo para face lateral e proximal do escroto. Havia linfonodos palpáveis na região inguinal do mesmo lado, de até 1,5 cm de diâmetro, duros e móveis. As hipóteses diagnósticas clínicas foram de carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular e de doença de Paget extramamária. A lesão foi submetida, inicialmente, à biópsia incisional que revelou o diagnóstico de CBC de padrão histológico nodular (Figura 3). Na sequência, o paciente foi encaminhado à disciplina de Cirurgia Plástica, que realizou a exérese completa da lesão, com correção do defeito cirúrgico por enxertia e esvaziamento ganglionar inguinal ipsilateral. Ao exame anatomopatológico, os linfonodos não apresentavam comprometimento metastático do CBC, mas sim características de processo reacional. Os registros de acompanhamento do paciente não revelaram recidivas locais ou a ocorrência de metástases.

DISCUSSÃO

Carcinoma basocelular da região perineal-genital é bastante raro e foi diagnosticado em 51 pacientes dentre 18.943 casos de CBC (0,27%) de série de casos estudados em 2001, nos Estados Unidos.¹² Daquela casuística foram excluídos os casos associados à síndrome do basocelular nevoide (síndrome de Gorlin-Goltz) ou casos de xeroderma pigmentoso. A média das idades dos casos foi de 73 anos e as neoplasias, localizadas nas regiões seguintes: nos genitais, com 36 casos (18 de localização vulvar, sendo 8 nos grandes lábios, 1 no clitóris e em 9 não houve anotação específica, 10 de localização púbica, 6 no escroto e dois no pênis) e 15 de localização no períneo. Em 4 pacientes havia história de radiação local prévia por neoplasias mieloproliferativas ou sarcomatosas de localização perineal. Somente 36% dos 51 casos apresentavam história de câncer cutâneo não melano-

ma nas áreas fotoexpostas do paciente, particularmente na face. A apresentação clínica predominante da região perineal-genital foi de lesão em placa eritematosa ou de lesão nodular e, menos frequentemente, de lesão ulcerada. O padrão histológico predominante foi o de proliferação em arranjo nodular. De 30 pacientes com acompanhamento por no mínimo cinco anos pós-tratamento, houve apenas um caso de recidiva e nenhuma ocorrência de metástase.¹² Porém, há relatos que salientam o maior potencial de metástases e o menor intervalo entre diagnóstico e a ocorrência de metástases quando de CBC do períneo.¹³ Em revisão de dados do serviço de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (não publicados), entre 3.100 casos de CBC apenas quatro foram localizados na região perineal/genital (0,13%), sendo igualmente excluídos os casos associados às síndromes que cursam com alta incidência de CBC. As localizações foram na região vulvar (dois casos), escrotal (um caso) e inguinoescrotal (presente relato). As idades distribuíram-se entre 67 e 101 anos, com média de 80 anos. O quadro clínico foi de lesão nodular, nodular-ulcerada ou ulcerada. O tipo histológico foi de CBC de padrão nodular nos quatro casos estudados.

Igualmente raros são os casos de localização anal e perianal.^{14,15} Os casos relatados fazem menção a tumores em pacientes idosos, de crescimento lento, que atingem grande diâmetro e com procura tardia do atendimento médico. O CBC de localização perianal pode apresentar crescimento agressivo local, com invasão do canal anal e esfíncter anal externo e mesmo evoluir para metástase linfonodal regional.^{14,15} As características clínicas podem ser atípicas e há que ser diferenciado clínica e histologicamente do carcinoma cloacogênico, que pode apresentar aspecto clínico semelhante, tem aspecto histológico também basaloide, mas é de comportamento muito mais agressivo, grave e metastatizante.¹⁵

Portanto, há que salientar que a hipótese de CBC não é, habitualmente, lembrada quando da existência de lesões nodulares e ulceradas da região genital e períneo. E isso em função da associação absoluta que se faz entre CBC e localização de fotoexposição e pelo aspecto clínico não clássico do CBC quando da localização perineal-genital. Na maioria dos relatos, as hipóteses diagnósticas iniciais fazem referência ao carcinoma espinocelular, carcinoma cloacogênico, doença de Paget extramamária, condiloma gigante de Buschke-Löwenstein e metástase cutânea de adenocarcinoma.¹¹⁻¹⁴

As razões para o aparecimento de CBC em área não fotoexposta não são claras. A existência de doença dermatológica crônica prévia, como fístulas, intertrigo, dermatoses pruriginosas ou inflamatórias crônicas, exposição a carcinógenos como o arsênico, e a história de radioterapia por neoplasias regionais são considerados com predisponentes plausíveis, a justificar o desenvolvimento de CBC na região.

