

tumores de pele não melanoma

SELINALDO AMORIM BEZERRA
CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO
HUWC 2010

Tumores Cutâneos



- Neoplasia maligna mais comum
- 90% em região da cabeça e pescoço
- Ao diagnóstico 50% das pessoas têm mais de 60 anos
- Bom prognóstico, mas podem ter recidiva local freqüente principalmente quando¹
 - Surgem na máscara facial
 - > 3 cm
 - Comprometimento profundo
 - 4 ou + tratamentos prévios
 - Doença metastática
- Perfil dos pacientes acometidos



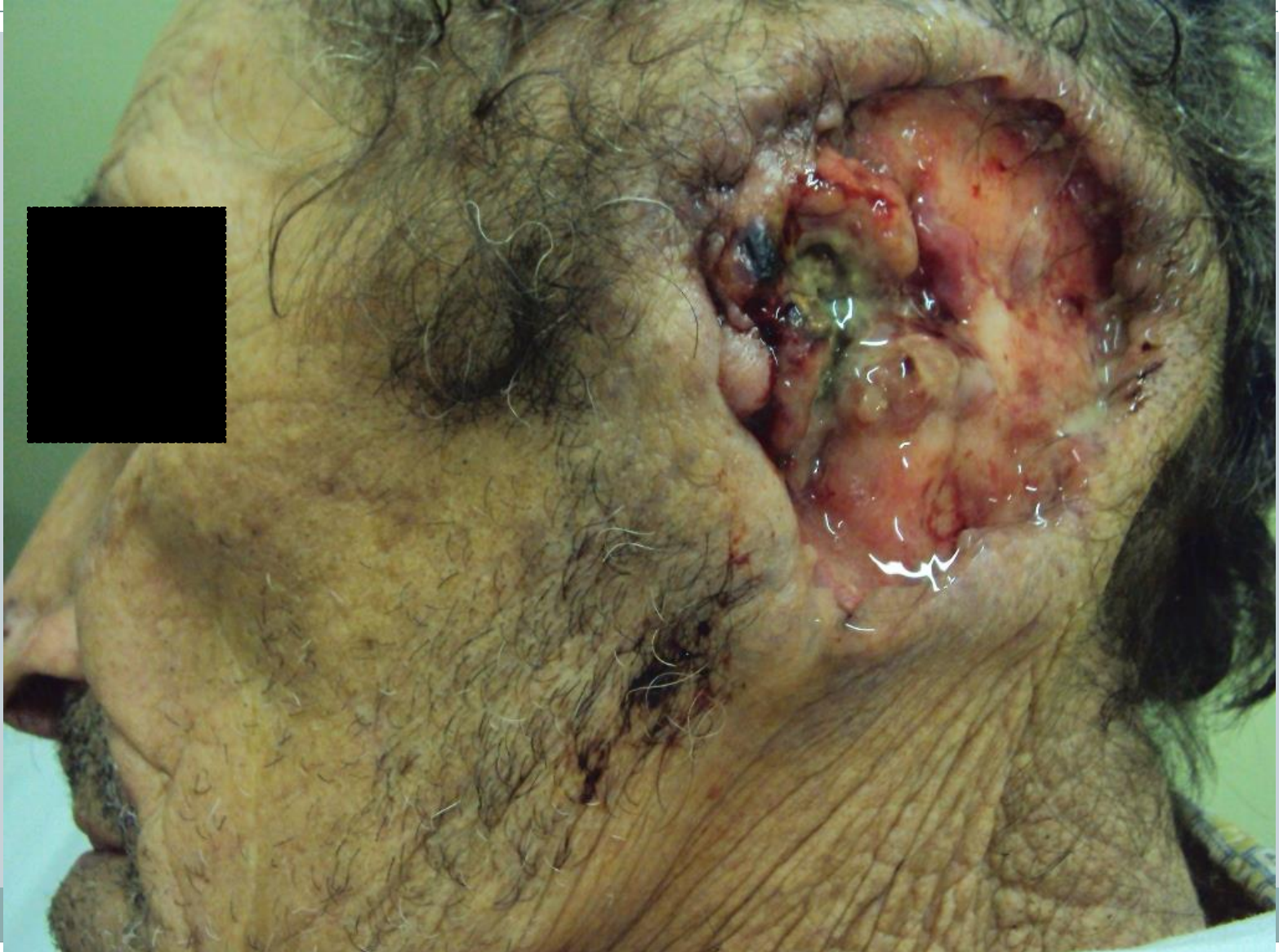
CBC Recidivado em área da máscara facial e > 3 cm



CBC > 3 cm e localizado na máscara facial



Pequenas lesões podem se tornar irresssecáveis



Epidemiologia

● Fatores pré-disponentes

- Exposição solar
- Imunossupressão
- Doenças Hereditárias - **Xeroderma Pigmentoso**, Síndrome do Nevus de Células Basais, Albinismo, Epidermólise Bolhosa Congênita
- HPV²
- Exposição a agentes químicos
 - ✦ Arsênio
 - ✦ Hidrocarbonetos



Tumores de pele não melanoma



- Fatores de risco para recidiva: CBC X CEC

Bordas mal definidas	Bordas mal definidas
Área de RT prévia	Área de RT prévia
Invasão perineural ou vascular	Invasão perineural ou vascular
Subtipo esclerosante ou micronodular ou morfeico	Crescimento rápido
	Moderadamente ou pouco diferenciado

Disseminação Tumoral



- Dérmica - derme superior menos densa que a inferior
- Cartilagens e ossos - via de menor resistência (periósteo e pericôndrio)
- Nervosa - Nervos cranianos, leva a síndromes neurológicas
- Linfática - rara no CBC (menos de 0,1%), risco de 0,6 a 3,6% no CEC

Lesões Pré-Malignas

- Queratose actínica
 - Áreas expostas ao sol
 - Pápulas eritematosas, aderidas sem sinais inflamatórios, < 1 cm
 - Tratamento - criocirurgia, 5-fluorouracil, ácido tricloroacético



Lesões Pré-Malignas

- Doença de Bowen - forma pré invasiva CEC

- Aparece quando a área avermelhada começa a desenvolver um espessamento

- **Queratoacantoma** - tumor bem delimitado, crescimento rápido, nódulo fibroso com centro ulcerado



Carcinoma Espinocelular



- Menos comum que o CBC (30% dos carcinomas de pele)
- Mais freqüente em homens, 6^a e 7^a décadas
- Áreas expostas ao sol
- Surge de áreas danificadas da pele
- Lesão eritematosa, ulcerada, crostosa com base granular friável, sangrante, circundada por halo inflamatório
- Potencial metastático relacionado a profundidade da lesão



Copyright © 2004, Elsevier.

