

CARCINOMA ESPINOCELULAR SUBUNGUEAL

Hugo Barreiros

Interno do Internato Complementar de Dermatologia e Venereologia/Resident Dermatology and Venereology, Serviço de Dermatologia e Venereologia/ Dermatology and Venereology Department, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

RESUMO – O carcinoma espinocelular do leito ungueal é raro. A sua clínica atípica pode mimetizar diversas patologias tornando o diagnóstico difícil e tardio. A localização mais frequente é a unha da mão tendo como provável explicação a muito maior exposição solar (comparando com a unha do pé) e o possível papel do vírus do papiloma humano.

Descreve-se o caso clínico de um homem de 58 anos que recorre à nossa consulta por tumor subungueal do quarto dedo da mão esquerda. A biópsia cutânea revelou tratar-se de carcinoma espinocelular pelo que se procedeu à excisão da totalidade da unidade ungueal. O defeito cirúrgico foi encerrado com enxerto de pele total.

A excisão da totalidade da unidade ungueal é realizada por duas razões principais: tumor maligno ou distrofia ungueal pós-traumática grave. A amputação do dedo é mandatória na presença de melanoma invasivo ou de carcinoma espinocelular com invasão óssea.

PALAVRAS-CHAVE – Carcinoma espinocelular; Unhas.

SUBUNGAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA

ABSTRACT – Subungual squamous cell carcinoma is rare. Its atypical presentation can mimic several diseases and therefore the diagnosis can be easily missed or delayed. It is more frequently observed on the fingernails which may be explained by a much higher sunlight exposure and a possible role of human papilloma virus infection.

We report a case of a 58-year-old man that was referred to our Department with a subungual tumour on his left fourth finger. Skin biopsy showed a Subungual squamous cell carcinoma and therefore whole nail unit was excised. Closure was performed with a full-thickness skin graft.

The nail apparatus should be fully excised for two main reasons: malignant tumour and severe posttraumatic nail dystrophy. Amputation remains necessary in case of invasive melanoma or in any Subungual squamous cell carcinoma with bone involvement.

KEY-WORDS – Carcinoma, squamous cell; Nails.

Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

No conflicts of interest.

Suporte financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

No sponsorship or scholarship granted.

Recebido/Received – Junho/June 2012; Aceite/Accepted – Julho/July 2012

Por decisão dos autores, este artigo não foi redigido de acordo com os termos do novo Acordo Ortográfico.

Dermatologia Cirúrgica

Correspondência:

Dr. Hugo Barreiros

Serviço de Dermatologia e Venereologia

Hospital Garcia de Orta

Av. Torrado Silva

2805-267 Almada, Portugal

Tel.: +351 212727100

Fax: + 351 212957004

Email: hbarreiros@gmail.com

INTRODUÇÃO

O carcinoma espinocelular (CEC) do leito ungueal é raro, tendo sido descrito pela primeira vez em 1850 por Velpeau^{1,2}. A sua incidência não é conhecida sendo que tem pico de ocorrência na 5ª década de vida³. O diagnóstico é difícil e muitas vezes tardio. A sua clínica atípica pode mimetizar outras patologias, como: verruga vulgar; onicomicose; perioníquia; granuloma piogénico; distrofia ungueal ou exostose. O diagnóstico definitivo só pode ser feito se houver um alto grau de suspeição e recorrendo à biópsia cutânea. Qualquer lesão ungueal crónica ou recorrente que não responda ao tratamento inicial deve ser biopsada. A localização mais frequente é a unha da mão tendo como provável explicação a muito maior exposição solar (comparando com a unha do pé) e o possível papel do vírus do papiloma humano (HPV). A infecção HPV está exaustivamente associada à Doença de Bowen e ao CEC da unha da mão⁴⁻⁷. Em contraste o HPV nunca foi associado ao CEC da unha do pé⁸. Outros factores patogénicos foram cogitados, nomeadamente: infecções crónicas; exposição a radiação; cicatrizes de queimaduras; dermatite crónica^{9,10}. Como curiosidade está descrito um caso de CEC que se desenvolveu em leito ungueal psoriásico¹¹.

