

# RELATO DE CASO

## CERATOACANTOMA: BIÓPSIA EXCISIONAL E RECONSTRUÇÃO EM TEMPO ÚNICO

### AUTORES

**BATISTA, Almir Oliveira**<sup>1</sup>(*in memoriam*)

**DOS SANTOS, Bianca Sabrina Amaral**

**FILHO, Mário Sérgio de Paula Cunha**

Discente de Medicina da União das Faculdades dos Grandes Lagos - UNILAGO

**VALENTI, Milena**

**NETO, Orlando Thomé**

Docente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

### RESUMO

Neste relato, o paciente apresentava lesão suspeita de neoplasia maligna dermatológica em região retroauricular esquerda de característica nodular, elevada, cor branca, base avermelhada, descamativa, com necrose central, de rápido crescimento e pruriginosa. Características presentes no ceratoacantoma o tornam motivo de dúvida por sua grande semelhança ao carcinoma espinocelular (CEC). Portanto, deve ser considerada a biópsia excisional como forma de tratamento inicial e potencialmente definitiva. Assim, o paciente foi submetido à biópsia excisional da lesão com margens de segurança, retirada de cartilagem conchal e descolamento da pele retroauricular, conforme realizado em otoplastias, para fechamento primário e cobertura do defeito. Apesar da dimensão e localização, com a retirada da concha auricular e descolamento da pele retroauricular foi possível excisar toda a lesão, com margem de segurança suficiente, realizando sua reconstrução sem distorções anatômicas importantes ou prejuízo funcional, chegando-se ao diagnóstico e tratamento definitivo.

### PALAVRAS - CHAVE

Ceratoacantoma; Câncer de pele; Carcinoma espinocelular

## ABSTRACT

In this report the case the patient had suspected lesion of malignant skin neoplasia in a left retroauricular region, nodular, elevated, white, on a reddish base, scaly, with central necrosis, fast-growing and pruritic. Characteristics present in the keratoacanthoma which makes it a source of doubt, mainly due to its great resemblance to the spinocellular carcinoma (CEC). For this reason, excisional biopsy should be considered as an initial and potentially definitive treatment. Thus the patient underwent an excisional biopsy of the safety margins, removal of shell and detachment of retroauricular skin, as performed in otoplasties, for primary closure and defect coverage. Despite the dimension and location, with the removal of the auricular shell and detachment of the retroauricular skin it was possible to excise all the lesion, with sufficient safety margin, performing its reconstruction without important anatomical distortions or functional impairment, reaching the diagnosis and definitive treatment.

## KEY WORDS

Keratoacanthoma; Skin cancer; Squamous cell carcinoma

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil o câncer de pele é altamente prevalente, correspondendo a cerca de um terço de todas as neoplasias malignas diagnosticadas. Esse fato ocorre provavelmente por se tratar de um país tropical, onde comumente as pessoas são submetidas à exposição solar crônica durante suas atividades diárias e momentos de lazer sem proteção adequada<sup>1</sup>, e as neoplasias cutâneas de caráter maligno ocorrerem mais comumente em áreas expostas à radiação ultravioleta. Dentre seus diagnósticos diferenciais, está o ceratoacantoma, lesão benigna, porém considerada pré-cancerígena.

O ceratoacantoma (CA) é uma neoplasia cutânea de crescimento rápido, que ocorre frequentemente também em áreas de exposição solar crônica. Geralmente, apresenta-se como lesão solitária, arredondada com depressão central preenchida de queratina e pode regredir espontaneamente em um período de 2 a 6 meses.

Por suas semelhanças clínicas e histopatológicas com o carcinoma espinocelular, seu diagnóstico diferencial pode ser um desafio, sendo necessário em alguns casos a realização de imunoistoquímica.

Neste caso temos um paciente idoso, fototipo cutâneo baixo, histórico de exposição solar crônica, com uma lesão nodular de rápido crescimento em região retroauricular esquerda. Para esta abordagem foi escolhida a biópsia excisional, pois ela permite o diagnóstico e tratamento definitivo em casos selecionados.

