

ANÁLISE E DESCRIÇÃO DE DOIS CASOS DE CARCINOMA ESPINOCELULAR AVANÇADO EM CABEÇA E PESCOÇO

VALDENOR NEVES FEITOSA JÚNIOR¹; BRUNA SOARES PAES DE ANDRADE²; IANARA NOGUEIRA DUTRA^{2*}; MARÍLIA TEIXEIRA RODRIGUES MARTINS²; MARINA ISIDÓRIO CRUZ MACÊDO²; PEDRO HENRIQUE CUNHA LIRA DO REGO¹.

1 – Médico Cirurgião de Cabeça e Pescoço da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza.

2 – Acadêmicos de Medicina da Universidade de Fortaleza.

Artigo submetido em: 15/07/2020

Artigo aceito em: 28/07/2020

Conflitos de interesse: não há.

RESUMO

O câncer de pele não-melanoma é o mais frequente no Brasil, acometendo principalmente indivíduos com mais de 40 anos, com pele clara e história de intensa exposição solar. O diagnóstico é realizado por meio da avaliação clínica das lesões na pele, das comorbidades, dos fatores de risco e dos achados na biópsia. O objetivo deste artigo é relatar o caso de dois pacientes com formas agressivas de Carcinoma Espinocelular, que foram submetidos à cirurgia excisional em departamento de cirurgia de cabeça e pescoço na cidade de Fortaleza-CE. Os casos relatados levantam a discussão da terapêutica de uma situação complexa referente à abordagem do carcinoma espinocelular de alto grau, avaliando o tipo de cirurgia ideal para cada paciente, as indicações e as contraindicações de métodos adjuvantes, a fim de obter resultado satisfatório para os pacientes diagnosticados com essa patologia.

Palavras-chave: Carcinoma de células escamosas; Excisão de linfonodo; Biópsia.

ABSTRACT

The non-melanoma skin cancer is the most frequent in Brazil, affecting mainly people over 40 years, with fair skin and history of intense sun exposure. The diagnosis is reached through an thorough clinical evaluation of the skin lesions, the comorbidities, the risk factors and the biopsy findings. This paper aims to report a case of two patients with aggressive forms of squamous cells carcinoma, a type of non-melanoma skin cancer. They were submitted to a surgical excision in a department of Head and Neck Surgery in Fortaleza, Ceará. The discussion about these reported cases provides insights on the appropriate approaches towards a high risk squamous cell carcinoma of the skin: the ideal surgical technique, indications and contraindications of adjuvant therapies.

Keywords: Carcinoma, squamous cell; Lymph node excision; Biopsy.

Introdução

O câncer de pele não-melanoma (CPNM) é o mais frequente no Brasil e apresenta-se como 30% de todos os tumores malignos registrados no país. A estimativa para o ano de 2020 é de 176.930 novos casos, sendo 93.160 mulheres e 83.770 homens. Essa patologia, em geral, possui bom prognóstico se diagnosticada e tratada precocemente, porém pode deixar sequelas expressivas caso a abordagem não seja adequada⁽¹⁾.

O CPNM acomete principalmente indivíduos com mais de 40 anos, com pele, olhos e cabelos claros, história familiar de câncer de pele

ou outro câncer maligno, além de pacientes com intensa exposição solar sem proteção ou com queimaduras solares, especialmente quando ocorrem nas primeiras décadas de vida. As áreas corporais mais expostas à radiação solar, como orelhas, pescoço, rosto, dorso das mãos e antebraços são as mais acometidas^(1,2).

O CPNM é subdividido ainda em duas linhagens principais: o carcinoma basocelular (CBC) e o carcinoma espinocelular (CEC). O CBC apresenta-se como ferida ou nódulo de evolução lenta, com limitado poder de metastização^(3,4).

De forma mais agressiva, o CEC, no início da apresentação clínica, se apresenta como lesões

pequenas e endurecidas com alto potencial para se infiltrar de maneira extensa e com margens profundas nos tecidos devido ao seu rápido crescimento⁽⁵⁾.

O diagnóstico do CEC e do CBC é realizado na avaliação clínica das lesões na pele, observando localização anatômica, aparência, tamanho, morfologia, cor, textura, presença de sintomas neurológicos, além do histórico familiar para câncer, exposição aos fatores de risco e comorbidades associadas⁽⁶⁾.

