

## I Módulo 702 – Problema 08 I Thiago Almeida Hurtado

### 1) Entender epidemiologia, quadro clínico, diagnóstico, tratamento e prevenção do câncer de pele melanoma

#### 1) Introdução

- O melanoma é o **mais maligno dos tumores cutâneos**, sendo responsável por 80% das mortes relacionadas a câncer cutâneo.
- Costuma ocorrer em pacientes entre 30 e 60 anos
- Mais frequente no sexo masculino e na raça prévia
- A principal “causa” é a **exposição à radiação solar!**  
Verifica-se uma maior incidência em indivíduos de pele clara (fototipos tipo I e II).
  - Queimaduras durante a infância e a exposição **intermitente** ao sol parecem ter maior impacto do que a exposição cumulativa à radiação ultravioleta com o passar do tempo.
- Um dos principais fatores de risco são a presença de histórico familiar e de lesões precursoras (nevus melanocíticos displásicos).
- Em cerca de 70% não há relato prévio de nevo (“pinta”) prévio.
- A detecção precoce é uma preocupação importantíssima, visto que há elevadas taxas de cura após excisão cirúrgica (quando em estágios iniciais). Portanto, o recurso mais valioso para “vencer” essa doença é o reconhecimento precoce pelo clínico!

#### Quadro 12-2 Fatores de risco para o desenvolvimento de melanoma

- Marcadores genéticos (*CDKN2a*, *BRAF*, *MC1R*)
- Fototipos cutâneos I e II
- História familiar de nevus displásicos ou melanoma
- História pessoal de melanoma
- Irradiação ultravioleta, particularmente queimaduras solares durante a infância e exposições intermitentes com queimaduras
- Quantidade (> 50) e tamanho (> 5 mm) de nevus melanocíticos
- Nevus congênitos
- Quantidade de nevus displásicos (> 5)
- Síndrome do nevo melanocítico displásico

#### 2) Fisiopatologia

- Sua **etiologia e patogênese** ainda não estão completamente elucidados. Entretanto, estudos epidemiológicos demonstram que **a predisposição genética (mutação em genes supressores tumorais)** e a **exposição solar apresentam um papel no desenvolvimento do melanoma**.
- O melanoma se origina da transformação maligna dos **melanócitos** na junção dermoepidérmica ou dos **nevomelanócitos** (presentes em nevus) que se tornam invasivos e metastizam depois de intervalos variáveis de tempo.
- Quase todos os melanomas exibem uma **fase inicial de crescimento radial**, seguida de uma **fase subsequente de crescimento vertical**. Daí a importância do reconhecimento precoce, visto que as metástases são mais raras durante a fase de crescimento radial.
  - A fase de crescimento radial se refere a um padrão de crescimento **intraepidérmico**, minimamente invasiva. O prognóstico está diretamente relacionado a duração dessa fase, que pode se estender de meses a anos.
  - A fase de crescimento vertical se refere a um padrão de crescimento **intradérmico**, portanto, mais próximos a vasos sanguíneos, os quais podem servir como vias para metástases.

## I Módulo 702 – Problema 08 I Thiago Almeida Hurtado

### 3) Quadro Clínico

- Tendo em vista que a maioria dos melanomas são produtores de melanina, mesmo os melanomas pré-invasivos em sua fase de crescimento radial são clinicamente detectáveis pelos seus padrões de coloração.
- A regra **ABCDE** se aplica a maioria dos melanomas, facilitando o reconhecimento de lesões pré-malignas, **exceto no melanoma nodular**.
  - Assimetria
  - Borda irregular
  - Coloração não uniforme
  - Diâmetro (>6,0mm)
  - Elevação presente e irregular (avaliada por iluminação lateral) ou Evolução (aumento no tamanho é um dos sinais mais importantes)
- Sempre devemos pesquisar a presença de linfonodos regionais para estadiamento do tumor.

