

**29 de Março de 2008.**  
**Professor Pêrsio Pinheiro de Freitas**

### **Câncer de pele**

Neoplasia que mais comumente acomete homens e mulheres.

O DX normalmente se faz por inspeção simples: 70% dos cânceres estão na pele da face. Este DX pode ser bem precoce.

Quando localizados junto ao olho, à fossa nasal, ao orifício auditivo, apresentam um prognóstico pior: pode exigir ressecção de pálpebra (com posterior conjuntivite e etc), etc.

### **Taxa de incidência**

É o que mais incide em todas as localizações topográficas.

De maneira geral, existem de 400-600 novos casos por 100 mil habitantes, em todos os sítios.

### **Incidência**

162/100.000 /ano

### **Etiologia**

Predisposição racial

Predisposição familiar

Exposição à Luz UV: pode ter relação com a ocupação do indivíduo; quanto mais precoce e prolongada a radiação da pele, maior o risco.

Lesões pré-neoplásicas

Radiações ionizantes

Carcinogênese química: mais raro.

### **Lesões pré-neoplásicas**

Ceratose solar (senil): mais importante, aparece tipicamente na pele da face (pode ocorrer no braço e tronco).

Ceratose arsenical: mais rara, relação com exposição à arsênico. Lesões em placa, que aparecem na pele; a distribuição não é típica na face, mais no tronco e região palmar. Transformação espinocelular. Doença de Bowen ??

Cicatriz de queimadura: quando muito extensas, profundas e com mais de 15 anos de evolução são consideradas pré-neoplásicas. Quando mais antiga e mais profunda, maior a chance de transformação maligna. Geralmente a transformação se dá para carcinoma epidermóide. Geralmente o grau de Border (de anaplasia) é 3 ou 4 e dá metástases muito facilmente. ???

Xeroderma pigmentosum: deficiência genética na produção de enzimas que recuperam o DNA quebrado pela luz ultravioleta. Geralmente existe história familiar. O câncer pode apresentar-se precocemente (15 anos) e é muito grande. Mesmo áreas cobertas do corpo estão sujeitas aos efeitos dos RUV. Geralmente dão origem a carcinomas baso e espinocelular. Como são muitas lesões, a probabilidade de disseminação linfática/hematogênica é freqüente: os pacientes costumam morrer por disseminação pulmonar.

Úlceras crônicas de pele: mais comuns no MMII. Dá disseminação linfática precoce e geralmente não há basocelular e sim epidermóide.

Dermatites crônicas: alérgica, por contato, etc.

Corno cutâneo: espessamento da camada córnea da pele.

### **Alterações provocadas pela luz UV**

Alterações da molécula de DNA: a quebra da molécula promove a proliferação celular.

Alterações de imunidade da pele.

Depleção de linfócitos.

Depleção das células de Langerhans.

Áreas de hipocromia, ressecada, elasticidade prejudicada, áreas de hiperpigmentação, formação de escamas, crostas, nódulos.

Pico de incidência entre 60-70 anos.

À medida que a população envelhece, maior a probabilidade de desenvolvimento de câncer.

Nem todo câncer de pele aparece sobre ceratose solar.

### **Câncer de pele**

OS dois tipos principais são

Carcinoma basocelular: da camada basal.

- Adenóide cístico: classificação do patologista. Não apresenta muita importância.
- Terebrante: forma caracterizada por recidivas freqüentes, porque o tumor atinge o periósteo, ou a bainha do nervo/vaso e permanece a sementeira do tumor. Associado a câncer em orifício corporal. Forma importante e grave: ao atingir o periósteo da órbita, recidivam bastante e podem exigir ressecção do globo ocular. Existem casos que do tumor penetrar calota, meninge e SNC.
- Pigmentado: DX diferencial com melanoma.
- Plano cicatricial: menos comum. Há dificuldade do DX: o clínico pode pensar que não é tumor – não há ulceração, nódulo. A lesão cresce espalhada, embaixo da pele.

Carcinoma espinocelular (epidermóide): segundo mais incidente.

O câncer de pele é o câncer que menos dá metástases.

Representam 95%: os outros são tumores neuroendócrinos da pele, sarcoma de kaposi, etc.

### **Câncer de pele**

CB: 75% dos casos.

CEC: 20% dos casos.

### **Câncer de pele**

#### **Classificação**

Basocelular: dorso do nariz, pálpebras, lábio superior, sulco nasolabial, região geniana. Área da viseira.

Epidermóide: dorso das mãos, pavilhão auricular, região temporal, região malar, pele do pescoço.

Lesão do pavilhão auricular é típica do epidermóide.

#### **Formas de crescimento**

Vegetantes: geralmente com bom PX. Típicas do baso.

Infiltrantes: formas mais graves. Típicas do epidermóide.

Superficiais: típicas dos dois tipos em fase inicial.

#### **Disseminação**

Basocelular: nunca dá metástases.

Epidermóide – metastática (não é freqüente).

Via linfática: 8-112%

Lesões de MMII > cicatrizes de queimaduras > ... ordem de metástases.

Via sanguínea: rara (pulmão; fígado). Geralmente à disseminação linfática, e normalmente possui relação com as lesões pré-neoplásicas descritas (xeroderma, etc)

#### **Fatores que favorecem MT**

Tamanho da lesão;

Tempo de evolução;

Grau de diferenciação de Broder (??): 1 e 2 apresentam pouca chance; graus 3 e 4 (das cicatrizes de queimaduras e das úlceras tróficas) apresentam mais chance.

Localização topográfica (extremidades têm mais chance).

Infiltração profunda de tecido: mais profundo, maior a chance.

Previa falha de tratamento:

Tipo de lesão pré-neoplásica.

70% dos óbitos do câncer de pele são causadas pelo melanoma, só 30% pelo epidermóide.

**Tratamento**

Cirurgia exérese (melhor e mais rápido)

- Aproximação de bordas: o tamanho da exérese depende do tipo histológico, da estética, etc. Se a lesão for pequena pode dispensar enxerto.
- Enxerto livre;
- Rotação de retalho;
- Esvaziamento ganglionar: se houver metástase linfática.

Radioterapia: pode ser usado como método exclusivo. O resultado é quase que o mesmo da exérese: o inconveniente é ter que fazer durante 15 dias. O critério é mais quando pega comissura e pode gerar distúrbio funcional; quando existe recidiva; quando a ressecção deveria ser muito ampla.

- RX convencional;
- Elétrons;

Quimioterapia

- Fluorouracil (tópico): efurix; pomada tópica. Usado mais para ceratoses.

O baso pode ser suspeitado a olho nú, analisando a evolução, e com lupa quando é possível ver pérolas córneas.

**Prognóstico**

95% de cura se não há metástase

Esvaziamento ganglionar cura 70%.

50% das recidivas podem ser curadas com outra cirurgia ou radioterapia.

O PX do CBC e CEC é o melhor dentro de toda oncologia.

**Estágios clínicos**

Estágio I: lesão até 2 cm

Estágio II: lesão entre 2-5cm

Estágio III: lesão > 5cm.

Estágio IV: infiltração de plano muscular/ósseo.

M0: sem metástase.

M1: metástase a distância

**Índices de cura****CBC**

Cirúrgico: 95%

RTX: 94%.

Crioterapia: 97%.

**CEC**

Cirúrgico: 93%.

RTX: 94%.

Crioterapia: 95%

Não esquecer ressecção com margem, seguimento e histologia.

A prevenção é importante: prevenção com filtro, com afastamento da profissão de risco.