

Carcinoma basocelular de couro cabeludo x alopecia frontal fibrosante: desafio diagnóstico e terapêutico

Basal cell carcinoma of the scalp x frontal fibrosing alopecia: diagnostic and therapeutic challenge

Marina Riedi Guilherme¹, Bruna Cristina Mendes dos Santos²,
Lúcia Emiko Imazu³, Marcelo de Souza Machado⁴

Guilherme MR, Santos BCM, Imazu LE, Machado MS. Carcinoma basocelular de couro cabeludo x alopecia frontal fibrosante: desafio diagnóstico e terapêutico / *Basal cell carcinoma of the scalp x Frontal fibrosing alopecia: diagnostic and therapeutic challenge*. Rev Med (São Paulo). 2022 mai.-jun.;101(3):e-178016.

RESUMO: O carcinoma basocelular é considerado a neoplasia mais comum do mundo, tem como principal fator de risco a radiação ultravioleta, pode aparecer em todo o corpo incluindo couro cabeludo. A alopecia frontal fibrosante é uma alopecia cicatricial primária, variante do líquen planopilar. A associação entre as duas patologias não tem relato prévio na literatura. Neste caso apresenta-se paciente feminina, pós-menopausa, atendida por queixa de queda de cabelo, com diagnóstico histopatológico de alopecia frontal fibrosante e carcinoma basocelular de couro cabeludo. A distinção das margens tumorais para exérese completa da neoplasia é complexa apenas pela dermatoscopia e exame físico, devido à presença de áreas de atrofia em comum. Então se optou pela cirurgia micrográfica de Mohs para delimitação histopatológica de margens.

Palavras-chave: Alopecia frontal fibrosante; Carcinoma basocelular; Alopecia cicatricial; Cirurgia micrográfica de Mohs.

ABSTRACT: BCC is considered the most common neoplasia in the world, it can appear throughout the body including the scalp. Frontal fibrosing alopecia is a primary scarring alopecia, variant of lichen planopilaris. The association between the two pathologies has not been previously reported in the literature. In this case it is presented a brazilian female patient complaining of hair loss, with histopathological diagnosis of AFF and scalp BCC. The distinction of tumor margins for neoplastic excision is complex only by dermoscopy and physical examination, due to areas of common atrophy. So Mohs micrographic surgery was chosen for histopathological delimitation of margins.

Keywords: Fibrosing frontal alopecia; Basal cell carcinoma; Scarring alopecia; Mohs micrographic surgery.

1. Serviço de Dermatologia da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, Apucarana, PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4765-2180>. E-mail: mariedigui@gmail.com
 2. Serviço de Dermatologia da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, Apucarana, PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1295-1626>. E-mail: bcmsantos2008@hotmail.com
 3. Departamento de Dermatologia da Associação Filantrópica Humanitas, São Jerônimo da Serra, PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6634-5509>. E-mail: luciahumanitas@hotmail.com
 4. Departamento de Dermatologia do Hospital de Câncer de Londrina, Londrina, PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8817-0183>. E-mail: marcelomachadodermato@gmail.com
- Correspondência:** Marina Riedi Guilherme. Rua Riachuelo, 2488, Cascavel, Paraná, Brasil. CEP: 85813310. E-mail: mariedigui@gmail.com

INTRODUÇÃO

Tumores cutâneos não melanoma (TCNM) correspondem a 30% de todos os tumores malignos registrados no Brasil. O carcinoma basocelular (CBC) e o carcinoma espinocelular (CEC) são responsáveis por 99% dos TCNM, sendo o CBC três a cinco vezes mais comum do que o CEC¹. A alopecia frontal fibrosante (AFF) é classificada como alopecia cicatricial primária e histologicamente apresenta infiltrado inflamatório ao redor dos folículos pilosos causada provavelmente por doença autoimune, caracterizando como uma variante do líquen planopilar (LPP). Foi descrita pela primeira vez em 1994 e desde então um número crescente de casos vem sendo relatado no mundo todo². O objetivo desse relato é expor a associação entre essas duas patologias já que não foi encontrado qualquer outra descrição de caso semelhante. Assim como exaltar os benefícios da cirurgia micrográfica de Mohs (CMM) no tratamento de casos em que a demarcação de margens é difícil pela dermatoscopia e em que a preservação de pele viável é imprescindível para o bom resultado funcional e estético.

RELATO DO CASO

Paciente feminina, 55 anos, branca, menopausa aos 47 anos. Iniciou o acompanhamento em um consultório dermatológico devido à queda de cabelo iniciada após gastroplastia, com piora progressiva, mesmo com o uso de composto de proteínas e nutrientes que favorecem o crescimento capilar, receita pelo cirurgião do aparelho digestivo.

