

APRESENTAÇÃO CURIOSA DE UM TUMOR CUTÂNEO E O SEU SUCESSO TERAPÊUTICO

Guida Santos¹, Lourdes Sousa², Alexandre João³

¹Interna do Internato Complementar de Dermatologia e Venereologia/ Resident of Dermatology and Venereology, Serviço de Dermatologia e Venereologia/Dermatology Department, Hospital Santo António dos Capuchos - Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

²Assistente Hospitalar de Dermatologia e Venereologia/Consultant of Dermatology and Venereology, Serviço de Dermatologia e Venereologia/Dermatology Department, Hospital São Bernardo, Setúbal, Portugal

³Assistente Hospitalar de Dermatologia e Venereologia/Consultant of Dermatology and Venereology, Serviço de Dermatologia e Venereologia/Dermatology Department, Hospital Santo António dos Capuchos - Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

RESUMO – A doença de Bowen é um carcinoma espinocelular (CEC) *in situ* que pode evoluir para carcinoma espinocelular invasivo. Mulher, 61 anos, referia placa rosada, anular, bem delimitada, não descamativa, na região pré-auricular direita com 2 anos de evolução. Desde 2 meses antes da consulta, surgiu no seu centro um nódulo translúcido, com telangiectasias. A biopsia excisional do nódulo mostrou carcinoma espinocelular com doença de Bowen na periferia. A placa remanescente foi tratada com laser de CO2 seguida de terapêutica fotodinâmica com desaparecimento completo da lesão. Salienta-se este caso pela curiosidade da sua apresentação clínica e pelos bons resultados terapêutico e estético.

PALAVRAS-CHAVE – Doença de Bowen; Carcinoma espinocelular; Fototerapia dinâmica.

CURIOUS PRESENTATION OF A SKIN TUMOR AND ITS SUCCESSFUL TREATMENT

ABSTRACT – Bowen's disease is an *in situ* squamous cell carcinoma which can progress to invasive squamous cell carcinoma. Female, 61 year-old, with a pink, well-demarcated, preauricular annular patch, lasting for 2 years. Two months before, a translucent nodule with telangiectasia appeared in its center. The excisional biopsy of the nodule showed squamous cell carcinoma with Bowen's disease at periphery. The remaining plaque was treated with CO2 laser followed by photodynamic therapy with complete resolution of the lesion. We emphasise this case because of the curiosity of its clinical presentation and the good therapeutic and aesthetic results.

KEY-WORDS – Bowen's disease; Carcinoma, squamous cell; Skin neoplasms; Photochemotherapy.

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.

Direito à privacidade e consentimento escrito / Privacy policy and informed consent: Os autores declaram que pediram consentimento ao doente para usar as imagens no artigo.

The authors declare that the patient gave written informed consent for the use of its photos in this article.

Recebido/Received – Fevereiro/February 2013; Aceite/Accepted – Março/March 2013

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

Caso Clínico

Correspondência:

Dr.ª Guida Santos

Serviço de Dermatologia

Hospital Santo António dos Capuchos - Centro Hospitalar de Lisboa Central

Alameda Santo António dos Capuchos

1169-050 Lisboa, Portugal

Email: guidadossantos@gmail.com

INTRODUÇÃO

A doença de Bowen (DB) ou CEC intraepidérmico (*in situ*) foi descrito pela primeira vez por JT Bowen em 1912^{1,2}. É relativamente comum em caucasianos com uma incidência estimada a 1.42 por 1000 em certas populações^{2,3}. Pode evoluir para carcinoma espinocelular invasivo. Existem várias opções terapêuticas para a DB devendo ser escolhidas pela sua eficácia e disponibilidade.

CASO CLÍNICO

Mulher, 61 anos, caucasiana, referia placa rosada, anular, bem delimitada, com superfície lisa, não descamativa, com 2,5cm de diâmetro, na região pré-auricular direita com 2 anos de evolução. Dois meses antes, havia surgido no seu centro um nódulo eritematoso translúcido, com 0,4cm de diâmetro e telangiectasias (Fig. 1). Não se palpavam adenopatias locoregionais.



Fig. 1 - Placa eritematosa pré-auricular direita com 2 anos de evolução e há 2 meses com nódulo central.

Foi efectuada biopsia excisional do nódulo da região temporal direita. No exame histopatológico observava-se um tumor constituído por ninhos de células espinhosas pouco diferenciadas, com atipia citológica e numerosas mitoses atípicas (Fig. 2). Não se observava invasão vascular ou neural. O diagnóstico histológico foi de carcinoma espinocelular pouco diferenciado, não queratinizante, que atingia a derme reticular com margem profunda livre. À periferia da lesão havia alterações na epiderme compatíveis com doença de Bowen pagetóide, marcando as células tumorais pela AE1/AE3 e sendo negativas para a proteína S100 e CAM 5.2 (Fig. 3). A placa remanescente foi tratada com laser de CO₂ (*Sharplan Silk Touch*. Potência: 1a 2W) seguida de uma sessão de terapêutica fotodinâmica, utilizando o metilaminolevulinato (MAL) (160mg/g) em penso oclusivo durante 3 horas e seguidamente irradiação com luz vermelha 630nm/37J/cm² (Aktilite). Notou-se desaparecimento da placa eritematosa após 3 meses, resultando em apenas em eritema residual local (Fig. 4).

