

**SEMANA
DE IMERSÃO
TED**

**CÂNCER DE PELE
NÃO MELANOMA**



MedCof
Derma

CARCINOMA BASOCELULAR

- ☑ Tumor constituído de células morfológica-mente semelhantes às células basais da epi-derme, de crescimento muito lento, com capa-cidade invasiva localizada, embora destrutiva.
- ☑ É o CPNM mais comum.

➤ EPIDEMIOLOGIA

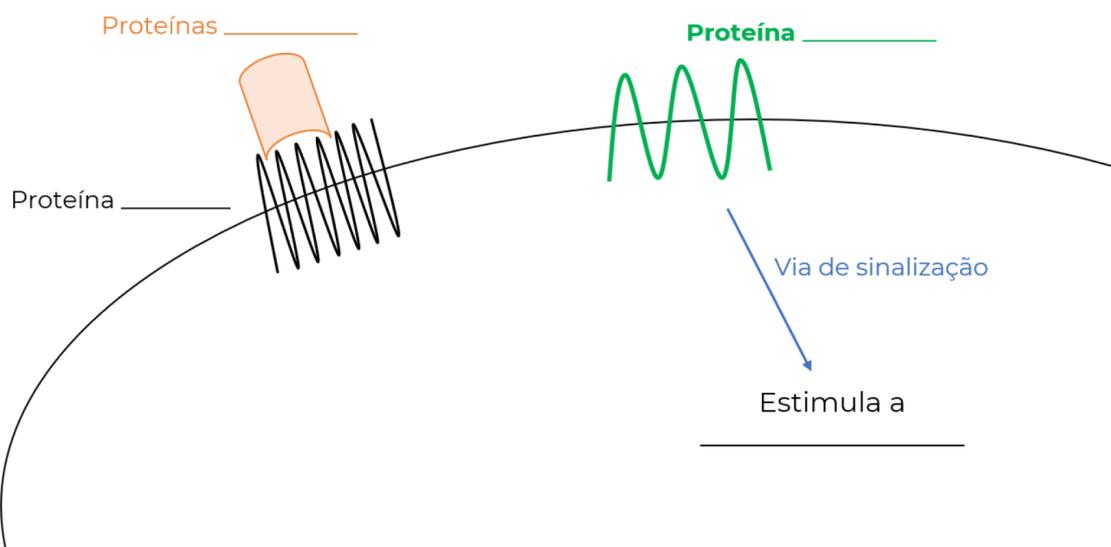
- ☑ Pode ocorrer em qualquer idade, mas mais de 75% são > 40 anos.
- ☑ Mais em homens.
- ☑ Raro em negros.
- ☑ Maior chance de desenvolver CBC: olhos cla-ros, cabelos louros, pele clara que não se pig-menta, efélides, grande número de nevos e elastose solar.
- ☑ Pode surgir em cicatrizes de queimadura.
- ☑ Em imunossuprimidos, surge mais precoce-mente e mais agressivo.

➤ VIA HEDGEHOG

➤ FATORES ENVOLVIDOS NA ETIOPATOGENIA

- ☑ O mais importante = RUV, principalmente UVB.
- ☑ A RUV induz a mutação de genes supressores tumorais:
 - p53: CBC e CEC;
 - PTCH1: CBC esporádico (30 a 40%), XP e SNB.
- ☑ Radiações calóricas e ionizantes.
- ☑ Derivados do alcatrão e o arsênio.
- ☑ Cicatrizes antigas (raro quando comparado ao CEC).
- ☑ Fototipo.
- ☑ Profissões de maior exposição às radiações (médicos, técnicos, marinheiros e lavradores).

Querido aluno Medcofer, aproveite este espaço para intensificar a fixação do conteúdo!
Complete a figura abaixo a respeito da via Hedgehog segundo as informações apresentadas na aula!



Mutações dos CBC que alteram a via Hedgehog:

- ☑ 90 a 85% = mutações inativadoras no alelo PTCH1;
- ☑ 10% = mutações ativadoras no gene que codifica a proteína SMO.

➤ CLÍNICA

- ☑ Lesão papulosa "perolada", translúcida e brilhante de coloração amarelo-palha.
- ☑ Crescimento lento e progressivo.
- ☑ Localização preferencial: região cefálica (~90%), seguida do tronco e, finalmente, membros.
- ☑ Raramente se desenvolve nas palmas das mãos e plantas dos pés ou nas membranas mucosas. (Bologna 4ª ed).
- ☑ O acometimento de mucosas ocorre exclusivamente por contiguidade. (Azulay, 8ª ed).

