

Tumores Cutâneos: Um Estudo Retrospectivo

WILSON DA SILVA RAMOS FILHO, MAJ MED

RESUMO

A pele é o maior órgão do corpo humano, passível de ser acometido por uma extensa gama de lesões tumorais, benignas ou malignas. O presente trabalho tem por objetivo caracterizar a frequência dos diversos tipos de tumores cutâneos diagnosticados e tratados no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Central do Exército, bem como apresentar as técnicas cirúrgicas adotadas.

1. INTRODUÇÃO

A pele distingue-se dos demais órgãos do corpo não apenas por ser o maior deles, mas - e principalmente - por ser o único que permite visualização direta de toda sua extensão (AZULAY & AZULAY, 1997).

Há mais de 100 anos, o renomado patologista Rudolph Virchow (ROBBINS, 1998) retratou a pele como um revestimento protetor de vísceras internas mais delicadas e funcionalmente sofisticadas. Naquela época, considerava-se a pele como, essencialmente, uma barreira passiva à perda de líquido e lesão mecânica.

Através da microscopia óptica de rotina, os primeiros pesquisadores só podiam visualizar a camada epidérmica resistente composta por células epiteliais escamosas estratificadas, a derme subjacente coriácea e o coxim de gordura subcutânea situado abaixo. Este nível de compreensão pouco mudou ao longo do século seguinte (ANDRADE, 1996; ROBBINS, 1998).

Durante as três últimas décadas, todavia, a pesquisa científica percorreu caminhos profícuos que demonstraram que a pele é um órgão complexo no qual interações celulares e moleculares reguladas com precisão governam muitas respostas cruciais ao meio ambiente (ROBBINS, 1998; SAMPAIO et cols., 1998).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Hoje, é de conhecimento geral que a pele é composta por vários tipos celulares interdependentes: os melanócitos situados no interior da epiderme, são células responsáveis pela produção de um pigmento castanho - a melanina - que representa uma importante barreira endógena contra os prejudiciais raios ultravioleta presentes na luz solar. As células de Langerhans são células dendríticas histiocíticas que captam e processam sinais antigênicos, transmitindo estas informações às células linfóides. As células epiteliais escamosas - ceratinócitos - representam sítios importantes para a biossíntese de moléculas solúveis - citocinas - que são importantes na regulação funcional de células epidérmicas adjacentes e células formadoras do microambiente dérmico próximo (BEHELLI & CURBAN, 1995; ROBBINS, 1998).

Os fatores que afetam a delicada homeostase existente entre as células da pele podem determinar condições tão diversas quanto rugas e alopecia, bolhas e erupções cutâneas e, até mesmo, cânceres e distúrbios da regulação imunológica potencialmente letais (ROBBINS, 1998).

A exposição crônica à luz solar, por exemplo, promove o envelhecimento cutâneo prematuro, o embotamento das respostas imunológicas aos antígenos ambientais e o desenvolvimento de diversas neoplasias cutâneas pré-malignas e malignas. Os agentes ingeridos, como as substâncias químicas terapêuticas, podem causar um montante significativo de erupções cutâneas ou exantemas. Além disso, afecções internas como o *diabetes mellitus*, a amiloidose e o lupo eritematoso, também podem apresentar manifestações cutâneas importantes (FUNDAÇÃO ONCOCENTRO, 1993; NAYLOR, 1995, PRADO, 1997; WITTAKER, 1996).

O presente trabalho tem por objetivo caracterizar a frequência dos diversos tipos de tumores cutâneos diagnosticados e/ou tratados no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Central do Exército, bem como apresentar as técnicas cirúrgicas adotadas.

2.1. Considerações iniciais

Os tumores cutâneos são divididos em benignos e malignos.

Via de regra, os tumores benignos apresentam estruturas típicas do tecido de origem. O crescimento é lento e progressivo, puramente expansivo, com a formação de cápsula, porém o tumor pode tornar-se estacionário e até diminuir de volume. Mitoses são raras e normais. Não há metástases.

Os tumores malignos, por sua vez, possuem estrutura amiúde atípica, isto é, com diferenciação imperfeita. São infiltrativos e expansivos e não

há encapsulação. Na grande maioria dos casos o crescimento é progressivo, com elevada morbimortalidade. São observadas com frequência mitoses anormais e metástases.

A distinção entre benignidade e malignidade nem sempre é possível, havendo tumores que possuem características de uma e de outra. Entretanto, na pele, o conceito de malignidade, fundamentado na estrutura histológica, está sujeito a restrições impostas pela tendência evolutiva das neoplasias.

Considerados malignos pela composição histológica, os carcinomas cutâneos afastam-se, pela evolução, dos cânceres dos demais órgãos.

O carcinoma basocelular - epitelioma basocelular - é de crescimento muito lento e apenas excepcionalmente apresentando metástases, sendo considerado tumor benigno *quo ad vitam*.

No carcinoma espinocelular - epitelioma espinocelular - as metástases ocorrem com muito menos rapidez que nos tumores malignos de outros órgãos. O melanoma, entretanto, é tumor de extrema malignidade, pela rapidez com que se processam as metástases e pela falta de sensibilidade aos agentes radioativos.

