

CARCINOMA BASOCELULAR POLIPÓIDE GIGANTE DO ESCROTO

Joana Parente¹, Ermelindo Tavares¹, José Alberto Soares², João Aranha², Maria de São José Marques³, Helena Gomes⁴

¹Interna(o) do Internato Complementar de Dermatologia e Venereologia/Resident, Dermatology and Venereology

²Assistente Hospitalar Graduado de Dermatologia e Venereologia/Graduated Consultant, Dermatology and Venereology

³Director de Serviço de Dermatologia e Venereologia/Head of Dermatology Department

⁴Assistente Hospitalar Graduada de Urologia/ Graduated Consultant, Urology Department

Serviços de Dermatologia e Venereologia e Urologia, Hospital Distrital de Santarém EPE, Portugal

RESUMO – Os carcinomas basocelulares localizados na região genital e com diâmetro superior a 5cm são extremamente raros. Descrevemos um caso de um doente do sexo masculino de 60 anos de idade com uma lesão no escroto de crescimento progressivo durante um ano. Ao exame objectivo apresentava uma placa eritematosa com 6.0x5.0cm de maiores eixos com um nódulo pediculado. Foi realizada biópsia incisiva cujo exame histopatológico revelou carcinoma basocelular. O tumor foi posteriormente excisado.

Este é o segundo caso descrito na literatura de carcinoma basocelular polipóide do escroto, mas nesta localização o primeiro com dimensões que o permitem classificar como gigante.

PALAVRAS-CHAVE – Carcinoma Basocelular; Escroto; Neoplasias Genitais Masculinas; Neoplasias da Pele.

SCROTAL GIANT POLYPOID BASAL CELL CARCINOMA

ABSTRACT – Basal cell carcinomas arising on the genitalia and over 5 cm in size are exceedingly rare.

We report a case of a 60-year-old man with a lesion on the scrotum which had been slowly enlarging over the previous year. On examination he had an erythematous plaque 6.0x5.0cm in size with a pedunculated nodule. We performed an incisional biopsy. The histopathological diagnosis was basal cell carcinoma. The tumor was surgically removed.

This is the second reported polypoid basal cell carcinoma occurring on the scrotum but the first scrotal giant polypoid basal cell carcinoma.

KEY-WORDS – Carcinoma, Basal Cell; Genital Neoplasms, Male; Scrotum; Skin Neoplasms.

Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.
No conflicts of interest.

Correspondência:

Dr.^a Joana Parente

Serviço de Dermatologia e Venereologia

Hospital Distrital de Santarém EPE

Avenida Bernardo Santareno

Apartado 115

2000-153 Santarém, Portugal

Tel: 00351 243300231

Fax: 00351 243370220

E-mail: parentejoana81@hotmail.com

Caso Clínico

INTRODUÇÃO

O carcinoma basocelular (CBC) é a neoplasia cutânea mais frequente podendo apresentar uma grande variedade de padrões clínicos e histopatológicos^{1,2}.

Os CBCs do escroto representam cerca de 0,19% de todos os casos de CBC³. A estimativa da sua incidência anual é de 1 por cada 1 000 000 habitantes, representando menos de 5% de todos os tumores localizados nesta área⁴.

O CBC gigante é definido como uma lesão com maior diâmetro superior a 5cm⁵⁻⁸ e representa uma forma rara deste tipo de neoplasia cutânea. Apenas 1% de todos os CBCs atingem estas dimensões. O CBC gigante é mais frequentemente encontrado no tronco⁷⁻¹⁰. Existem quatro subtipos clínicos de CBC gigante: nódulo-ulcerativo, morfeiforme, superficial e polipóide^{8,11}.

Megahed propôs o CBC polipóide como uma nova variante clínica-histopatológica em 1999 com base em alguns casos clínicos¹. O CBC polipóide difere clinicamente de outras variantes de CBC pela forma polipóide e pelo pedículo que o liga à superfície cutânea. No exame histopatológico tem igualmente uma forma exofítica pediculada¹. O CBC polipóide ocorre preferencialmente no couro cabeludo, tronco, região genital e glútea^{5,11,12}.

CASO CLÍNICO

Um doente do sexo masculino, de 60 anos de idade recorreu à consulta de Dermatologia por lesão assintomática localizada no escroto com aumento progressivo de dimensões desde há um ano. Não referia história de antecedentes de infecções sexualmente transmissíveis, neoplasia cutânea, traumatismo local, radioterapia, exposição a químicos ou arsénio ou terapêutica prévia.

Ao exame objectivo apresentava placa eritematosa com 6.0x5.0cm de maiores eixos, com nódulo ulcerado pediculado adjacente com 3.0 cm de diâmetro, localizada no hemiescroto direito (Fig. 1). Não se palpavam adenopatias inguinais.

Foi realizada biopsia incisional da placa e biopsia excisional do nódulo. O exame histopatológico revelou aspectos semelhantes em ambas as biopsias: ilhéus de células tumorais basalóides com núcleo em paliçada à periferia, deposição de mucina nos agregados basalóides e artefacto de separação entre as células tumorais e o estroma (Figs. 2a e 2b). Estes achados confirmaram o diagnóstico de CBC.