Subtipos clínicos

1. Nodular

- ☑ É a apresentação mais comum (50% de todos os CBCs).
- ☑ Pápula ou nódulo brilhante e perolado com uma superfície lisa e a presença de telangiectasias arboriformes.
- ☑ Pode ulcerar.
- ☑ Pode ser pigmentado (pigmentação variável).
- ☑ Locais de predileção: face, especialmente bochechas, nariz, sulco nasolabial, fronte e pálpebras.

2. Ulcerada

- ☑ Pode iniciar como pequena úlcera ou ulcerar na evolução da forma nodular.
- ☑ Borda perolada.



Imagem do Dr. Jan R. Mekkes.
Reproduzida com permissão.

3. Terebrante (*ulcus rodens*)

- ☑ É uma forma ulcerada com invasão rápida, provocando grande destruição do maciço central da face.
- ☑ Síndrome da gangosa: boca e fossas nasais em um só orifício.
- ☑ Pode destruir o globo ocular ou invadir a calota craniana.

4. Plano cicatricial

- ☑ Cresce centrifugamente.
- ☑ Parte central cicatricial e periferia perolada.

5. Superficial ou pagetoide

- ☑ Belda → 2º tipo clínico mais frequente.
- ☑ Placa oval, eritematoescamosa ou superficial, borda nítida, pigmentação variável.
- ☑ Mais frequente no tronco e extremidades, mas pode ocorrer em cabeça e pescoço também.
- ☑ A média de idade no momento do diagnóstico é de 57 anos, mais jovem do que para outros tipos de CBC. (Bologna 4ª ed).
- ☑ Padrão de crescimento principalmente horizontal, mas podem se tornar invasivos.

6. Esclerodermiforme, fibrosante ou morfeiforme

- 5 a 10% dos casos.
- Placas lisas, eritematosas, infiltradas, atróficas, cor amarelo-marfínico e com bordas mal delimitadas.
- Pode parecer uma cicatriz ou placa de morféia.
- Em geral, na face.
- É o subtipo mais agressivo, altamente recidivante.

7. Pigmentado

- Presença de melanina no tumor.

- Mais comum em pessoas de fototipos mais altos.

8. Vegetante

- Muito rara.

9. Cístico

10. Fibroepitelioma de Pinkus

- Variante rara.
- Lesão papulosa ou nodular, séssil ou pedunculada, no tronco (região lombar).

➤ **DERMATOSCOPIA**

Querido aluno Medcofer, aproveite este espaço para intensificar a fixação do conteúdo! Complete os achados dermatoscópicos do CBC na tabela abaixo! Não deixe de desenhar a nossa árvore da dermatoscopia!

Achados Dermatoscópicos CBC

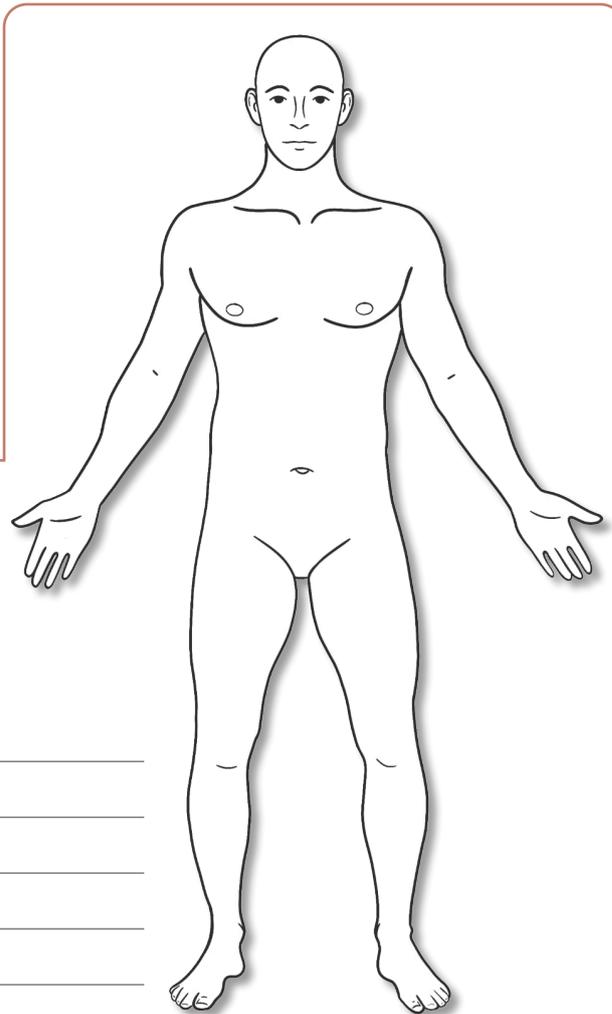
Árvore da Dermatoscopia do CBC



Imagem da Dra. Aline Correia.
Reproduzida com permissão.