O procedimento padrão para o tratamento dos carcinomas basocelular e espinocelular é a cirurgia de Mohs (CMM), indicada para regiões anatômicas que necessitam de uma maior preservação tecidual, já que esta é realizada com margens cutâneas mínimas⁽⁷⁾ ou a cirurgia excisional, na qual são demarcadas margens de segurança lateral e profunda em relação a borda visível do tumor, evidenciando, de acordo com a literatura, taxa de recidiva em torno de 5% em 5 anos⁽⁸⁾.

A escolha de procedimentos adjuvantes, como a radioterapia ou a quimioterapia deve ser avaliada de acordo com o risco de recorrência ou metástase individual de cada paciente⁽⁹⁾.

Neste artigo são relatados dois casos de carcinoma espinocelular, rapidamente progressivos e invasivos em um serviço de cirurgia de cabeça e pescoço da cidade de Fortaleza-Ceará, que motivou, como objetivos principais, uma análise detalhada do tratamento do CEC invasivo e das possibilidades de reconstrução cirúrgica utilizada em cada caso. O método utilizado neste relato de caso foi coleta de prontuários e análise de conduta baseada na literatura referente ao tema.

Relato do Caso

Neste presente estudo iremos apresentar o caso de dois pacientes.

Caso 01

Paciente masculino, 74 anos, treinador de futebol, hipertenso e doente renal crônico, com história prévia de longa exposição ao sol. Comparece à consulta com especialista de cirurgia de cabeça e pescoço devido à presença de múltiplos tumores de pele em região de cabeça, pescoço e tórax. Ao exame físico, foi observado um nódulo principal de 5-6 cm em região retroauricular com

úlceras central, o qual evoluiu em 3 meses, segundo o paciente.

Foi realizada abordagem cirúrgica das lesões da face, as quais correspondiam a um carcinoma basocelular (CBC) em frente e dois carcinomas espinocelulares (CEC) na região da bochecha e do tórax anterior. Procedido à biópsia incisional da lesão retroauricular, a qual evidenciou um achado histopatológico de carcinoma espinocelular. Na tomografia computadorizada da cabeça e do pescoço (Figura 1), observou-se lesão nodular expansiva de contornos irregulares e limites parcialmente definidos, localizada pósteroinferiormente ao pavilhão auricular esquerdo, estendendo-se ao músculo esternocleidomastoideo medialmente (sem plano de clivagem com o músculo), e ao subcutâneo e pele lateralmente, medindo 5,7 x 3,5 x 5,2 cm, inespecífica ao estudo sem contraste, porém com plano de clivagem com parte óssea da mastoide.



Figura 01 - Tomografia pré-operatória do paciente do caso 1. Nota-se lesão tumoral expansiva (seta branca) e o plano de clivagem entre tumor e parte óssea (seta azul).

O paciente retornou após 21 dias de pré-operatório, devido às múltiplas comorbidades e ao aguardo da biópsia. Contudo, nesse período, a lesão retroauricular cresceu em torno de 3-4 cm (Figura 2). Houve ressecção total e visível da tumoração, associado à ressecção parcial de pavilhão auricular e glândula parótida, mantendo-se a preservação do nervo facial. Por corresponder a um CEC, foi realizada uma linfadenectomia cervical de níveis II a V, preservando nervo acessório, veia jugular e artéria carótida, porém com sacrifício de músculo esternocleidomastoideo (Figura

3), sendo realizado reconstrução com retalho peitoral maior (Figura 4).



Figura 02 - Paciente do caso 1, com lesão retroauricular no momento da cirurgia.

nhado para tratamento adjuvante com quimioterapia e radioterapia, devido à margem comprometida e invasão perineural. No entanto, devido à disfunção renal, a quimioterapia foi contraindicada.



Figura 04 - Reconstrução realizada com retalho do músculo peitoral maior (Caso 1).

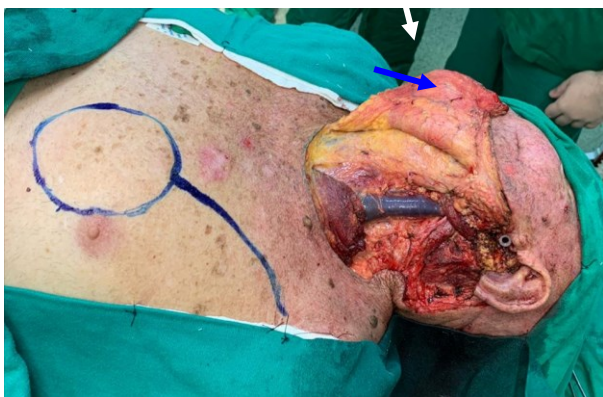


Figura 03 - Ressecção total da tumoração, associado à ressecção parcial de pavilhão auricular e glândula parótida. Esvaziamento cervical com sacrifício de músculo esternocleidomastoideo (níveis II-V). Nota-se a jugular interna (seta branca) e nervo acessório (seta azul) preservados (Caso 1).