#### a) Melanoma extensivo superficial

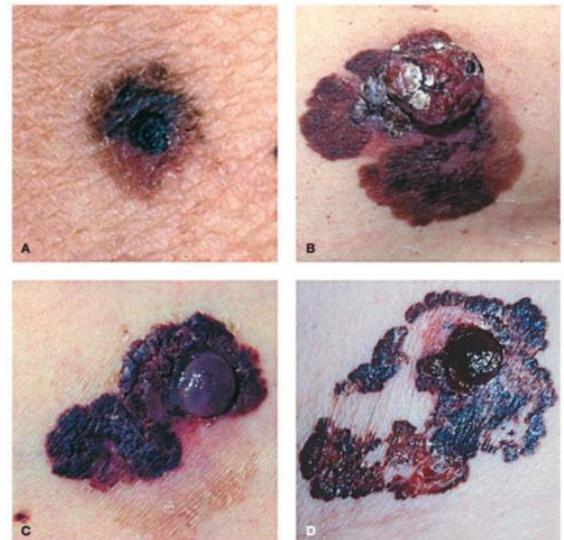
- É o principal tipo de melanoma, correspondendo a 70% dos casos.
- É mais frequente nos seguintes grupos:
  - 30 a 50 anos de idade
  - Mulheres
  - Pele clara (negros costumam ter acometimento na planta dos pés)
  - Pessoas com exposição intermitente ao sol (“fins de semana”), principalmente em jovens de áreas urbanas.
  - Indivíduos com numerosos nevos (pode ser confundido com uma pinta preexistente)
- Na fase de disseminação radial, manifesta-se como um **melanoma in situ** (células delimitadas a epiderme, acima da membrana basal)
  - Mácula hiperpigmentada, podendo apresentar elevação imperceptível, bordas irregulares e variação de cor (contudo, sem tons de cinza ou azul, pois esses só são observados quando a melanina está localizada no interior na derme)
- É um câncer de **crescimento lento**. Costuma se manifestar como uma **placa plana com tonalidades de marrom ao preto (pode apresentar-se como “tricolor” – vermelho, azul e branco)**. As áreas brancas indicam **regressão do tumor** por invasão linfocítica.
  - Radial: geralmente o paciente observa um escurecimento gradual de uma lesão pré-existente ou uma mudança de formato. Gradativamente, as **bordas e as cores se tornam variadas e irregulares**.
  - Vertical: surge uma pápula e um nódulo no tomo de uma placa ligeiramente elevada. Podem se desenvolver erosões ou úlceras superficiais

## I Módulo 702 – Problema 08 I Thiago Almeida Hurtado

- Costumam ser **lesões únicas isoladas**, em dorso, pernas, face anterior do tronco. Costuma ser menos frequentes em áreas cobertas (menor exposição solar).
- É o tumor no qual a regra do ABCDE melhor se aplica!
- Quando não tratado, resulta em crescimento vertical em alguns meses a anos!



**Figura 12-12** Melanoma extensivo superficial, fase de crescimento radial. (A) Placa elevada, assimétrica e irregular plana e de coloração variegada (marrom, preta) no tronco, com margens nitidamente demarcadas. A superfície também é irregular, com padrão em "pedras de calçamento" (ver também Fig. 12-3). (B) Placa plana assimétrica, com bordas irregulares e nitidamente demarcadas e superfície com aparência em "pedras de calçamento". A pigmentação melanínica varia do marrom-claro ao marrom-escuro e preta, e existem áreas mais claras intercaladas. (C) Lesão extremamente irregular, com pápulas de cor marrom-escuro a preto-azulada, formando um anel ao redor de uma área maculosa branca, com uma pápula central marrom-azulada. A área branca indica regressão espontânea. (D) Placa relativamente simétrica, porém, grande (8 cm), com bordas bem-demarcadas e entalhadas e variação considerável de cores: preto, azul, vermelho e branco.



**Figura 12-13** Melanoma extensivo superficial, fase de crescimento vertical. (A) Placa apenas minimamente irregular com coloração variegada (marrom, preta). No centro, há um pequeno nódulo preto, em forma de cúpula. Representa a transição para a fase de crescimento vertical. (B) Placa muito plana e irregular com bordas entalhadas e coloração altamente variegada (castanha, marrom, preta e vermelha). Ligeiramente fora do centro, há um grande nódulo parcialmente recoberto com crosta (fase de crescimento vertical). (C) Placa altamente irregular e assimétrica com superfície semelhante a "pedras de calçamento" e coloração variegada (preta, marrom). À direita, observa-se um nódulo excêntrico erodido, de coloração preta a azul, representando a fase de crescimento vertical. (D) Placa assimétrica e altamente irregular, de coloração azulada a preta, com tonalidades de marrom, vermelho e branco (regressão). Fora do centro, há um nódulo preto erodido (crescimento vertical).