Além das áreas de alopecia frontal com pele atrófica, a paciente apresentava áreas de alopecia linear que adentravam o couro cabeludo, contornando a linha média do cabelo. As primeiras hipóteses diagnosticadas foram a de Lúpus Eritematoso Cutâneo Crônico, Esclerodermia em golpe de sabre ou Alopecia frontal marginal, mas a biópsia do couro cabeludo esclareceu o diagnóstico. O exame histopatológico evidenciou padrão de alopecia cicatricial compatível com AFF e CBC de couro cabeludo. A paciente foi encaminhada ao cirurgião dermatológico para a extração da lesão. Na consulta com este profissional, foi identificada uma segunda lesão suspeita de CBC muito próxima da primeira, também na região de alopecia. Diante deste caso, no planejamento cirúrgico, optou-se pela cirurgia micrográfica de Mohs, com o intuito de preservar a maior área de pele possível e definir as margens com maior precisão. O procedimento cirúrgico foi realizado com total remoção das lesões neoplásicas, sem necessidade de ampliação das margens.

DISCUSSÃO

O CBC é considerado o carcinoma maligno mais

comum do mundo, mais frequente em homens, incomum em fototipo alto, pode ocorrer em qualquer idade, mas mais de 75% dos pacientes está acima dos 40 anos. O principal fator envolvido na patogênese do CBC é a RUV em particular o tipo B¹. Embora a prevalência desse tumor aumente conforme a exposição solar, a distribuição das lesões não se correlaciona diretamente com a área mais exposta, podem aparecer em diversas áreas do corpo, incluindo a vulva e o couro cabeludo, áreas geralmente protegidas fisicamente da RUV. Um estudo que avaliou CBC de couro cabeludo apresentou incidência de 2,6% das lesões nessa região³. Os fatores de risco descritos são exposição à RUV, radioterapia do couro cabeludo e imunossupressão⁴.

No caso da paciente em questão, existe o relato de exposição excessiva à RUV sem fotoproteção durante a infância, mas nessa época da vida, ainda não havia o relato de alopecia, então o couro cabeludo estava protegido pela presença de cabelo. Apesar das lesões terem aparecido em área de alopecia, o intervalo de tempo entre a queixa de alopecia e o diagnóstico do CBC foi curto, então a exposição do couro cabeludo à RUV não foi prolongada, o que geralmente é necessário para o desenvolvimento do tumor.

Inicialmente descrita na Austrália em 1994, a AFF é uma variante do LPP, caracterizada por forma progressiva de alopecia cicatricial com rarefação marginal frontotemporal e de sobrancelhas em pacientes do sexo feminino, especialmente após a menopausa. O diagnóstico deve ser confirmado com histopatológico⁵. A fisiopatologia da doença não é completamente conhecida, sabe-se que ocorre a formação de um infiltrado inflamatório imunomediado caracterizado pela prevalência de linfócitos CD8 no bulbo folicular, levando à destruição permanente desses folículos⁶.

A presença da reação inflamatória crônica na fisiopatologia da AFF pode ser o cerne da relação com o CBC. Em patologia, com frequência observa-se infiltrado inflamatório peritumoral, predominantemente linfocitário. Esse fato mostra a importância do sistema imune em destruir células tumorais. O conceito de “áreas imunologicamente vulneráveis” estaria relacionado com a dificuldade de circulação das células natural killers ou com a estimulação angiogênica, favorecendo o aparecimento de neoplasias⁷. Entretanto, como não encontramos outros relatos com a mesma associação, não podemos afirmar que existe um fator causal entre as duas entidades.

Na dermatoscopia, ambas as doenças possuem características bem definidas, mas a presença de áreas brancas devido à fibrose da derme está presente em comum, o que dificulta a distinção das margens tumorais. Na AFF, a dermatoscopia do couro cabeludo revela perda das aberturas dos óstios foliculares, eritema perifolicular, escamas perifoliculares aderidas à base das hastes capilares e áreas brancas de fibrose⁸. No CBC as estruturas dermatoscópicas

são divididas em alterações vasculares, pigmentadas e não vasculares/ não pigmentadas. Os vasos arboriformes são descritos como as principais estruturas identificadas na dermatoscopia do CBC, seguido das telangiectasias. Dentre as estruturas pigmentadas, a mais comum são os ninhos ovóides azul-acinzentados. As estruturas que não são pigmentadas e nem vasculares podem se apresentar como ulcerações, e áreas branco-avermelhadas que correspondem a áreas de fibrose da derme⁹.

