



CARTAS - CASO CLÍNICO

Pacientes submetidos a transplante de células-tronco hematopoiéticas devem passar por triagem e monitoramento para câncer de pele? ☆☆☆

Prezado Editor,

Nos últimos anos, tornou-se evidente que os receptores de transplante de órgãos sólidos (TOS) apresentam maior incidência de câncer cutâneo (CC) em comparação à população em geral. Esse fenômeno é particularmente favorecido pela imunossupressão crônica a que são submetidos para evitar a rejeição do transplante de órgãos. De fato, uma ferramenta preditiva para CC em pacientes submetidos a TOS ganhou popularidade nos últimos anos, conhecida como SUNTRAC® (*Skin and Ultraviolet Neoplasia Transplant Risk Assessment Calculator*), que utiliza cinco itens: raça, idade no transplante, histórico de CC antes do transplante, gênero e local do transplante abdominal ou torácico.¹ Essa ferramenta foi recentemente validada.²

No caso do transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH), estudos recentes, com base na potencial incidência elevada de CC, defenderam a necessidade de triagem e monitoramento de CC.³ O presente relato apresenta dois casos clínicos de pacientes que desenvolveram carcinoma espinocelular cutâneo (CECC) após TCTH com evolução ruim levando à morte de ambos.

O primeiro caso (fig. 1A-B) era de um paciente masculino, de 54 anos, receptor de TCTH alogênico (alo-TCTH) para leucemia mieloide crônica três anos antes, que apresentou CECC no lábio inferior. O paciente foi inicialmente tratado com cirurgia com margens livres de lesão. Após três meses de seguimento, ele desenvolveu metástases nos linfonodos regionais, pulmonares e ósseas, confirmadas por histopatologia de biópsia guiada por ultrassom, biópsia

transbrônquica e biópsia guiada por TC, respectivamente. As lesões progrediram rapidamente, e foi escolhido o tratamento paliativo, ocorrendo a morte em seis meses. O segundo caso (fig. 2A-B) era paciente masculino, de 63 anos, receptor de TCTH autólogo (auto-TCTH) para mieloma múltiplo cinco anos antes, que apresentou CECC na comissura esquerda dos lábios. No diagnóstico, o paciente apresentava metástases em linfonodo regional (confirmado por histopatologia de biópsia guiada por ultrassom) e pulmonares (confirmadas por histopatologia de biópsia transbrônquica) e derrame pleural de grau acentuado. Em virtude de sua má condição basal (ECOG3) e a pedido explícito do paciente e de sua família, foi escolhido o tratamento paliativo resultando em morte menos de três meses após o diagnóstico.

Nenhum dos dois pacientes tinha fatores de risco adicionais além daqueles inerentes ao TCTH. Especificamente, no primeiro paciente, o uso de voriconazol como profilaxia contra infecção fúngica e doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) crônica com envolvimento apenas oral (não tratadas no momento do diagnóstico do CC, previamente tratadas com corticosteroides tópicos) foram identificados como possíveis fatores de risco para CECC. No segundo paciente, irradiação corporal total e DECH crônica com envolvimento oral e cutâneo (não tratada no momento do diagnóstico de CHD, previamente tratada com corticosteroides tópicos, corticosteroides sistêmicos e inibidores tópicos de calcineurina) foram identificados como possíveis fatores de risco para CECC.

Nos últimos anos, maior incidência de CC foi postulada em pacientes submetidos a TCTH.³ Isso pode ser atribuído a fatores intrínsecos relacionados ao TCTH, como imunossupressão derivada do condicionamento pré-TCTH, alo-TCTH, medicamentos usados para profilaxia da doença do enxerto contra o hospedeiro (especialmente azatioprina ou ciclosporina) ou exposição ao voriconazol como profilaxia antifúngica. Fatores intrínsecos no receptor de TCTH, como idade, histórico de danos causados pelo sol, tipo de pele, gênero ou histórico pessoal de CC, também podem contribuir para esse risco, que pode ser maior para tumores queratinocíticos (carcinoma basocelular ou CECC), mas também foi descrito para melanoma.^{4,5}

Diferente do TOS, há falta de estudos aprofundados avaliando a incidência, tipologia e características do CC pós-TCTH. Da mesma maneira, faltam estudos que avaliem se esses tumores podem ser de alto risco. Esse foi o caso desses dois pacientes, que apresentaram CECCs altamente agressivos que levaram à morte em pouco tempo. Por meio deste

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2024.06.007>

☆ Como citar este artigo: Mansilla-Polo M. Should patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation undergo screening and monitoring for skin cancer?. *An Bras Dermatol.* 2025;100. <https://doi.org/10.1016/j.abd.2024.06.007>.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valência, Espanha.