### b) Melanoma nodular

- É o segundo tipo de melanoma mais frequente depois do extenso superficial.
- Costuma acometer os seguintes indivíduos:
  - Indivíduos de meia-idade
  - Mais frequente em **japoneses** (9x mais do que o MES) – não se sabe ao certo o porquê de isso acontecer.
- Pode se desenvolver de um nevo preexistente, entretanto, com maior frequência, **surge como lesão primária da pele**.
- Diferentemente do MES, apresenta um **crescimento rápido**, sendo percebido pelo paciente como um **“novo sinal”, que não existia antes!**
- Manifesta-se como um **nódulo uniformemente elevado ou uma placa ulcerada, que pode se tornar polipoide**.
  - Apresenta uma **coloração uniforme**: azul-escuro, preta ou cinza.
  - Superfície lisa ou descamativa, erodida ou ulcerada.
  - Formato oval ou redondo, comumente com bordas lisas e regulares.



**Figura 12-15** Melanoma nodular. (A) Nódulo liso cupuliforme de 9 mm, com borda marrom mais plana, que se desenvolveu no dorso de um homem de 38 anos. (B) Pápula preta de 1 cm localizada na região posterior da coxa de uma mulher de 60 anos. A lesão estava presente há menos de um ano. (C) Nódulo marrom erodido e hemorrágico, com configuração semelhante a um cogumelo, conferindo-lhe um aspecto entalhado. Essas lesões podem ser confundidas com uma lesão vascular, como o granuloma piogênico. (D) Nódulo grande (5 cm), hemorrágico, preto e irregular implantado na pele como um cogumelo. A lesão proliftou no decorrer de seis meses, e o paciente de 56 anos não procurou um médico com medo de que "pudesse ser um melanoma".

## I Módulo 702 – Problema 08 I Thiago Almeida Hurtado

- Nesses pacinetes, os níveis séricos de LDH podem ser utilizados como marcadores de doença progressiva.

### c) Melanoma lentigo maligno

- É o menos comum dos quatro tipos principais de melanoma, correspondendo a < 5 % dos casos.
- Costuma acometer os seguintes indivíduos:
  - Idade > 65 anos
  - Incidência mais alta em indivíduos de pele branca (extremamente raro em indivíduos de pele parda e negros).
- **Diferentemente dos outros melanomas**, costumam acometer áreas expostas **frequentemente** a luz solar, como face, pescoço e dorso de antebraços e mãos. Quase sempre acometem indivíduos com dermatose (indícios de lesão cutânea grave induzida pelo sol – pele atrófica, xerótica, com rugas profundas, ptose e pigmentação irregular).
- Clinicamente, pode se manifestar através de duas formas:
  - Lentigo maligno: mácula uniformemente plana, de 0,5 cm ou mais; em geral, bem-delimitada, podendo apresentar bordas imprecisas ou altamente irregulares. Inicialmente apresenta-se com coloração castanha, entretanto, com a evolução, exibem variações notáveis de tonalidades de marrom e preto (é o “melanoma in situ”)
  - Lentigo maligno-melanoma: demarcado pelo aparecimento de tonalidades variadas de vermelho, branco, azul, pápulas, nódulos e placas em melanoma lentigo-maligno.



**Figura 12-10 Lentigo maligno. (A)** Lentigo maligno muito grande na bochecha direita, com variação característica de cor (castanha, marrom, preta) e formato altamente irregular. A lesão é plana, maculosa e, portanto, representa um melanoma *in situ*. **(B)** O lentigo maligno classicamente maculoso apresenta formato muito irregular e é variegado nas cores. Entretanto, há um componente azulado e um grande nódulo rosado na região infraorbitária, indicando uma passagem da fase de crescimento radial para a vertical e, portanto, invasão: a lesão, nesse estágio, é denominada lentigo maligno-melanoma.

