

Tumores Cutâneos

Residência de Cirurgia Cabeça e
Pescoço

H.U.W.C.

Apresentador: **Dr. Wendell Leite**

Fortaleza

Junho/2005

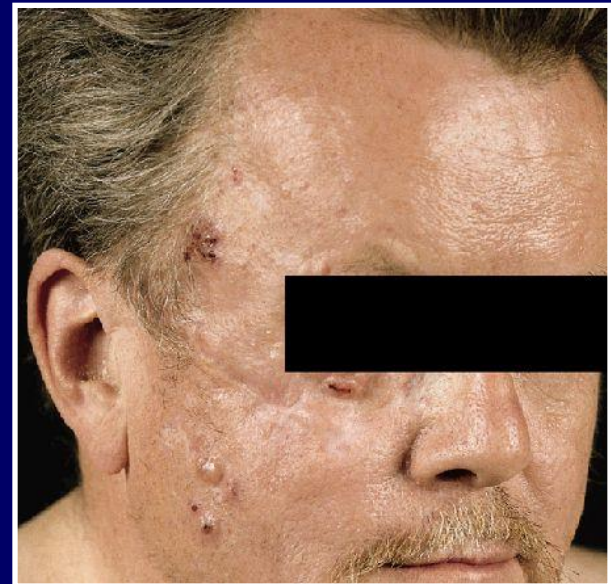
Tumores Cutâneos

- Neoplasia maligna mais comum
- 800.000 novos casos nos E.U.A (1994), no Brasil 90.000 (1996)
- 90% em região da cabeça e pescoço
- 50% das pessoas com mais de 65 anos desenvolverão câncer de pele
- Mortalidade 1800 pessoas /ano ou 0,45%



Epidemiologia

- Geografia residencial
- Radiação actínica- UVB (290 a 320 nm), UVA (320 a 400nm)
- Radiação ionizante (radiodermite pós RT)
- Raça
- Imunossupressão
- Exposição Química (Herbicidas, pesticidas)
- Doenças Hereditárias- Xeroderma Pigmentoso, Síndrome do Nevus de Células Basais, Albinismo, Epidermólise Bolhosa Congênita



Disseminação Tumoral

- Dérmica- derme superior menos densa que a inferior
- Planos de fusão embrionária- regiões frontonasal, maxilar, médio e lateronasal, orelha externa
- 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
 - Mais comum em CP
 - Áreas expostas ao sol
 - Pápulas eritematosas, aderidas sem sinais inflamatórios, < 1 cm
 - Tratamento- Shave superficial, criocirurgia, 5-fluorouracil, ácido tricloroacético
 - Diagnóstico diferencial- CEC, CBC, Queratose seborréica, Lentigo Benigno



Queratose solar

Lesões Pré-Malignas

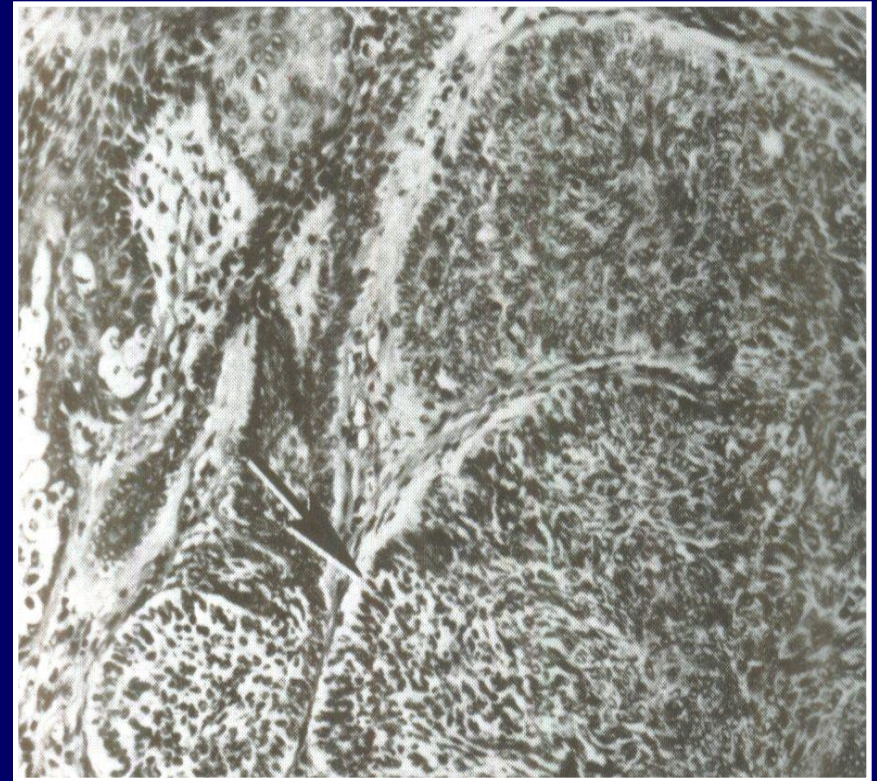
- Doença de Bowen- forma pré invasiva CEC, displasia leve sem invasão
- Queratoacantoma- tumor bem delimitado, crescimento rápido, nódulo fibroso com centro ulcerado