Carcinoma Espinocelular

- Histologia - ninhos regulares de células epidérmicas com invasão na derme



Nunca subestimar o CEC de pele!



Nunca subestimar o CEC de pele!



Tx Tumor primário não pode ser avaliado
 To Sem evidência de tu primário
 Tis Carcinoma *in situ*
 T1 Tumor até 2cm na maior dimensão
 T2 Tumor maior que 2cm e menor que 5cm na maior dimensão
 T3 Tumor maior que 5cm na maior dimensão
 T4 Tumor invade estruturas extradérmicas profundas (cartilagem, musculo esquelético, osso)
 Nota: no caso de tumores múltiplos simultâneos, o tumor com maior T será classificado e o número de tumor existentes será indicado entre parênteses.

N Linfonodos regionais
 Nx Linfonodo regional não pode ser avaliado
 N0 Sem linfonodo regional metastático
 N1 Linfonodo regional metastático
 M Metástases distantes
 Mx Metástase distante não pode ser avaliada
 M0 Sem metástase a distância
 M1 Metástase distante presente

Estádio Clínico

E C 0	Tis	N0	M0
E C I	T1	N0	M0
E C II	T2	N0	M0
	T3	N0	M0
E C III	T4	N0	M0
	qualquer T	N1	M0
E C IV	qualquer T	qualquer N	M1

Grau Histopatológico (G)

Gx grau não pode ser avaliado
 G1 bem diferenciado
 G2 moderadamente diferenciado
 G3 pobremente diferenciado
 G4 indiferenciado

Carcinoma Basocelular

- Origem na camada de células basais da epiderme
- Tipo mais comum de câncer de pele
- Crescimento lento, prurido, sangramento, cicatrização parcial atingindo áreas expostas ao sol
- Raramente metastatiza
- Histologia - Células com núcleos grandes, ovalados, pouco citoplasma, estroma mucinoso ao redor



CBC corte histológico

Forma clínica nodular



Copyright © 2004, Elsevier.

Carcinoma Basocelular



Nódulo ulcerativo



Pigmentado



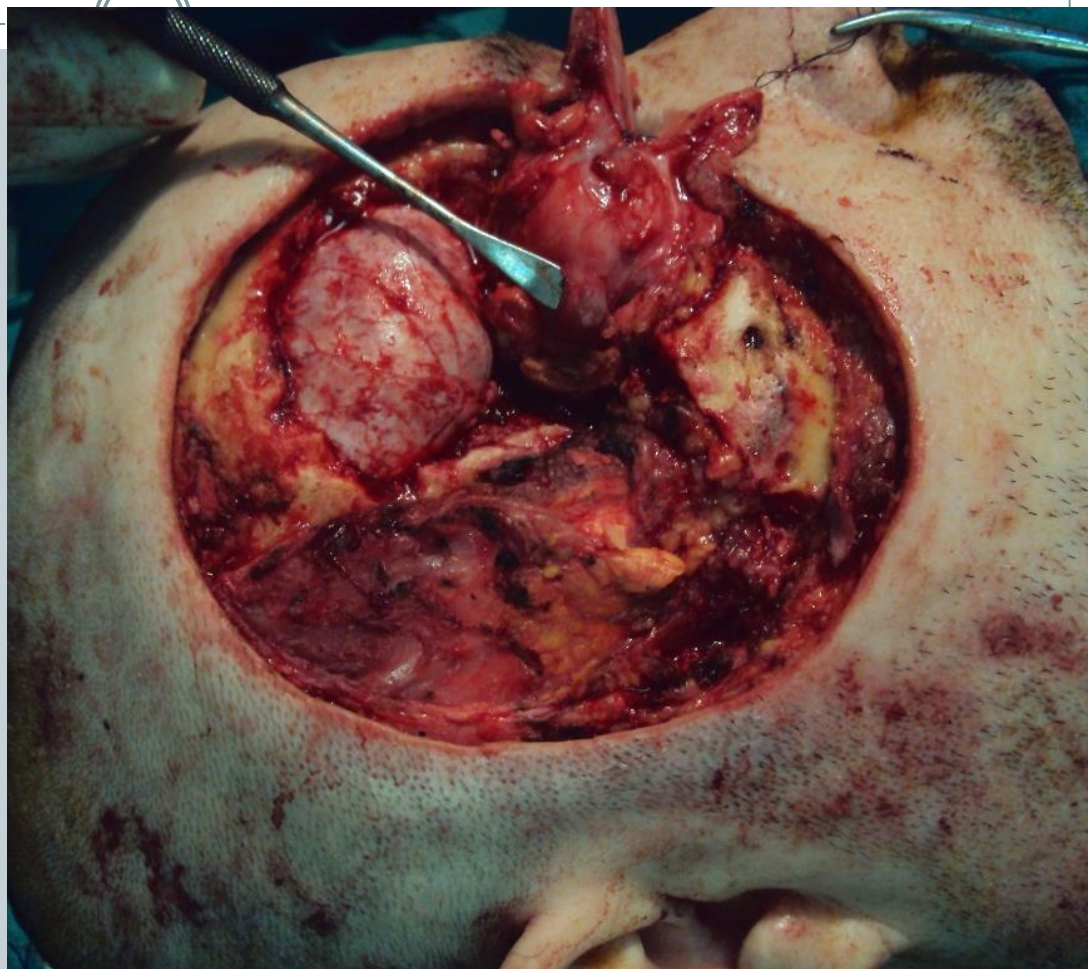
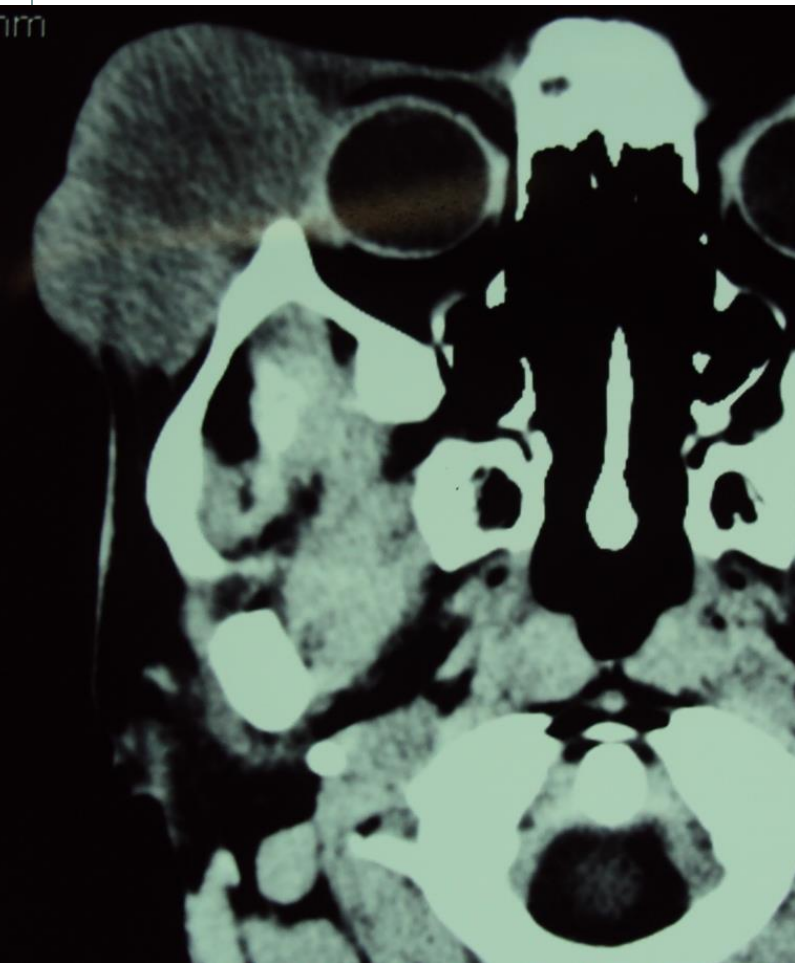
Superficial