➤ ÁREAS DE RISCO (CBC E CEC)

Querido aluno Medcofer, aproveite este espaço para intensificar a fixação do conteúdo! Complete as áreas de risco nas linhas abaixo! Aproveite para colorir o desenho com as cores vermelho, amarelo e verde!



Área H: high – alto risco

Área M: médio risco

Área L: baixo risco

Amarelo: Médio risco

➤ **ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO (CBC)**

Querido aluno Medcofer, aproveite este espaço para intensificar a fixação do conteúdo!
 Complete a tabela abaixo segundo a referência da prova: livro Tratado de Dermatologia - Belda, 3ª ed.

Estratificação de risco – CBC		
Critérios	Tumor de baixo risco	Tumor de alto risco
Clínicos		
Localização/ tamanho	Área de baixo risco < _____ Área de médio risco < _____	Área de baixo risco ≥ _____ Área de médio risco ≥ _____ Áreas de _____
Bordos	_____ delimitados	_____ delimitados
Primário ou recorrente	_____	_____
Imunossupressão	_____	_____
Radioterapia local prévia	_____	_____
Histológicos		
Subtipo histológico	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
Invasão perineural	_____	_____

➤ **TRATAMENTO – (Ref: Belda 3ª ed)**

- ☑ Baixo risco na área H → - CMM.
- ☑ Baixo risco na área M → - Excisão com margem de 4-5 mm, OU; - Curetagem e eletrodissociação, OU; - Imiquimode, 5-FU ou crioterapia.
- ☑ Baixo risco superficial na área L → - C&E, OU; - Outros tpícos.
- ☑ Baixo risco nodular na área L → - Excisão com congelação, OU; - CMM.
- ☑ CPNM no tronco ou extremidades com > 2 cm como único fator de risco → - Excisão com margem de 10 mm.

* Curetagem e eletrodissociação: exceto em áreas de pelo terminal, se o tecido adiposo ´re atingido e em áreas não firmes (pálpebras,lábios).

➤ **VISMODEGIBE (Erivedge®)**

- ☑ Inibidor da proteína SMO.
- ☑ 150 mg/dia VO.
- ☑ Aprovado para CBCs inoperáveis ou metastáticos.
- ☑ Recentemente, tem sido usado na síndrome do nevo basocelular.
- ☑ Efeitos adversos: espasmos musculares, alopecia, disgeusia, perda de peso, hepatotoxicidade, fadiga, teratogenicidade etc.

➤ **EVOLUÇÃO E PROGNÓSTICO**

- ☑ Evolução extremamente lenta (até vários anos).
- ☑ Risco de metástase de 0,0028 a 0,005%.
- ☑ Quando ocorre, vai para os linfonodos, pulmão, ossos e fígado;
- ☑ Pacientes que já apresentaram um CBC têm 10 vezes mais chance de apresentar um subsequente.

CARCINOMA ESPINOCELULAR

- ☑ Neoplasia maligna originária das células epiteliais da pele e mucosa, com certo grau de diferenciação no sentido da ceratinização, com capacidade de invasão local e de metastatizar.

➤ EPIDEMIOLOGIA

- ☑ 2º tumor maligno mais frequente da pele.
- ☑ 1% das Qas progridem para CEC, mas 60% dos CEC se originam de Qas.
- ☑ Mais no sexo masculino (54%).
- ☑ A incidência aumenta muito após 60 anos.
- ☑ Mais em caucasianos em áreas de alta exposição solar.
- ☑ Quando em fototipos altos, geralmente surge em áreas não fotoexpostas.

➤ FATORES DE RISCO

RUV (UVB > UVA)

- ☑ Mais de 90% dos CECs possuem mutação no gene supressor tumoral p53.
- ☑ PUVA aumenta a incidência de CEC.
- ☑ Câmaras de bronzamento (emitem UVA).

Imunossupressão

Transplantados

- ☑ CEC é 2 a 3x mais frequente que o CBC.
- ☑ CEC são mais numerosos e agressivos, com maior risco de recorrência, MTX e mortalidade.