Os tumores cutâneos são também classificados pela origem epitelial ou mesenquimatosa: os malignos denominam-se carcinomas, quando se originam do epitélio, e sarcomas, quando provêm do mesênquima e de tecidos deste derivados. O termo câncer é genérico para todos os tumores malignos.

É importante ressaltar que os tumores cutâneos, benignos ou malignos, evidenciam-se por lesões sólidas, consistentes e indolores. A localização e persistência, na maioria dos casos, constituem elementos diagnósticos importantes. O fato de serem visíveis e acessíveis favorece o diagnóstico precoce, que deve ser confirmado pelos exames histológico e citológico. A orientação terapêutica varia segundo a condição benigna ou maligna, bem como pela localização e evolução.

2.2. Tumores cutâneos benignos

A probabilidade de que, em algum momento de sua vida, um ser humano venha a apresentar pelo menos um tumor cutâneo benigno é virtualmente absoluta, ainda que muitos desses tumores jamais cheguem à atenção médica.

Via de regra, tais tumores não apresentam conseqüências biológicas, embora possam representar fontes significativas de desconforto

psicológico para o paciente. Clinicamente, são freqüentemente confundidos com lesões malignas, sobretudo quando pigmentados ou inflamados, demandando exame histológico de espécime de biópsia para o estabelecimento de diagnóstico definitivo (SCOTT, 1998).

2.2.1. *Ceratose seborréica*

As ceratoses seborréicas são tumores comuns de ceratinócitos, que surgem de modo espontâneo e com maior freqüência a partir da meia-idade, podendo se tornar particularmente numerosos no tronco, embora possam ocorrer também nos membros, na cabeça e no pescoço.

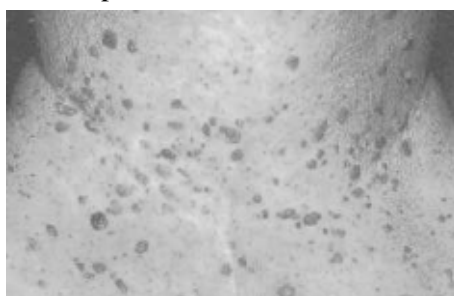


Figura 1 - Ceratose seborréica.

Clinicamente, as ceratoses seborréicas - também denominadas ceratoses senis - apresentam aspectos característicos. Manifestam-se como placas arredondadas, planas e numulares, com um diâmetro que varia de milímetros a vários centímetros. Apresentam coloração uniforme castanho-clara a castanho-escura e, em geral, exibem uma superfície de aveludada a granulosa. As lesões podem dar a impressão de estar coladas e de que podem ser descoladas com facilidade. A inspeção com uma lupa geralmente revela pequenos óstios arredondados, semelhantes a poros, e impactados com ceratina - uma característica útil na diferenciação entre estas lesões pigmentadas e os melanomas.

Apesar da condição benigna de que se revestem, cumpre ressaltar que a presença do sinal de Leser-Trélat - aparecimento súbito de múltiplas ceratoses seborréicas - é sinal de malignidade interna.

O tratamento deve ser dirigido idealmente para a remoção do epitélio envolvido sem comprometer a derme subjacente: deste modo, a fibrose cicatricial pode ser evitada ou minimizada. A crioterapia é efetiva para quase todas as lesões mais espessas e hiperkeratóticas; todavia, em peles mais escuras, este tratamento pode acarretar hipopigmentação. Para o diagnóstico histológico, a biópsia por raspagem deve preceder qualquer um desses procedimentos. Em pouquíssimos casos a excisão se justifica, a menos que haja suspeita clínica de melanoma.

2.2.2. *Nevo*

O termo nevo vem do latim (nevus), que significa marca. São erros no desenvolvimento embrionário (dentro do útero materno) que

podem resultar em acúmulo, diminuição ou ausência de determinado constituinte da pele. Dependendo do elemento alterado, haverá formação de um tipo específico de nevo, podendo ser um nevo melanocítico, ou nevo sebáceo, ou nevo intradérmico etc.

Aproximadamente 30% dos melanomas têm origem nos nevos, porém 70% deste câncer surge na pele normal, sem lesão prévia.

Outra indagação importante diz respeito ao tipo de nevo que pode ser transformado em melanoma. Geralmente as lesões planas, com forma e coloração irregulares, são as eleitas.

Este tipo é chamado de nevo displásico ou nevo atípico. Além disso, as lesões localizadas em áreas que sofrem traumas freqüentes também apresentam maior potencial de transformação.

2.2.3. Cisto epitelial

Os cistos epiteliais são lesões comuns formadas pelo crescimento descendente e expansão cística da epiderme ou do epitélio que forma o folículo piloso. Estes cistos estão cheios de ceratina e quantidades variáveis de restos misturados de conteúdo lipídico derivados de secreções sebáceas.

Clinicamente, são nódulos firmes, bem circunscritos, amígdalo móveis, dérmicos ou subcutâneos. Quando grandes, podem ser cupuliformes e da cor da pele, tornando-se muitas vezes dolorosos após ruptura traumática.

2.2.4. Hemangioma

Os hemangiomas são tumores vasculares benignos bastante comuns. De aspecto clínico variado, surgem em várias faixas etárias, acompanhados ou não de outras manifestações cutâneas, podendo ser localizados ou sistêmicos.