Esclerodemiforme ou morfético

Nunca subestimar o CBC!

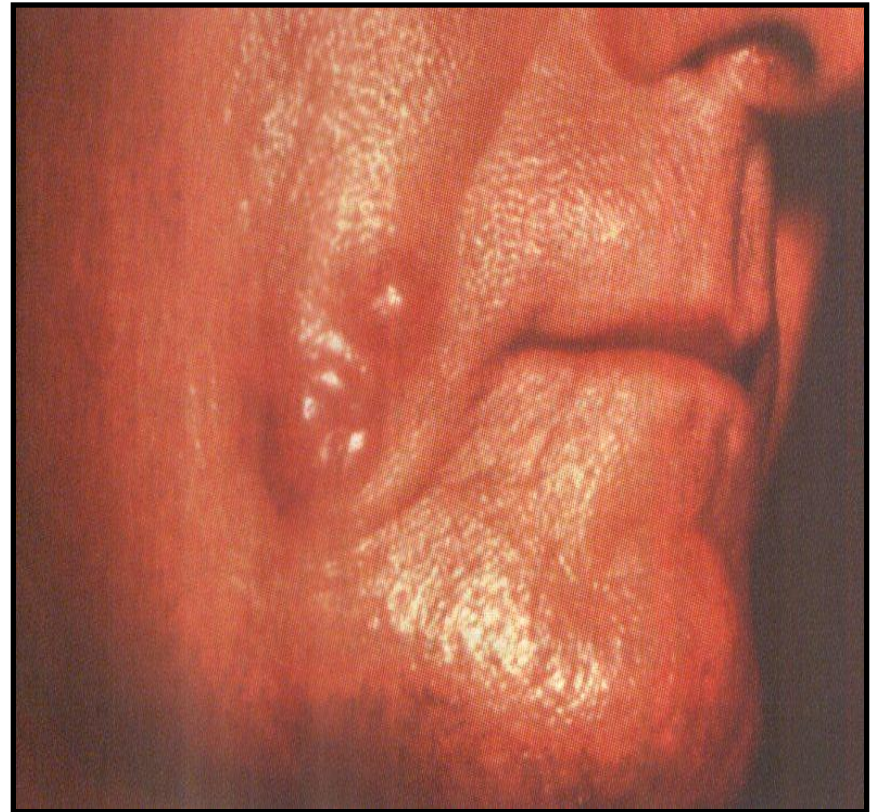




Carcinoma de Anexos Cutâneos



- Bastante agressivos
- Glândulas sudoríparas écrinas e apócrinas - extremamente raros
- Aspecto clínico: formações nodulares pequenas
- Diagnóstico diferencial pelo histopatológico