Inflamação crônica

- ☑ Cicatrizes, queimaduras, úlceras crônicas, fístulas, líquen escleroso e atrófico, LED.

Fatores de Risco

- ☑ Radiação térmica
- ☑ Síndromes genéticas: xeroderma pigmentoso, albinismo oculocutâneo, epidermodisplasia verruciforme.
- ☑ Drogas: voriconazol, inibidores de BRAF (vemurafenibe ou dabrafenibe).
- ☑ HPV: implicado na gênese do CEC da base da língua, orofaringe e reto.

CEC *in situ* - Doença de Bowen

- ☑ > 60 anos.
- ☑ Predileção pelas áreas fotoexpostas.
- ☑ Lesões múltiplas em ~20%.

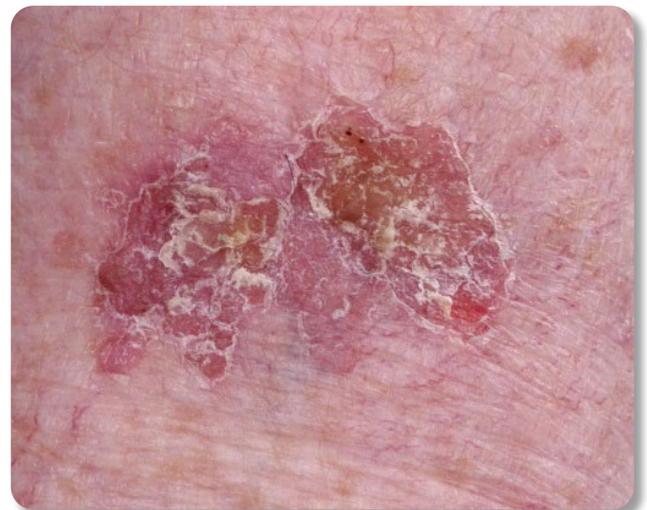


Imagem do Dr. Jan R. Mekkes.
Reproduzida com permissão.

➤ CLÍNICA

- ☑ Placa eritematoescamosa, bordas bem delimitadas, irregulares, com crescimento centrífugo lento.
- ☑ Descamação ou crosta na superfície.
- ☑ Localização: cabeça e pescoço, seguidos pelas extremidades e tronco.
- ☑ Variante pigmentada → < 2% dos casos.

DERMATOSCOPIA

- ☑ Vasos glomerulares e puntiformes.
- ☑ Escamas.

➤ TRATAMENTO

- ☑ Excisão, CMM, curetagem, eletro, ATA, criocirurgia, 5-fluoruracila, imiquimode, PDT.

➤ EVOLUÇÃO

- ☑ Risco de progredir para CEC invasivo de 5%.

CARCINOMA ESPINOCELULAR INVASIVO

➤ CLÍNICA

- ☑ Lesão inicial → pápula com ceratose.
- ☑ Crescimento mais rápido que do CBC:
 - Crescimento vertical para fora (vegetante) ou para dentro (derme e hipoderme);
 - Crescimento longitudinal: infiltração mais palpável que visível (comum no lábio inferior e em mucosas).
- ☑ Sangramento.
- ☑ Lesões ulceradas, ulcerovegetantes, vegetações verrucosas (secas) ou condilomatosas (úmidas), infiltrações e, menos frequentemente, nódulos.
- ☑ Localizações mais comuns: áreas fotoexpostas → couro cabeludo, face, pescoço, antebraços, dorso das mãos e pré-tibial.
- ☑ Podem surgir nas mucosas e semimucosas (boca, lábio inferior, glânde e vulva) → **mais metástase** (mucosa > semimucosa > pele).
- ☑ Lesões bem diferenciadas: pápulas, placas ou nódulos, com crosta.

- ☑ Lesões pouco diferenciadas: úmidas, macias, friáveis.

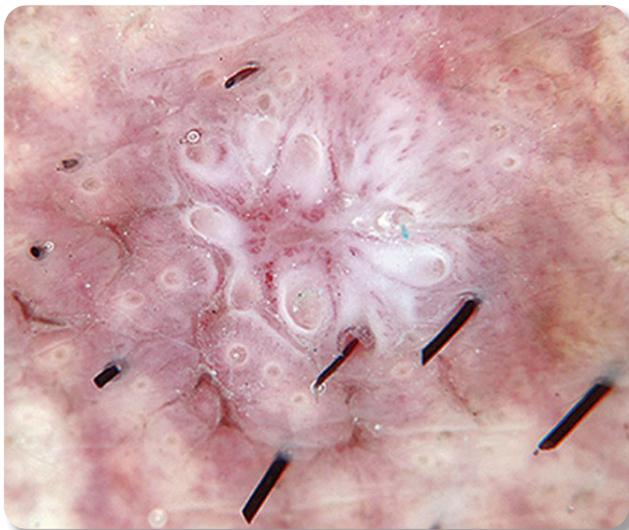


Imagem do Dr. Jan R. Mekkes.
Reproduzida com permissão.

