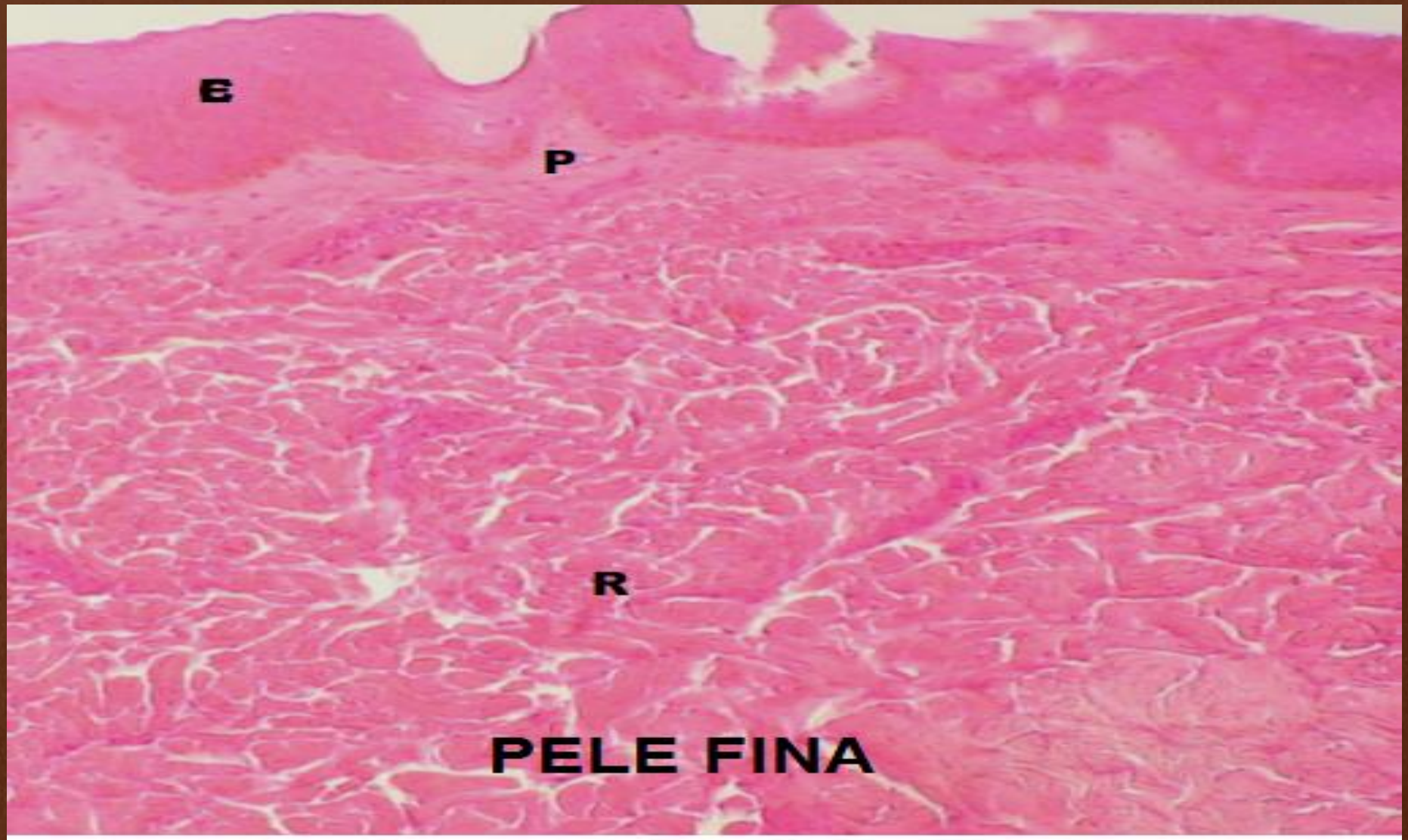
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
LIGA DO CÂNCER

