

Medicina Cutánea

Ibero-Latino-Americana

Volumen **32**
Volume

Número **2**
Number




Marzo-Abril **2004**
March-April

Artículo:




Queratoacantoma gigante: relato de caso

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Colegio Ibero-Latino-Americano de Dermatología

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Medigraphic.com

Queratoacantoma gigante: relato de caso

Giant Keratoacanthoma: Case Report

Thais Ferraz de Arruda Veiga, Aparecida M. Moraes, Antonio Martins, Maria Letícia Cintra,
Maria Carolina Sampaio, Viviane Gomes de Melo

Departamento de Dermatologia. Hospital das Clínicas. Universidade Estadual de Campinas. UNICAMP. Brasil.

Correspondência:

Thais Ferraz de Arruda Veiga
Rua José Augusto Silva, 761-apto. 13-Trinidade
Jd Santa Cândida. CP. 13087-570 Campinas-SP, Brasil
Tel.: (+19) 32 963 567
e-mail: thaisveiga@zipmail.com.br

Resumo

O queratoacantoma é um tumor cutâneo de rápido crescimento e características histológicas semelhantes ao carcinoma espinocelular, sendo difícil, em alguns casos, a distinção entre eles. Frequentemente acomete áreas de exposição solar. Descreve-se um caso de queratoacantoma gigante acometendo extensa área lombosacra, tendo 14 anos de evolução. Foram utilizados diversos tratamentos clínicos e excisão cirúrgica, infelizmente com pouca resposta terapêutica.

(Ferraz de Arruda Veiga T, Moraes AM, Martins A, Cintra ML, Sampaio MC, Gomes de Melo V. Queratoacantoma gigante: relato de caso. Med Cutan Iber Lat Am 2004; 32(2): 75-77)

Palavras chave: queratoacantoma gigante, carcinoma espinocelular, histopatologia.

Summary

Keratoacanthoma is a benign cutaneous tumour that displays rapid growth with a histologic pattern suggestive of a squamous cell carcinoma, sometimes are difficult to distinguish between both tumors. Most often occur on sun-exposed areas. The authors describe a case of a giant keratoacanthoma affecting lumbar-sacral area, developed over 14 years. Multiple treatments have been used and surgical excision. However there was no effective therapy.

Key words: giant keratoacanthoma, squamous cell carcinoma, histopathology.

O queratoacantoma (QA) é um tumor cutâneo epitelial, manifestando-se como nódulo duro, raramente múltiplo, com cratera central, contendo material queratótico. Situa-se nas partes pilosas, principalmente em áreas expostas, embora existam relatos de acometimento sem exposição solar, como a região perianal[1]. Nas formas típicas há um crescimento tumoral rápido, podendo apresentar involução espontânea.

A lesão é mais prevalente a partir dos cinquenta anos, afeta ambos os sexos, embora alguns estudos tenham demonstrado acometimento nos homens três vezes mais freqüente que nas mulheres[2].

Vários fatores estão implicados na patogenia, dentre eles o vírus HPV, trauma, carcinógenos químicos, radiação ultravioleta, fatores genéticos e algumas doenças como dermatite seborréica, lupus eritematoso sistêmico e psoríase[3].

Ao exame demonstra-se área central com material paraqueratótico e nas bordas presença de epitélio hiperplásico rico em glicogênio. Às vezes é muito difícil de distingui-lo do carcinoma espinocelular (CEC), mas características como ulceração, pleomorfismo, anaplasia e numerosas mitoses falam a favor deste, enquanto margens bem delimitadas e invaginação epitelial são mais sugestivas de queratoa-

cantoma[4]. Outra característica, mais comum ao QA, é o crescimento rápido.

São descritas várias formas de queratoacantoma, dentre elas, QA múltiplo autocurável, com lesões múltiplas em áreas de exposição solar, QA eruptivo generalizado (variante Grzybowski), QA marginado centrífugo, com centro atrófico e bordas periféricas nítidas, QA gigante, com lesões de grandes dimensões e de caráter verrucoso, apresentando, às vezes, caráter destrutivo local com invasão tecidual[5].

Caso clínico

Paciente masculino, pardo, 62 anos, apresentava grande lesão tumoral há 14 anos. A lesão estendia-se desde a região lombar, acometendo a nádega até a coxa direita; possuía fundo necrótico e vegetante, ulcerado, bordos elevados, infiltrados e eritematosos, aderentes aos planos profundos, com secreção purulenta e sanguinolenta e várias fístulas (Figura 1). Houve dificuldade na determinação da extensão da lesão, considerando a irregularidade e reentrância dos bordos. O paciente mostrava-se emagrecido, apático e descorado.