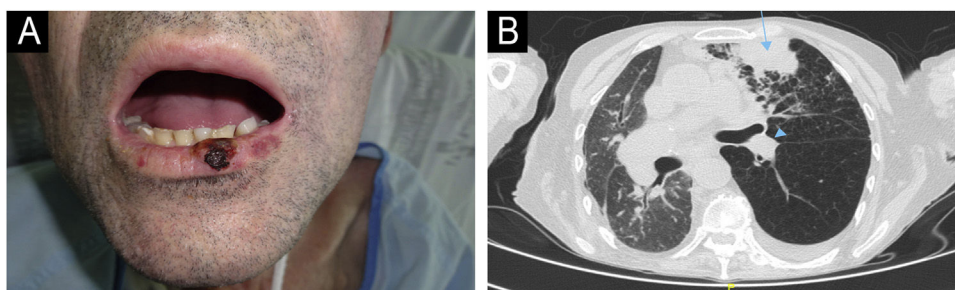


Figura 1 Paciente Número 1. (A) Carcinoma espinocelular cutâneo medindo $1,3 \times 1$ cm é observado no lábio inferior. (B) A tomografia computadorizada axial revela massa consistente com metástase pulmonar no segmento anterior do lobo superior esquerdo (*seta azul*), juntamente com metástase paratraqueal esquerda associada (*ponta de seta azul*).

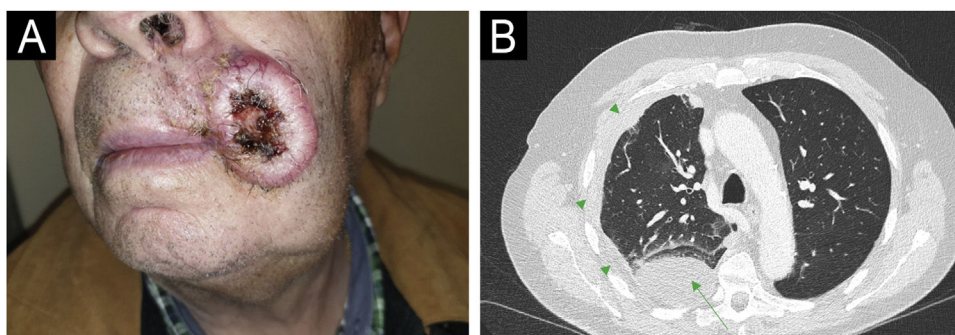


Figura 2 Paciente Número 2. (A) Observa-se carcinoma espinocelular cutâneo medindo $4,2 \times 3,5$ cm na comissura labial esquerda. (B) A tomografia computadorizada axial mostra massa consistente com metástase pulmonar no segmento posterior do lobo inferior direito (*seta verde*), acompanhada de derrame pleural (*pontas de seta verdes*) e atelectasia laminar associada.

artigo, é proposto que a vigilância dermatológica regular e o reconhecimento rápido de lesões pré-cancerosas e cancerosas em pacientes submetidos a TCTH são cruciais para o prognóstico e o tratamento. Estudos prospectivos em grandes populações são essenciais para avaliar a necessidade de triagem de CC em pacientes submetidos a TCTH, incluindo indicações e a necessidade de seguimento.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores


Miguel Mansila-Porto: Manejo dos diagnósticos e procedimentos clínicos; elaboração e redação do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Jambusaria-Pahlajani A, Crow LD, Lowenstein S, Garrett GL, Melcher ML, Chan AW, et al. Predicting skin cancer in organ transplant recipients: development of the SUNTRAC screening tool using data from a multicenter cohort study. *Transpl Int*. 2019;32:1259–67.
2. Gómez-Tomás Á, Bouwes Bavinck JN, Genders R, González-Cruz C, de Jong E, Arron S, et al. External validation of the skin and UV neoplasia transplant risk assessment calculator (SUNTRAC) in a large European solid organ transplant recipient cohort. *JAMA Dermatol*. 2023;159:29–36. Erratum in: *JAMA Dermatol*. 2023;159:1014.
3. de Masson A, Bouaziz JD, Socié G. Who needs a skin exam? skin cancers in allogeneic hematopoietic stem cell transplant recipients in the contemporary era. *J Invest Dermatol*. 2019;139:512–4.
4. Scott JF, Brough KR, Grigoryan KV, Muzic JG, Kim GY, Conic RRZ, et al. Risk factors for keratinocyte carcinoma in recipients of allogeneic hematopoietic cell transplants. *JAMA Dermatol*. 2020;156:631–9.
5. Herr MM, Curtis RE, Tucker MA, Tecca HR, Engels EA, Cahoon EK, et al. Risk factors for the development of cutaneous melanoma after allogeneic hematopoietic cell transplantation. *J Am Acad Dermatol*. 2020;83:762–72.

Miguel Mansilla-Polo  ^{a,b,c}

^a Departamento de Dermatologia, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, València, Espanha

^b Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, València, Espanha

^c Dermatologia, Universitat de València, València, Espanha

E-mail: miguel_yecla96@hotmail.com

Recebido em 2 de maio de 2024; aceito em 25 de junho de 2024