

Rare presentation of linear basal cell carcinoma in the axilla and poplitea fossa

| Carcinoma basocelular linear na axila e na fossa poplíteia: apresentação e localizações raras

ABSTRACT | Introduction: *Basal cell carcinoma is the most common skin cancer. It typically appears on regions of high sun exposure, such as head and neck (85%). Unusual injuries can develop in body areas with little or no sun exposure (10 – 15%). The axilla represents an extremely rare site for this cutaneous neoplasm, considering its anatomic sun protected localization. Popliteal fossa basal cell carcinoma is extremely rare and only one report is available in the literature. Case report: We report an uncommon case of axillary basal cell carcinoma and popliteal fossa with linear variant and its distinct morphological and histological characteristics.*

Keywords | *Basal cell carcinoma; Skin neoplasms; Dermatology.*

RESUMO | Introdução: Carcinoma basocelular é o câncer de pele mais frequente. Os locais mais acometidos são cabeça e pescoço, sendo 10-15% presentes nas áreas não expostas ao sol. A axila é uma das áreas mais protegidas da radiação solar, sendo raramente sítio desta neoplasia cutânea. O acometimento da fossa poplíteia pode ser mais raro, com apenas um relato de caso descrito na literatura. **Relato de caso:** Descreve-se caso incomum de carcinoma basocelular axilar e de fossa poplíteia com variante linear e suas características morfológicas e histológicas distintas.

Palavras-chave | Carcinoma basocelular; Neoplasias cutâneas; Dermatologia.

¹Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil

²Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes. Vitória/ES, Brasil

INTRODUÇÃO |

Carcinoma basocelular (CBC) é o câncer de pele mais frequente¹⁻³. Os locais mais acometidos são cabeça e pescoço, sendo 10-15% presentes nas áreas não expostas ao sol¹. A axila é uma das áreas mais protegidas da radiação solar, sendo raramente sítio de CBC^{1,2,4}. O primeiro caso foi relatado em 1917⁴, e poucos novos trabalhos foram publicados desde então. Atualmente, a prevalência de CBC axilar é 0,17%². O acometimento da fossa poplíteica pode ser mais raro, com apenas um relato de caso descrito na literatura⁵. A paciente descrita neste documento também apresenta outra característica única do CBC: a variante linear incomum com suas características morfológicas e histológicas distintas. Esta variante foi inicialmente descrita por Lewis em 1985⁶.

RELATO DE CASO |

Relata-se caso de mulher, 81 anos, apresentando lesão assintomática na axila direita de cinco anos de evolução. Sem história de traumas, lesões prévias, imunossupressão e exposição à radiação artificial. Exame dermatológico evidenciou placa linear eritemato-acastanhada, lisa, comprimento maior que a largura, com áreas de brilho perláceo, localizada na axila direita (Figuras 1a).

Dermatoscopia com visualização de telangiectasias arboriformes, crostas e crisálidas (Figuras 2a), além de ninhos ovóides e glóbulos cinza-azulados (Figura 2b).

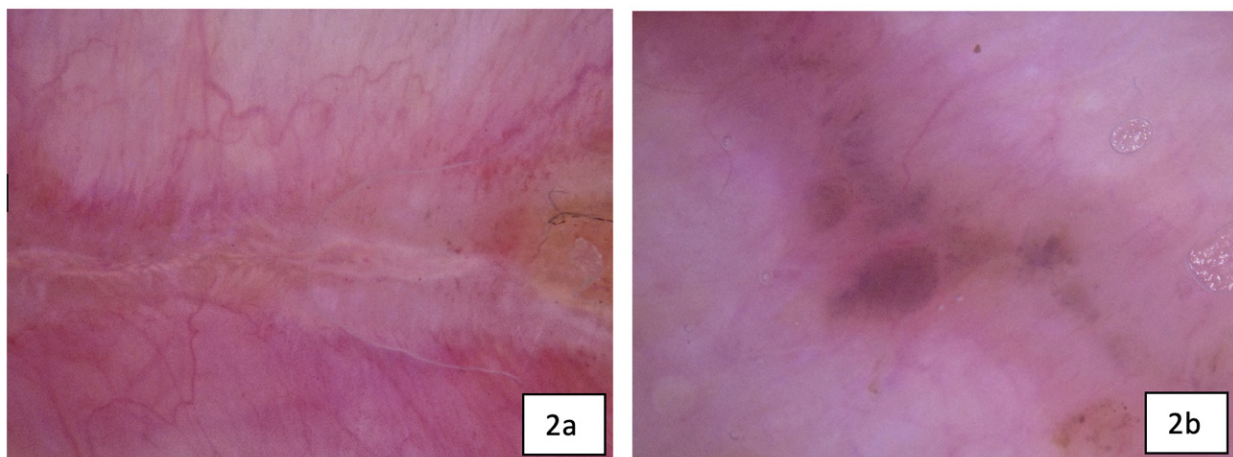
Figura 1 - (a) Lesão pigmentada de conformação linear na axila direita. (b) Lesão de conformação linear com bordas translúcidas e infiltradas na fossa poplíteica



