



Ca de Pele Não Melanoma

Universidade Federal do Ceará

Faculdade de Medicina

Liga de Cirurgia de Cabeça e Pescoço

Josias Nogueira de Almeida Neto

16 de abril de 2013

Introdução :

- Entre as neoplasias malignas, a mais comum é o câncer de pele, sendo a região da cabeça e do pescoço as áreas mais envolvidas.
- 1\4 dos pacientes possuem mais de uma lesão.
- Idade maior de 60 anos.

- ❑ Os carcinomas cutâneos constituem o tipo mais comum de câncer que acomete a humanidade, sendo a excisão cirúrgica o tratamento mais indicado, o qual, freqüentemente, envolve o sacrifício de uma faixa de pele peri-lesional, aparentemente normal, com a finalidade de erradicar as invasões tumorais no tecido circunjacente ao tumor.



Quais as pessoas mais suscetíveis em ordem decrescente???





Pessoas ruivas



Pessoas louras de olho claro



Pessoas morenas de pela clara



Pessoas morenas



Pessoas negras

Carcinoma basocelular(CBC):

❑ Definição :

- CBC é o cancer mais frequente encontrado no ser humano.
- Tumor maligno epidérmico.
- Crescimento lento \invasão local.
- Infiltração por contiguidade.
- Morbidade relacionada à invasão e à destruição tecidual local.
- Neoplasia maligna de melhor prognóstico.
- **Metástases raras.**

□ Epidemiologia:

- 4 x mais comum do que o espinocelular.
- Idade adulta/Mais frequente nos homens.
- Incidência aumento com a diminuição do trópico.
- Região mais acometida:Cabeça\Pescoço!!!



❑ Patogênese:

- Exposição aos raios ultravioleta: exposição intermitente ,em um padrão semelhante ao do melanoma, e não à exposição solar crônica(CEC's).
- Pessoas de coloração clara/raro em negros.





- Radiações de todos os tipos, desde as calóricas até as ionizantes.
- Substâncias químicas /alcatrão , arsênico e organofosforados.
- Traumatismo(cicatriz).
- Profissões de maior exposição ao sol(marinheiros , pescadores e lavradores.

- Pessoas que nunca bronzeiam ,mas sempre se “queimam”: maior o risco!!!!!! Mais relacionado à queimaduras solares na infância do que na vida adulta!





- Pessoas que tiveram queimaduras solares intensas na infância.
- Pessoas com sardas.
- História familiar: 2,2 x mais chance de ter ca!
- História pessoal: 10x mais chance !
- Chance de ter outro CBC: 40% !!!!

- Radioterapia.
- Síndromes genéticas: Xeroderma pigmentoso, síndrome do nevo basocelular, síndrome de Bazex.



- O CBC não possui precursores e raramente produz metástases. Seu crescimento é dependente do estroma produzido pelos fibroblastos ,daí a razão de sua incapacidade de metastizar!!!!





Metaloproteinases



Colagenases



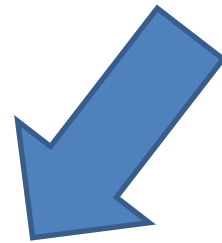
Degradação do tecido dérmico e facilitam a proliferação do tumor

Microfilamentos de actina no estroma circundante e nas Células periféricas dos nichos de CBC: PRESENÇA DE MIOFIBROBLASTOS!



Formas mais Agressivas do Carcinoma Basocelular!!!

- Existem estudos que comprovam que o conteúdo de laminina e colágeno IV estava diminuído na membrana basal dos CBC.



- Descontinuidade e invasão tumoral (Raros casos de tumores agressivos).
- Quando metastiza, se faz para linfonodos, pulmão e ossos.

- Os tumores são frequentemente subclones; as células tem sua primeira mutação em comum, como no gene *p53*, e diferem quanto a segunda, terceira e até quarta mutação neste gene.
- Indiferenciação não está relacionada à agressividade! Diferenciação se dá no sentido dos anexos!!!!
- Outro gene alterado: PTCH.

☐ Clínica :

- Lesões friáveis, facilmente sangráveis à fricção.
- Localização: face, pescoço, orelha, tronco, couro cabeludo, membros, genitais, axilas, regiões inguinais e genitais.
- Vasos tortuosos e irregulares na superfície e a coloração perlácea das bordas e superfícies da lesão.
- Não surgem de lesões precursoras; exceto: aos que surgem dos nevos sebáceos.

❑ Classificação:

➤ CBC Nodular:

1. Mais frequente(60%).
2. Áreas de pele fotoenvelhecidas(cabeça\pesc)
3. Pápula arredondada,bem delimitada,de coloração clara,rosada ou perolada,,com superfície lisa e brilhante;telangiectasias tortuosas e irregulares.



