

CARCINOMA ESPINOCELULAR EM INDIVÍDUOS COM IDADE INFERIOR A 40 ANOS

ALEXANDRA SANTA MARTA, MIGUEL CORREIA, L. GARCIA E SILVA
Clínica Dermatológica Universitária de Lisboa, Hospital de Santa Maria. Lisboa.

RESUMO

Estudaram-se os doentes com diagnóstico histológico de Carcinoma Espinocelular (C.E.C.) com idade inferior a 40 anos, com base no banco de dados do laboratório de Histopatologia do Serviço de Dermatologia do Hospital de Santa Maria, no período compreendido entre Janeiro de 1985 e Dezembro de 1993. Analisou-se para cada um dos 19 casos, a idade, o sexo, a localização, a profissão, os hábitos tabágicos e alcóolicos, o fotótipo, o tempo médio de evolução, a existência de imunossupressão, infecções virais prévias, tratamentos anteriores com RX ou PUVA e outras doenças associadas. Verificou-se predomínio das profissões com exposição solar habitual, sendo o sexo masculino mais atingido que o feminino (2,2/1). Registaram-se hábitos alcóolicos marcados em 37% dos doentes. A localização mais frequente foi o lábio inferior (42%). Houve predomínio do fotótipo I (53%).

SUMMARY

Skin squamous cell carcinoma in people before the age of 40 years

We reviewed all the cases of Squamous Cell Carcinoma in people under 40 years of age, diagnosed histologically at the Dermatopathology Laboratory of the Santa Maria Hospital, from January 1985 to December 1993. The 19 cases detected were analysed for age, sex, occupation, anatomical site of the tumor, evolution, smoke and alcoholic habits, skin phototypes, immunosuppression, previous viral infections, previous radiotherapy or PUVA therapy and associated diseases. A prevalence of an occupation involving more exposure to the sun was found. Males were more affected than females (2,2/1). In 37% of the patients we detected heavy alcoholic habits. The most frequent anatomical site was the lower lip (42%). Patients with skin phototype I were more affected (53%).

INTRODUÇÃO

O Carcinoma Espinocelular (C.E.C.) é um tumor maligno proveniente dos queratinocitos, caracteriza-se por evolução relativamente rápida^{1,2}, poder invasivo considerável, possibilidade de metastização, podendo localizar-se em qualquer ponto da superfície cutânea, sendo frequente a localização nas mucosas.

As localizações mais comuns são as áreas expostas à radiação solar, assim a face, a mucosa labial inferior, o pavilhão auricular, o dorso das mãos e os antebraços são frequentemente atingidos. Contudo certas ocupações ou profissões podem modificar esta distribuição.

É um tumor frequente na nossa população e o número de diagnósticos nos Serviços de Dermatologia do nosso país tem aumentado anualmente.³⁻⁶

Surge geralmente em pele com sinais de lesão provocada pela luz solar nomeadamente elastose, queratoses actínicas, pigmentação irregular e telangiectasias ou, leucoplasia e fissuração no caso da mucosa labial inferior. Ocorre geralmente em indivíduos idosos.

Está claramente demonstrado o papel da radiação solar acumulada ao longo dos anos, sobretudo em indivíduos de pele clara e bronzamento difícil, para o aparecimento de CEC.⁷⁻¹⁰ Na raça negra aparece geralmente em

indivíduos com processos inflamatórios prolongados e em albinos.^{11,12}

Existem contudo outros factores etiopatogénicos a considerar, entre os quais as radiações ionizantes,¹³ as infecções virais,¹⁴ sobretudo pelo HPV¹⁵ e as retrovírus. A imunossupressão associada à terapêutica imunossupressora dos transplantes e ao síndrome de imunodeficiência adquirida, vem sendo referida, na medida em que se observa nestes grupos incidência de CEC superior à esperada.¹⁶⁻¹⁸

CEC pode ser complicação de várias doenças inflamatórias crónicas como lepra e lupus eritematoso, de úlceras crónicas, de fístulas de osteomielite, de cicatrizes queloides antigas e hidradenite supurativa.¹⁹⁻²¹

Podem considerar-se como patologias predisponentes de CEC, entre outras o síndrome de Bloom, o xeroderma pigmentosum e a epidermodisplasia verruciforme.

Com o objectivo de verificar os aspectos particulares, quanto à etiopatogenia e clínica, procurámos caracterizar o grupo de doentes sofrendo de C.E.C. antes dos 40 anos.

POPULAÇÃO E MÉTODO

Tendo como base o banco de dados do Laboratório de Histopatologia do Serviço de Dermatologia do Hospital de Santa Maria, foram seleccionadas as fichas com o diagnóstico histopatológico de Carcinoma Espinocelular (C.E.C.), referentes ao período compreendido entre Janeiro de 1985 e Dezembro de 1993, de entre estas, escolheram-se para caracterização, todas as que correspondiam a indivíduos com idade inferior a 40 anos.