Queratoacantoma malar

Carcinoma Basocelular

- Origem na camada de células basais da epiderme
- Tipo mais comum de câncer de pele
- 80% ocorre em área de exposição solar (nariz em 30% dos casos)
- Homens brancos acima de 40 anos
- 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

Carcinoma Basocelular



Nódulo ulcerativo



Pigmentado



Superficial



Esclerodemiforme ou morfético

Carcinoma Espinocelular

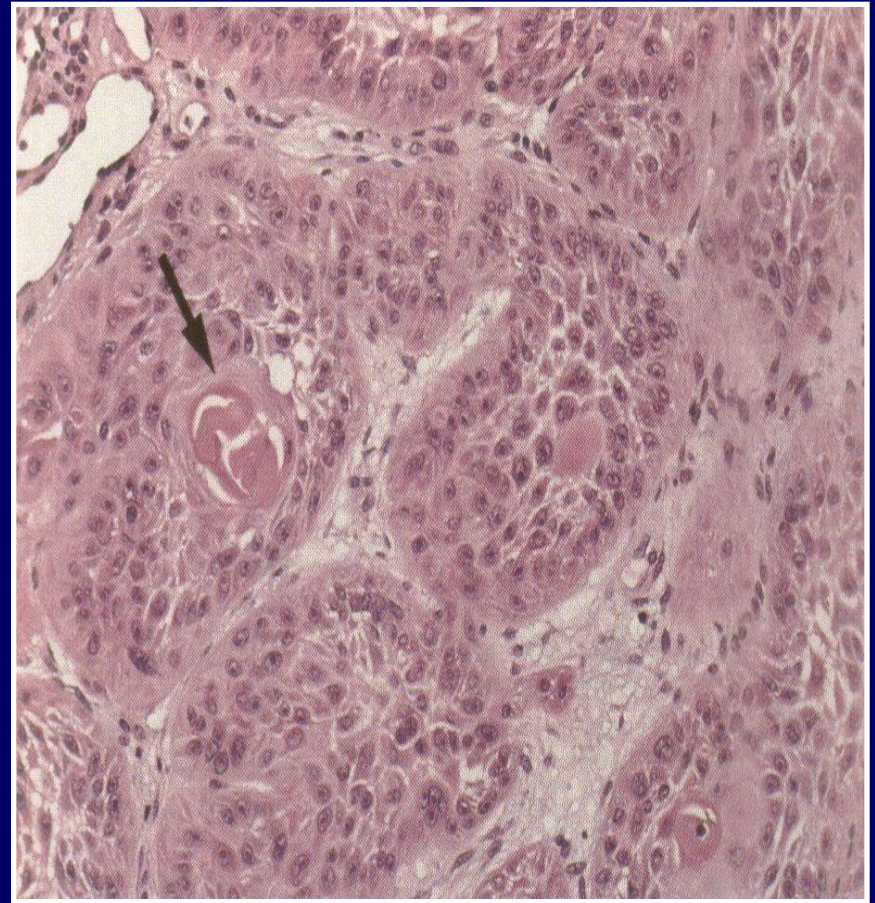
- Menos comum que o CBC (20 a 25% dos carcinomas de pele)
- Mais frequentes em homens, 6º e 7º décadas
- Áreas expostas ao sol
- Invade e metastatiza 2-6 %, sendo 10% dos lábios e 30% cicatrizes
- Surge de áreas danificadas da pele
- Lesão eritematosa, ulcerada, crostosa com base granular friável, sangrante, circundada por halo inflamatório