## I Módulo 702 – Problema 08 I Thiago Almeida Hurtado

### d) Melanoma acrolentiginoso

- É uma apresentação especial do melanoma cutâneo, que se desenvolve na planta dos pés, palmas das mãos e leito ungueal das mãos ou dos pés.
- Acomete mais frequentemente o seguinte grupo de pacientes:
  - > 65 anos
  - Asiáticos, africanos subsaarianos e afro-americanos (~70% dos melanomas nessa população)
  - Homens
- Apresenta **crescimento lento**, portanto o diagnóstico costuma ser tardio (apenas quando surgem nódulos ou há comprometimento ungueal). Isso explica o prognóstico ruim.
- Clinicamente, se manifesta por:
  - **Lesão cutânea acral e de palma das mãos/planta dos pés**: máculas ligeiramente elevadas na fase de crescimento radial, com desenvolvimento focal de pápulas e nódulos durante a fase de crescimento vertical. Variações acentuadas de cor, bordas irregulares (“mancha” de crescimento gradual)
  - **Subungueal**: mácula subungueal que começa na matriz da unha e gradativamente se estende, acometendo o leito e a lâmina ungueal. Podem ocorrer pápulas, nódulos e destruição da lâmina ungueal na fase de crescimento vertical; na qual costuma ocorrer o desprendimento da unha. Com frequência, os nódulos ou as pápulas não são pigmentados (amelanótico – pode se manifestar como distrofia ungueal)
- A taxa de sobrevida em cinco anos costuma ser menor do que 50%.



**Figura 12-17 Melanoma acrolentiginoso (MAL).** (A) MAL em desenvolvimento no polegar. Componente lentiginoso na pele do dorso do polegar: manchas maculosas, com áreas demarcadas e mal demarcadas de coloração marrom e cinza-azulada. Componentes nodulares ulcerados subungueal e distal (B) O tumor substituiu todo o leito ungueal e a pele circundante: lesão maculosa com coloração variegada, semelhante ao lentigo maligno. Houve desprendimento da unha. Esse MAL levou à destruição da matriz da unha e foi diagnosticado inicialmente como distrofia ungueal. (C) MAL no calcanhar. Observa-se um componente maculoso altamente variegado – marrom a cinza e preto; o componente nodular é hiperqueratótico, avermelhado e ulcerado. (D) Lentigo maligno-melanoma na planta do pé. Trata-se de uma lesão avançada com componente maculoso e nódulo ulcerado avermelhado. A lesão media 10 mm de profundidade, e havia aumento dos linfonodos inguinais.

Tipos principais de melanoma				
Tipo	Frequência	Localização	Crescimento radial	Crescimento vertical
Extensivo superficial	70%	Qualquer local	Meses a 02 anos	Tardio
Nodular	15%	Qualquer local	Clinicamente indetectável	Imediato
Lentigo maligno-melanoma	5%	Face, pescoço, dorso das mãos	Anos	Muito tardio
Melanoma acrolentiginoso	5 a 10%	Plantas das mãos, plantas dos pés, subungueal	Meses a anos	Precoce, porém com reconhecimento tardio.

## I Módulo 702 – Problema 08 I Thiago Almeida Hurtado

### 4) Diagnóstico e estadiamento

- Os melanomas costumam ocorrer em qualquer área da pele. Frente ao surgimento de pápulas ou nódulos irregularmente pigmentados, deve ser realizada a **biópsia dessas lesões**, para verificar se, histologicamente, há presença de invasão dérmica.
- O ABCDE é útil principalmente para diferenciação de nevos benignos de maligno. Outros critérios úteis para avaliação são: alteração no sensorio, diâmetro maior que 1cm, crescimento, pigmentação irregular, inflamação, secreção crostosa e sangramento.
- O exame **histopatológico é o de certeza!** Entretanto, a dermatoscopia aumentam a acurácia diagnóstica.
  - Deve ser realizada, idealmente, exérese total da lesão suspeita, incluindo tecido subcutâneo, com margens de 1 a 2 mm
  - A biópsia parcial pode ser utilizada em casos de grandes lesões, devendo ser escolhida a área mais representativa ou espessa.
- Durante o diagnóstico, o **índice de Breslow** é essencial para determinar sua espessura, consequente prognóstico e classificação do melanoma.
- Durante o estadiamento TNM, é essencial a dosagem de DHL e a avaliação de linfadenopatias.