Procurou-se determinar em relação a cada um dos doentes eventuais factores etiopatogénicos de C.E.C., designadamente a existência de imunossupressão, infecções virais prévias, tratamentos anteriores com RX ou PUVA e outras doenças associadas. Para além da idade, determinou-se ainda a localização, a profissão, os hábitos tabágicos e alcóolicos, o fotótipo, o estado dos dentes e o tempo médio de evolução.

RESULTADOS

No período estudado (9 anos), o número total de diagnósticos histopatológicos de C.E.C. foi 686, dos quais 19 (2,8%) tinham idade inferior aos 40 anos.

A idade média à data da primeira observação foi 33,3 anos (+/- 5,9 anos) para o sexo feminino e 29,7 anos (+/- 8,6 anos) para o sexo masculino, sendo a idade mínima do grupo estudado 18 anos e a máxima 40 anos.

Em 2 indivíduos (11%) C.E.C. surgiu antes dos 20 anos.

Houve predominio do sexo masculino, 13 casos (68%), em relação ao sexo feminino, 6 casos (32%), sendo a relação M/F 2,2/1.

O tempo médio de evolução, foi 11,4 meses (+/- 6,5 meses), com mínimo de 1 mês e máximo de 24 meses.

Em relação à localização das lesões, verificou-se predominio das lesões no lábio inferior (42%), sendo esta a localização mais comum no sexo masculino (54%). Nos dois sexos predominaram as áreas anatómicas de exposição solar habitual.

Na procura de factores condicionantes associados (*Fig. 1*) encontrou-se hábitos tabágicos marcados em 37% dos casos. Alguns dos doentes (32%) múltiplas cáries dentárias, em 2 (11%) havia imunossupressão documentada.

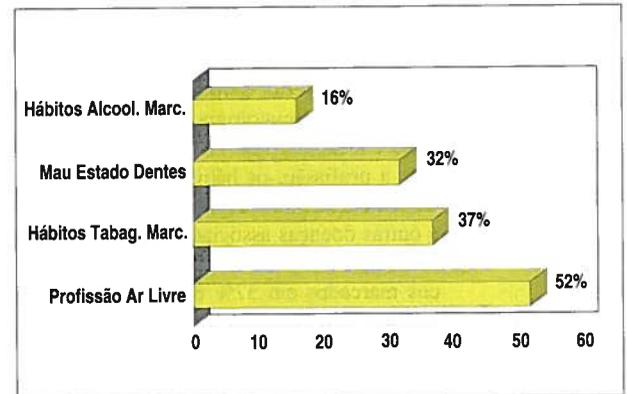


Figura 1 - C.E.C. em indivíduos com idade inferior a 40 anos. Factores associados

Em 5 casos (26%), detectaram-se outras doenças associadas. (*Quadro 1*)

Quadro 1 - C.E.C. em indivíduos com idade inferior a 40 anos

IDADE	SEXO	LOCALIZAÇÃO	D. ASSOCIADAS	FOTÓTIPO
28	F	lábio inferior	LES*	II
18	M	lábio inferior		I
38	M	hemiface direita	Paraplegia	I
36	F	nariz		II
39	M	lábio inferior		I
23	M	pé		II
24	F	hemiface direita		I
37	F	hemiface esquerda	Albinismo	I
29	M	lábio inferior		I
18	M	perna		IV
38	M	ombro		I
21	M	lábio inferior		I
39	F	hemiface direita		I
36	F	vulva		II
30	M	lábio inferior		III
21	M	polegar	S. Rothmund Thomson	I
32	M	lábio inferior		II
40	M	pé	D. Crohn	II
39	M	lábio inferior		II

* LES - Lupus Eritematoso Sistémico

Relativamente ao fotótipo (*Fig. 2*), verificou-se predominio do fotótipo I (53%) e 52% nos doentes que tinham profissões que obrigavam a exposição solar prolongada.

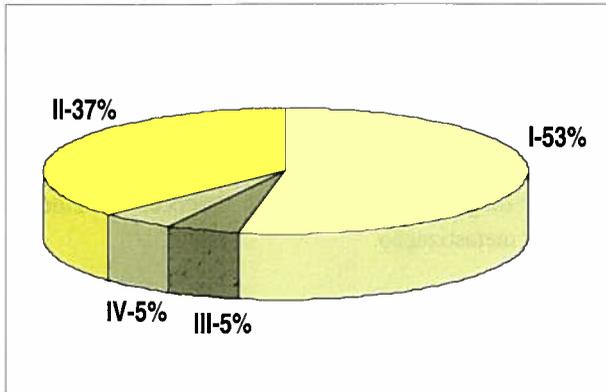


Figura 2- C.E.C. em indivíduos com idade inferior a 40 anos. Fotótipos

Em todos os doentes a terapêutica efectuada foi cirúrgica.