CEC indiferenciado

Carcinoma Espinocelular

- Histologia- massas irregulares na epiderme com invasão de derme com células atípicas e anaplásicas
- Classificação de Broders
- Lesões de novo (8% de metástases)
- Potencial metastático relacionado a profundidade da lesão



CEC bem diferenciado

Carcinoma Espinocelular

Tabela 99.1
Estadiamento dos Carcinomas de Pele (Pálpebra Exclusa)

T	Tumor primário
Tx	Tumor primário não pode ser avaliado
To	Sem evidência de tu primário
Tis	Carcinoma <i>in situ</i>
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

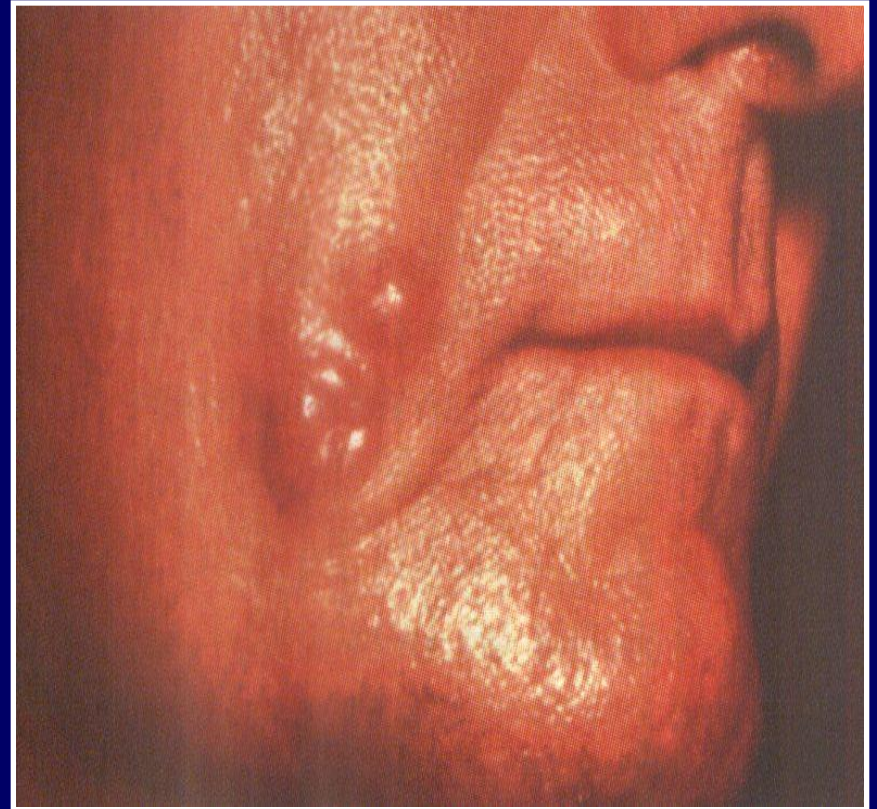
E C 0	Tis	N0	M0
E C I	T1	N0	M0
E C II	T2	N0	M0
	T3	N0	M0
E C III	T4	N0	M0
	qualquer T	N1	M0
E C IV	qualquer T	qualquer N	M1

Grau Histopatológico (G)

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

Carcinoma de Anexos Cutâneos

- Bastante agressivos
- Carcinoma sebáceo- 0,2 a 4,6% das neoplasias cutâneas
- Glândulas sudoríparas écrinas e apócrinas- extremamente raros
- Anexial microcístico- raro, 50% nos lábios
- Diagnóstico diferencial pelo histopatológico