Tumores Cutâneos de Origem Mesenquimal



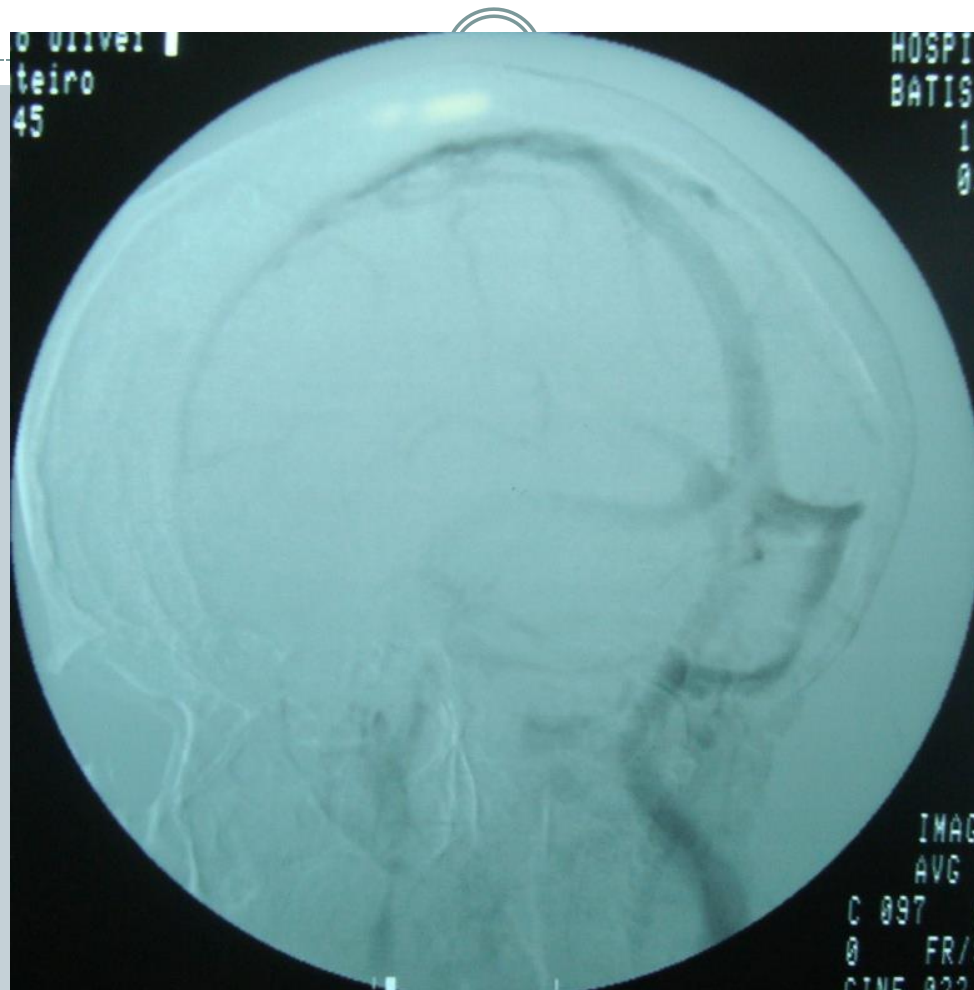
- Dermatofibrossarcoma Protuberans - proliferação maligna de fibroblastos, incomuns, placas endurecidas que evoluem para nódulos
- Fibroxantoma Atípico - Lesão de baixo grau, nódulo superficial em áreas expostas, podem ulcerar