Destacam-se alguns aspectos da história clínica relativamente aos 5 casos com doenças associadas:

CASO 1

A.M.F., sexo feminino, 28 anos de idade. Fotótipo II. Lupus Eritmatoso Sistémico (LES) diagnosticado aos 18 anos, actualmente medicada com azatioprina (100mg/dia) e prednisona (20mg/dia).

Aos 25 anos, múltiplas verrugas vulgares do lábio inferior tratadas com 5-fluoruracilo e ácido salicílico, havendo remissão das lesões iniciais mas com aparecimento de novas lesões. Dois anos depois, fez crioterapia, por persistência das verrugas no lábio inferior.

Aos 27 anos, quatro meses após crioterapia, surge tumor ulcerado do lábio inferior (*Fig. 3*), foi efectuada biópsia excisional, cujo diagnóstico histológico foi C.E.C. . Cinco meses após a intervenção inicial foi de



Figura 3- C.E.C. do lábio inferior em mulher de 28 anos com o diagnóstico de L.E.S.

novo submetida a cirurgia por recidiva local da lesão. O diagnóstico histológico foi C.E.C., exérese possivelmente incompleta, pelo que um mês depois iniciou radioterapia do lábio e cadeias ganglionares do pescoço.

CASO 2

R.M.M., sexo masculino, 38 anos de idade, sem actividade profissional. Fotótipo I.

Paraplégico desde nascimento (paralisia cerebral).

Natural e residente em Moçambique até aos 22 anos, onde a família tinha por hábito passar longas horas ao sol.

Aos 38 anos foi observado em consulta de Dermatologia por múltiplas queratoses actínicas e queilite actínica, basalioma da região frontal e C.E.C. da região temporo parietal direita. Foi submetido a cirurgia de Mohs.

CASO 3

E.M., sexo feminino, 37 anos de idade, doméstica, natural e residente em Angola, raça negra, albina. Fotótipo I.

Aos 36 anos surgiu tumor de cor rosada, sangrante na região geniana esquerda, foi submetida a cirurgia em Luanda. Seis meses após houve recidiva local da lesão pelo que, cinco meses depois foi enviada ao Hospital de Santa Maria.

Observou-se tumor ocupando praticamente toda a hemiface esquerda, sem adenopatias palpáveis e com exames de rotina sem alterações.

Foi efectuada excisão, com controle histológico por exames extemporâneos, com esvaziamento da hemiface esquerda até à fossa pterigo maxilar esquerda e osteotomia do côndilo esquerdo.

CASO 4

A.S.R., sexo masculino, 21 anos, vendedor ambulante. Fotótipo I.

Desde os 3 meses de idade alterações cutâneas da face. Aos 6 anos onicólise.

Aos 12 anos poiquilodermia, hipogonadismo e baixo desenvolvimento estato-ponderal, foi diagnosticado síndrome de Rothmund-Thomson.

Na família existiram três primos com mesmo síndrome que faleceram entre os 30 e os 40 anos por tumores cutâneos.

Foi observado pela primeira vez na consulta de Dermatologia do Hospital de Santa Maria em 1984 por lesão ulcerada desde há um ano no polegar da mão direita (*Fig. 4*), a qual foi submetida a biópsia cujo exame histológico revelou C.E.C., em segundo tempo foi efectuada amputação da última falange do polegar direito. Nessa



Figura 4- C.E.C. do polegar em homem de 21 anos com diagnóstico de síndrome de Rothmund - Thomson

altura foi também efectuada exérese de corno cutâneo do pavilhão auricular direito, cujo diagnóstico histológico foi queratose actínica hipertrófica.

Três anos após a observação inicial houve recidiva local do C.E.C. no polegar, tendo sido efectuada amputação e reconstrução com retalho tubular. Surgiram novas queratoses actínicas, iniciou terapêutica com etretinato na dose de 10 mg/dia.

CASO 5

M.C.F., sexo masculino, 40 anos de idade, fiscal da Rodoviária Nacional.

Fotótipo II.

Doença de Crohn diagnosticada há 11 anos, medicado com salazossulfapiridina e prednisona.

Desde há 5 anos lesão ulcerada da planta do pé direito, foi feita excisão cirúrgica sendo o diagnóstico histológico compatível com C.E.C.

DISCUSSÃO

C.E.C. é, de modo habitual doença que afecta indivíduos idosos que sofreram exposição prolongada à radiação solar ao longo da vida.