Trazia exames anátomo-patológicos anteriores mostrando processo inflamatório crônico inespecífico com intensa



Figura 1. Grande lesão tumoral e ulcerada.

hiperplasia pseudoepiteliomatosa, sem sinais de malignidade em três amostras diferentes. Já havia utilizado dapsona sistêmica e quimioterapia com cisplatina e 5-fluoracil, não obtendo regressão da doença.

O diagnóstico anátomo-patológico (Figuras 2 e 3), realizado no Hospital das Clínicas da Unicamp, após coleta de várias amostras, de pontos diferentes, mostrou queratoacantoma, sem sinais de malignidade e, em raras delas, carcinoma epidermóide bem diferenciado com padrão arquitetural de queratoacantoma.

A tomografia computadorizada realizada na primeira internação, a despeito do grande volume tumoral, não revelou invasão, mas intenso comprometimento das partes moles.

Com o intuito de redução da lesão e da necrose tumoral, prescreveu-se retinóides sistêmicos, etretinato e, após, acitretina via oral.

A extensão, o volume do tumor e as condições clínicas do paciente limitavam a ressecção cirúrgica, principalmente considerando as dificuldades para reconstrução. Entretanto, como não houvesse outro recurso terapêutico e o tumor apresentasse franco crescimento, optou-se por operá-lo.

A análise histológica da peça cirúrgica referiu tumor epitelial com padrão arquitetural de queratoacantoma, havendo raros indícios de carcinoma. As margens cirúrgicas estavam livres, sem êmbolos vasculares ou invasão perineural na peça principal examinada.

Após 30 dias, o paciente foi submetido à nova cirurgia para reconstrução das áreas ulceradas, com boa integração dos enxertos e radioterapia complementar pós-operatória (Figura 4).

Evoluiu por um ano com seguimentos clínicos, apresentando recidiva local, infecção secundária e suspeita de osteomielite. A nova investigação mostrou, pela tomografia

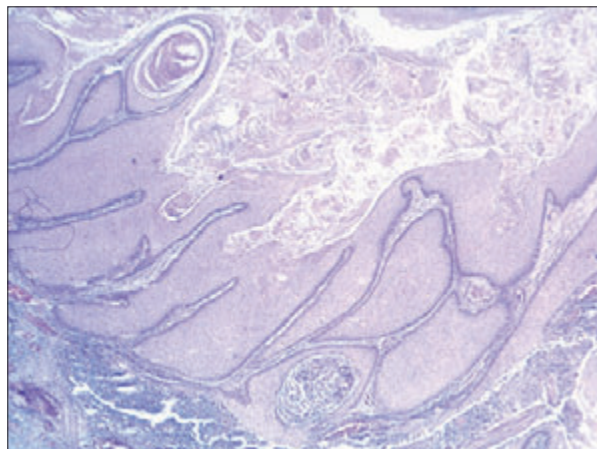


Figura 2. Lesão em forma de taça, contendo material córneo frouxo. As bordas e a base da lesão exibem ceratinócitos de aspecto vítreo. Nota-se infiltrado liquenóide na orla neoplásica.

computadorizada da pelve, comprometimento da asa do íliaco e osteopenia do fêmur.

Considerando a invasão óssea tumoral, propôs-se hemipelvectomy e amputação inter-íleo-abdominal. Durante a cirurgia, o paciente obteve por acidente vascular.

Comentário

O caso descrito possui localização atípica, acometendo grande área na região lombo-sacra, sendo que os QA mais comuns ocorrem na face, membros e mãos[6]. Enquanto na evolução natural do tumor é comum a resolução num período de quatro a seis meses[7], o paciente apresentou quadro arrastado por mais de dezesseis anos, não respondendo a diferentes terapêuticas.

A variedade QA gigante costuma crescer mais de nove centímetros[8], sendo raro encontrar na literatura algum caso de dimensão tão extensa como esse. Embora usualmente no QA gigante não ocorra invasão dos tecidos e cartilagens, trata-se de tumor com grande caráter invasor, semelhante à descrição do autor Rapaport J, 1975[9], que descreveu um QA gigante de nariz. Há também um caso descrito de acometimento osteolítico envolvendo a falange proximal num QA interdigital[10].

A diferenciação entre QA e CEC é muitas vezes complexa, sendo que em aproximadamente 10-20% dos casos não se consegue classificar, mesmo considerando-se os critérios mais relevantes[4], como invaginação epitelial e anaplasia. Na prática é comum o diagnóstico histológico “provável QA; CEC não pode ser excluído”[7]. No caso reportado, o exame anátomo-patológico poderia sugerir CEC bem diferenciado com padrão arquitetural de QA, com atipias esparsas. Não havia comprometimento das margens cirúrgicas, êmbolos vasculares ou invasão perineural.