Carcinoma de anexo cutâneo

Tumores Cutâneos de Origem Mesenquimal

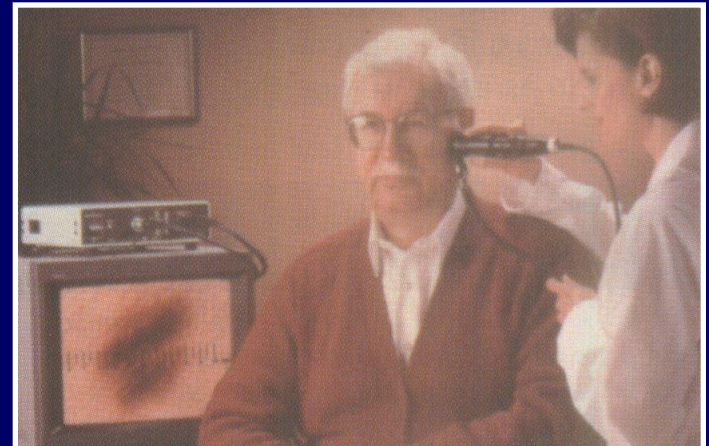
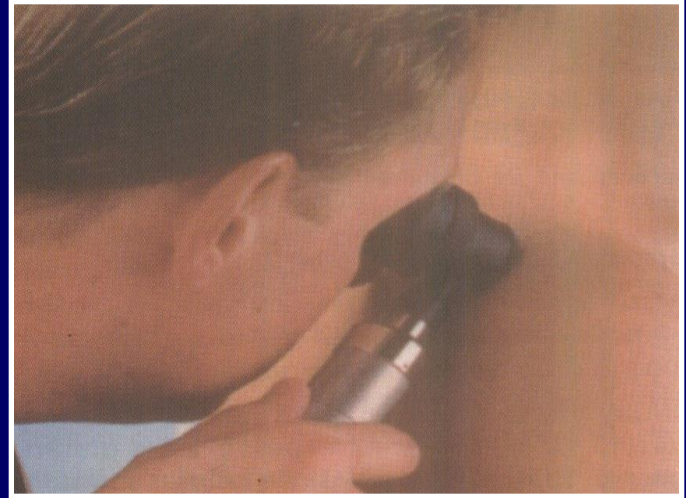
- Dermatofibrossarcoma Protuberante- proliferação maligna de fibroblastos, incomuns, placas endurecidas que evoluem para nódulos
- Fibroxantoma Atípico- Lesão de baixo grau, nódulo superficial em áreas expostas, podem ulcerar
- Fibrohistiocitoma maligno- ocorre em tecidos mais profundos do tronco e extremidades proximais, mais agressivo, tendência a recorrência e metástase

Tumores Cutâneos de Origem Vascular

- São raros
- Angiossarcoma- espessamento de pele, com infiltração local importante
- Sarcoma de Kaposi- angiomatose generalizada, com lesões assimétricas e multicêntricas que iniciam-se como placas pigmentadas e evoluem com nódulos
- Hemangiopericitoma- pode envolver tecido celular subcutâneo e músculo esquelético