Diagnóstico

- Dermatoscopia
- US, TC, RM devem ser individualizados
- Biópsia
 - Incisional
 - Excisional
 - Shaving
- Tumores anexos e de origem mesenquimal: imunohistoquímica

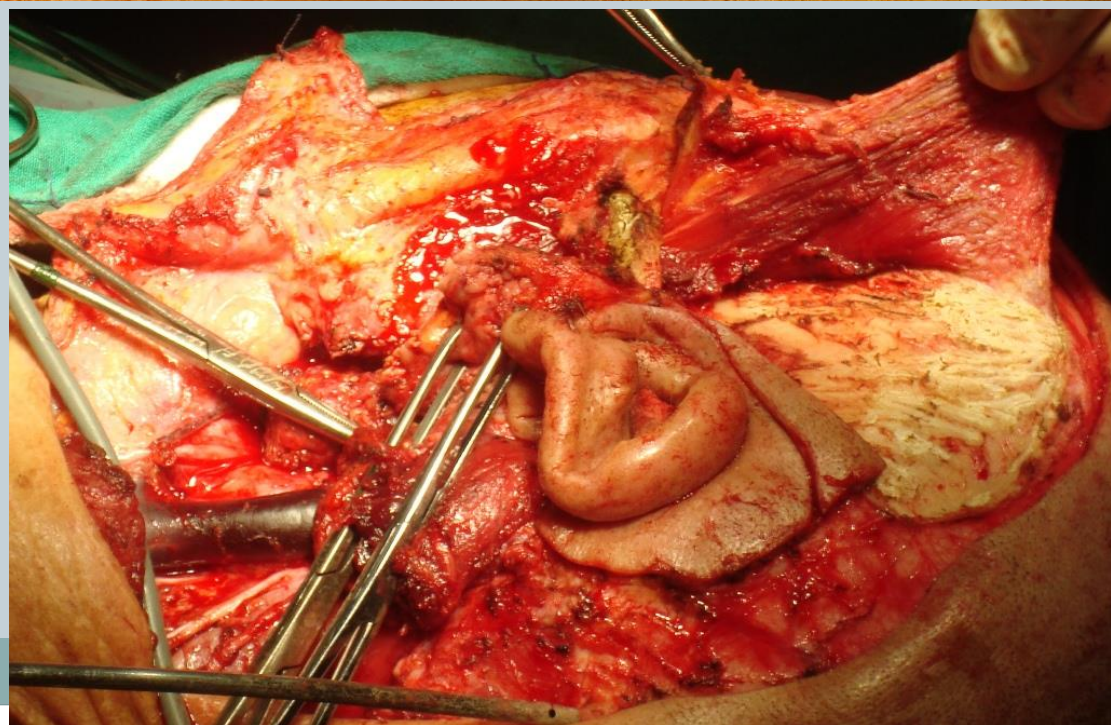
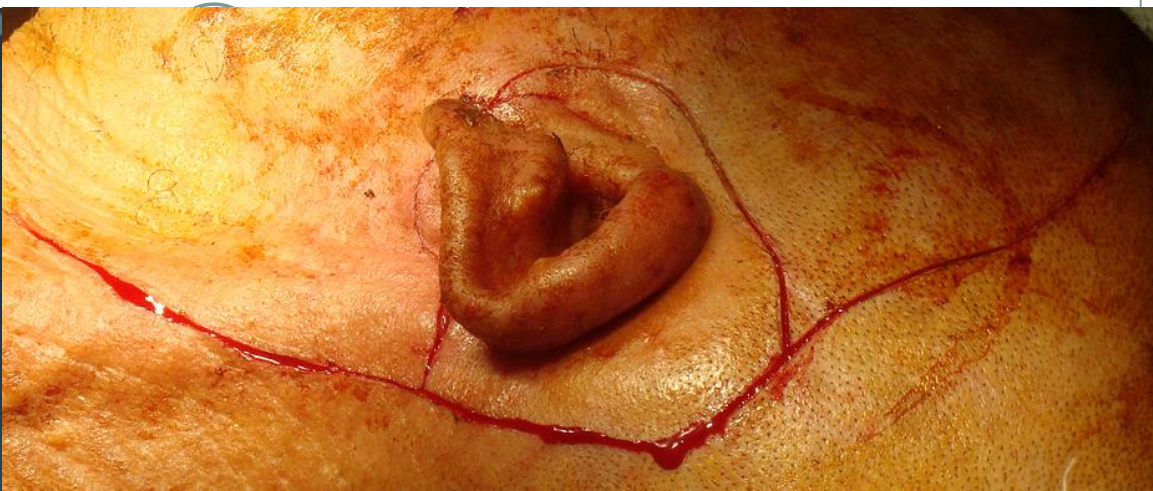
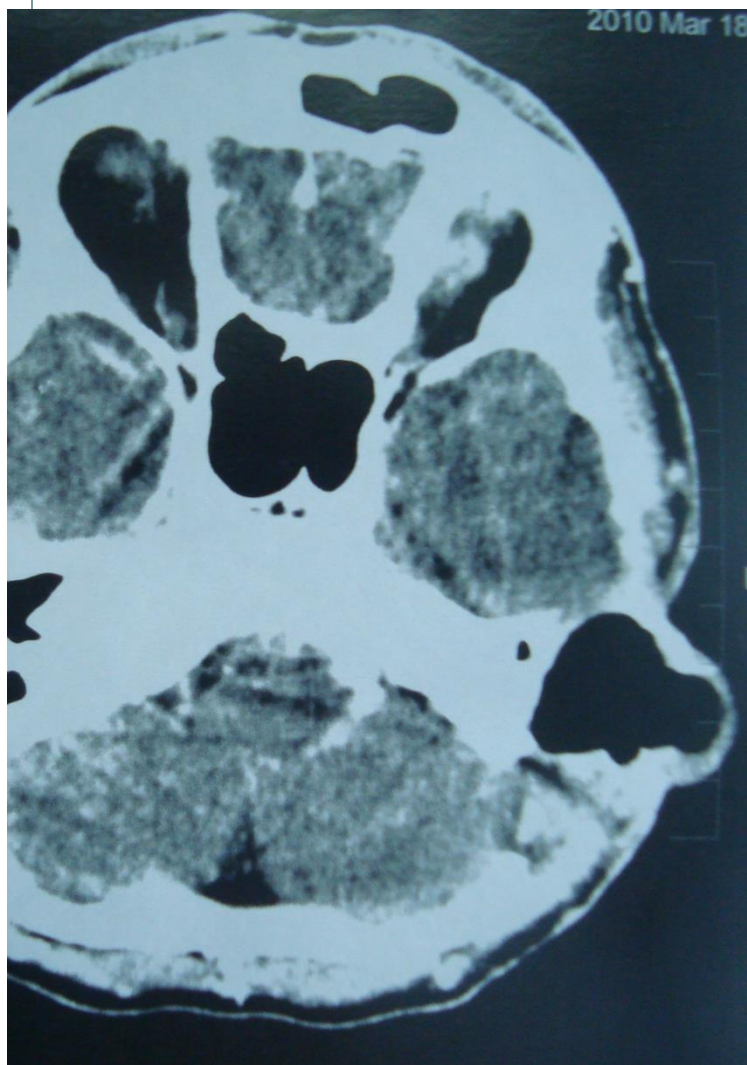