Câncer de Pele

ANTONIA NÁYADE ALVES SANTOS – S4
MEDICINA - UFC

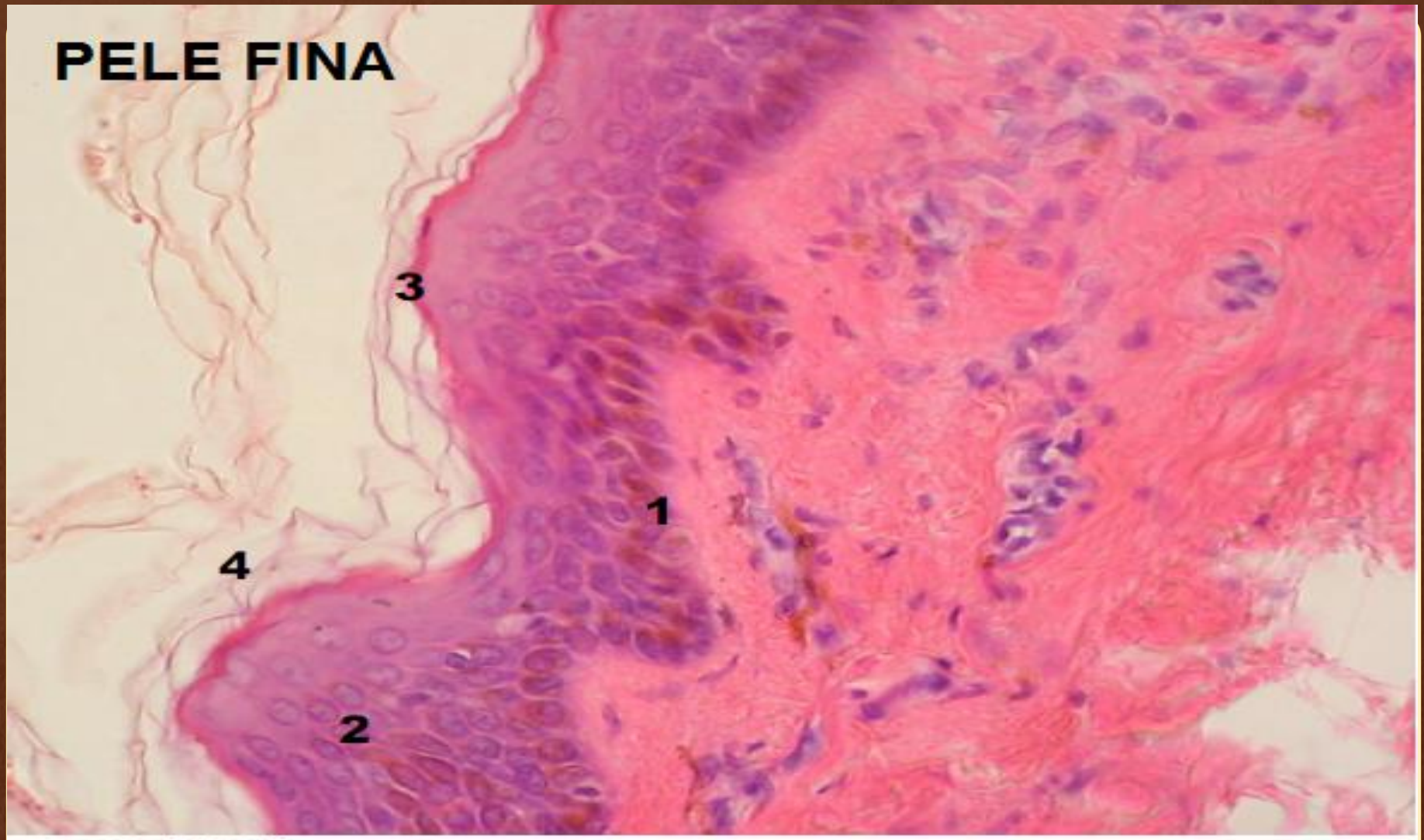
HISTOLOGIA DA PELE



E - EPIDERME

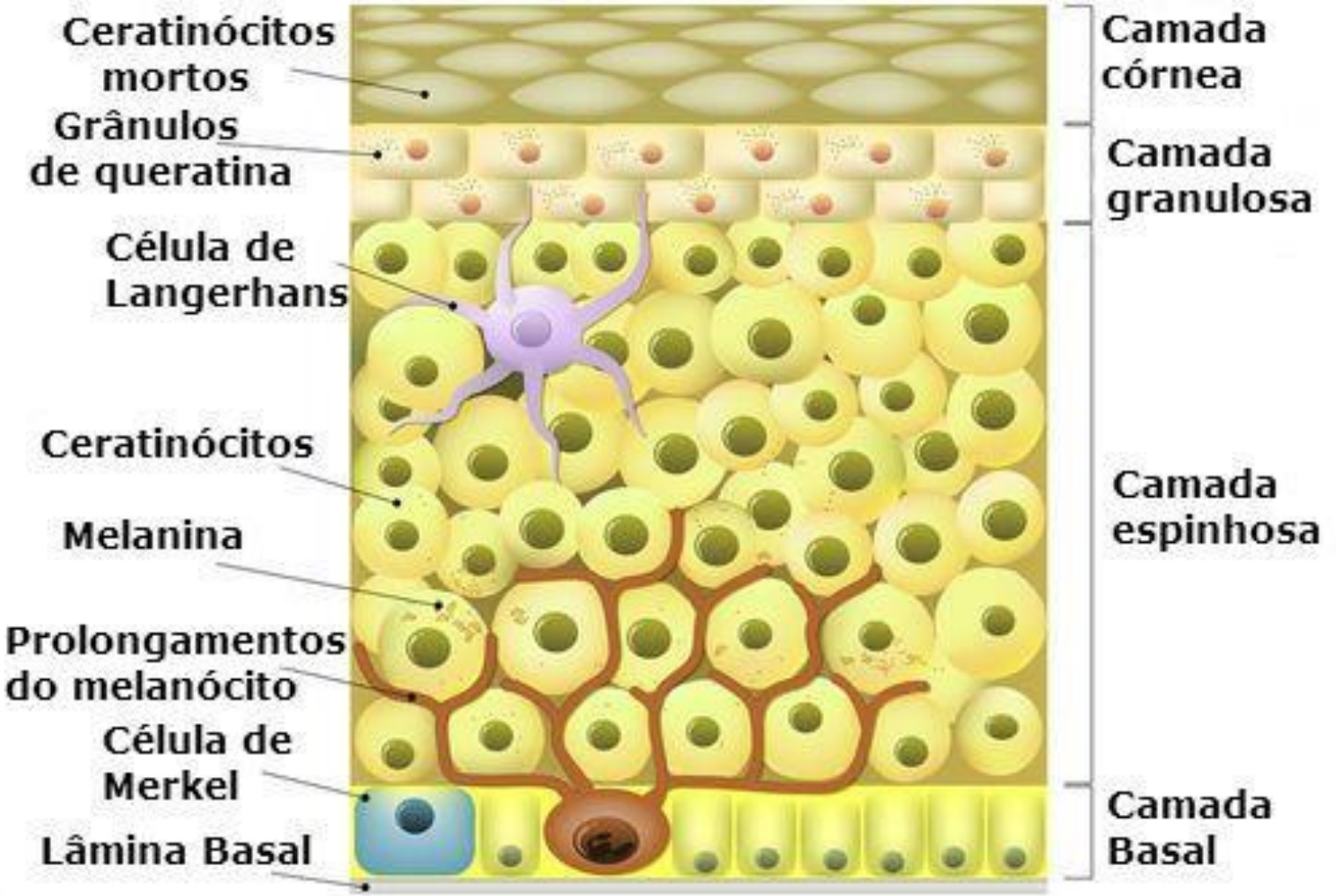
P – DERME PAPILAR

R – DERME RETICULAR



1 – C. BASAL
2 – C. ESPINHOSA
3– C. GRANULOSA (fina camada basófila – roxa)
4 – C. CÓRNEA (desprendida)