Diagnóstico dos Tumores Pele

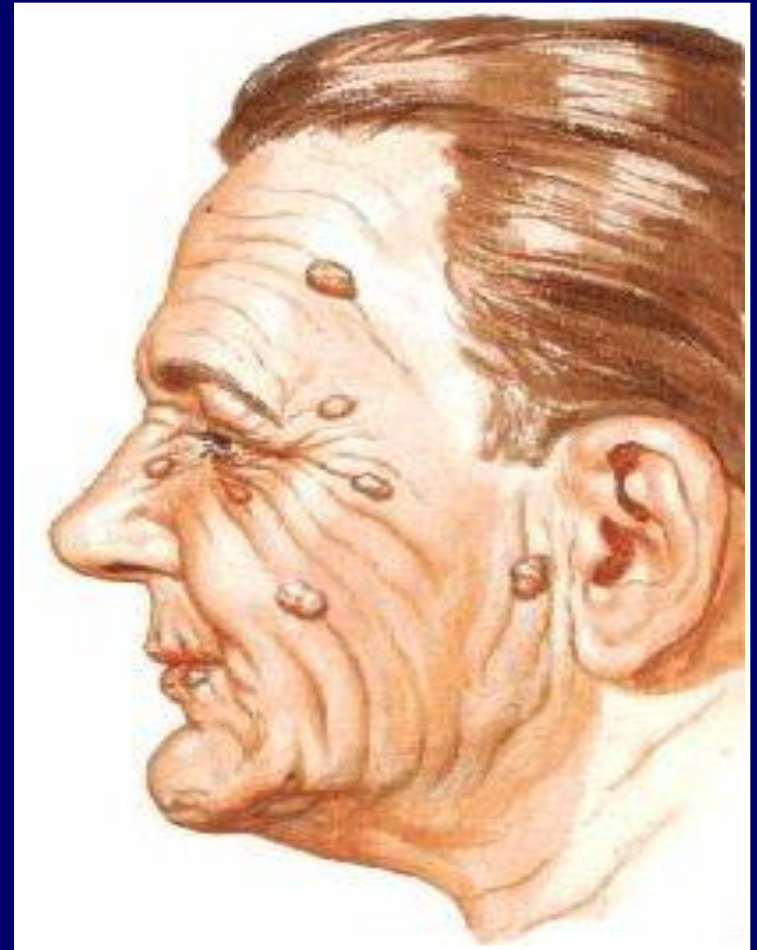
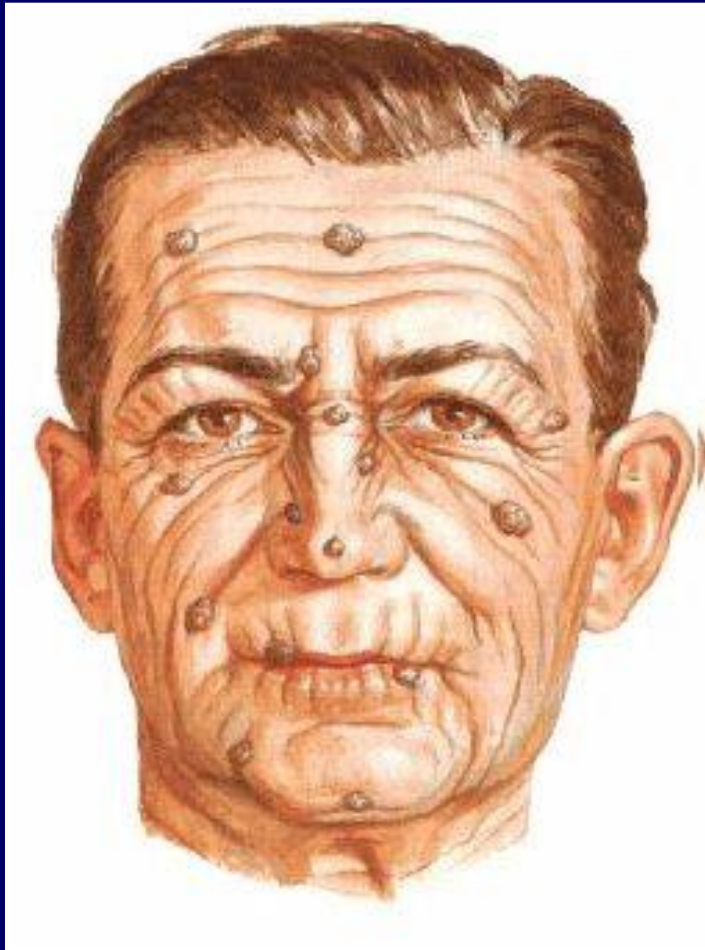
- Swanson- Área de maior risco (Zona H)
- Biópsia- Tumores não melanocítico biopsia incisional
- Biopsia excisional com margem de 2mm
- Outros exames