Fig. 1 - Placa eritematosa com nódulo ulcerado pediculado adjacente localizada no hemiescroto direito.

O tumor foi excisado com uma margem de 2 cm e inclusão da túnica albugínea testicular (Fig. 3A e 3B).

Aos 18 meses de *follow-up* não se verificaram recidivas ou metástases.

DISCUSSÃO

Os factores etiológicos do CBC em áreas não expostas são ainda desconhecidos¹³. A exposição a uma grande variedade de produtos, incluindo derivados do alcatrão, óleos minerais, petróleo, solventes e óleos de lã, tem sido associada ao CBC do escroto. Outros agentes não ocupacionais implicados na sua fisiopatologia incluem arsénio, radioterapia, infecção fúngica prolongada e traumatismo crónico do escroto^{4,14}.

Os CBCs podem atingir dimensões gigantes devido a recorrência ou negligência¹¹. Os CBCs gigantes localizam-se sobretudo no tronco, onde as lesões são facilmente escondidas⁵, existindo também relatos de casos localizados nos genitais¹⁵⁻¹⁸. No caso deste doente com CBC gigante genital, a negligência, o constrangimento e a hesitação em procurar o médico, podem ter contribuído para as dimensões da lesão. No caso descrito o CBC tem aspecto clínico típico de CBC polipóide. O pedículo

Caso Clínico

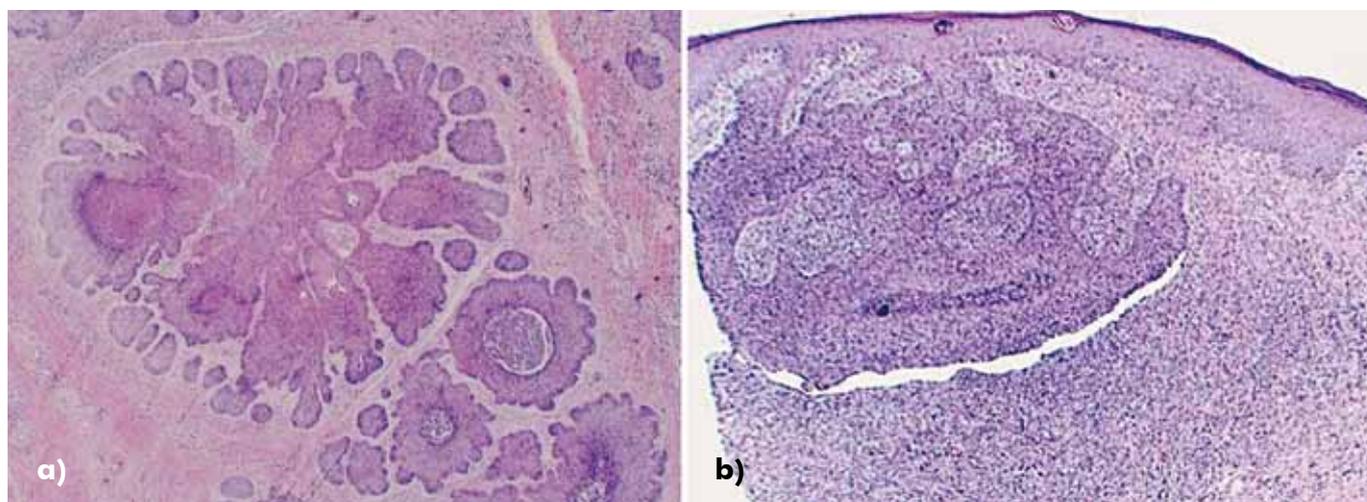


Fig. 2 - Exame histopatológico (H&E) da placa (A) e do nódulo (B): ilhéus de células tumorais basalóides com núcleo em paliçada à periferia, deposição de mucina nos agregados basalóides e artefacto de separação entre as células tumorais e o estroma.



Fig. 3 - Excisão do tumor com uma margem de 2 cm e inclusão da túnica albugínea testicular (a e b).

liga-se a uma placa eritematosa, com diâmetro superior a 5 cm, também com características histológicas de CBC.

A terapêutica de escolha do CBC do escroto é a excisão cirúrgica alargada, que na maioria dos casos é curativa^{13,14}.

A incidência de metástases no CBC do escroto, em quase 10% dos casos reportados, sugere que os CBCs com esta localização podem ter um potencial mais agressivo, com maior risco de metástases, quando comparado com outras localizações^{20,21}, em particular os CBCs

Caso Clínico

gigantes^{9,22}. No entanto, devido ao escasso número de casos reportados, não se pode concluir relativamente ao comportamento biológico do CBC do escroto⁷.