➤ DERMATOSCOPIA

- ☑ Halo branco ao redor dos vasos (Puntiformes, Em grampo de cabelo, Glomerulares, Polimorfos).
- ☑ Círculos brancos: Estruturas anulares brancas e brilhantes ao redor dos folículos, apresentando tampão de queratina ou haste pilosa no centro.

- ☑ Rolhas de queratina com pontos hemorrágicos.
- ☑ Escamas.
- ☑ Rosetas.
- ☑ Raramente metastiza, mas invade mais profundamente e tendência a recidiva.
- ☑ Tipos:
 - Papilomatose oral florida: na mucosa oral;
 - Condiloma acuminado de Buschke-Loewenstein: pênis, escroto ou perianal;
 - Epitelioma cuniculatum: parte distal da planta (massa amolecida com múltiplos orifícios que elimina material gorduroso).



➤ CARCINOMA VERRUCOSO

- ☑ Variante bem diferenciada.
- ☑ Crescimento lento, exofítico, verrucoso, em formato de couve-flor.

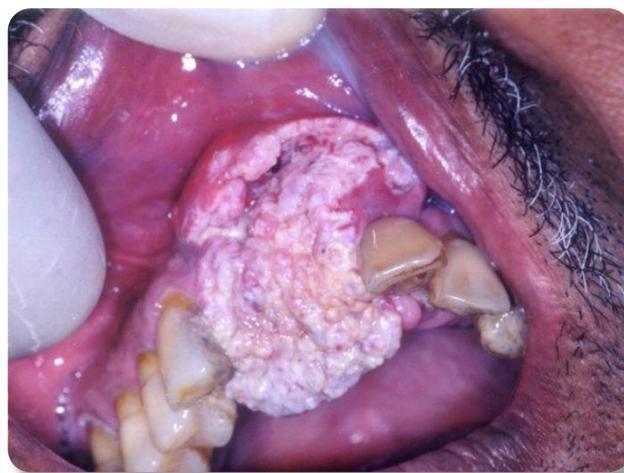


Imagem do Dr. Jan R. Mekkes.
Reproduzida com permissão.

➤ ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO (CEC)

Querido aluno Medcofer, aproveite este espaço para intensificar a fixação do conteúdo!
Complete a tabela abaixo segundo a referência da prova: livro Tratado de Dermatologia - Belda, 3ª ed.

Estratificação de risco - CEC		
Critérios	Tumor de baixo risco	Tumor de alto risco
Clínicos		
Localização/ tamanho	Área de baixo risco < _____ Área de médio risco < _____	Área de baixo risco ≥ _____ Área de médio risco ≥ _____ Áreas de _____
Bordos	_____ delimitados	_____ delimitados
Primário ou recorrente	_____	_____
Imunossupressão	_____	_____
RT local prévia ou inflamação crônica	_____	_____
Crescimento rápido	_____	_____
Sintomas neurológicos	_____	_____
Histológicos		
Grau de diferenciação	_____ ou _____	_____ diferenciado
Subtipo histológico de alto risco?	_____	_____
Profundidade (espessura ou índice de Clark)	< _____ mm Ou _____	≥ _____ mm Ou _____
Invasão perineural, linfática ou vascular	_____	_____

➤ TRATAMENTO – (REF: BELDA 3ª ED)

- Baixo risco → - Excisão com margem de 4-6 mm, OU; - CMM (se for preciso poupar tecido), OU; - Crioterapia, C&E, tratamento tópicos.
- Alto risco → - Excisão com congelação, OU; - CMM.
- CPNM no tronco ou extremidades com > 2 cm como único fator de risco → - Excisão com margem de 10 mm.

➤ EVOLUÇÃO

- Tumores originados de QAs são mais indolentes e demoram para metastatizar;
- Lesões situadas em orelhas, pré-auricular e mucosas são mais agressivas;
- Geralmente, a metástase é via linfática; via hematogênica é incomum;

➤ GABARITO