CBC Nodular

Fundamentos de
dermatologia

➤ CBC superficial:

1. Segundo tipo mais frequente(15 a 25%).
2. Troncos e membros,predominância.
3. Geralmente são múltiplos.
4. Placa eritematosa bem delimitada,redonda ou oval,superfície escamosa.
5. Tipo menos agressivo de CBC;pois tem crescimento muito lento.



CBC Superficial

- CBC esclerodermiforme ou fibrosante:
 1. O mais AGRESSIVO dos CBC's.
 2. Crescimento infiltrativo e irregular, não-previsível pelo exame físico.
 3. Tumor firme e indurado, superfície lisa.
 4. Plano, levemente elevado\deprimido.
 5. Marcas mal – delimitadas e aspecto de cicatriz.
 6. Coloração branca\amarelada.



CBC Esclerodermiforme

➤ CBC Fibroepitelioma de *Pinkus*:

1. Variante muito rara de CBC.
2. Região púbica, lombar, genital ou nas extremidades.
3. Comum a presença de múltiplas lesões.
4. Apresenta-se como um CBC superficial que evolui como lesão pedunculada, rosada e amolecida.



➤ Vegetante.

➤ Pigmentada.

☐ Tratamento:

- Devem ser tratados após o diagnóstico anatomopatológico.
- A maior chance de cura reside na remoção completa da lesão, logo na primeiro tratamento, pois tumores recidivados apresentam índices de falhas terapêuticas muito grandes.

- Controle histológico das margens no ato operatório.
- Aspecto estético\funcional deve ser considerado, em virtude da maioria das lesões se localizarem na face.
- Fatores relacionados ao paciente:
 1. Doença congênita.
 2. Coagulopatias.
 3. Imunossupressão.

➤ Fatores relacionados ao médico:

1. Experiência

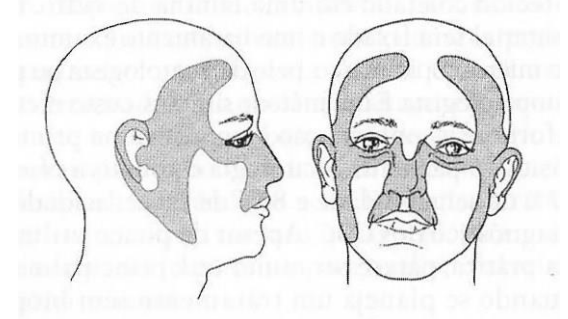
➤ Fatores relacionados ao tumor:

1. Tipos clínicos e histológico.

2. Localização: “H” da face.

3. Tumor recidivado: pior prognóstico!

4. Cirurgia micrográfica: análise das margens cirúrgicas em 100% !!!!



➤ Curetagem e Eletrocoagulação:

1. Usado mais por dermatologistas.
2. Execução simples e rápida.
3. Tumores friáveis (nodulares ,nódulo-ulcerados e alguns superficiais).
4. Não permite análise histopatológica das margens.

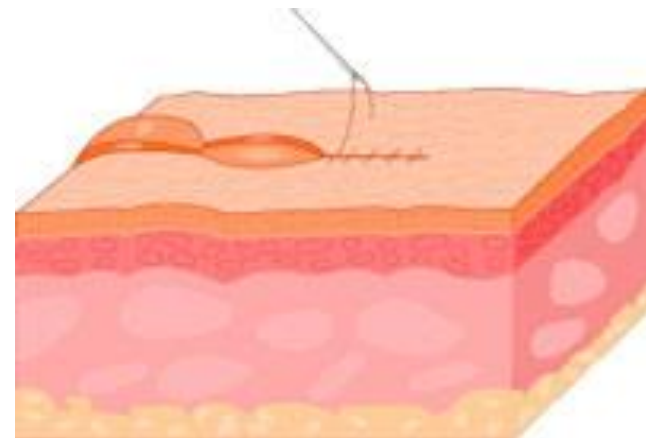
➤ Crioterapia:

1. Congelamento com jatos *spray* de nitrogênio líquido.
2. As margens de congelamento devem ir deve ir a no mínimo 5 mm além das margens visíveis do tumor.
3. Usado em idosos.



➤ Excisão cirúrgica:

1. Método padrão.
2. CBC 1º, maior de 2cm, não –
agressivo: margem de 4mm.
3. CBC maior de 2cm ,mais agressivos: margem
de 13mm.