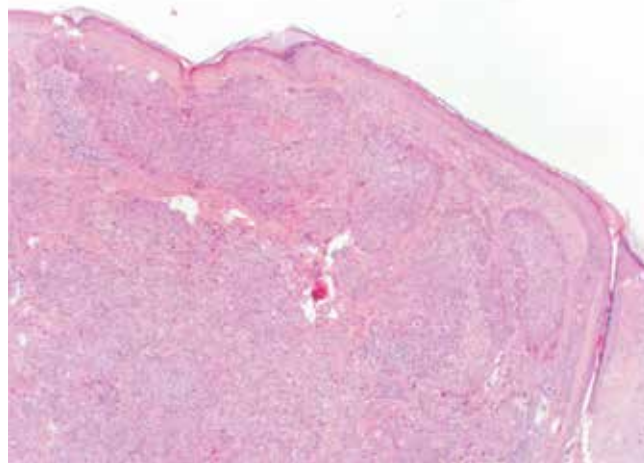


Fig. 2 - Tumor constituído por ninhos de células espinhosas pouco diferenciadas, células atípicas com citoplasmas amplos e núcleos grandes irregulares a diferentes níveis na epiderme, numerosas mitoses atípicas, sem queratinização.

Caso Clínico

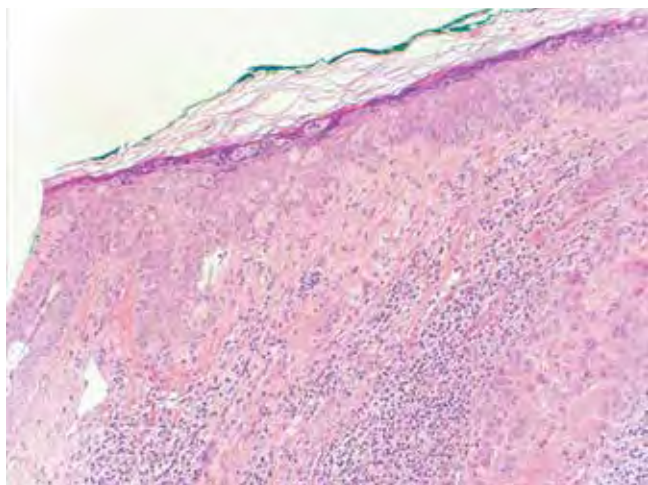


Fig 3 - Periferia da lesão com alterações sugestivas de Doença de Bowen.



Fig 5 - Resultado cosmético após 9 meses de *follow-up* de 9 meses.



Fig 4 - *Follow-up* de 3 meses pós fototerapia dinâmica com ligeiro eritema residual.

Registou-se completa remissão, não tendo sinais macroscópicos de recidiva, após 2 anos e meio de *follow-up* (Fig. 5).

DISCUSSÃO

A doença de Bowen é um tumor que atinge preferencialmente mulheres, mais frequente na 7ª década

de vida^{1,4}. Clinicamente, caracteriza-se por uma placa discoide, eritematosa ou acastanhada, com ou sem infiltração, frequentemente hiperqueratósica e crostosa^{1,5,6}. Geralmente é uma lesão única mas podem ser múltiplas lesões em 10 a 20% dos casos¹. A localização ocorre preferencialmente em áreas fotoexpostas tais como nas pernas, cabeça e pescoço. No entanto, também pode localizar-se em área subungueal periungueal, palmar, genital e perianal².

Os factores etiológicos descritos são múltiplos: radiações (ultravioleta, radioterapia), carcinogénicos (arsénico), imunossupressão (transplantados, com infecção por HIV), virais (associação com HPV 16 ou 18) e lesões crónicas^{1,4}.

O diagnóstico diferencial da DB pode efectuar-se com carcinoma basocelular superficial, queratose actínica, eczema e placas de psoríase. O risco de transformação em carcinoma espinocelular invasivo está avaliado em 3 a 5% dos casos em lesões extragenitais, sendo esse valor maior em lesões genitais, com cerca de 10%^{2,4,7,8}. A ulceração ou o surgimento de um nódulo sugerem a transformação em CEC invasivo^{3,7}.

O tratamento da Doença de Bowen deve ser escolhido conforme a eficácia do tratamento, a localização da lesão, o seu tamanho, o número de lesões a tratar e a sua tolerabilidade.