**Tabela 64.1** Classificação de melanoma maligno primário cutâneo (Breslow)

In situ	I.S.
Espessura	
até 0,75 mm	MM I
de 0,75-1,5 mm	MM II
de 1,5-3 mm	MM III
de 3-4 mm	MM IV
além de 4 mm	MM V

**Quadro 12-4** Classificação TNM dos melanomas

Classificação T	Espessura (mm)	Estado de ulceração/mitoses
T1	≤ 1,0	a: Sem ulceração e mitose < 1/mm <sup>2</sup> b: Com ulceração ou mitose ≥ 1/mm <sup>2</sup>
T2	1,01 a 2,0	a: Sem ulceração b: Com ulceração
T3	2,01 a 4,0	a: Sem ulceração b: Com ulceração
T4	> 4,0	a: Sem ulceração b: Com ulceração
Classificação N	Nº de linfonodos metastáticos	Massa de linfonodo metastático
N1	1 linfonodo	a: Micrometástase b: Macrometástase
N2	2 a 3 linfonodos	a: Micrometástase b: Macrometástase c: Metástase(s) em trânsito/satélite(s) sem linfonodos metastáticos
N3	4 ou mais linfonodos metastáticos ou linfonodos aglomerados ou metástase(s) em trânsito/satélite(s) com linfonodo(s) metastático(s)	
Classificação M	Localização	Desidrogenase láctica sérica
M1a	Metástases distantes na pele, subcutâneas ou nodais	Normal
M1b	Metástases pulmonares	Normal
M1c	Todas as outras metástases viscerais	Normal
	Qualquer metástase distante	Elevada

De Balch CM et al. Update on the melanoma staging system: the importance of sentinel node staging, mitotic rate and primary tumor. *J Surg Oncol* 2011; 104:379-385.

## I Módulo 702 – Problema 08 I Thiago Almeida Hurtado

- Em geral, não há consenso acerca de quais exames devem ser solicitados. Alguns autores sugerem a realização de **raio X de tórax e USG abdominal**, para obtenção de imagens de referencia e detecção de possíveis anomalias benignas e malignas.

### 5) Tratamento

- A cirurgia é o único tratamento eletivo para o melanoma maligno, sendo seu sucesso diretamente relacionado a fase com que o tumor for surpreendido e da margem de segurança incluída.
- No caso de melanomas ungueais, pode ser necessária a amputação parcial, incluindo a última falange do dedo afetado e a articulação interfalângiana adjacente.
- A radioterapia em altas doses ou a crioterapia pode ser empregada excepcionalmente em pacientes inoperáveis.
- Em casos de melanoma maligno de 1,5 a 4mm, com metástases linfonodais, deve ser realizada a **linfadenectomia regional** (a profilática não é indicada, devido a possibilidade de desencadear metástases à distância). Algumas contraindicações são: pacientes idosos, comorbidades graves, localização da lesão em área que possibilita drenagem linfática para várias estações.
  - A presença de metástase é confirmada pela **biópsia do linfonodo sentinela** (primeiro linfonodo de drenagem da região acometida). Essa técnica é indicada apenas para melanomas de espessura superior a 0,76mm ou quando há associação com ulceração e/ou regresso e nível de Clark IV ou V.
- Inexistem tratamentos adjuvantes comprovadamente eficazes para a doença local de alto risco.
- **Radioterapia**: pode ser indicada em tumores não ressecáveis ou que as margens cirúrgicas são limitadas pela impossibilidade de maior ressecção. É recomendada para:
  - Lentigo maligno-melanoma em doentes idosos e não hígidos
  - Comprometimento de múltiplos linfonodos
  - Recidivas linfonodais
  - Metástases viscerais (paliativo)
- **Quimioterapia**: casos metastáticos – **vemurafenibe (inibidor de enzima BRAF, responsável por mutações no melanoma), nitrosureiais, DTIC, ipilimumabe (anticorpo)**
- Após a terapêutica, orienta-se que os pacientes sejam avaliados clinicamente a cada quatro meses nos dois primeiros anos, a cada seis meses nos três anos seguintes e anualmente por tempo indefinido. O doente deve ser orientado acerca da necessidade de retorno imediato caso lesão suspeita ou tumefação de linfonodos regionais.