São mais comuns em crianças, ocorrendo em cerca de 10%. Caracterizam-se por proliferações vasculares que são mais freqüentes entre as crianças do sexo feminino e mais comuns na cabeça e na área do pescoço do que nas demais partes do corpo.

Em indivíduos adultos, os hemangiomas em cereja são formações vasculares comuns que tendem a acumular-se no tronco e extremidades, envolvendo predisposição genética.

Em sua grande maioria, as lesões são pápulas assintomáticas de 1 a 3 mm, não-esbranquiçadas, vermelho-escuras, arredondadas e de superfície lisa com distribuição aleatória. O diagnóstico diferencial inclui outras formações vasculares, como o Sarcoma de Kaposi ou granuloma piogênico.

Via de regra estas lesões não demandam tratamento. As tratadas podem ser cauterizadas, excisadas por raspagem ou coaguladas com um laser apropriado. Os pacientes devem ser informados que lesões adicionais tendem a acumular-se ao longo da vida.

2.2.5. *Ceratoacantoma*

O ceratoacantoma é um tumor de desenvolvimento rápido que, clínica e histologicamente, pode simular o carcinoma epidermóide bem-diferenciado.

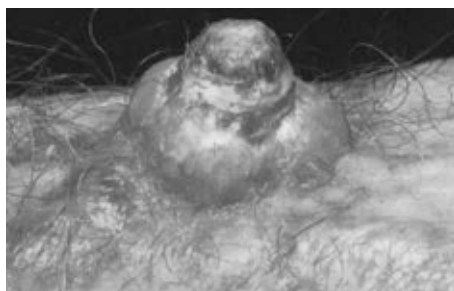


Figura 2 - Ceratoacantoma em dorso de mão.

Clinicamente, os ceratoacantomas manifestam-se como nódulos cupuliformes, cor da pele, com uma rolha central de ceratina, que lhe confere uma topografia crateriforme. As lesões apresentam variados tamanhos, de 1 a mais centímetros, e predileção pelas bochechas, nariz, orelhas e dorso das mãos.

2.2.6. *Outros tumores*

Incluem-se aqui os demais tumores epiteliais (cistos sebáceos e serosos), os adenomas sebáceos e sudoríparos, os tumores epiteliais com diferenciação pilar e outros tumores dérmicos e subcutâneos

2.3. Tumores cutâneos malignos

2.3.1. *Lesões pré-malignas*

Existem algumas dermatoses que, por suas características, são passíveis de evoluírem para condições malignas, sendo por isso denominadas lesões pré-malignas. Incluem-se neste grupo o xeroderma pigmentoso, a ceratose actínica, as leucoplasias, as radiodermites, a craurose vulvar, o corno cutâneo, a ceratose arsenical e, igualmente, certas cicatrizes (queimadura, lupo vulgar).

Importante é ressaltar, entretanto, que não se deve concluir que em todas essas afecções a transformação maligna seja inevitável ou igualmente freqüente. Na xerodermia pigmentosa a malignização é regra. A ceratose actínica - considerada histologicamente epitelioma espinocelular grau 1 a 2 - é das que mais comumente malignizam.

As ceratoses actínicas são lesões que surgem nas áreas da pele continuamente expostas ao sol e é resultado do efeito acumulativo da radiação ultra-violeta do sol sobre a pele durante toda a vida. As pessoas

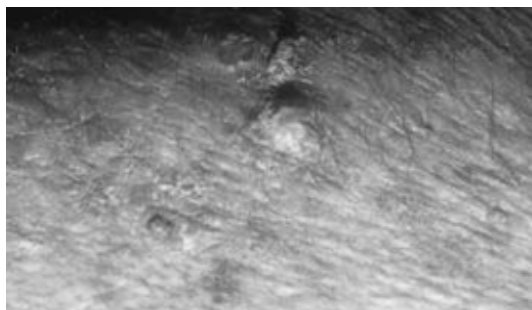


Figura 3 - Ceratose actínica.

de pele clara e idade avançada são mais afetadas. A doença não é, entretanto, privilégio de idosos, aparecendo também em pessoas de meia idade que se expuseram de forma intensa e repetida ao sol.

As lesões aparecem principalmente na face, couro cabeludo (homens calvos) e dorso dos braços e das mãos. Podem ter vários aspectos: avermelhadas e descamativas, manchas de cor escura discretamente elevadas e rugosas ou lesões ásperas, bastante elevadas e endurecidas.

O número de lesões varia muito podendo ser desde lesão única até áreas de pele completamente recobertas por ceratoses. As escamas endurecidas que recobrem as ceratoses podem se soltar devido a traumatismos mas voltam a se formar.

Quando ocorre malignização, as ceratoses tornam-se mais elevadas, pode haver vermelhidão na sua base e sangramento com facilidade a pequenos traumatismos.

Nas demais dermatoses a frequência de malignização varia, sendo mais elevada na leucoplasia e radiodermite, e muito baixa nas demais.

2.3.2. Tumores malignos

2.3.2.1. Carcinoma basocelular

O carcinoma basocelular é o tumor mais comum em seres humanos. O diagnóstico raramente é feito em pacientes com menos de 40 anos de idade e tem sido mais comum em homens, ainda que, com a modificação do padrão de estilo de vida das mulheres, este diferencial por sexo tenha se tornado menos significativo.