## 2. DESCRIÇÃO DO CASO

Trabalho aprovado pelo conselho de ética com CAAE 58020122.0.0000.5489

Paciente J.B.N. (Figura 1), 86 anos, brasileiro, masculino, caucasiano, fototipo cutâneo baixo, aposentado, hipertenso, etilista e tabagista, com histórico de exposição solar crônica.

Apresentou como queixa lesão nodular, elevada, de cor branca, sobre base avermelhada, descamativa, com necrose central, de rápido crescimento, pruriginosa, em orelha esquerda, há cerca de 90 dias (FIG. 2). Desse modo, o seguimento fora com a programação de uma biópsia excisional da lesão e reconstrução em tempo único.

O Paciente fora submetido à ressecção cirúrgica de fragmento dermocutâneo com margens de dimensões 4,0 x 2,2cm, estando nele lesão central de cerca de 1cm no seu maior eixo (Figura 2), conforme marcação previamente estabelecida, sob anestesia local com lidocaína 2%, sem vasoconstritor, em centro cirúrgico ambulatorial, sob monitorização cardiorrespiratória, em decorrência de sua idade e comorbidades.



**Figura 1.** Paciente



**Figura 2.** Lesão nodular, elevada, de cor branca, sobre base avermelhada, descamativa, com necrose central.

Realizada hemostasia, retirada concha auricular para melhor acomodação do retalho devido à escassez de pele restante, confeccionado retalho dermocutâneo de avanço após amplo descolamento retroauricular, com a pele circundante restante na região (semelhante à técnica empregada em otoplastias simples, para cobertura do defeito). Seguinte, fora suturado o defeito da concha com mononylon 4-0 e a pele com mononylon 5-0 e realizado curativo oclusivo. A peça cirúrgica foi enviada para anatomopatológico.

### 3. RESULTADOS

O resultado do exame anatomopatológico teve o seguinte diagnóstico:

- **Microscopia:** Fragmento de pele com cratera central contendo ceratina. A epiderme entende-se como uma protrusão labial, sobre o lado da cratera.

Presença de proliferação irregular da epiderme, estendendo-se para baixo e para dentro da derme, constituídas por células com ceratinização, conferindo um aspecto vítreo, apresentando discretas atipias. Nos limites destas proliferações, vê-se moderado infiltrado inflamatório predominantemente mononuclear. Margens cirúrgicas livres na lâmina examinada. Concluindo: alterações histopatológicas compatíveis com ceratoacantoma, na lâmina examinada. Paciente submetido à retirada dos pontos no 15º dia pós-operatório (figura 3). Paciente evoluiu bem, com resultado estético/funcional satisfatório.



**Figura 3.** Pós Operatório

#### 4. DISCUSSÃO

O Ceratoacantoma apresenta proliferação microscopicamente e clinicamente muitas vezes semelhante ao Carcinoma Espinocelular (CEC). (Caracteriza-se como uma neoplasia benigna de crescimento rápido, porém autolimitada e que tende à involução espontânea. Sobre a origem do ceratoacantoma, há incerteza, porém os fatores mais aceitos para o seu desenvolvimento são: exposição crônica aos raios ultravioleta (UV), idade avançada, fototipo cutâneo baixo, leucodermia, tabagismo, predileção ao gênero masculino, imunossupressão, suscetibilidade genética, trauma local, infecções virais (como o HPV - papilomavírus humano) e mais recentemente, o uso de tinta de coloração vermelha em tatuagens.