Tratamento dos Tumores de Pele

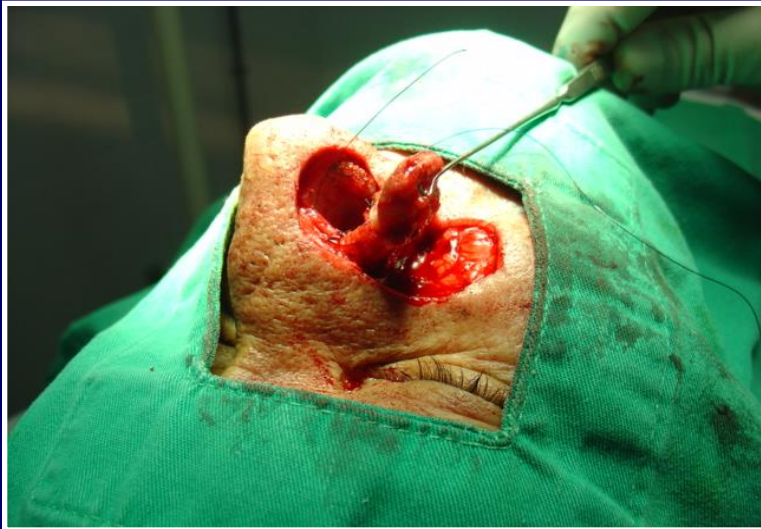
- Cirúrgico- 93 a 95% de cura
- Cirurgia de Mohs- excisões sequenciais
- Laser de CO2- tempo cirúrgico menor, pacientes com distúrbio de coagulação
- Curetagem- Cura de 92 a 98%, cicatrização por segunda intenção
- Criocirurgia- Nitrogênio líquido -30°
- Radioterapia- Lesões extensas (overtreatment)
- PDT- Porfiria ativada via laser de argônio
- Interferon-a- boa resposta em CBC nodular e superficial

Tratamento Cirúrgico



Linhas de força de Langer

Tratamiento Cirúrgico



Melanoma

- Incidência aumentada, duplicando a cada 15 a
- Oitavo câncer mais prevalente nos E.U.A.
- Atingindo 1:90 em 2000
- Não há prevalência de sexo
- Radiação solar + pele clara
- Desenvolvem-se em nevus preexistentes (50%)
- Síndrome de nevus displásico, nevus congênitos > 2cm



Nevus congênito

Melanomas Formas Clínicas

- Superficial-65-76%, são caleidoscópicos, crescimento radial para posterior invasão
- Lentigo Maligno-6-10%, melhor prognóstico, crescimento radial, origina-se de sarda de Hutchinson



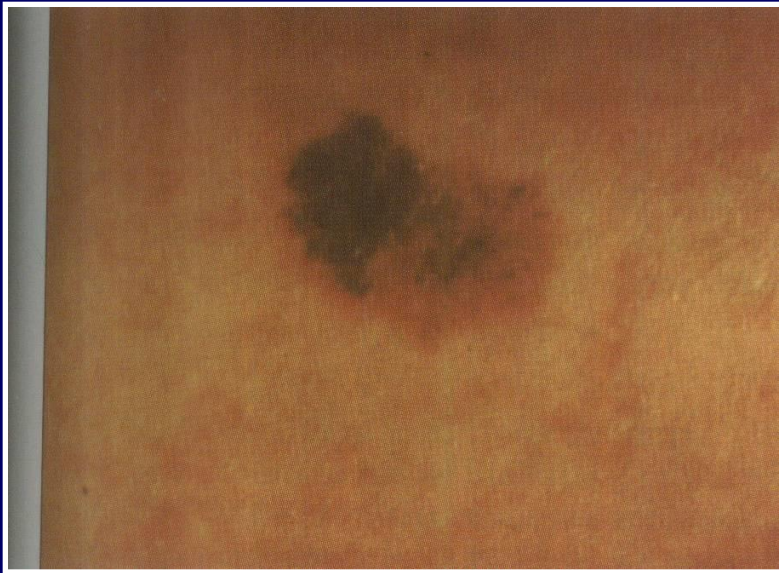
Melanomas Formas Clínicas

- Acral- 5-7%, mais comuns em negros, prognóstico ruim, rico aporte vascular
- Nodular-10% crescimento vertical, mais invasivo e metastático com prognóstico ruim