A variante polipóide gigante do CBC difere de outros CBCs gigantes em vários aspectos. Os CBCs polipóides são habitualmente lesões bem circunscritas¹², tendem a ser não agressivos, com baixo potencial de metastização, com metástases reportadas em apenas 1 caso⁸. A forma polipóide coloca muitas vezes o diagnóstico diferencial com outros tumores benignos e malignos (neoplasias dos anexos, nevo melanocítico, melanoma)¹². As localizações mais frequentes são o couro cabeludo, o tronco, a região genital e glútea¹².

Este é o segundo caso descrito na literatura de CBC polipóide do escroto²³, mas o primeiro com dimensões características de CBC gigante.

Salientamos no caso relatado a raridade do CBC polipóide gigante nesta localização, sendo importante incluir o CBC no diagnóstico diferencial de lesões nodulares pediculadas da região genital.

BIBLIOGRAFIA

1. Megahed M. Polypoid basal cell carcinoma: a new clinicopathological variant. *Br J Dermatol*. 1999;140:701-3.
2. Saldanha G, Fletcher A, Slater DN. Basal cell carcinoma: a dermatopathological and molecular biological update. *Br J Dermatol*. 2003;48:195-202.
3. Rao GR, Amareswar A, Kumar YH, Prasad TS, Rao NR. Pigmented basal cell carcinoma of the scrotum: an unusual site. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2008;74(5):508-9.
4. Schellhammer PF, Jordan GH, Robey EL, Spaulding JT. Premalignant lesions and nonsquamous malignancy of the penis and carcinoma of the scrotum. *Urol Clin North Am*. 1992;19(1):131-42.
5. Manstein CH, Gottlieb N, Manstein ME, Manstein G. Giant basal cell carcinoma: a series of seven T3 tumors without metastasis. *Plast Reconstr Surg* 2000;106(3):653-6.
6. Randle HW, Roenigk RK, Brodland DG. Giant basal cell carcinoma (T3). Who is at risk? *Cancer* 1993;72:1624-30.
7. Handjani F, Shahbaz S, Sari-Aslani F, Aghaei S, Ali-Zadeh AA. A giant polypoid basal cell carcinoma of the lower extremity. *Arch Iran Med*. 2010;13(2):153-5.
8. Kim JR, Lee NH, Kim YS, Park JH, Yun SK. Pulmonary metastasis from a giant polypoid basal cell carcinoma in the lumbosacral area. *Dermatol Surg*. 2010;36(1):128-32.
9. Sahl WJ Jr., Snow SN, Levine NS. Giant basal cell carcinoma. Report of two cases and review of the literature. *J Am Acad Dermatol*. 1994;30:856-9.
10. Curry MC, Montgomery H, Winkelmann RK. Giant basal cell carcinoma. *Arch Dermatol*. 1977;113:316-9.
11. McElroy J, Knight TE, Chang-Stroman L. Giant polypoid basal cell carcinoma. *Cutis*. 1996;58(4):289-92.
12. Misago N, Narisawa Y. Polypoid basal cell carcinoma on the perianal region: a case report and review of the literature. *J Dermatol*. 2004 ;31(1):51-5.
13. Vandeweyer E, Deraemaecker R. Basal cell carcinoma of the scrotum. *J Urol*. 2000;163(3):914.
14. Esquivias Gómez JI, González-López A, Velasco E, Pozo T, del Villar A. Basal cell carcinoma of the scrotum. *Australas J Dermatol*. 1999 Aug;40(3):141-3.
15. Misago N, Suzuki Y, Miura Y, Narisawa Y. Giant polypoid basal cell carcinoma with features of fibroepithelioma of Pinkus and extensive cornification. *Eur J Dermatol*. 2004;14(4):272-5.
16. Mizushima J, Ohara K. Basal cell carcinoma of the vulva with lymph node and skin metastasis—report of a case and review of 20 Japanese cases. *J Dermatol*. 1995;22:36-42.
17. Kikuchi M, Yano K, Kubo T, Hosokawa K, Yamaguchi Y, Itami S. Giant basal cell carcinoma affecting the lower abdominal, genital and bilateral inguinal regions. *Br J Plast Surg*. 2002;55(5):445-8.
18. Mulayim N, Foster Silver D, Tolgay Ocal I, Babalola E. Vulvar basal cell carcinoma: two unusual presentations and review of the literature. *Gynecol Oncol*. 2002;85(3):532-7.
19. Chave TA, Finch TM. The scrotum: an unusual site for basal cell carcinoma. *Clin Exp Dermatol*. 2002;27(1):68.
20. Lo JS, Snow SN. Metastatic basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol*. 1992;27:788-9.
21. Nahass GT, Blauvelt A, Leonardi CL, Penneys NS. Basal cell carcinoma of the scrotum. *J Am Acad Dermatol*. 1992;26(4):574-8.
22. Ko CB, Walton S, Keczek K. Extensive and fatal basal cell carcinoma: a report of three cases. *Br J Dermatol*. 1992;127:164-7.
23. Ouchi T, Sugiura M. Polypoid basal cell carcinoma on the scrotum. *J Dermatol*. 2008;35(12):804-5.