## I Módulo 702 – Problema 08 I Thiago Almeida Hurtado

### 2) Entender epidemiologia, quadro clínico, diagnóstico e tratamento dos cânceres de pele não melanomas (carcinoma espinocelular e carcinoma basocelular)

#### 1) Carcinoma basocelular (CBC)

##### a) Introdução

- Os cânceres de pele não melanoma são os cânceres de pele mais frequente. O CBC corresponde a 75% dos casos. **É o câncer mais comum em seres humanos.**
- O carcinoma basocelular é o mais benigno dos tumores malignos de pele.
- Formado por células que se assemelham as células da camada basal da epiderme.
- **É uma malignidade local, capaz de invadir e destruir tecidos adjacentes, entretanto, raramente origina metástases.**
- Geralmente ocorre em indivíduos acima dos 40 anos, sendo os principais fatores de risco a exposição a luz solar e pele clara.

##### b) Fisiopatologia

- É causado pela radiação ultravioleta, principalmente do espectro UVB, que induz mutações em genes supressores tumorais (PTCH)
- Indivíduos com fototipos cutâneos I e II e albinos são mais predispostos a desenvolvê-los após **histórico de exposição solar intensa na juventude.**
- O uso de terapia anterior com raios-X para acne facial aumenta muito o risco de desenvolver esse tumor.

##### c) Quadro clínico

- A lesão típica é o **epitelioma basocelular nódulo-ulcerativo.** Inicia-se por uma pápula rósea perolada, que evolui progressivamente para um nódulo com ulceração central, a qual é recoberta por uma crosta (sangra quando retirada). Podem estar presentes finas teleangiectasias.
- A lesão pode progredir para as seguintes formas:
  - **Plano-cicatricial:** extensão da lesão em superfície, com cicatrização central
  - **Forma terebrante:** extensão da lesão em profundidade, com invasão e destruição de músculo, cartilagem, osso ou outras estruturas



**Figura 61.1** Carcinoma basocelular. Nódulo eritematoso de aspecto perláceo com telangiectasias na superfície. Simultaneamente, há lesões de melanose e de queratose solares.



**Figura 61.2** Carcinoma basocelular. Nódulo ulcerado centralmente, com bordas perláceas, com telangiectasias.



**Figura 61.5** Carcinoma basocelular esclerodermiforme. Aspecto amarelado esclerodermiforme e áreas ulceradas na porção superior do tumor.



**Figura 61.6** Carcinoma basocelular superficial. Placa eritematosa com bordas ligeiramente infiltradas, no tronco.

## I Módulo 702 – Problema 08 I Thiago Almeida Hurtado

- Forma vegetante: extensão da lesão com proliferação central.
- O carcinoma basocelular pode apresentar duas variações clínicas atípicas:
  - Tipo esclerosante: placa branco-amarelada, escleroatrófica, dura, lisa, que pode apresentar teleangiectasias, bordas mal definidas. Geralmente a evolução é crônica e raramente apresenta ulcerações.
  - Epitelioma basocelular superficial/pagetoide: lesões múltiplas, eritematoescamosas, discretamente infiltradas, emolduradas por bordas irregulares e ligeiramente elevadas. Lembra psoríase.
  - Pigmentado: lesão que se assemelha ao melanoma, devido a pigmentação.

### d) Diagnóstico

- Histopatologia: presença de células basaloides que se dispõem perifericamente
- O diagnóstico diferencial entre as formas deve ser feito pela clínica.

### e) Tratamento

- A escolha do procedimento terapêutico depende da localização, do tamanho e da profundidade do tumor.
  - Tumores de até 1,5 cm, em face ou tronco: curetagem e eletrocoagulação (98% de cura)
  - Tumores maiores que 1,5 cm ou menores que 1,5cm em outros locais: excisão e sutura
  - Tumores superficiais ou localizados em áreas de cartilagem: nitrogênio líquido (em nódulo-ulcerativo usar após curetagem).
  - Formas recidivantes ou esclerodermiforme: cirurgia de Mohs (microscopia eletrônica com controle do tecido)
- A radioterapia é pouco empregada, sendo indicada em formas extensas, em indivíduos idosos, quando os procedimentos cirúrgicos não podem ser utilizados.
- O imiquimode é um creme que pode ser utilizado para tratamento de CBCs superficial.
- Pode ser feito tratamento com drogas específicas para metástases ou recorrente localmente.
- O prognóstico é excelente com a maioria dos tratamentos, exceto em casos raros de imunossupressão.