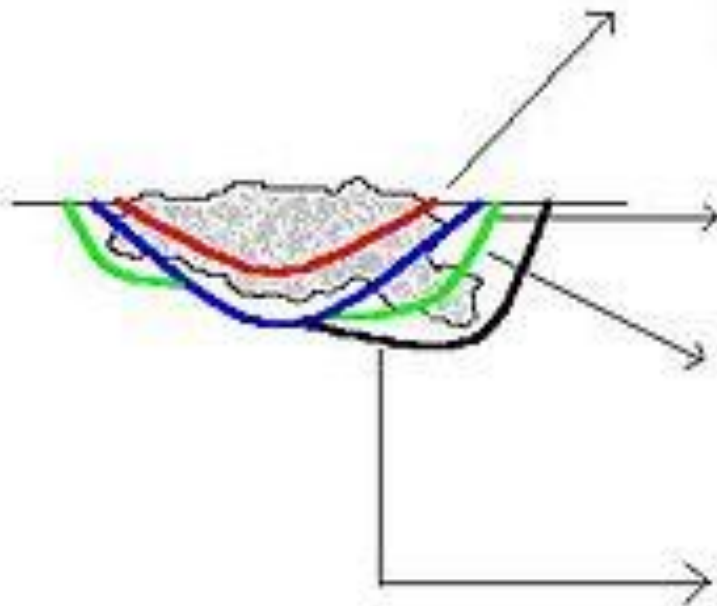




➤ Cirurgia Micrográfica de Mohs:

1. Remoção do tumor e no mapeamento preciso da ferida operatória, seguidos por análise histológica detalhada da totalidade das margens cirúrgicas.
2. Realizadas fases sucessivas até a retirada do tumor total.

Representação esquemática da quimiocirurgia de Mohs



Primeiro estágio

Tumor acomete toda excisão



Segundo estágio



Terceiro estágio



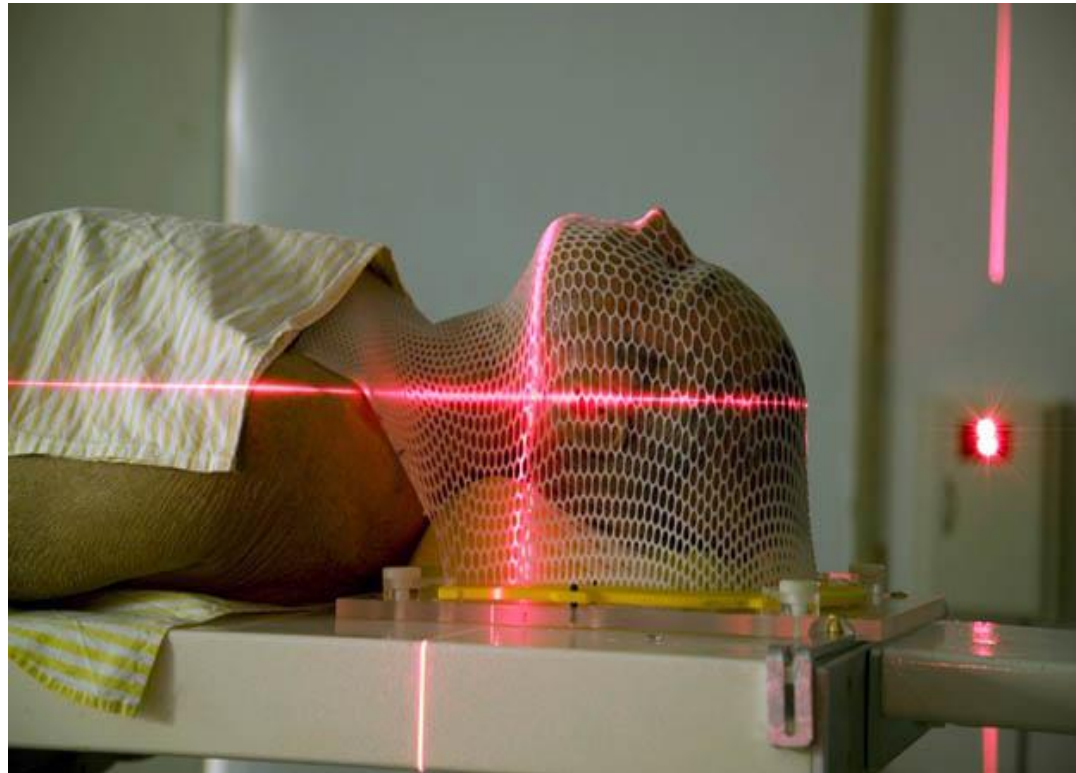
Quarto estágio

Livre de tumor



➤ Radioterapia:

1. Dose total estipulada:aprox 3400 cGy.
2. Tumor recidivado é mais agressivo.
3. Alto custo.
4. Pessoas idosas.
5. Radiodermite!!!