Na paciente em questão, devido à dificuldade de delimitar as margens laterais das lesões cancerígenas, por estarem sobrepostos a uma área cicatricial, foi indicado tratamento pela cirurgia micrográfica de Mohs. Essa técnica cirúrgica foi descrita em 1933, difere da técnica

convencional por permitir a avaliação de 100% das margens tumorais, e por poupar áreas de pele sadia reduzindo não só o tamanho da ferida cirúrgica, mas também a chance de recidiva¹⁰.

Com a inspeção do couro cabeludo foi possível delimitar a área de AFF, com a dermatoscopia, identificou-se as lesões tumorais e marcação de margem de aproximadamente 3mm (Figura 1). O início do procedimento cirúrgico se deu com o debulking tumoral, seguido da ressecção das margens (Figura 2). A congelação e os cortes da peça foram realizados pelo próprio cirurgião no criostato micrótomo, com cortes de 10 micras de espessura, seguido de fixação, coloração e análise histopatológica das lâminas pelo mesmo profissional.



Figura 1: Demarcação de área de alopecia frontal fibrosante (AFF) e de lesões neoplásicas com margem de 3mm.



Figura 2: Ferida cirúrgica após debulking tumoral e ressecção de margens.

A histopatologia permitiu a diferenciação clara entre as duas condições, e a ressecção completa dos tumores, sem necessidade de ampliação de margem. O CBC aparece como células tumorais basalóide brotando da epiderme, de folículos ou então no interior da derme, com atípia variável. Frequentemente artefato de retração pode ser notado e núcleos dispostos em paliçada periférica. Ao redor do tumor, infiltrado de linfócitos e plasmócitos variável¹¹. Na AFF os achados, incluem fibrose perifolicular proeminente, inflamação linfocítica com padrão liquenóide ao redor da região do infundíbulo, istmo e protuberância do folículo e redução do número de folículos com substituição por tratos fibrosos.

Esse estudo ilustra uma associação não encontrada previamente na literatura que desafia o diagnóstico de neoplasia em áreas acometidas cronicamente por outras doenças dermatológicas e a delimitação de margens para a remoção completa das lesões neoplásicas, sem ressecção extensa de pele saudável. Também levanta a hipótese de relação causal entre AFF e CBC e abre espaço para mais relatos envolvendo essa associação.

REFERÊNCIAS

1. Belda Junior B, Di Chiacchio N, Criado PR. Tratado de dermatologia. 3a ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018.
2. Starace M, Brandi N, Alessandrini A, Bruni F, Piraccini BM. Frontal fibrosing alopecia: a case series of 65 patients seen in a single Italian centre. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33(2):433-8. doi: 10.1111/jdv.15372.
3. Cho M, Lee J, James CL, Marshman G, Huilgol SC. Scalp basal cell carcinoma: review of 2,202 cases. *Dermatol Surg*. 2016;42(7):834-41. doi: 10.1097/dss.0000000000000783
4. Castanheira A, Soares P, Boaventura P. Scalp basal cell carcinoma: a different entity? *Dermatol Ther*. 2019;32(2):1-6. doi: <https://doi.org/10.1111/dth.12828>
5. Mulinari-Brenner FA, Guilherme MR, Peretti MC, Werner B. Frontal fibrosing alopecia and lichen planus pigmentosus: Diagnosis and therapeutic challenge. *An Bras Dermatol*. 2017;92(5):79-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20175833>.
6. Iorizzo M, Tosti A. Frontal fibrosing alopecia: an update on pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2019;20(3):379-90. doi: 10.1007/s40257-019-00424-y
7. Azulay RD, Azulay DR, Azulay-Abulafia L. *Dermatologia*. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2013.
8. Abedini R, Kamyab Hesari K, Daneshpazhooh M, Ansari MS, Tohidinik HR, Ansari M. Validity of trichoscopy in the diagnosis of primary cicatricial alopecias. *Int J Dermatol*. 2016;55(10):1106-14. doi: 10.1111/ijd.13304
9. Wozniak-Rito A, Zalaudek I, Rudnicka L. Dermoscopy of basal cell carcinoma. *Clin Exp Dermatol*. 2018;43(3):241-47. doi: <https://doi.org/10.1111/ced.13387>
10. Leibovitch I, Huilgol SC, Richards S, Paver R, Selva D. Scalp tumors treated with mohs micrographic surgery: Clinical features and surgical outcome. *Dermatol Surg*. 2006;32(11):1369-74. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1524-4725.2006.32308.x>
11. Rapini RP. *Dermatopatologia prática*. 2a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

Recebido: 10.11.2020
Aceito: 20.05.2022