Há uma forte correlação positiva entre cor da pele mais clara ou radiação ultravioleta (UV) e o desenvolvimento de carcinoma basocelular. Outras condições que predisõem um paciente ao desenvolvimento de carcinoma basocelular incluem terapia por radiação, mostarda nitrogenada e cicatrizes traumáticas de vacinação ou por queimadura.

As alterações dermatológicas que predisõem um paciente ao carcinoma basocelular incluem o nevo sebáceo de Jadassohn, o nevo epidérmico linear, a xerodermia pigmentosa, bem como as síndromes de Rasmussen, Rombo e Bazex.

A distribuição do carcinoma basocelular paraleliza a dos folículos pilossebáceos e a pele exposta ao sol, ambos maiores na cabeça e no pescoço. O carcinoma basocelular pode surgir em pele não folicular, mas quase nunca se origina da mucosa oral, anal ou vaginal.

A morfologia histológica do carcinoma basocelular pode ser dividida em quatro padrões: nodular, superficial, metatípico (basoescamoso) e em forma de morféia (esclerosante).

O carcinoma basocelular nodular apresenta-se clinicamente como uma pápula elevada, nacarada, bem definida e lisa com telangiectasias associadas. O estiramento da pele acentua o caráter nacarado do tumor. É o tipo mais comum, contribuindo para até 75% de todos os carcinomas basocelulares.

O carcinoma basocelular superficial - cerca de 10% dos casos - apresenta-se como placas discretas, bem-definidas e ligeiramente elevadas. Uma borda fina e nacarada pode ser aparente com o estiramento da pele. Pode haver uma escama suprajacente tornando difícil diferenciá-lo da doença de Paget e doença de Bowen.

O carcinoma basocelular em forma de morféia contribui para 2% de todos os carcinomas basocelulares. O exame mostra uma placa endurecida com aparência céreo-amarela, bordos bem definidos, esclerose e padrões de crescimento histologicamente irregulares. A determinação clínica da extensão do tumor é consistentemente imprecisa.

O carcinoma basocelular metatípico é um subtipo histológico com aspectos de diferenciação escamosa. As lesões com apresentação clínica similar incluem melanoma, doença de Paget, carcinoma sebáceo, dermatofibrossarcoma protuberante, carcinoma de célula de Merkel, carcinoma espinocelular, triquiepitelioma e carcinomas écrinos.

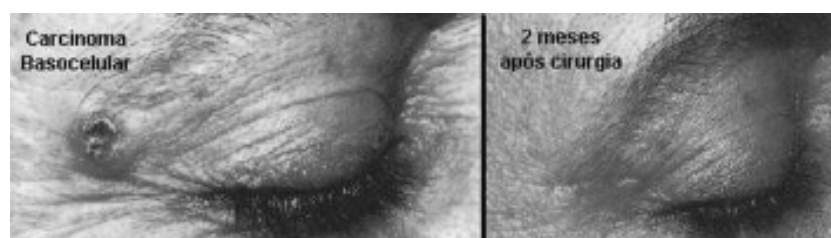


Figura 4 – Exérese de carcinoma basocelular.

O tratamento do carcinoma basocelular depende do tamanho, localização e padrão histológico do tumor. Para a maioria dos carcinomas basocelulares nodulares, pequenos, em sítios onde a conservação tecidual

não é um problema, a eletrodissecção e a curetagem produzem taxas de cura de aproximadamente 90%. Para grandes tumores próximos a uma margem livre (lábio, asa nasal, pálpebra), ou tumores localizados nos planos de fusão embriológica, a cirurgia excisional ou micrográfica de Mohs é o tratamento de escolha.

O carcinoma basocelular é radiossensível, sendo a radioterapia uma opção de tratamento para pacientes que recusam cirurgia, que exibem extenso comprometimento à época da cirurgia, ou que, por qualquer outra razão, não são candidatos cirúrgicos.

2.3.2.2. Carcinoma epidermóide ou espinocelular

O carcinoma espinocelular é a segunda malignidade cutânea mais comum, com 100.000 novos casos por ano, sendo de 1,5 a 11% a probabilidade de seu aparecimento. A sua incidência aumenta com a idade, tipo de pele mais clara e permanência em latitudes mais próximas à linha do Equador. A literatura mais recente refere uma forte associação com os defeitos do gene p53.

Oitenta por cento dos casos de carcinoma espinocelular ocorrem na face, cabeça e pescoço com alguma variação entre os sexos. O nariz e as áreas mais inferiores das pernas são mais comumente afetados em mulheres, enquanto que, nos homens, o nariz e as orelhas são as localizações mais habituais, presumivelmente por causa das diferenças de penteado e de vestuário.

O potencial metastático global é estimado em 3,6 a 30%, com variação significativa, cujo risco maior relaciona-se com tumores do lábio, orelha, pênis, sítios de radiação, cicatrizes e ulceração crônica. Os tumores grandes, os anaplásicos, os que invadem abaixo das glândulas dérmicas sudoríparas, ou os localizados no lábio inferior, pênis e vulva têm altas taxas metastáticas e as taxas mais baixas de sobrevida.

Doenças associadas a um risco maior de carcinoma espinocelular são as queimaduras, eritema do fogo, osteomielite, úlceras crônicas, lúpus eritematoso discóide, supressão imunológica, xerodermia pigmentosa, alginismo, epidermólise bolhosa distrófica, disceratose congênita e epidermodisplasia verruciforme.