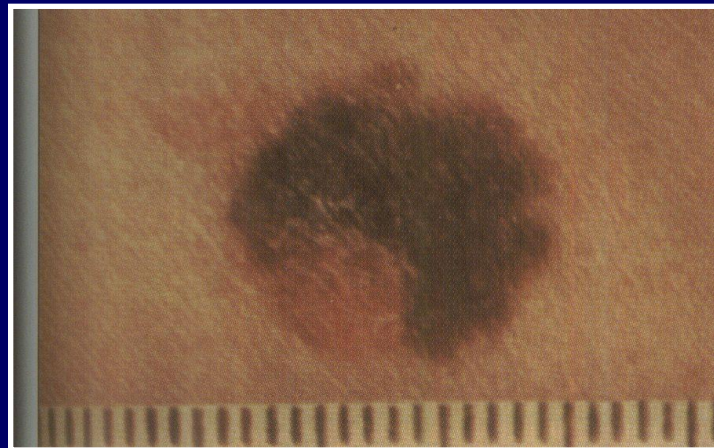


Diagnóstico Clínico

Assimetria



Bordas irregulares



Alteração de Cor

Melanoma Estadiamento

Estadiamento do Melanoma Cutâneo — AJCC, 1997

Tumor Primário — pT (classificação histopatológica)

pTX	Tumor primário não pode ser avaliado
pT0	Tumor primário não foi evidenciado
pTis	Melanoma <i>in situ</i> (hiperplasia melanocítica atípica, displasia melanocítica severa) lesão não invasiva (nível Clark I)
pT1	Tumor de 0,75mm ou menos em espessura e invade derme papilar (Clark II)
pT2	Tumor com mais de 0,75mm, não mais do 1,5mm em espessura e/ou atinge a interface entre a derme papilar e reticular (Clark III)
pT3	Tumor com mais de 1,5mm, não mais do que 4mm em espessura e/ou invade a derme reticular (Clark IV)
pT3a	Tumor com mais de 1,5mm e não mais do que 3mm em espessura
pT3b	Tumor com mais de 3mm e não mais do que 4mm em espessura
pT4	Tumor com mais de 4mm em espessura e/ou invade o subcutâneo (Clark V) e/ou lesão satélite até 2cm do tumor primário
pT4a	Tumor com mais do que 4mm de espessura e/ou invade o subcutâneo
pT4b	Lesão satélite até 2cm do tumor primário

Nota: no caso de discrepância entre a espessura e o nível de invasão, a categoria pT é baseada no pior achado.

Linfonodo (N)

Nx	Linfonodo regional não pode ser avaliado
N0	Linfonodo regional sem metástase
N1	Metástase com 3cm ou menos na maior dimensão em qualquer linfonodo regional
N2	Metástase com mais de 3cm na maior dimensão em qualquer linfonodo regional e/ou metástases em trânsito
N2a	Metástase com mais do que 3cm na maior dimensão em qualquer linfonodo regional
N2b	Metástase em trânsito
N2c	Ambos (N2a e N2b)

Nota: metástase em trânsito é o envolvimento de pele ou subcutâneo a partir de 2cm da lesão primária mas não além da cadeia linfonodal regional.

Metástases distantes (M):