A tumoração apresentou resultado histopatológico compatível com carcinoma espinocelular do tipo usual, apresentando infiltração de tecidos adjacentes incluindo glândula parótida. Ademais, possuía margens laterais livres, margem profunda acometida, presença de invasão perineural e ausência de invasão linfovascular. Em relação ao esvaziamento cervical foram retirados 18 linfonodos livres de neoplasia. Ressalte-se que o esvaziamento foi realizado por se tratar de um CEC de alto risco.

Paciente retorna ao ambulatório com boa fixação do retalho no sítio cirúrgico, sem queixas e com preservação de funções de nervo acessório e marginal da mandíbula. Paciente foi encami-

Caso 02

Paciente masculino, 77 anos, trabalhador rural, com relato de intensa exposição solar, sem uso de fotoproteção. Procurou atendimento médico em novembro de 2019, apresentando massa volumosa, vegetante, friável e sangrante em região pré-auricular à esquerda, medindo, aproximadamente, 10cm de diâmetro, de crescimento rapidamente progressivo há 3 meses.

Foi realizada biópsia incisiva, a qual evidenciou carcinoma espinocelular, sendo o segundo CEC primário de pele, visto que realizou, em 2003, uma exenteração de órbita à esquerda, ipsilateral à lesão atual, devido a um CEC de conjuntiva localmente avançado. A lesão atual acometia pavilhão auricular esquerdo, comprometendo a cartilagem de meato acústico externo, sem sinais de paralisia facial e pescoço com ausência de adenomegalias.

O estadiamento radiológico da lesão com TC contrastada de pescoço e tórax evidenciaram importante acometimento de estruturas anatômicas locais, todavia sem lesões à distância e sem infiltração de tecido ósseo, porém com sinais de infiltração de parótida.

A cirurgia constituiu na ressecção do tumor de pele com margens amplas tridimensionais, incluindo pavilhão auricular e meato acústico externo, além de parotidectomia

total com sacrifício de nervo facial, acompanhado de esvaziamento cervical radical modificado tipo II ipsilateral, com sacrifício do músculo esternocleidomastoideo (Figura 5), seguida de reconstrução com retalho miocutâneo de músculo peitoral maior (Figura 6). Paciente recebeu alta hospitalar no 7º dia do pós-operatório, sem complicações.

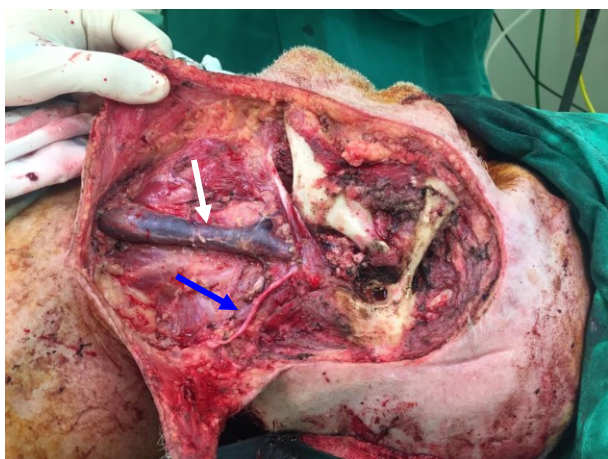


Figura 05 - Ressecção de tumor de pele com margens amplas tridimensionais, incluindo pavilhão auricular e meato acústico externo. Esvaziamento cervical com sacrifício de músculo esternocleidomastoideo (níveis I-V). Nota-se a jugular interna (seta branca) e nervo acessório (seta azul) preservados (Caso 2).



Figura 06 - Reconstrução com retalho miocutâneo de músculo peitoral maior (Caso 2).

Após duas semanas da alta hospitalar, foi observada isquemia de segmento distal do retalho, com deiscência parcial de ferida operatória em aspecto mais superior. Realizou-se

debridamento de tecidos desvitalizados, seguida de alta hospitalar, deixando a ferida operatória para cicatrizar por segunda intenção, evoluindo com exposição óssea de osso temporal e canal auditivo (Figura 7).