Radiação, ciclosporina, psoralen e fototerapia ultravioleta A, hidrocarbono policíclico, papilomavírus humano e exposição ao arsênico são alguns dos fatores causais.

O carcinoma espinocelular pode apresentar-se como placa bem definida, vermelha, descamativa e ligeiramente infiltrada *in situ* ou como

um nódulo firme e vermelho. Não é incomum a ulceração do tumor com fragmentos necróticos.

Via de regra, pode ser identificado a partir de alguns sinais:

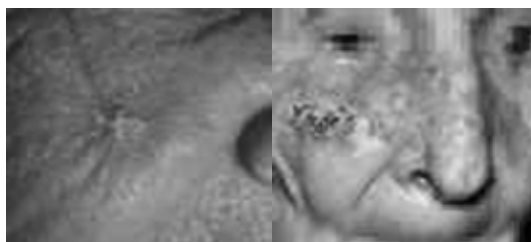


Figura 5 - Pequena placa vermelha com descamação na sua superfície, bordas irregulares e por vezes com crostas e sangramento.

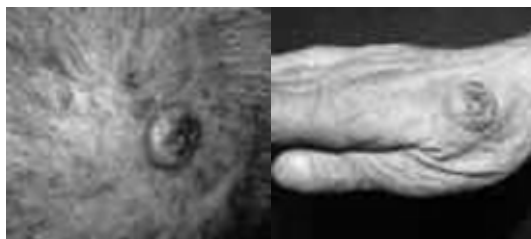


Figura 6 - Crescimento elevado com depressão central que ocasionalmente sangra.



Figura 7 - Crescimento que se assemelha a uma verruga com crostas e eventual sangramento.



Figura 8 - Ferida que sangra e persiste por semanas.

Lesões com apresentação clínica similar incluem carcinoma basocelular, melanoma, carcinoma sebáceo, carcinoma de célula de Merkel, carcinoma verrucoso, verruga vulgar, cromoblastomicose, blastomicose norte-americana, doença de Paget, paroníquia, ceratoacantoma, infecção fúngica, condiloma, ceratose seborréica, ceratose actínica hipertrófica, ceratose folicular invertida e câncer metastático.

A excisão cirúrgica é o tratamento para pacientes que declinam da cirurgia, os que exibem comprometimento extenso por ocasião da cirurgia ou os que não são candidatos cirúrgicos.

2.3.2.3. Nevo displásico

O nevo displásico é uma forma especial de nevo melanocítico atípico com características clínicas e histopatológicas sugestivas de formas intermediárias entre nevo melanocítico comum adquirido e melanoma.

A síndrome do nevo displásico pode ser familiar ou esporádica e apresentar-se como importantes marcadores dos melanomas familiares ou não familiares. Nas formas familiares o risco de desenvolvimento do tumor chega aos 56%.

Clinicamente apresentam-se como um grande número de lesões névicas, algumas atingindo 2 cm de diâmetro, com bordas irregulares e variações na tonalidade de sua pigmentação.

Quando indicado, os nevos podem ser removidos por excisão tradicional ou por raspagem. Esta última geralmente remove apenas epiderme e derme superficial. Lesões superficiais e exofíticas são adequadamente tratadas deste modo, mas as lesões mais profundas podem ser incompletamente removidas, permitindo recidivas que podem produzir um quadro clínico e histológico confusos. A remoção da lesão por completo, em vez de apenas uma porção desta, oferece ao patologista melhor condição para distinguir com maior precisão o nevo de um melanoma.

2.3.2.4. Melanoma

Ainda que a denominação melanoma aplique-se genericamente a tumores pigmentados benignos - nevos pigmentados - e malignos, no presente trabalho o termo é empregado como sinônimo de tumor melânico maligno, originário de melanoblastos ou melanócitos de pele de aspecto normal ou, o que é bastante comum, de nevos pigmentados.

A incidência de melanoma está atualmente crescendo a uma taxa maior do que qualquer outro tipo de câncer ocorrendo em seres humanos, sendo responsável por seis de cada sete mortes causadas por câncer cutâneo.

Ao contrário dos carcinomas basocelular e espinocelular, cujo desenvolvimento se correlaciona com exposição solar crônica, exceto para o lentigo maligno e o melanoma lentiginoso maligno, o desenvolvimento do melanoma se correlaciona melhor com exposição intensa e intermitente à radiação UV.

O primeiro sinal de melanoma é usualmente o aumento de tamanho tanto na horizontal como na vertical tornando as manchas elevadas, assimétricas, irregulares. Elas podem também, mudarem de cor ficando mais escuras ou pretas ou então, menos frequentemente, perdendo as cores e tonando-se róseas, cinzas ou brancas. Existe uma regra prática que permite diferenciar as lesões névicas benignas dos melanomas (regra do ABCD - **Figura 9**).

O estadiamento clínico baseia-se na avaliação de disseminação tumoral para linfonodos vizinhos ou locais distantes. Na doença confinada ao sítio primário, quanto maior a espessura e a profundidade de invasão local do melanoma, maior a chance de metástase ganglionar e pior o prognóstico. O tumor pode se disseminar por via hematogênica ou linfática e qualquer órgão pode apresentar metástases - ainda que os mais comuns sejam pulmões e fígado.