Fonte: Os autores.

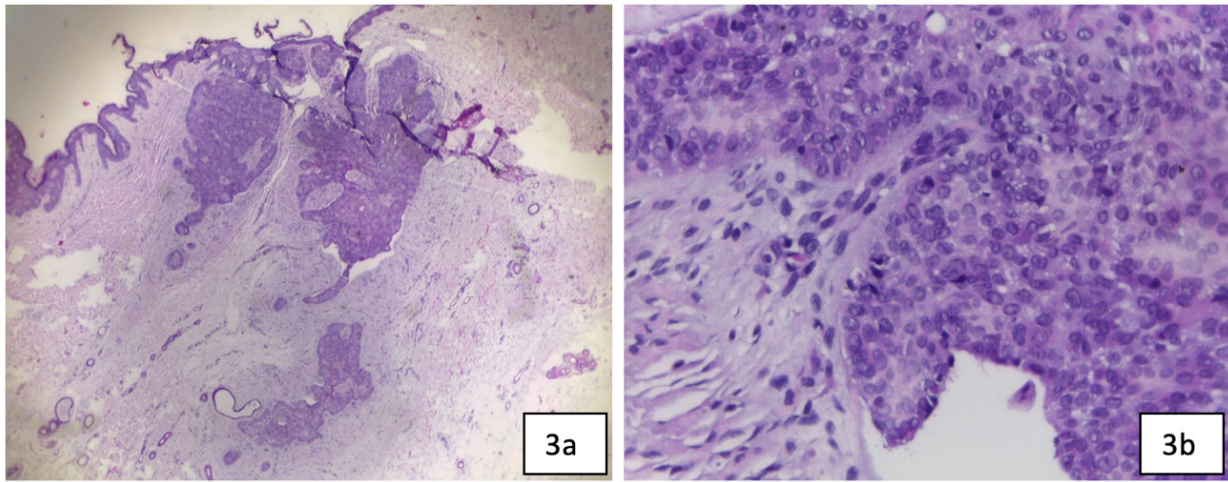
Também foi identificada lesão linear de bordas translúcidas infiltradas e brilho perláceo, algumas áreas de exulceração e pigmentação acastanhada, na fossa poplíteica esquerda (Figura 1b). À dermatoscopia, eritema perilesional, sem estruturas específicas. O estudo anatomopatológico das lesões descreveu proliferação epitelial de conformação cordonal basaloide atípica, mantendo continuidade com a epiderme e o infundíbulo piloso, paliçada na periferia, pigmento castanho; estroma hiper celular com pouco citoplasma, núcleos hiper cromáticos, algumas figuras de mitose e fenda separando-o da derme (Figuras 3a e 3b), consistente com CBC linear. As lesões foram excisadas, sem recorrência no seguimento de seis meses.

Figura 2 - Dermatoscopia da lesão axilar com telangiectasias arboriformes, crosta e crisálida (2a), ninhos ovóides e glóbulos cinza-azulados (2b)



Fonte: Os autores.