Figura 07 - Ferida operatória com presença de deiscência parcial em porção distal de retalho. Nota-se exposição óssea temporal (Caso 2).

O laudo de exame histopatológico demonstrou CEC invasivo com diferenciação do tipo células claras, moderadamente diferenciado, medindo 10,5cmx10,0cm, com espessura máxima de 3,8cm, Clark V, sem invasão angiolinfática ou perineural, com linfonodos cervicais livres de neoplasia. Além disso, detectou-se infiltração de parótida esquerda e canal auditivo externo pela neoplasia. Dessa forma, o estadiamento do tumor, o qual foi de pT3N0.

Por terem sido identificados fatores de alto risco para recorrência, de acordo com os guidelines do *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN), foi indicada radioterapia adjuvante. Com a exposição do osso temporal, o paciente foi submetido a novo procedimento cirúrgico para correção do defeito, com rotação de retalho locorregional do escalpo, com cicatrização favorável, podendo então ser referenciado ao serviço de radioterapia.

Discussão

O carcinoma espinocelular (CEC) se apresenta frequentemente associado a uma história de exposição intensa aos raios solares ultravioleta-

tas, de forma cumulativa ao longo da vida, como foi descrito nos casos acima. Tal exposição, leva ao dano tecidual da pele, gerando lesões precursoras do CEC, como a queratose actínica. As áreas mais comumente afetadas por esse tipo de tumor são a face, o pescoço, a parte extensora do antebraço, a parte dorsal da mão, o couro cabeludo (especialmente em pessoas carecas) e as pernas, podendo se apresentar com descamações, ulcerações e hiperqueratose ⁽¹⁰⁾.

Em ambos os casos descritos, foram encontrados tumores com características compatíveis ao carcinoma espinocelular invasivo, que, em 97% dos casos, está associado a uma evolução maligna da queratose actínica ⁽¹¹⁾.

Na avaliação histopatológica, o carcinoma espinocelular invasivo costuma ser bem diferenciado e apresentar características semelhantes a queratose actínica, mas pode ser diferenciado pela presença de células infiltrativas que atravessam a membrana basal, atingindo a derme. Em fases iniciais, tal caráter infiltrativo pode ser difícil de detectar, mas a presença de folículos pilosos e a atipia presente em toda a lesão epidérmica corroboram para tal diagnóstico. Na fase mais tardia, o CEC invasivo apresenta infiltrado inflamatório associado a ninhos de células atípicas na derme. Outros achados comuns incluem: pérolas queratinosas e pontes intercelulares ⁽¹¹⁾.

A National Comprehensive Cancer Network (NCCN) recomenda, em casos de CEC de alto grau, a realização da excisão completa dos tumores com margens amplas, como foi feito nos casos 1 e 2, ou a realização da excisão por meio da cirurgia micrográfica de Mohs, que é padrão ouro. Além disso, deve ser considerada a linfadenectomia, de acordo com a avaliação clínica dos linfonodos e/ou de acordo com a extensão da lesão ⁽¹²⁾ (Tabela 1)

Nesse âmbito, há características que devem ser consideradas na estratificação do risco de recorrência e do potencial metastático do tumor, assim como: no caso 1, o paciente apresentou tumor de crescimento rápido com margens profundas acometidas, invasão de tecidos adjacentes (glândula parótida) e comprometimento perineural; já no caso 2, o tumor tinha caráter recorrente, e com presença de infiltração da neoplasia no canal auditivo externo e na parótida esquerda. Dessa forma, quando o CEC apresenta alto risco

de recorrência e/ou metástase, como especificado na tabela 2, a NCCN recomenda o uso de radioterapia como tratamento adjuvante, realizada em ambos os casos, podendo ser associada a um tratamento sistêmico, como a quimioterapia ⁽¹²⁾. (Tabela 2)

Tabela 1. Indicações da Linfadenectomia

Linfonodos Regionais	Conduta Cirúrgica
Linfonodo solitário < ou = 3 cm	Excisão do tumor primário e dissecação ipsilateral seletiva do pescoço
Linfonodo solitário > 3 cm ou múltiplos linfonodos ipsilaterais	Excisão do tumor primário e dissecação extensa do pescoço
Linfonodos bilaterais	Excisão do tumor primário e dissecação bilateral do pescoço
Linfonodos da parótida envolvidos	Excisão do tumor primário, parotidectomia e dissecação ipsilateral do pescoço

Adaptado de: National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Squamous Cell Skin Cancer. [Online]. Regional Lymph Nodes (SCC-4); p. 10.