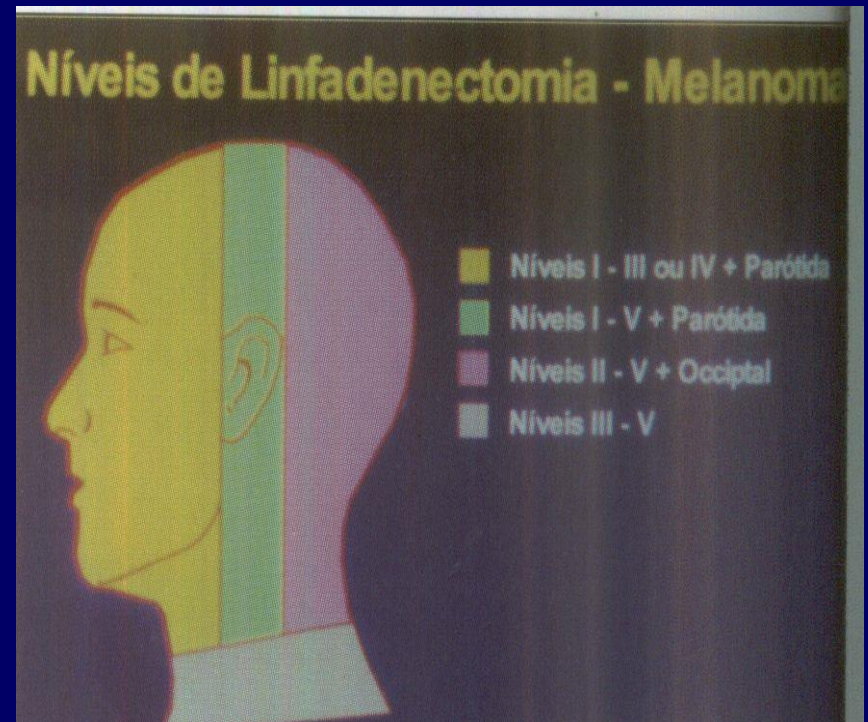
Mx	Metástases distantes não podem ser avaliadas
M0	Sem metástase(s) distante(s)
M1	Metástases distantes
M1a	Metástase na pele ou no tecido subcutâneo ou linfonodo além dos regionais
M1b	Metástase(s) visceral(is)

Estádio clínico

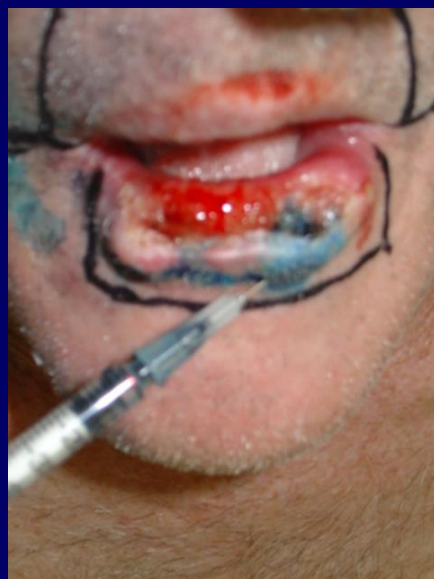
EC 0	pTis	N 0	M 0
EC I	pT1	N 0	M 0
	pT2	N 0	M 0
EC II	pT3	N 0	M 0
EC III	pT4	N 0	M 0
	qualquer pT	N 1	M 0
	qualquer pT	N 2	M 0
EC IV	qualquer pT	qualquer N	M 1

Tratamento

- Margem de ressecção X
Dissecção profilática dos linfonodos
- Lesões < 0,5mm – margem 1cm
- 0,5 a 1mm- margem 1 a 2 cm
- >1mm- margem de 3 cm, incluindo fáscia
- Risco de metástase
 - Lesões < 0,75mm- nenhum risco
 - 0,76-1,49mm- 25% incidência
 - 1,5 a 3,99mm- 57% incidência
 - >4mm- 62% incidência



Linfonodo Sentinela para Melanoma



Outros tratamentos

- Radioterapia- melanomas são considerados radioresistentes, doses (400-800cGy) podem produzir melhores respostas do que a dose convencional
- Quimioterapia- Dacarbazina resposta de 10 a 20%
- Imunoterapia-injeção tópica BCG, dinitroclorobenzeno, linfocinas autólogas
- Terapia Gênica- modificar geneticamente uma célula maligna ativando sua imunogenicidade, prevenindo apoptose de células T

Bibliografia

- Manual do Residente de cirurgia de cabeça e pescoço, Vergilius J. F. Araújo Filho; Lenine Garcia Brandão; Alberto R. Ferraz- São Paulo, pág.66-73 1999.
- Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Shah, Jatin P.; Kowalski, Luiz P. Ed. Revinter, segunda edição, pág-267-354.
- Tratado de Otorrinolaringologia, Otacílio Lopes Filho; Carlos Alberto H. de Campos- São Paulo, Roca, 1994, pág. 1080-1096.
- Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia, Marcos Brasilino de Carvalho, São Paulo: Editora Atheneu, 2001.
- Atlas de Anatomia Humana, Frank H. Netter; Trad. Jacques Vissoky- Porto Alegre: editora Artes Médicas Sul, Ltda, 1998.