Arteriografia

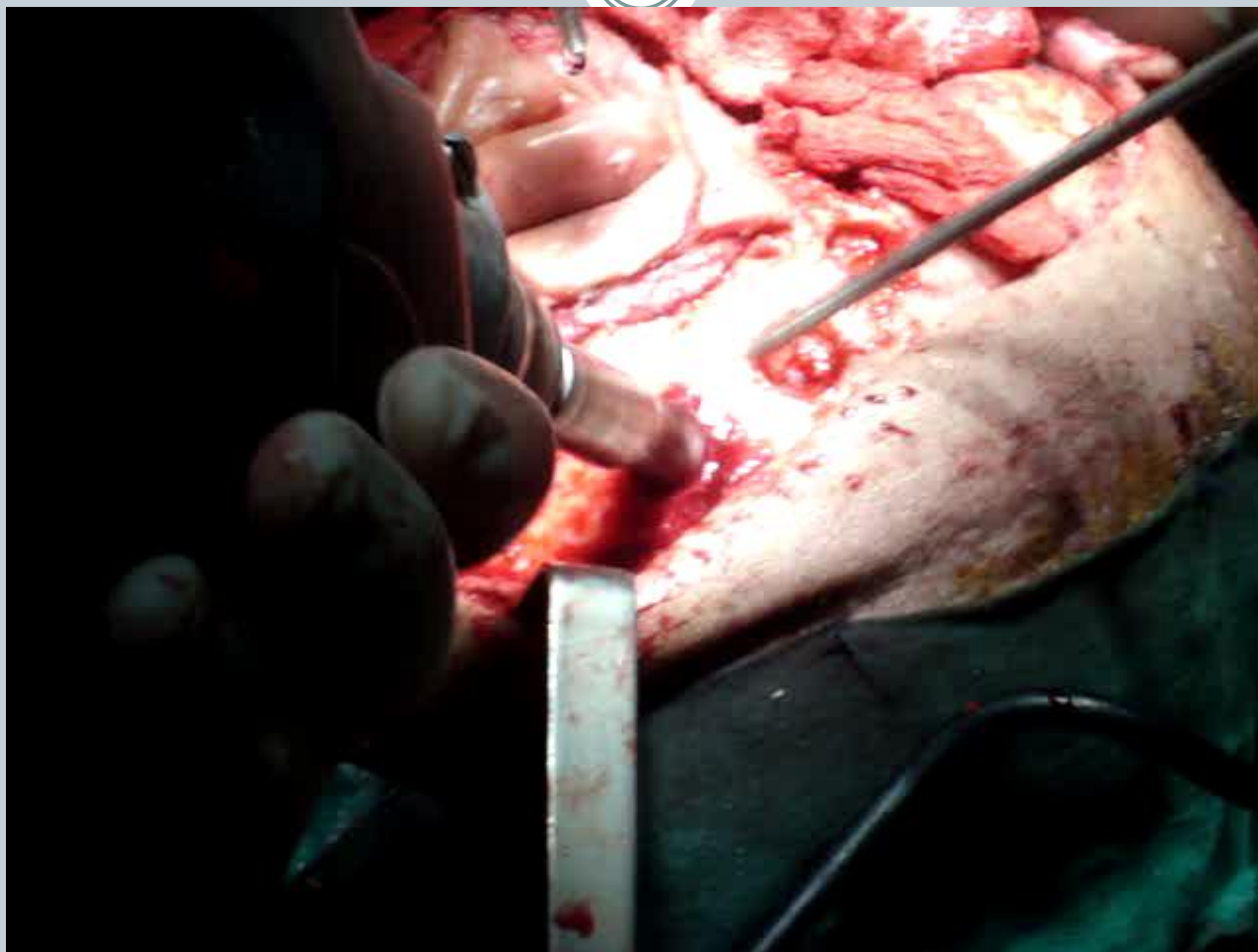




CBC Terebrante



Tto cirúrgico crânio-facial

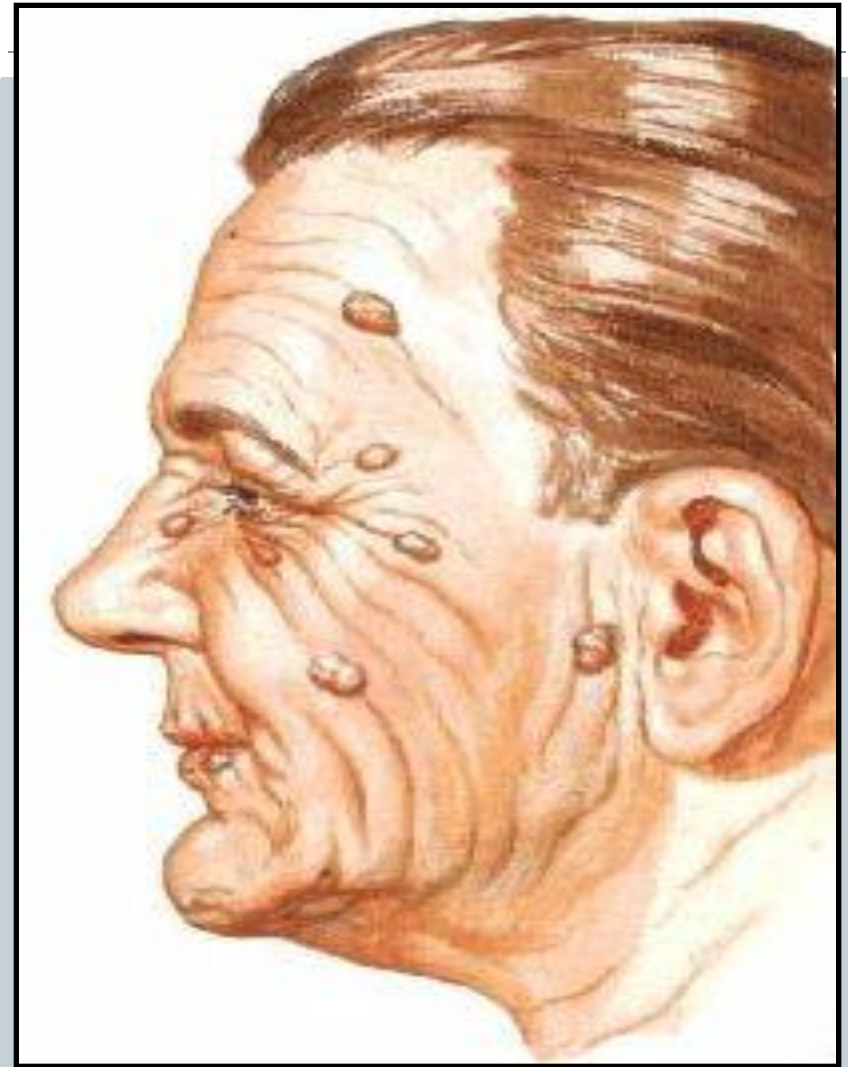
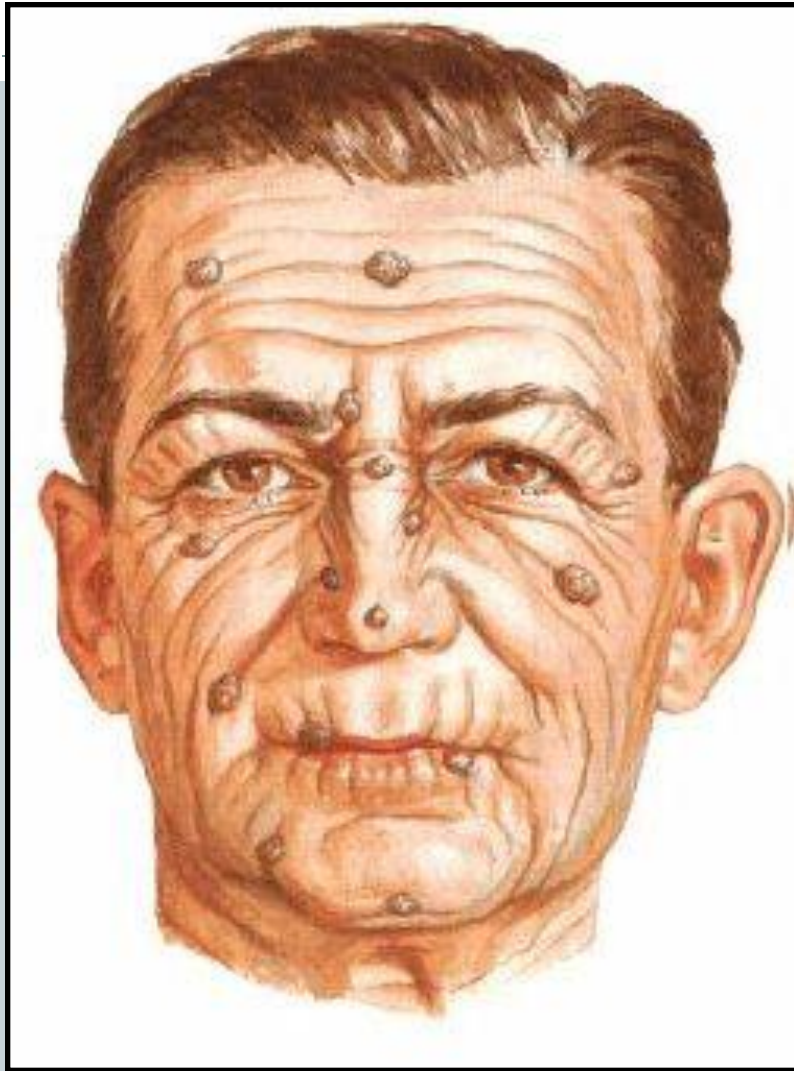