CASO CLÍNICO

Descreve-se o caso clínico de um homem de 58 anos, raça negra, trabalhador da construção civil e que recorre à nossa consulta por onicólise causada por um tumor subungueal, firme e com exsudação persistente do quarto dedo da mão esquerda, com evolução de 2 anos (Fig. 1). Tratava-se de um homem aparentemente saudável, sem medicação de ambulatório e que negava história de traumatismo do dedo. Referia que, até o aparecimento do tumor no dedo, não teria qualquer alteração a nível local. O restante



Fig. 1 - Tumor subungueal do 4º dedo da mão esquerda.

exame objectivo, incluindo a palpação das cadeias linfáticas locais, foi negativo. O tumor foi imediatamente biopsado, procedendo-se para tal a avulsão do prato ungueal. A histologia confirmou a hipótese diagnóstica de carcinoma espinocelular (Fig. 2). A telerradiografia do quarto dedo da mão esquerda não mostrou invasão tumoral a nível ósseo.

Perante o diagnóstico de carcinoma espinocelular subungueal sem invasão óssea, procedeu-se a excisão de toda a unidade ungueal. Primeiro as linhas de incisão são desenhadas de acordo com as margens de segurança (mínimo de 6mm em redor de toda a unidade ungueal). Dividindo em quatro partes o espaço compreendido entre a prega ungueal proximal e a articulação interfalângica distal, a linha de incisão deve ser feita no 1/3 proximal (assegurando a excisão de toda a matriz ungueal). Após bloqueio anestésico proximal do dedo (anestesia troncular), a incisão é inicialmente feita na face lateral do dedo, paralelamente à prega ungueal.

Dermatologia Cirúrgica

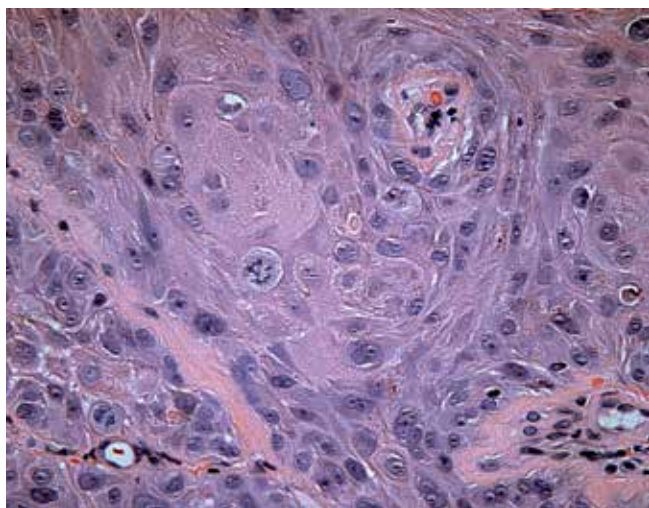


Fig 2 - Queratinócitos volumosos com núcleos proeminentes, observando-se diversas mitoses atípicas (H&E, x400).

A nível proximal é mandatório curvar a incisão para baixo de forma a englobar o corno lateral da matriz ungueal (Fig. 3). Isto permite que não haja posterior formação de espícula ou recorrência do tumor. O leito ungueal é dissecado com uma tesoura de pontas finas no plano imediatamente acima da falange óssea e com progressão proximal. A fixação da extremidade distal da unidade ungueal com uma pinça hemostática facilita o processo funcionando como alavanca. Ao atingir a zona da matriz é necessário cuidado extra de forma a assegurar toda a sua remoção incluindo os cornos



Fig 3 - A incisão deve englobar os cornos laterais da matriz ungueal.

laterais. Continuando a progredir proximalmente deve-se ter cuidado com o tendão extensor do dedo que surge como uma estrutura branca brilhante (Fig. 4). O defeito resultante da excisão do tumor foi coberto com um enxerto de pele total colhido na face interna do braço homolateral (Fig. 5). A análise anatomopatológica da peça cirúrgica revelou exérese de todo o tumor. Ao primeiro mês de "follow-up" não havia qualquer recidiva tumoral, com óptimo resultado cosmético e funcional (Fig. 6). À data da submissão do artigo o doente encontra-se no 8º mês pós-operatório, sem qualquer tipo de recidiva.