Em decorrência da disfunção renal apresentada pelo paciente do caso 1, a quimioterapia foi contraindicada, já que esse tipo de tratamento pode ser associado a nefrotoxicidade, podendo evoluir com insuficiência renal terminal ⁽¹³⁾. Outras características que devem ser consideradas para a determinação do tratamento adjuvante são referentes ao envolvimento dos linfonodos e estruturas adjacentes ao sítio do tumor ⁽¹²⁾.

Os defeitos craniofaciais e do terço médio da face apresentam consequências funcionais e estéticas importantes, logo, após a excisão de um tumor de pele em estágios mais avançados, torna-se necessária à utilização de técnicas de reconstrução ⁽¹⁴⁾. Dessa forma, para a reconstrução do local de excisão do tumor, pode-se usar um retalho miocutâneo. Na cirurgia de cabeça e pescoço, em geral, escolhe-se o retalho miocutâneo do músculo peitoral maior, como nos casos 1 e 2, quando há a necessidade de ressecções amplas, em decorrência de sua espessura e por permitir ilha de pele de grande diâmetro ⁽¹⁴⁾ (Figura 5).

Tabela 2. Fatores de risco para recorrência local ou metástase de acordo com o NCCN 2020

	Baixo risco	Alto risco
Localização/ tamanho	Área L < 20mm Área M < 10mm	Área L ≥ 20mm Área M ≥ 10mm Área H
Margens	Bem definida	Mal definida
Primário vs. recorrente	Primário	Recorrente
Imunossupressão	(-)	(+)
Sítio primário de radioterapia ou processo inflamatório crônico	(-)	(+)
Crescimento rápido do tumor	(-)	(+)
Sintomas neurológicos	(-)	(+)
Grau de diferenciação	Bem ou moderadamente diferenciado	Pouco diferenciado
Subtipos acantolítico, adenoescamoso, desmoplásico ou metaplásico	(-)	(+)
Profundidade, espessura ou nível de invasão	≤ 6mm e sem invasão abaixo da gordura subcutânea	> 6mm ou invasão abaixo da gordura subcutânea
Envolvimento perineural, linfático ou vascular	(-)	(+)

Área H = face central, pálpebras, sobrancelhas, área periorbital, nariz, lábios, queixo, mandíbula, região pré-auricular e pós-auricular, têmporas, ouvido, genitais, mãos e pés; Área M = bochechas, testa, couro cabeludo, pescoço e pretíbia; Área L = tronco e extremidades (excluindo mãos, unhas, pretíbia, tornozelo e pé).

Adaptado de: National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Squamous Cell Skin Cancer. [Online]. Risk factors for local recurrence or metastases (SCC-B); p. 13.

Nesse contexto, é interessante acrescentar que as possibilidades de retalhos que podem ser usados para cirurgias de reconstrução são: a) o retalho microcirúrgico, primeira opção para a maioria dos casos por oferecer tecido bem vascularizado para preenchimento, suporte e isolamen-

to de estruturas ósseas, evitando complicações de alta morbimortalidade, sendo sua maior desvantagem o seu alto custo, gerado pela necessidade de equipe médica completa e treinada, análises patológicas repetidas e tempo cirúrgico prolongado^(7,14); b) retalho local, utilizado para defeitos menores e sem estruturas nobres expostas⁽¹⁵⁾; c) retalho miocutâneo, com aspectos técnicos simples e de alta versatilidade, pode ser utilizado quando há ressecções extensas, podendo-se aproveitar tecido dos músculos peitoral maior e grande dorsal^(14,16); d) retalhos fasciocutâneos, como o supraclavicular e o Bakamjian, que apresentam bom arco de rotação, promovendo cobertura satisfatória, além de terem cor e textura semelhantes à região receptora⁽¹⁷⁾.

O presente trabalho traz à luz a discussão de dois casos de carcinoma espinocelular com fatores de risco associados, como história de intensa exposição solar, sendo de grande importância a análise clínica e histopatológica das lesões, a fim de um diagnóstico definitivo. A ressecção cirúrgica é o tratamento padrão-ouro para o CPNM. A escolha da melhor opção terapêutica deve ser individualizada, assim como as possibilidades de retalhos usados para cirurgias de reconstrução. Ademais, é recomendado o uso de radioterapia e/ou quimioterapia como tratamento adjuvante quando o CEC apresenta alto risco de recorrência e/ou metástase.