Formas Clínicas de CBC				
Nodular	Ulcerado	Esclerosante	Multicêntrico superficial	Pigmentado
- Pápula ou nódulo - “Perolado” - Teleangiectasias - Consistência firme	- Úlcera (pode ter crosta) - Borda cilíndrica - Perolada - Telangiectasias	- Placa maculosa ou cicatriz superficial com bordas maldefinidas. - “Salpicada” - Infiltração - Estroma fibroso - Pode se tornar nodular ou ulcerado	- Placas finas - Coloração rósea ou vermelha - Borda filiforme fina - Teleangiectasias - <b><u>Única forma descamativa</u></b> - Pode sangrar - Pode evoluir para nodular ou ulcerado	- Pode ser marrom, azulado ou preto. - Superfície lisa e brilhante - Habitualmente mais duro que o melanoma - Podem ocorrer lesões císticas, com centro deprimido.

## I Módulo 702 – Problema 08 I Thiago Almeida Hurtado

### 2) Carcinoma espinocelular (CEC)

#### a) Introdução

- Tumor constituído por proliferação atípica de células espinhosas, de caráter invasor, **capaz de originar metástases**.
- Apresenta incidência de ~15% dentre todas as neoplasias epiteliais malignas.
- Frequentemente se origina de: queratose solar, leucoplasia, radiodermite crônica, queratose arsenical, **xeroderma pigmentoso (genodermatose em que há defeito no reparo do DNA)**, úlcera crônica ou **cicatrices de queimadura**.
  - O arsênio, derivados do alcatrão e hidrocarbonetos já são fatores desencadeantes bem definidos como desencadeantes do quadro.
  - O HPV é um fator viral que está associado a **gênese genital** desse tumor.
- Mais comum em homens > 50 anos e de pele clara e **imunossup.**
- Esse câncer apresenta **relação com a exposição cumulativa ao longo da vida, ao contrário do CBC e melanoma (exposição intermitente)**



Figura 61.9 Carcinoma espinocelular. Lesão ulcerovegetante sobre cicatriz de queimadura.

#### b) Fisiopatologia

- Está correlacionado a exposição a luz solar (Especialmente UVA; peresnete em algumas fototerapias)
- Apresenta forte correlação com alguns fatores etiológicos, como HPV, imunossupressão (transplantados e HIV+), doenças que cursam com inflamação crônica (LES, úlcera, cicatrizes de queimadura), carcinógenos industriais (piche, alcatrão, óleo combustível, óleo lubrificante) e arsênico inorgânico (antigamente utilizado em medicamentos e encontrado em água potável de algumas regiões)

#### c) Quadro Clínico

- **Evolução lenta**: qualquer pápula ou placa ceratótica isolada ou erodida em paciente suspeito, que persiste por mais de um mês, é considerada como carcinoma até prova em contrário.
  - Lesão cronicamente erodida no lábio inferior ou pênis
  - Lesões nodulares que se desenvolvem na margem ou dentro de uma úlcera venosa crônica ou em área de dermatite por radiação crônica.
- São, na maioria das vezes, lesões assintomáticas
- **ATENÇÃO!** Pode, em alguns casos, cursar com evolução rápida, tendo caráter invasivo e doloroso/hipersensível.
- Geralmente acomete: lábio inferior, orelhas, dorso das mãos, mucosa bucal e genitália externa.



Figura 61.10 Carcinoma espinocelular. Lesão ulcerovegetante na mão.