O ceratoacantoma manifesta-se clinicamente como uma lesão tumoral única, nodular, arredondada, de consistência firme, com depressão central preenchida por queratina. A fase proliferativa caracteriza-se pela formação de pápula firme, com borda pigmentada ou eritematosa.<sup>7</sup> Ao exame físico percebe-se que o tumor não apresenta aspecto infiltrativo para os tecidos adjacentes.<sup>4</sup>

Seu crescimento ocorre de maneira alarmante, porém esse período diverge dentre os diversos autores. De acordo com *Pallet; et al*, o período de maior crescimento ocorre entre a 2ª e 4ª semana, geralmente atingindo 2 cm de diâmetro. Já para Cristiane Almeida Soares, membro da Sociedade Brasileira de Dermatologia, o período de maior crescimento ocorre até o segundo mês. Segundo *Marques; et al* o ceratoacantoma atinge seu tamanho máximo entre 2 a 6 semanas e tem sua involução em um prazo variável de 2 a 6 meses o mesmo descrito por Freedman. Porém *Neffa; et al* relata que o tamanho máximo atingido ocorre no período de 12 semanas e sua involução espontânea de 4 a 6 meses.<sup>4</sup>

Dentre os diversos tipos de ceratoacantomas descritos, o mais comum apresenta-se como lesão solitária, com cerca de 2 cm de diâmetro.

Além deste, são descritas lesões eruptivas (tipo de Gryzbowski), tumores ulcerados com distribuição atípica (tipo de Ferguson-Smith) e o ceratoacantoma gigante, o qual apresenta grandes variações de tamanho, dificultando a reconstrução no local de exérese.<sup>5</sup>

Apesar de cerca de 50% dos casos apresentarem regressão espontânea, essas lesões geram cicatrizes indesejáveis e inestéticas, por vezes atróficas, irregulares, hipopigmentadas, o que reforça a indicação de excisão precoce das lesões.<sup>4,5,7,9</sup>

Para seu diagnóstico histológico, devem ser levadas em consideração características exofíticas e endofíticas tais como: estrutura crateriforme preenchida por queratina com presença de lábios epiteliais salientes em forma de esporões ou cornos (exofíticas) e a presença de queratinócitos de aspecto vítreo, fibras elásticas intraepiteliais, infiltrado polimorfonuclear circundante e glicogênio intracitoplasmático (endofíticas). Raramente há o aprofundamento da lesão além das glândulas sudoríparas.<sup>4</sup>

O carcinoma espinocelular (CEC) é o principal diagnóstico diferencial do ceratoacantoma, principalmente pela similaridade em seu período inicial; já a histopatologia depende do estágio de evolução da lesão.

No carcinoma espinocelular ocorre maior anaplasia e a produção de queratina é escassa ou ausente, o que não ocorre no ceratoacantoma. Por haver invasão perineural, crescimento infiltrativo profundo, atipias celulares e risco de metástase, o carcinoma espinocelular é classificado com potencial oncogênico de alto risco. Pela dificuldade na obtenção do diagnóstico clínico diferencial entre as duas lesões deve-se optar pela biópsia excisional o mais breve possível, sempre que o paciente apresentar condições clínicas favoráveis para a realização do procedimento.

Quando não há a possibilidade do procedimento cirúrgico, outros tratamentos podem ser realizados como por exemplo: crioterapia, eletrocoagulação e aplicação intralesional de agentes quimioterápicos.<sup>7</sup>

No caso relatado por este artigo, optou-se pela biópsia excisional da lesão, seguida de reconstrução em um único tempo cirúrgico, pelo alto risco apresentado pelo paciente em questão para o desenvolvimento de neoplasia cutânea maligna e pela impossibilidade de ser efetuado o diagnóstico puramente clínico.

## 5. CONCLUSÃO

Os cânceres de pele não melanoma (carcinomas espinocelular e basocelular) são as neoplasias malignas de maior incidência no Brasil, porém são considerados de menor mortalidade se tratados em tempo e adequadamente.

Existem dois tipos básicos de câncer de pele, sendo o não melanoma, que surge nas células basais ou nas escamosas (CBC e CEC, respectivamente) e o melanoma, que tem origem nos melanócitos, células responsáveis pela produção de melanina, pigmento que dá cor à nossa pele.