➤ Terapia Fotodinâmica:
1. Ácido aminolevulínico.



- Imiquimod 5% Creme.
- 5 Fluoracil Tópico.
- Quimioterapia.
- Retinóide: síndrome do nevo basocelular.

Carcinoma Espinocelular(CEC):

❑ Definição:

- Tumor maligno ,composto pela proliferação dos ceratinócitos da epiderme,capaz de originar metástases.
- 2º câncer mais comum em pessoas brancas.



□ Epidemiologia:

- Pele clara.
- Exposição acumulada de raios ultravioletas.
- Idade avançada.
- Mais em homens.
- 6ª década de vida.



- Ceratose actínica.
- Baixa latitude: a cada 8-10 graus , a incidência dobra.
- Pacientes imunossuprimidos e submetidos à fotoquimioterapia.



❑ Patogênese:

➤ Mutação no gene supressão tumoral *p53!!!*

➤ Carcinog nese

Química: herbicida, inseticida, ars nico e
benzantraceno.

➤ Carcinog nese Física: RUV.

➤ Carcinog nese Biológica: HPV e
epidermodisplasia verruciforme.

- Desenvolve-se em pele sadia ou já comprometida por algum dano/cicatriz antiga!!
- Crescimento faz-se no sentido vertical para fora ou para dentro, e também para as laterais.
- Discreto sangramento.



- Localizam-se em mucosas e semimucosas/ao contrário dos CBC's.
- Nos negros, é mais comum em membros inferiores, devido à proteção oferecida pela melanina nas áreas expostas ao sol.
- Maior risco de metastizar quando localizado em mucosas!

Clínica:

- In situ.
- Invasivo.
- Metastático.



➤ In situ:

❖ Eritroplasia de Queyrat:

1. Afeta a mucosa peniana em homens não – circuncizados.
2. Placa solitária ou múltipla.
3. Indolor e pouco sensível.
4. Superfície aveludada.



❖ Papulose Bowenóide:

1. Genitália.
2. Lesão eritematoacastanhada.
3. Dor ,prurido e inflamação.
4. Pode se transformar em “Doença de Bowen”.

❖ Doença de Bowen:

1. Placa eitematosa de borda irregular, bem demarcada e recoberta por crosta.
2. Áreas fotoexpostas.





➤ Invasivo:

- ❖ CEC de mucosas.
- ❖ CEC de cicatrizes.
- ❖ CEC da Pele Glabra.



Fotos: Fundamentos
De Dermatologia.



➤ Metastático:

1. Região de mucosa.
2. Região do dorso das mãos.
3. Região sobre queimaduras.
4. Linfonodo palpável próximo à lesão!!!!

☐ Tratamento:

- Crioterapia.
- Cirurgia excisional.
- Cirurgia micrográfica de Mohs.
- Radioterapia .
- Quimioterapia.

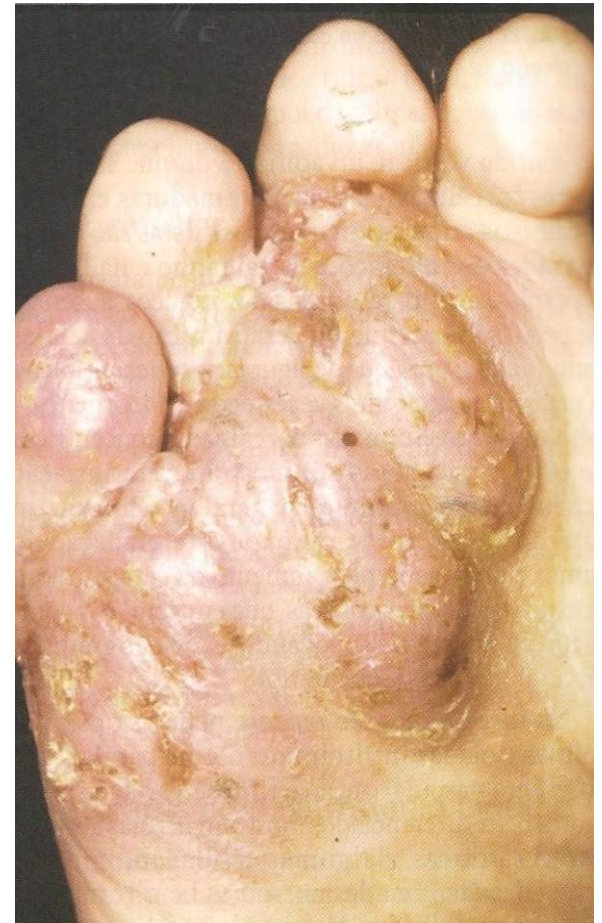


Foto: Fundamentos de Dermatologia.