Estadiamento Clínico:

• Estádio I: Local

A. Lesão primária solitária.

B. Lesão primária com lesões satélites dispostas a um raio máximo de 5 cm.

C. Recorrência local dentro de um raio de 5 cm do local de ressecção da lesão primária.

D. Metástases localizadas a mais de 5 cm do sítio primário porém dentro da área de drenagem linfática.

• Estádio II: Linfadenopatia metastática regional

• Estádio III: Doença disseminada / metástases distantes

O microestádio do melanoma maligno é determinado pela espessura vertical do tumor em milímetros (**CLASSIFICAÇÃO DE BRESLOW**) e pelo nível de invasão anatômica local (**CLASSIFICAÇÃO DE CLARK**) ao exame histológico.

A classificação de Breslow é muito útil na previsão do comportamento subsequente do melanoma em lesões com mais de 1,5 mm de espessura e deve ser obtida sempre que possível.

Classificação de Breslow (Espessura)

- **Nível I :** espessura $\leq 0,75$ mm
- **Nível II:** 0,76 mm - 1,50 mm
- **Nível III:** 1,51 mm - 4,0 mm
- **Nível IV:** > 4 mm

Classificação de Clark (Grau de Invasão)

- **Grau I:** lesões envolvendo apenas a epiderme (melanoma *in situ*).
- **Grau II:** invasão da derme papilar sem alcançar junção dermal papilar-reticular.
- **Grau III:** invasão se expande pela derme papilar, mas não na derme. reticular.
- **Grau IV:** invasão da derme reticular mas não do tecido subcutâneo.
- **Grau V:** invasão da derme reticular e do tecido subcutâneo.

Estadiamento Histopatológico

- **Estádio 0:** tumor Clark I (*in situ*).
- **Estádio I:** Clark II ou III, sem acometimento ganglionar ou metástases distantes.
- **Estádio II:** Clark IV.
- **Estádio III:** Clark V ou qualquer um, desde que com comprometimento ganglionar.
- **Estádio IV:** metástase a distância.

Tumores localizados são altamente curáveis. A maioria consiste em lesões que não invadiram a derme papilar (nível II, espessura < 1 mm). O tratamento do melanoma localizado é a excisão cirúrgica com margens proporcionais ao microestágio da lesão primária. Melanomas disseminados para linfonodos locais devem ser tratados com margens excisionais de segurança maiores (2 - 4 cm) e exérese dos gânglios acometidos. A quimioterapia adjuvante não parece aumentar a sobrevida.

Tumores com disseminação para sítios distantes raramente são curáveis com a abordagem padrão, ainda que uma sobrevida a longo prazo ocasionalmente seja obtida com a ressecção de metástases. O melanoma avançado, assim como aqueles no estágio IV, é refratário à maioria das abordagens-padrão.

A excisão cirúrgica permanece o principal suporte de tratamento do melanoma cutâneo. A detecção precoce, enquanto a lesão ainda se mostra de espessura delgada (< 1mm), e a excisão apropriada oferecem ao paciente a melhor chance de cura.

	Lesões Benignas (nevus)	Lesões Malignas (melanoma)
Assimetria	Simétricas	Assimétricas
Bordas	Regulares	Irregulares
Cor	Uma cor ou tonalidade	Diferentes tipos de cores
Diâmetro	Menores que 6 mm	Maiores que 6 mm

Figura 9 - Representação esquemática da regra do ABCD para identificação de melanomas.

2.3.2.4. Doença de Bowen

Trata-se de um tumor cutâneo caracterizado por um aumento na espessura da pele em uma determinada região, preferencialmente, aquelas expostas ao sol e também vulva e glândula peniana. Em 5% dos casos podem evoluir para carcinoma espinocelular.

3. CASUÍSTICA E METODOLOGIA

3.1. Casuística

No período de janeiro de 1998 a dezembro de 1999, no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Central do Exército, foram diagnosticados e/ou tratados 420 tumores cutâneos, que tiveram confirmação pelo exame histológico.

A **Tabela 1** apresenta o perfil da população estudada retrospectivamente através do exame de 260 prontuários.

		n	%
Sexo	Masculino	134	51,54
	Feminino	126	48,46
Idade	1 – 10	1	0,38
	11 – 20	9	3,46
	21 – 30	16	6,15
	31 – 40	18	6,93
	41 – 50	17	6,54
	51 – 60	49	18,85
	61 – 70	58	22,31
	71 – 80	69	26,53
	81 – 90	22	8,47
	91 – 100	1	0,38
Raça	Branca	224	86,15
	Parda	33	12,69
	Negra	3	1,16

Tabela 1 – Perfil da amostra

Gráfico 1 – Distribuição da amostra quanto ao sexo.

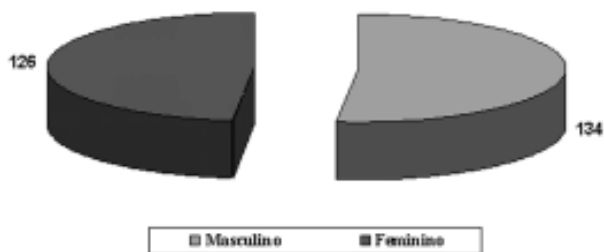


Gráfico 2 – Distribuição da amostra quanto à faixa etária.