O Ceratoacantoma é uma neoplasia cutânea benigna relativamente comum, que ocorre mais frequentemente em áreas expostas ao Sol, em indivíduos de pele clara e a partir da meia-idade. Pode ser visto como um carcinoma espinocelular com desenvolvimento interrompido, que apenas em raros casos evolui para a neoplasia maligna propriamente dita. Como tal, o reconhecimento da verdadeira natureza e o manejo adequado desse tumor são de considerável importância prática. A rápida evolução de um ceratoacantoma pode ser dividida em um estágio proliferativo, um tumor totalmente desenvolvido e um estágio involutivo espontâneo.

Neste trabalho, apesar da dimensão e localização, com a retirada da concha auricular e descolamento da pele retroauricular foi possível excisar toda a lesão, com margem de segurança suficiente, realizando sua reconstrução sem distorções anatômicas importantes ou prejuízo funcional, chegando-se ao diagnóstico e tratamento definitivo.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Neligan PC, Gurtner GC. **Cirurgia Plástica: princípios**. 3rd rev. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015. 1332 p. 1 vol. ISBN: 9788527716482.

Soares HB, Neto D, Duarte A. **Análise e classificação de imagens de lesões da pele por atributos de cor, forma e textura utilizando máquina de vetor de suporte**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

A. C. CAMARGO CANCER CENTER [Internet]. São Paulo; 2018. **Pele Não Melanoma**; [revised 2022 May 2; cited 2022 Mar 17]; Available from: <https://www.accamargo.org.br/en/taxonomia/pele-nao-melanoma>.

Neffa L, Alves JCRR, Portugal EH, Fonseca RPL, Andrade JS, Pereira NA, et al. **Ceratoacantoma: aspectos morfológicos, clínicos e cirúrgicos**. Rev. Bras. Cir. Plást.2018;33(3):382-388

Kingman J, Callen JP. Keratoacanthoma. **A clinical study**. **JAMA dermatology** [Internet]. 1984 [cited 2022 Apr 13]; doi:10.1001/archderm.1984.01650420046013. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/article-abstract/545089>

Sociedade brasileira de Dermatologia do Rio Grande do Sul [Internet]. [place unknown]; 2022. **PALAVRA DO DERMATO – Ceratoacantoma**; [cited 2022 Apr 5]; Available from: <https://sbdors.org.br/palavra-do-dermato-ceratoacantoma/>.

Franco NM, Ortigosa LCM. **Solitary keratoacanthoma after intense pulsed light in the treatment of melanoses on the dorsum of hand. Surgical & Cosmetic Dermatology**. Presidente Prudente, 2012.

Kern WH, McCray MK. **The histopathologic differentiation of keratoacanthoma and squamous cell carcinoma of the skin. J Cutan Pathol**. 1980 Oct;7(5):318-25. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7430483/>> Acesso em: 8 abr. 2021.

Schwartz RA. Keratoacanthoma. *J Am Acad Dermatol*. 1994 Jan;30(1):1-19; quiz 20-2. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8277007/>> Acesso em: 8 abr. 2021.

Szklo AS, Almeida ML, Figueiredo V, Lozana JA, Mendonça GAS, Moura L, Szklo M. **Comportamento relativo à exposição e proteção solar na população de 15 anos ou mais de 15 capitais brasileiras e Distrito Federal, 2002-2003. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. Abr. 2007.** ; DOI <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400010>. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Lnttgf5Sw4bxYDgvrgQfVFf/?lang=pt>

Freedman PD, Kerpel SM, Begel H, Lumerman H. **Solitary intraoral keroacanthoma. Oral Surgery, 1979.** DOI [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(79\)90105-1](https://doi.org/10.1016/0030-4220(79)90105-1). Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/003042207990101>

Pattee SF, Silvis NG. Keratoacanthoma developing in sites of previous trauma: a report of two cases and review of the literature. *J Am Acad Dermatol*. 2003;48(2 Suppl):S35-S38. doi:10.1067/mjd.2003.114

*Dedicamos este trabalho ao nosso aluno e colega Almir Oliveira Batista, que mesmo diante de todas as adversidades não desistiu de seu sonho de tornar-se médico.*

*“It’s safe out there, and now you’re everywhere, just like the skies”*

*Michael Peter Balzary (Flea).*