Tratamento dos Tumores de Pele



- Cirúrgico – geralmente uma elipse seguindo linhas de força
 - + de 95 % de cura
 - Margens
- Avaliar linfonodos regionais
 - Se necessário **PAAF** ou bx linfonodal
 - Esvaziamento cervical terapêutico ou de oportunidade
- Curetagem e eletrocauterização: lesões iniciais
- Criocirurgia: lesões pequenas, superficiais e bem delimitadas

Tratamento Cirúrgico



Linhas de força de Langer

À primeira cirurgia foi realizado PAAF



Tratamento



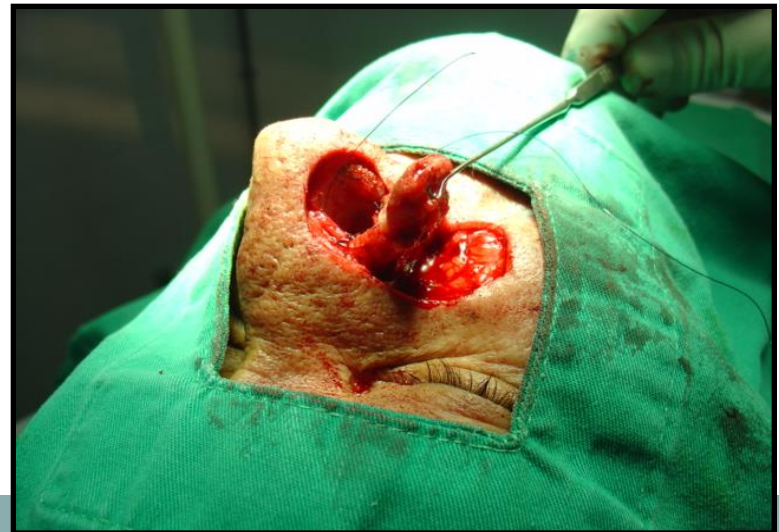
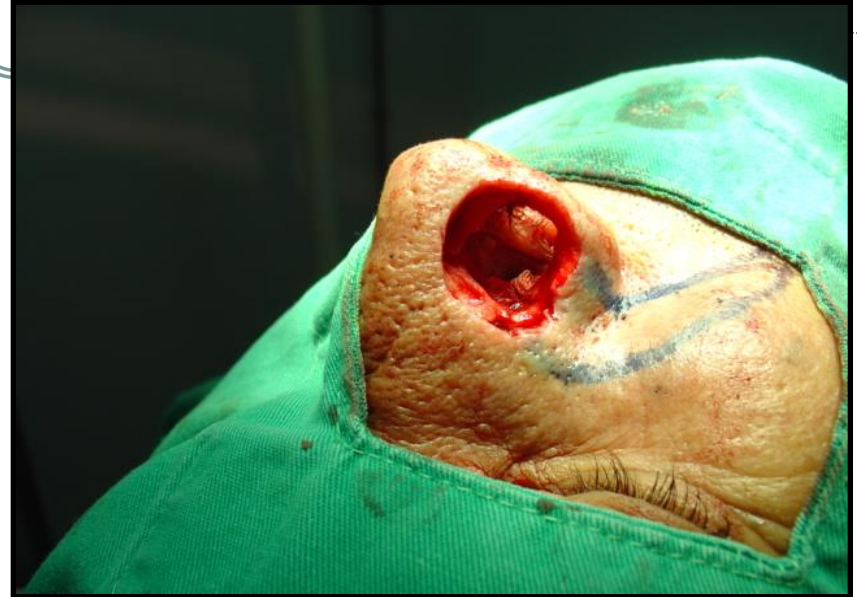
- **Cirurgia de Mohs**
 - Desenvolvida na década de 30 por Frederick mohs
 - Excisões sequenciais: praticamente 100% das margens são examinadas ao microscópio
 - Vantagens e desvantagens
- **Radioterapia - Lesões extensas**
 - Pacientes sem condições cirúrgicas
 - Mesmo no CEC onde há melhor resposta a recidiva é maior que com cirurgia
- **Interferon – boa resposta em lesão superficial**
 - Monoterapia em lesões pré-neoplásicas