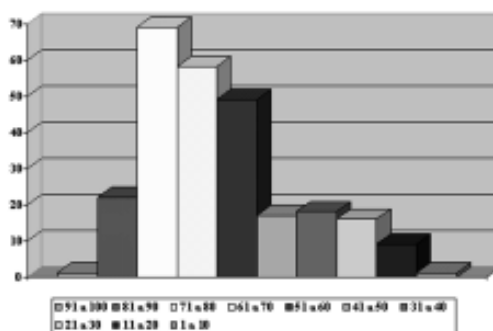
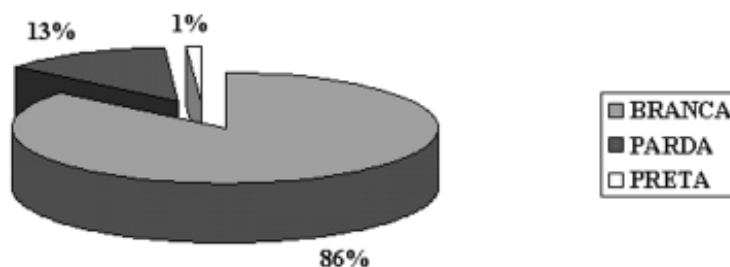


Gráfico 3 – Distribuição da amostra quanto à raça.



A Tabela 2 e o Gráfico 4 apresentam a distribuição e frequência dos diferentes tipos de lesões tumorais.

	n	%
Carcinoma basocelular	160	38,09
Ceratose seborréica	49	11,66
Ceratose actínica	43	10,24
Nevo displásico	33	7,86
Nevo benigno	31	7,38
Carcinoma espinocelular (epidermóide)	18	4,28
Cisto epitelial	15	3,58
Hemangioma	13	3,10
Melanoma	5	1,19
Doença de Bowen	5	1,19
Ceratoacantoma	4	0,95
Outros	44	10,48
TOTAL	420	100,00

Tabela 2 – Distribuição e frequência das diversas lesões tumorais.

Gráfico 4 – Distribuição das diversas lesões tumorais



3.2. Metodologia

3.2.1. *Técnicas cirúrgicas* (ARNDT et cols., 1996; JARK & MOY, 1996)

a) Exérese e sutura direta - é feita geralmente em forma de fuso, procurando seguir uma relação de 1:3 entre os diâmetros menor e maior e ângulo de 30 graus em cada extremidade. Deve ser demarcada - quando possível - seguindo as denominadas RSTL¹ e não as linhas de Langer, como outrora preconizado. Muitas vezes torna-se necessário, após a retirada da lesão, um descolamento das bordas, para que se realize uma sutura sem grande tensão.

b) Exérese e enxertia cutânea - quando não é possível o fechamento direto da ferida cirúrgica, uma opção viável é a colocação de um enxerto, que consiste no transplante livre de tecido de uma região para outra. Pode ser de pele total - geralmente retroauricular ou supraclavicular - ou parcial. O critério de escolha varia em função de diversos parâmetros, tais como tamanho da lesão, localização anatômica e adequação da cor da pele desejada.

c) Exérese e reconstrução com retalhos - o princípio dos transplantes de retalhos é a manutenção da vascularização destes através de um pedículo vascular. Existem inúmeros tipos de retalhos e, dentre os mais comuns, tem-se o retalho de rotação, o de transposição e o em ilha.

¹ Relaxed Skin Tension Lines.

Uma das vantagens da reconstrução com retalhos é a qualidade cosmética, geralmente melhor que a dos enxertos. Todavia, estes últimos apresentam a importante vantagem de permitir um diagnóstico mais precoce de possíveis recidivas.

3.2.2. *Critérios adotados (ARNDT et cols., 1996; JARK & MOY, 1996)*

a) Exérese e sutura direta - lesões maiores que 2,0 cm que permitiram a sutura direta. Lesões menores que 2,0 cm e lesões exofíticas ou nodulares de pequena dimensão podem ser adequadamente resolvidas por curetagem.

b) Exérese e enxertia - lesões nas superfícies flexoras; fechamento de área doadora de retalho cutâneo; lesões maiores de 2,0 cm em que não foi possível executar sutura direta.

c) Exérese e retalho plastia - tumores grandes e penetrantes; tumores recidivantes e busca de melhor resultado coméstico do que poderia ser proporcionado pela enxertia.

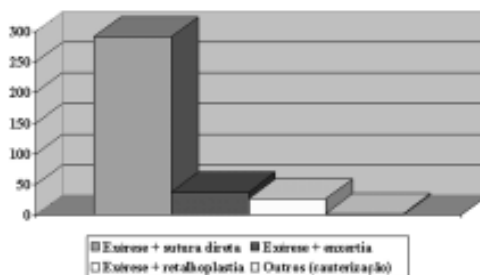
4. RESULTADOS

As técnicas utilizadas para o tratamento cirúrgico dos tumores cutâneos são apresentadas na **Tabela 3**.