Tumor de Células de Merkel:

- Tumor derivado de células neuroendócrinas da pele.
- Altamente agressivo.
- Podendo metastizar por via linfática(45-79%)ou hematogênica(22-48%).
- Linfonodo sentinela : precisa ser pesquisado!!!
- Carcinoma neuro-endócrino.



- Carcinoma trabecular.
- Mais em idosos/indiferente quanto ao sexo.
- Nódulo solitário, firme .
- Confirmação diagnóstica é feita pela microscopia eletrônica ou imunohistoquímica.
- Tratamento: cirurgia!(alta taxa de recorrência).

- Raditerapia pode ser usada no tratamento.
- Linfadenectomia regional é indicada.
- Morte por metástases é de 25%.



Tumor de Células de Merkel

Dermatofibrossarcoma Protuberans:

- Tumor altamente recidivante e metastizante.
- Provocado por proliferação de células mesenquimais fusiformes ,aparentemente derivadas de dendrócitos dérmicos tipo II.
- Proliferação maligna de fibroblastos que ocorrem no quelóide e nos dermatofibromas.
- Placas endurecidas \ nódulos \ ulcerações.



Fotos: Fundamentos de Dermatologia

Carcinoma Sebáceo:

- Tumor anexial maligno raro, com diferenciação sebácea e potencial comportamento agressivo.
- Glândulas de Meibomian, glds de Zeiss ou das glds sebáceas da curúncula sobrancelehas ou dos tecidos adjacentes.
- “Síndrome de Muir-Torre: múltiplos tumores sebáceos e malignidade visceral.



Carcinoma Sebáceo

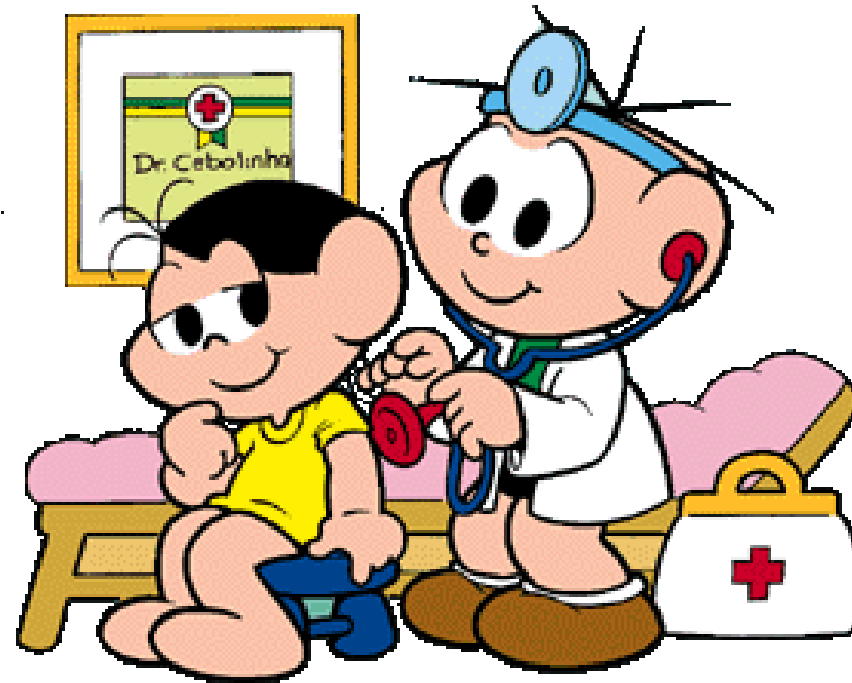


- Excisão cirúrgica!!!
- Cirurgia micrográfica de Mohs.
- Exenteração .
- Linfadenectomia cervical.



Bibliografia:

- ❑ Carcinoma basocelular;cap 120;Fundamentos de Dermatologia;Ramos-e-Silva\Castro.
- ❑ Carcinoma espinocelular;cap121;Fundamentos de Dermatologia ;Ramos-e-Silva\Castro.
- ❑ Outros Tumores malignos da pele;cap 124;Fundamentos de Dermatologia;Ramos-e-Silva\Castro.
- ❑ Tumores cutâneos da cabeça e pescoço;cap26;Clínica e Cirurgia de Cabeça e Pescoço;Antonio José Gonçalves \Fernando Claret Alcadipani.
- ❑ Neoplasias epiteliais;cap34;Dermatologia;Azulay,Rubem David.



!Gracias!