Fig 4 - Exérese de toda a unidade ungueal.



Fig 5 - Enxerto de pele total.

Dermatologia Cirúrgica



Fig. 6 - "Follow-up" (1 mês).

DISCUSSÃO

A excisão da totalidade da unidade ungueal deve ser realizada em duas circunstâncias: presença de tumor maligno ou distrofia ungueal pós-traumática grave. A amputação do dedo é mandatória na presença de melanoma invasivo ou de CEC em que haja suspeição de invasão óssea. Como potencial complicação maior deste tipo de cirurgia existe a possibilidade de lesão do tendão extensor distal. Esta é extremamente rara, uma vez que o tendão é facilmente reconhecível tratando-se de uma estrutura bastante consistente, o que torna difícil a sua lesão. Outras complicações incluem a formação de espícula no pós-operatório (caso a matriz não seja removida na sua totalidade) e a infecção.

O encerramento do defeito resultante da excisão de toda a unidade ungueal pode ser feito com enxerto de pele ou por cicatrização por segunda intenção. Esta última tem algumas vantagens, nomeadamente: facilidade e rapidez do método; possibilidade de reintervenção para alargamento de margens (se necessário após avaliação histológica); ausência de segunda ferida operatória (zona dadora). Em relação ao encerramento com enxerto de pele é inquestionável a superioridade estética e ainda a muito mais rápida cicatrização.

Apesar do CEC da unha ser raro, trata-se do tumor subungueal mais frequente^{12,13}. A metastização para os gânglios linfáticos regionais pode ocorrer quando há infiltração do osso e/ou tendões. O grande problema

com este tipo de tumores é o seu diagnóstico tardio por serem frequente e recorrentemente interpretados como alterações benignas ou infecciosas.

BIBLIOGRAFIA

1. Sigel H. Squamous cell carcinoma epithelioma of the left fourth finger. *Am J Cancer*. 1937; 30: 108.
2. Eibel P. Squamous cell carcinoma of the nail bed. A report of two cases and a discussion of the literature. *Clin Orthop Relat Res*. 1971; 74: 155-60.
3. Yip KM, Lam SL, Shee BW, Shun CT, Yang RS. Subungual squamous cell carcinoma. Report of 2 cases. *J Formos Med Assoc*. 2000; 99: 646-9.
4. Sau P, McMarlin SL, Sperling LC, Katz R. Bowen's disease of the nail bed and periungual area. *Arch Dermatol*. 1994; 130: 204-9.
5. Mitsuishi T, Sata T, Matsukura T. The presence of mucosal human papillomavirus in Bowen's disease of the hands. *Cancer*. 1997; 79: 1911-7.
6. Guitart J, Bergfeld WF, Tuthill RJ. Squamous cell carcinoma of the nail bed: a clinicopathological study of 12 cases. *Br J Dermatol*. 1990; 123: 215-22.
7. Alam M, Caldwell JB, Eliezri YD. Human papillomavirus-associated digital squamous cell carcinoma: literature review and report of 21 new cases. *J Am Acad Dermatol*. 2003; 48: 385-93.
8. Nasca MR, Innocenzi D, Micali G. Subungual squamous cell carcinoma of the toe: report on three cases. *Dermatol Surg*. 2004; 30: 345-8.
9. Carroll RE. Squamous cell carcinoma of the nail bed. *J Hand Surg Am*. 1976; 1: 92-7.
10. Mikhail GR. Bowen disease and the squamous cell carcinoma of the nail bed. *Arch Dermatol*. 1974; 110: 267-70.
11. Dobson CM, Azurdia RM, King CM. Squamous cell carcinoma arising in a psoriatic nail bed: case report with discussion of diagnostic difficulties and therapeutic options. *Br J Dermatol*. 2002; 147: 144-9.
12. Lai CS, Lin SD, Tsai CW, Chou CK. Squamous cell carcinoma of the nail bed. *Cutis*. 1996; 57: 341-5.
13. Kouskoukis CE, Scher RK, Kopf AW. Squamous cell carcinoma of the nail bed. *J Dermatol Surg Oncol*. 1982; 8: 853-5.