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	n	%
Exérese + sutura direta	291	81,74
Exérese + enxertia	37	10,39
Exérese + retalho plastia	26	7,31
Outros (cauterização)	2	0,56
TOTAL	356	100,00

Tabela 3 – Distribuição dos procedimentos utilizados

Gráfico 5 - Distribuição dos procedimentos utilizados



5. COMENTÁRIOS FINAIS

Na **Tabela 1** todos os casos tiveram a confirmação histopatológica do diagnóstico clínico.

Na definição da técnica cirúrgica a ser adotada levou-se em consideração a localização das lesões, tendo como critério estratégico o risco de recidivas, sabidamente maior nos locais de fusão embrionária, canto interno dos olhos, sulco nasogeniano, região pré-auricular posterior e nasal, couro cabeludo e região temporal.

Os aspectos relacionados ao resultado estético presumível foram exaustivamente discutidos com os pacientes, de modo a que compreendessem a possibilidade de discromias, cicatrizes hipertróficas e outras possíveis seqüelas.

A exérese associada a sutura direta foi o procedimento mais empregado, totalizando 81,74% dos procedimentos executados. A excisão em elipse foi realizada quando havia possibilidade de sutura por aproximação direta das bordas, respeitada a margem de segurança de 4 mm. A excisão em cunha foi realizada para as lesões localizadas nas regiões de borda livre: nariz, orelhas e lábios.

Os enxertos realizados na maioria das vezes para tratar carcinomas basocelulares localizados na face foram de pele total, posto que este tipo de enxerto proporciona resultados estéticos mais compatíveis com as expectativas do paciente.

A indicação de retalhoplastia foi feita de acordo com os critérios já especificados. ◆

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, B.N. *Patologia - processos gerais*. São Paulo: Ed. Atheneu, 1996.
- ARNDT, K.A.; LEBOT, P.E.; ROBINSON, J.K.; WINTROUB, B.U. *Cutaneous medicine and surgery*. Philadelphia: WB Saunders Company, 1996.
- AZULAY, R.D. & AZULAY, D.R. *Dermatologia*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1997.
- BECHELLI, L.M. & CURBAN, G.V. *Compêndio de dermatologia*. São Paulo: Atheneu, 1995.
- FRANCO, T. Tumores cutâneos da face: alguns aspectos práticos. *An. Acad. Nac. Med*;156(1):29-31, jan.-mar. 1996.
- FUNDAÇÃO ONCOCENTRO. *Manual de oncologia clínica*. 2ª ed. São Paulo, 1993.
- HARRIS, M.N; SHYAPIRO, R.L.; ROSES, D.F. Malignant melanoma: Primary surgical management based on pathology and staging. *Cancer* 75 (suppl): 715-723, 1995.
- HERRERA GOEPFERT, R. Aspectos generales en la patología del melanoma cutáneo. *Rev. Inst. Nac. Cancerol. (Méx.)*;44(4):189-96, 1998.
- JARK, G.P. & MOY, R.L. *Principles and techniques of cutaneous surgery*. New York: McGraw-Hill, 1996.

- LIMA, E.M. Radiação solar - porque e como nos proteger dela. *Mundo Saúde* 11(5):297-9, 1997.
- MACHADO FILHO, C.; D'APARECIDA, S.; FAGUNDES, D.S. Neoplasias malignas cutâneas: estudo epidemiológico. *An. Bras. Dermatol.* 71(6): 479-484, 1999.
- MACHADO FILHO, C.S; FAGUNDES, D.S.; SENDER, F. et cols. Neoplasias malignas cutâneas: estudo epidemiológico. *An. Bras. Dermatol*;71(6):479-84, 1996.
- NAYLOR, M.F et cols. High sun protection factor sunscreens in the suppression of actinic neoplasia. *Arch Dermatol*, 131:170-175, 1995.
- PONTELLO, R. Melanoma. *J. Bras. Med*;71(4):48 - 51, out. 1996.
- PRADO, H. Câncer de Pele. *An. Bras. Dermatol.* 62(3): 143-150, 1997.
- RICHARD, M.A et al. Melanoma and tumor thickness: challenges of early diagnosis. *Arch Dermatol.*;135:269-274, 1999.
- ROBBINS. *Patologia Estrutural e Funcional*. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- SAMPAIO, S.; CASTRO, R.M; RIVITTI, E. *Dermatologia básica*. São Paulo: Editora Artes Médicas, 1998.
- SCOTT, M.A. Benign cutaneous neoplasms. *Prim Care*, 16: 645-652, 1998.
- SILVA, S.C.M.C. & NASCIMENTO, L.N. Tumores cutâneos: Tratamento cirúrgico. *An. Bras. Dermatol.* 67(6): 319-326, 1992.
- THIERS, B.H. (org.) *Dermatologia no consultório – parte I. Clínicas Médicas da América do Norte*. Ed. Interlivros, volume 5, 1998. Tradução: Dr. Álvaro Alves Nogueira.
- THIERS, B.H. (org.) *Dermatologia no consultório – parte II. Clínicas Médicas da América do Norte*. Ed. Interlivros, volume 6, 1998. Tradução: Dr. Álvaro Alves Nogueira.
- VAINIO, H et cols. Mechanisms of carcinogenesis and a molecular epidemiology. *British Journal of Medicine*, 56(4): 162-170, 1996.
- WHITTAKER, S. Sun and skin cancer. *British Journal of Medicine*, 56(10): 515-518, 1996.