A demora na procura do atendimento e o diagnóstico definitivo tardio foram eventos comuns na maioria dos casos relatados, o que torna o presente caso didático no sentido de alerta à presença possível de CBC de localização genital-perineal e do

risco referido de maior chance de metástases aos CBC incidentes nessa região anatômica.

INFORMAÇÕES

Endereço para correspondência:

Silvio Alencar Marques

Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito de Rubião Junior, s/nº

Botucatu (SP) – CEP 18618-970

Tel./Fax. (14) 3882-4922

Cel. (14) 9671-0241

E-mail: smarques@fmb.unesp.br

Fonte de fomento: nenhum

Conflito de interesse: nenhum

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa/2008: incidência de câncer no Brasil [Estimate/2008: incidence of the cancer in Brazil]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2007.
2. Armstrong BK, Kricger A. The epidemiology of UV induced skin cancer. *J Photochem Photobiol B*. 2001;63(1-3):8-18.
3. Naldi L, DiLandro A, D'Avanzo B, Parazzini F. Host-related and environmental risk factors for cutaneous basal cell carcinoma: evidence from an Italian case-control study. *J Am Acad Dermatol*. 2000;42(3):446-52.
4. Pontém F, Lundberg J, Asplund A. Principles of tumor biology and pathogenesis of BCCs and SCCs. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. *Dermatology*. 2nd ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2008. p. 1627-39.
5. Abeldaño AM, Tiscornia J, Cendeño LP, Brea P, Chouela EN. Basal cell carcinoma in palm and sole. *Skinmed*. 2006;5(1):40-2.
6. Del Rosario RN, Barr RJ, Jensen JL, Cantos KA. Basal cell carcinoma of the buccal mucosa. *Am J Dermatopathol*. 2001;23(3):203-5.
7. van Scott EJ, Reinertson RP. The modulating influence of stromal environment on epithelial cells studied in human autotransplants. *J Invest Dermatol*. 1961;36:109-31.
8. Richmond-Sinclair NM, Pandeya N, Ware RS, et al. Incidence of basal cell carcinoma multiplicity and detailed anatomic distribution: longitudinal study of an Australian population. *J Invest Dermatol*. 2009;129(2):323-8.
9. Ferreira FR, Nascimento LFC. Câncer cutâneo em Taubaté (SP) – Brasil, de 2001 a 2005: um estudo de prevalência [Skin cancer in Taubaté (SP) – Brazil, from 2001 to 2005: a prevalence study]. *An Bras Dermatol*. 2008;83(4):317-22.
10. Athas WF, Hunt WC, Key CR. Changes in nonmelanoma skin cancer incidence between 1977-1978 and 1998-1999 in Northcentral New Mexico. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2003;12(10):1105-8.
11. Betti R, Brusca C, Inselvini E, Crosti C. Basal cell carcinomas of covered and unusual sites of the body. *Int J Dermatol*. 1997;36(7):503-5.
12. Gibson GE, Ahmed I. Perianal and genital basal cell carcinoma: a clinicopathologic review of 51 cases. *J Am Acad Dermatol*. 2001;45(1):687-71.
13. Esquivias Gómez JL, González-López A, Velasco E, Pozo T, del Villar A. Basal cell carcinoma of the scrotum. *Australas J Dermatol*. 1999;40(3):141-3.
14. Kort R, Fazaa B, Bouden S, Nikkels AF, Piérard GE, Kamoun MR. Perianal basal cell carcinoma. *Int J Dermatol*. 1995;34(6):427-8.
15. Damin DC, Burtet RM, Rosito MA, et al. Carcinoma basocelular perianal: relato de caso e revisão da literatura [Perianal basal cell carcinoma: case report and literature review]. *Rev Bras Colo-Proctol*. 2007;27(3):330-2.

Data de entrada: 24/11/2009

Data da última modificação: 13/1/2010

Data de aceitação: 19/3/2010

RESUMO DIDÁTICO

1. Carcinoma basocelular é neoplasia cutânea de alta incidência no Brasil.
2. Caracteriza-se por sua associação com pacientes de pele clara, exposição crônica ao sol e localização das lesões em áreas fotoexpostas.
3. A incidência de metástases é excepcional, ocorrendo a cada 10.000 e 35.000 casos.
4. Localização na região perineal é rara e, quando presente, a hipótese de carcinoma basocelular é raramente aventada e o diagnóstico final, postergado.
5. Há referência de que a possibilidade de metástases cresce quando o carcinoma basocelular é de localização perineal.