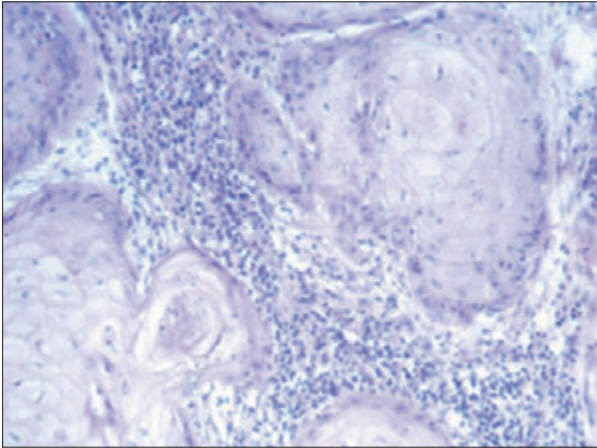


Figura 3. Detalhe ceratinócitos, na base da lesão, com núcleos volumosos e nucléolos evidentes. Há agressão linfocitária liquefocítica da camada basal.

Apesar de não ter ocorrido metástases à distância, trata-se de um QA bastante agressivo, visto o tamanho do tumor, recidiva após a cirurgia, acometimento ósseo local e sem involução.

Não houve resposta à radioterapia, quimioterapia e retinóides sistêmicos. Há descrição destas terapêuticas para o QA[11-13], com falhas em algumas formas de QA múltiplo[14]. O tratamento com metotrexato é uma alternativa[15], principalmente no estágio de rápido crescimento, bloqueando a síntese de DNA, mas não foi optado devido à dimensão da lesão.

A remoção cirúrgica foi difícil neste paciente. A recidiva era esperada, considerando o tamanho da lesão.



Figura 4. Pós-operatório.

Concluiu-se haver grande dificuldade em se estabelecer diagnóstico clínico, histopatológico e, sobretudo, terapêutico para QA gigante com feições de CEC. Seria possível esperar a invasão locorregional em um tumor tão extenso e, também, sua mudança de comportamento após anos de evolução.

Bibliografia

1. Kuppers F, Jongen J, Bock JU, Rabenhorst G. Keratoacanthoma in the differential diagnosis of anal carcinoma: difficult diagnosis, easy therapy. Report of three cases. Dis Colon Rectum 2000; 43: 427-9.
2. Rook A, Whimster I. Keratoacanthoma-a thirty year retrospect. Br J Dermatol 1979; 100: 41-7.
3. Sampaio SP, Rivitti EA. Queratoacantoma. Dermatologia, 2a ed. Brasil, 2001; 830-1.
4. Cribier B, Asch P, Grosshans E. Differentiating squamous cell carcinoma from keratoacanthoma using histopathological criteria. Is it possible? A study of 296 cases. Dermatology 1999; 199: 208-12.
5. Alyahya GA, Heegaard S, Prause JU. Malignant changes in a giant orbital keratoacanthoma developing over 25 years. Acta Ophthalmol Scand 2000; 78: 223.
6. Kingman J, Callen JP. Keratoacanthoma. A clinical study. Arch Dermatol 1984; 120: 736-40.
7. Schwartz RA. Keratoacanthoma. J Am Acad Dermatol 1994; 30: 1-19; quiz 20-2. Review.
8. Webb AJ, Ghadially FN. Massive or giant keratoacanthoma. J Pathol Bacteriol 1966; 91: 505-9.
9. Rapaport J. Giant keratoacanthoma of the nose. Arch Dermatol 1975; 111: 73-5.
10. Mehta VR. Keratoacanthoma with osteolysis (a case report with an isolated interdigital lesion). Indian J Dermatol Venereol Leprol 1980; 46: 360-3.
11. Canas GC, Robson KJ, Arpey CJ. Persistent keratoacanthoma: challenges in management. Dermatol Surg 1998; 24: 1364-9.
12. Wong WY, Kolbusz RV, Goldberg LH, Guana A. Treatment of a recurrent keratoacanthoma with oral isotretinoin. Int J Dermatol. 1994;33:579-83.
13. Stavrianeas NG, Katoulis AC, Stratigeas NP, Neofotistou O, Koumantaki-Mathioudaki E, Vareltzidis AG. Eruptive multiple keratoacanthomas of the extremities. Acta Derm Venereol. 1998;78:228-9.
14. Consigli JE, Gonzalez ME, Morsino R, Guidi A, Chappuis JM, Papa M, Maldonado S. Generalized eruptive keratoacanthoma (Grzybowski variant). Br J Dermatol. 2000;142:800-3.
15. Spieth K, Gille J, Kaufmann R. Intralesional methotrexate as effective treatment in solitary giant keratoacanthoma of the lower lip. Dermatology. 2000;200:317-9.