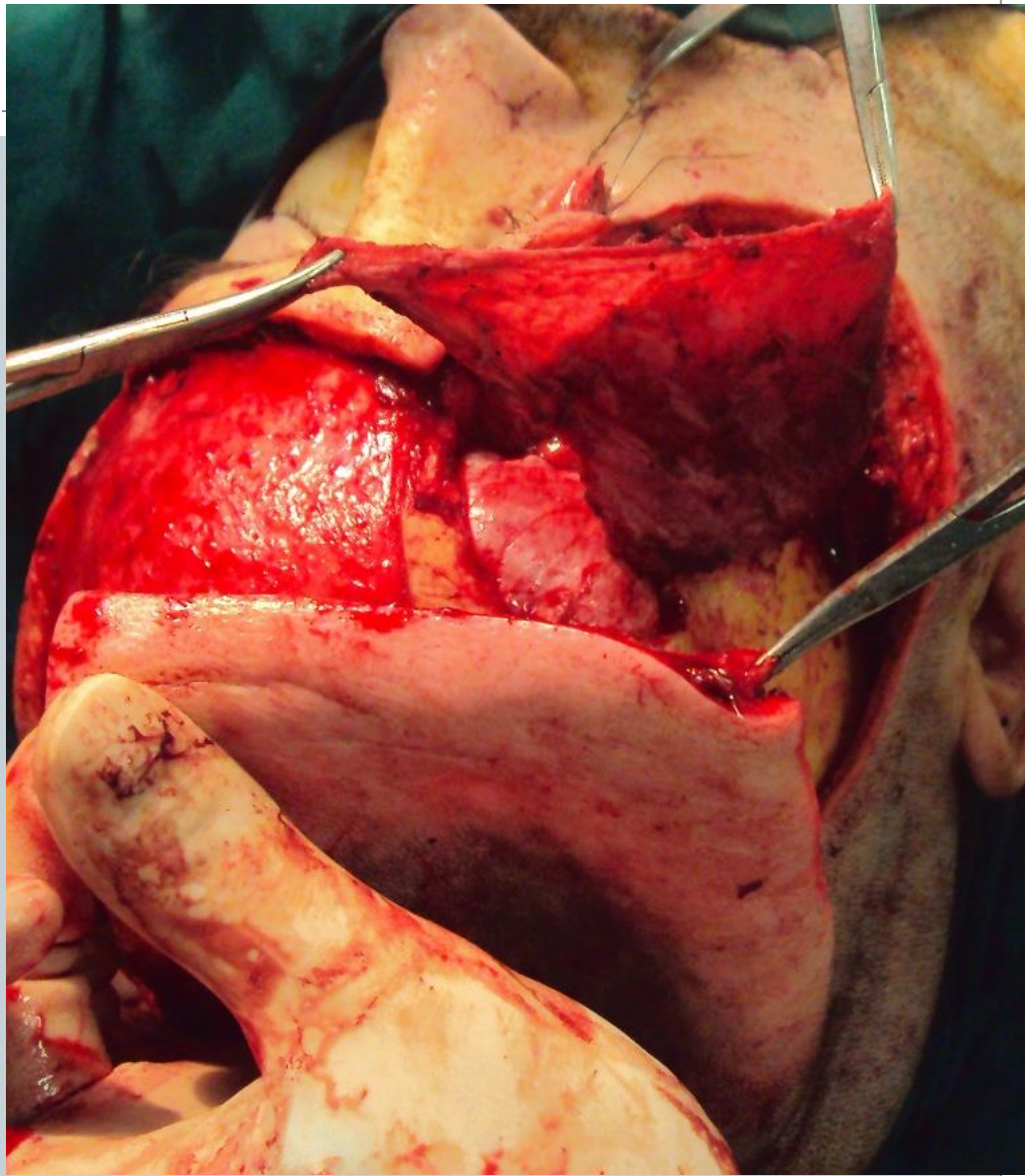
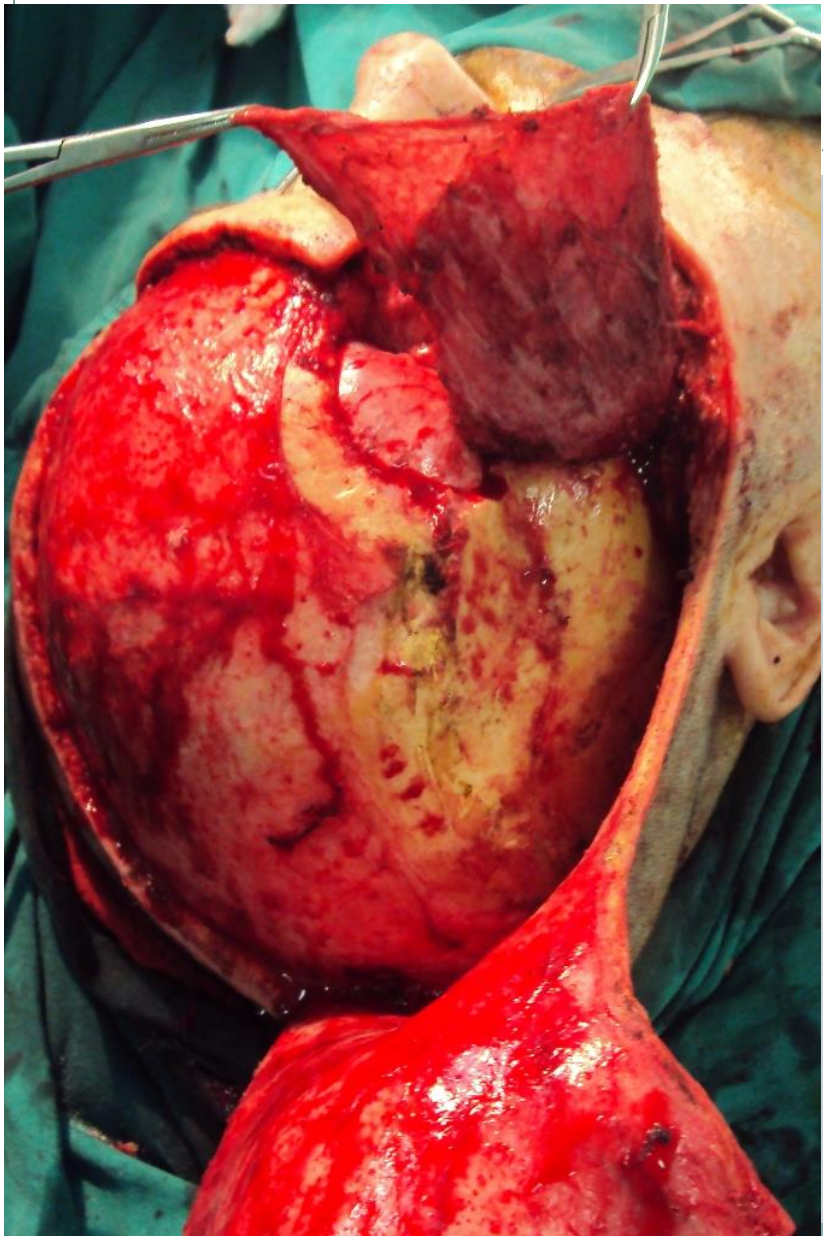
Reconstrução



- Várias técnicas
- **Sempre optar pelo mais simples**
- Variáveis
 - Defeito
 - Localização
 - Experiência
 - N° de recidivas
 - Elasticidade da pele
- 1º tempo?
- Reparação em 2 tempos é sempre avaliável

Reconstrução





Retalho de couro cabeludo + m temporal necessidade de 2º tempo



Reconstrução



Pós RT



Seguimento



- Retorno a cada 3 meses → a cada 6 meses
- Incidência de recidiva local é baixa
 - Variáveis
 - ✦ Características do tumor
 - ✦ Localização
 - ✦ Tto empregado

Prevenção

- Medidas de prevenção primária
 - Início na infância
 - Alertar para alterações precoces de pele

Bibliografia



- Manual do Residente de cirurgia de cabeça e pescoço, Vergilius J. F. Araújo Filho; Lenine Garcia Brandão; Alberto R. Ferraz- São Paulo, págs.66-73 1999.
- Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia, Marcos Brasilino de Carvalho, São Paulo: Editora Atheneu, 2001.
- Gonçalves A. J., Alcadipani F. A. M. C. Clínica e Cirurgia de Cabeça e Pescoço – São Paulo: Editora Tecmedd, 2005
- Orlando Parise e col. Diagnóstico e Tratamento Câncer de Cabeça e Pescoço São Paulo: Âmbito Editores, 2008
- Townsend, Courtney M. Tratado de Cirurgia – A Base Biológica da prática cirúrgica moderna 17ª edição, 2005