Constatámos no grupo estudado haver algumas diferenças relativamente à maioria dos doentes de C.E.C.

Assim, quando surge em fase precoce da vida é frequente a existência de patologia geral predisponente, destacando-se a imunossupressão e as doenças genéticas.

Por outro lado, em número considerável dos doentes estudados (metade do grupo) a exposição solar intensa, a que indivíduos de pele clara sem capacidade de bronzear, foram submetidos parece ser a causa de aparecimento de C.E.C.

O lábio inferior foi a região anatómica afectada em 42% dos casos. O facto de se tratar de área bastante exposta à luz solar, os hábitos tabágicos marcados e, num

doente, a presença de infecção pelo papiloma vírus, foram as causas encontradas para esta distribuição.

Como conclusão deste trabalho salientamos a necessidade de esclarecimento dos indivíduos jovens com actividades que obrigam a exposição solar prolongada, quanto à necessidade de fotoprotecção.

Destacamos também a importância do acompanhamento precoce dos doentes com patologia geral que predisponha ao aparecimento de C.E.C., para permitir efectuar diagnóstico e tratamento precoce, reduzindo o risco de metastização.

BIBLIOGRAFIA

1. PHILIPS TJ, DOVER JS: Recent advances in Dermatology. *N Engl J Med*, 1992; 356:167-178
2. CHUANG T, POPESCU NA, SU D, CUTE CG: Squamous Cell Carcinoma. *Arch Dermatol*, 126:185-188
3. Estatísticas. *Trab Soc Port Derm Ven*, 1988; XLVI: 251-254
4. Estatísticas: Hospital Distrital de Santarém. *Trab Soc Port Derm Ven*, 1990; XLVIII: 292-294
5. COCHITO M, CAMPOS LOPES, LUIZ LEITE, PINTO SOARES: Squamous-cell carcinoma of the lips. *Skin Cancer*, 1991; 6: 121-124
6. PERES CORREIA M, FREITAS JP, GARCIA E SILVA L: Carcinoma Espinocelular. *Casuística 1985-1991*. *Trab Soc Port Derm Ven*, 1992; L (3):203-208
7. SWANBECK G, HILLSTROM L: Analysis of etiological factors of squamous cell skin cancer of different locations. 1. Lower limbs. *Acta Derm Venereol*, 1969; 49: 427-435
8. SWANBECK G, HILLSTROM L: Analysis of etiological factors of squamous cell skin cancer of different locations. 3. The arm and the hand. *Acta Derm Venereol*, 1970; 50: 350-354
9. TRUHAN A: Sun protection in childhood. *Clin Pediatr Phila*, 1991; 30: 412-421
10. KRICKER A, ARMSTRONG B, ENGLISH D, HEENAN P: Pigmentary and cutaneous risk factors for non-melanocytic skin cancer. *Int J Cancer*, 1991; 48: 650-662
11. DATUBO B: Primary malignant skin tumours in Nigerians. *J Natl Med Assoc*, 1991; 83: 345-348
12. SHAPIRO MP, KEEN P, COHEN L et al.: Skin cancer in the South African Bantu. *Br J Cancer*, 1953; 7: 45-57
13. SADOMORI N, MINE M, HORI M, FUJIWARA N: Incidence of skin cancer among Nagasaki atomic bomb survivors. *J Radiat Res Tokyo*, 1990; 31: 280-287
14. GERRITT J, VAN DER SCHROEFF J, EVERS LM et al.: Ras Oncogene mutations in basal cell carcinoma and squamous cell carcinomas of the skin. *J Invest Dermatol*, 1990; 94: 423-425
15. QUAN MB, MOY LR: The role of human papillomavirus in carcinoma. *J Am Acad Dermatol*, 1991; 25:698-705
16. BOYLE J, MACKIE RM, BRIGGS JD et al.: Cancer warts and sunshine in renal transplant patients. *Lancet*, 1984; 702-705
17. MINET A: Skin cancer and kidney grafts. *Dermatologica*, 1989; 179: 146-149
18. COUETIL J, MCGOLDRICK J, WALLWORK J: Malignant Tumours after heart transplantation. *J Heart Transplant*, 1990; 9: 622-626
19. DUQUE JL, SILVA LG: Carcinomas espinocelulares em cicatrizes. *Trab Soc Port Derm Ven*, 1986; XLV: 7-14
20. HAHN S, KIM D, JEON C: Clinical study of Marjolin's ulcer. *Yonsei Med J*, 1990; 31: 234-241
21. PRESSER, S.; TAYLOR, J.: Squamous cell carcinoma in blacks with discoid lupus erythematosus. *J Am Acad Dermatol*, 1981; 4: 667-669