Referências

1. Câncer de pele não melanoma [Internet]. INCA. 2020. Available from: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pele-nao-melanoma>
2. Bomfim SS, Giotto AC, Gabriella A, Goiás SA, Goiás SA. Câncer De Pele : Conhecendo E Prevenindo a População Meta Skin Cancer : Knowing and Preventing Population. Rev Divulg Científica Sena Aires 2018;7:255-9.
3. Broetto J, Freitas JOG de, Sperli AE, Soh SW, Richter CA, Toni RA de. Tratamento cirúrgico dos carcinomas basocelular e espinocelular: experiência dos Serviços de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga. Rev Bras Cir Plástica 2012;27:527-30.

- <https://doi.org/10.1590/s1983-51752012000400009>.
4. Mantese SAO, Berbert ALC V., Gomides MDA, Rocha A. Basal cell Carcinoma - Analysis of 300 cases observed in Uberlândia - MG, Brazil. *An Bras Dermatol* 2006;81:136-42. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962006000200004>.
 5. Pinto EB, Pires CAA, Loureiro WR, Mendes PIB, Silveira SO, Carneiro FRO. Carcinoma de células escamosas cutâneo-invasivo - Relato de caso. *Surg Cosmet Dermatology* 2018;10:276-9. <https://doi.org/10.5935/scd1984-8773.2018103992>.
 6. Murad A, April A, Christian B, Jeremy SB, Marc B, Klaus JB et al. Guidelines of care for the management of cutaneous squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* Volume 78, Number 3.
 7. Nectoux AV, Floriani JHG, Paula TA de, Santos TN dos, Magnus GA, Jaeger MR de O. Utilização da cirurgia com margens cutâneas mínimas - cirurgia de Mohs - no tratamento das neoplasias malignas não melanocíticas de pele. *Rev Bras Cir Plástica - Brazilian J Plast Sugery* 2018;33:84-6.
 8. Hamilton AG, Igor QP, Victor HTRS. Estudo de recidiva de carcinoma de pele. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba*. 2020;7:46249.
 9. Clinical N, Guidelines P, Guidelines N. Squamous cell skin cancer. *NCCN Guidel* 2013.
 10. Howell JY, Ramsey ML. Cancer, Squamous Cell of the Skin. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441939/>
 11. Yanofsky VR, Mercer SE, Phelps RG. Histopathological variants of cutaneous squamous cell carcinoma: a review. *J Skin Cancer*. 2011;2011:210813. doi:10.1155/2011/210813
 12. National Comprehensive Cancer Network. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Squamous Cell Skin Cancer*. [Online]. Available from: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/squamous.pdf [Accessed 10 July 2020].
 13. Małyszko J, Kozłowska K, Kozłowski L, Małyszko J. Nephrotoxicity of anticancer treatment. *Nephrol Dial Transplant*. 2017;32(6):924-36.
 14. Menezes MB, Saleh KS, Nakai MY, Dias LPM, Kavabata NK, Gonçalves AJ. O retalho do músculo peitoral maior nas reconstruções em Cirurgia de Cabeça e Pescoço: análise crítica. *Rev. Col. Bras. Cir.* [Internet]. 2018 ; 45(2): e1682. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20181682>.
 15. Souza CD. Reconstrução de grandes defeitos de couro cabeludo e frente em oncologia: tática pessoal e experiência - análise de 25 casos. *Rev. Bras. Cir. Plást.* [Internet]. 2012 June ; 27(2): 227-237.
 16. Liang J, Yu T, Wang X, Zhao Y, Fang F, Zeng W et al . Retalhos livres de tecido para reconstrução em cirurgias de cabeça e pescoço: aplicação clínica e análise de 93 pacientes de uma única instituição. *Braz. j. otorhinolaryngol.* [Internet]. 2018 Aug ; 84(4): 416-425. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2017.04.009>.
 17. Hélio Ricardo Nogueira Alves. *Uso do retalho fasciocutâneo supraclavicular em defeitos oncológicos nas reconstruções de de cabeça e pescoço imediata e de resgate. Tese para obtenção do Título de Doutor em Ciências. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2018.*

*** Autor correspondente:**

IANARA NOGUEIRA DUTRA

Avenida João Pessoa, 5061, Fortaleza - CE, 60425813.

dutraianara@gmail.com