## I Módulo 702 – Problema 08 I Thiago Almeida Hurtado

### • Manifestações cutâneas

- Lesão inicial: área de queratose infiltrada e dura ou nódulo
- Evolução da lesão: lesão ulcера, com infiltração na borda ou se torna vegetante/córnea

### • Manifestações mucosas

- Lesão inicial: sua evolução depende da área que se inicia
  - Placa de leucoplasia: infiltração ou vegetação
  - Genitália: área de eritroplasia
- Evolução da lesão: formação de lesão vegetante e ulceração

- Uma variante clínica é o **carcinoma verrucoso**, que apresenta evolução lenta e aspecto anatomopatológico “benigno” (por vezes necessita de várias biópsias para esclarecimento diagnóstico definitivo). Além disso costuma ser menos agressivo.

- Pode se apresentar em **genitália, boca e planta dos pés**.

- **ATENÇÃO!** Esse tipo de câncer geralmente se desenvolve de lesões dermatológicas pré-cancerosas, como:

- Queratose actínica
- Quelite actínica
- Leucoplasias
- Radiodermites crônicas
- Queratoses arsenicais
- Xeroderma pigmentoso
- Cicatrizes de queimadura

- As metástases podem ocorrer após meses ou anos, e são mais frequentes e precoces nos carcinomas das cicatrizes de queimaduras, dorso das mãos e mucosas.

### f) Diagnóstico

- Histopatologia e quadro clínico.

### g) Tratamento

- O tratamento costuma ser cirúrgico, e depende da localização e tamanho da lesão
  - Lesão recente, na pele, < 1cm: eletrocoagulação e curetagem; excisão; nitrogênio líquido
  - Lesão extensa ou crônica: exérese ampla da lesão.



Figura 61.13 Carcinoma espinocelular genital. Sobre lesão de eritroplasia nodulovegetante na região da glande.



Figura 61.14 Carcinoma verrucoso. Região lateral do pé.



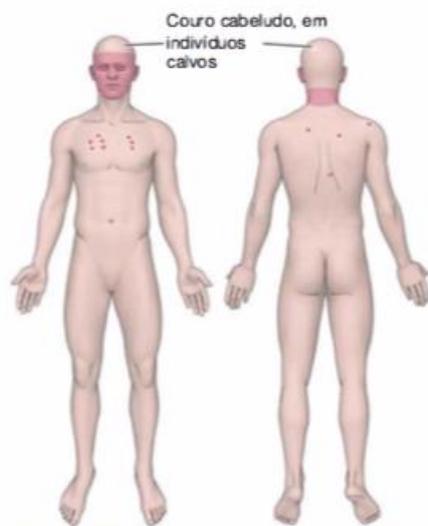
Figura 61.15 Carcinoma verrucoso genital. Tumor de Buschke-Löwenstein. Lesão ulcerovegetante genital.



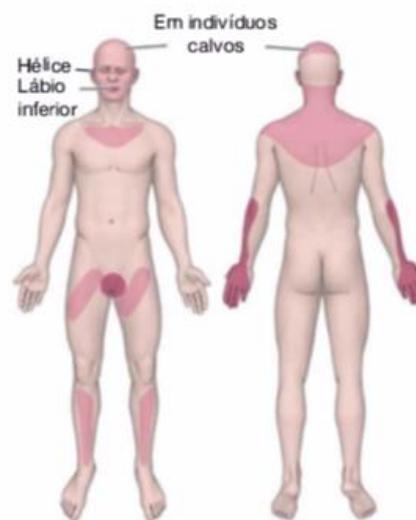
Figura 61.16 Carcinoma verrucoso oral. Papilomatose florida. Lesão vegetante no lábio.

## I Módulo 702 – Problema 08 I Thiago Almeida Hurtado

- Tumores recidivantes, de limites mal definidos ou que invadem osso/cartilagem: cirurgia micrográfica
- Metástase linfonodal: linfadenectomia e radioterapia complementar
- A quimioterapia é utilizada principalmente em carcinomas muito avançados, não passíveis de tratamento cirúrgico ou radioterápico. Os fármacos mais usados são
  - Metotrexato
  - Cisplatina
  - Ciclofosfamida
  - Bleomicina
- O prognóstico é favorável em casos recentes e precocemente tratados.



**Figura 11-25** Carcinoma basocelular (CBC): locais de predileção. Os pontos indicam CBCs multicêntricos superficiais.



**Figura 11-6** Carcinoma espinocelular: locais de predileção.