Figura 3 - (a) Anatomopatológico evidenciando proliferação epitelial de conformação cordonal basaloide atípica. (b) Estroma hiper celular com pouco citoplasma, núcleos hiper cromáticos, algumas figuras de mitose e fenda separando-o da derme adjacente



Fonte: Os autores.

CONCLUSÃO |

O carcinoma basocelular linear apresenta-se como lesão de bordas relativamente retas, bem definidas, comprimento maior que largura (relação 3:1)³, seguindo padrão morfológico característico, favorecendo a extensão em uma direção⁶. A região periocular é mais afetada, seguida por pescoço, tronco, parte inferior da face, axila, região inguinal e escroto^{3,6}. Entre 1985 e 2019, foram relatados 67 casos de CBC linear na literatura internacional⁶. Em nossa busca, encontramos apenas 3 casos de CBC linear axilar, todos japoneses, comprovando raridade dessa apresentação⁷.

Exposição à radiação ultravioleta é o principal fator de risco. Outros fatores: exposição ambiental (arsênio, hidrocarbonetos, pesticidas), predisposição genética, imunossupressão, traumas, queimaduras, exposição à radiação ionizante, sexo masculino, nevo sebáceo, idade avançada². No presente relato, não foram evidenciados fatores de risco. A literatura sugere que as interações da matriz celular, resultando em alterações texturais da pele, podem servir como cofator para desenvolvimento de CBC em áreas de baixa exposição ultravioleta, além da vigilância imunológica diminuída nestes locais².

Para explicar a linearidade da lesão, especula-se que na derme reticular existem partes das linhas de tensão da pele que adquirem orientação paralela e endireitamento de finos feixes de colágeno e fibras elásticas. Esses feixes paralelos

ficam perpendiculares à direção da contração muscular, que restringe o crescimento em uma direção⁶.

Em busca no PubMed usando os termos CBC e axila, encontramos menos de 70 casos com tal localização publicados desde 1985², sendo nenhum deles publicado no Brasil. Ao apresentar este caso atípico de CBC linear axilar e de fossa poplíteica, reforçamos que é essencial que o dermatologista esteja atento para localizações e apresentações incomuns de neoplasias cutâneas, para que não haja atrasos diagnósticos destas patologias. A avaliação conjunta clínica e dermatoscópica completa da pele da paciente permitiu a identificação das lesões suspeitas, seguida de exérese e confirmação histopatológica. Até o presente momento, não foi identificada recidiva da neoplasia nem surgimento de novas lesões.

REFERÊNCIAS |

1. Wani GM, Ahmad SM, Qayoom S, Khursheed B. Neglected basal cell carcinoma in axilla. J IMA. 2012; 44:9224.
2. Cohen PR. Basal Cell Carcinoma of the Axilla: Review of the world literature. Am J Clin Dermatol. 2014;15:95–100.

3. Mavrikakis I, Malhotra R, Selva D, Huilgol SC, Barlow R. Linear basal cell carcinoma: A distinct clinical entity. *Plast Reconstr Surg.* 2006;59:419–23.
4. LeSueur BW, DiCaudo DJ, Connolly SM. Axillary Basal Cell Carcinoma. *Dermatol Surg.* 2003;29:1105-8.
5. Robertson L, Sauder MB. Basal Cell Carcinoma in Type 2 Segmental Darier's Disease. *J Skin Cancer.* 2012;2012:839561
6. Ward JM, Russell M. Recurrence of Linear Basal Cell Carcinoma. *Cutis,* 2019; 104:114-6.
7. Ichinokawa Y, Ohtuki A, Hattori M, Sadamasa H, Hiruma M, Matumoto T. Linear Basal cell carcinoma: a case report. *Case Rep Dermatol.* 2011;3(2):142-146.

Correspondência para/Reprint request to:

Valentina Lourenço Lacerda de Oliveira

Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes

Av Marechal Campos, 1355,

Ambulatório de Dermatologia (casa 7),

Maruípe, Vitória/ES, Brasil

CEP: 29041-295

E-mail: valentinalloliveira@gmail.com

Recebido em: 09/04/2021

Aceito em: 31/05/2021