As opções de tratamento da DB são diversas nomeadamente a cirurgia, crioterapia, curetagem, excisão, 5-fluorouracil (5-FU), laserterapia, radioterapia, terapia fotodinâmica (PDT) e imiquimod. O imiquimod é uma opção terapêutica para a doença de Bowen mas que pode provocar edema, erosão, exsudação e ulceração^{4,7,9}.

Caso Clínico

A terapia fotodinâmica é uma opção terapêutica muito eficaz no tratamento da DB associada a bons resultados cosméticos. É uma técnica não invasiva, que "poupando pele", se adequa principalmente em áreas com importância cosmética ou de cicatrização difícil como a face ou pernas, a lesões de grandes dimensões e/ou múltiplas e a doentes com numerosas comorbilidades (diabetes, imunossupressão, sob anticoagulação)^{4,7,9,10}. Os efeitos secundários locais são ligeiros a moderados e de curta duração. O mais frequente é a sensação de queimadura imediata que pode ser prevenida com analgesia sistémica uma hora antes do procedimento^{4,12}. A sensação de queimadura parece ser causada por estimulação nervosa ou danos tecidulares por espécies reactivas de oxigénio. Para alguns autores, a fototerapia dinâmica é o tratamento de primeira linha e tratamento de eleição para a doença de Bowen¹⁰. Regista-se melhor tolerância à dor e taxas mais elevadas de remissão completa do que com crioterapia e 5-FU⁸. Esta técnica permite menor risco de cicatriz, úlcera, infecção e eczema. Na maioria dos casos, o eritema local pós-tratamento regride após 3 meses⁸. A remissão completa ocorre em cerca de 80 a 95% dos casos após 1 ano⁸.

Esta técnica pareceu-nos ser a melhor para esta doente devido às grandes dimensões do tumor, à sua localização e à idade relativamente jovem da doente preocupada com os resultados cosméticos.

Salienta-se este caso pela curiosidade da sua apresentação clínica e pelos bons resultados terapêutico e cosmético obtidos pela combinação de uma biópsia incisional em que foi possível remover o componente infiltrativo da lesão, seguida, num segundo tempo, de uma sessão de laserterapia e terapêutica fotodinâmica.

REFERENCES

1. Cox NH, Eedy DJ, Morton CA; Therapy Guidelines and Audit Subcommittee, British Association of Dermatologists. Guidelines for management of Bowen's disease: 2006 update. *Br J Dermatol*. 2007; 156(1):11-21.
2. Neubert T, Lehmann P. Bowen's disease - a review of newer treatment options. *Ther Clin Risk Manag*. 2008; 4(5):1085-95.
3. Reizner GT, Chuang TY, Elpern DJ, Stone JL, Farmer ER. Bowen's disease (squamous cell carcinoma in situ) in Kauai, Hawaii: a population-based incidence report. *J Am Acad Dermatol*. 1994; 31:596-600.
4. French Society of Dermatology. Guidelines for the diagnosis and treatment of cutaneous squamous carcinoma and precursor lesions. *Ann Dermatol Venereol*. 2009; 136(5):177-86.
5. Weigand DA. Macular Bowen's disease. *Arch Dermatol*. 1978; 114(2):282.
6. Kao GF. Carcinoma arising in Bowen's Disease; *Arch Dermatol*. 1986; 122(10):1124-6.
7. Bonerandi JJ, Beauvillain C, Caquant L, Chassagne JF, Chaussade V, Clavère P, et al. French Dermatology Recommendations Association (aRED). Guidelines for the diagnosis and treatment of cutaneous squamous cell carcinoma and precursor lesions. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011; 25 Suppl 5:1-51.
8. Doffoel-Hantz V, Sparsa A, Marin B, Durox H, Bonnetblanc JM, Bédane C. The value of photodynamic therapy in the treatment of Bowen's disease. *Ann Dermatol Venereol*. 2008; 135(12):822-7.
9. Lehmann P. Methyl aminolaevulinate-photodynamic therapy: a review of clinical trials in the treatment of actinic keratoses and nonmelanoma skin cancer. *Br J Dermatol*. 2007; 156(5):793-801.
10. Morton CA, McKenna KE, Rhodes LE; British Association of Dermatologists Therapy Guidelines and Audit Subcommittee and the British Photodermatology Group. Guidelines for topical photodynamic therapy: update. *Br J Dermatol*. 2008; 159(6):1245-66.
11. de Haas ER, Sterenborg HJ, Neumann HA, Robinson DJ. Response of Bowen disease to ALA-PDT using a single and a 2-fold illumination scheme. *Arch Dermatol*. 2007; 143(2):264-5.
12. Salim A, Leman JA, McColl JH et al. Randomized comparison of photodynamic therapy with topical 5-fluorouracil in Bowen's disease. *Br J Dermatol*; 148:539-43.