EPIDERME

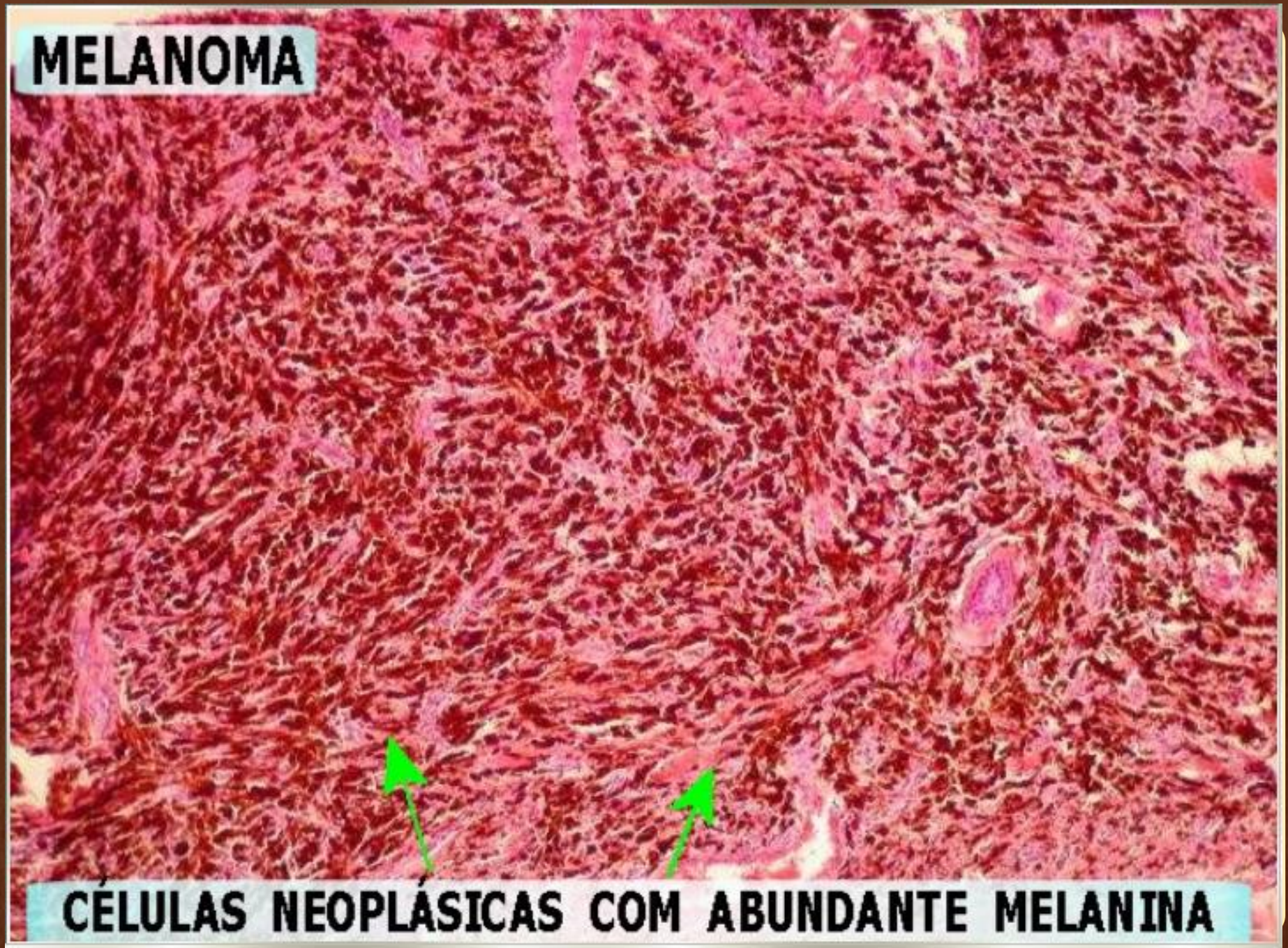

Ceratinócitos mortos
Grânulos de queratina
Célula de Langerhans
Ceratinócitos
Melanina
Prolongamentos do melanócito
Célula de Merkel
Lâmina Basal
Camada córnea
Camada granulosa
Camada espinhosa
Camada Basal

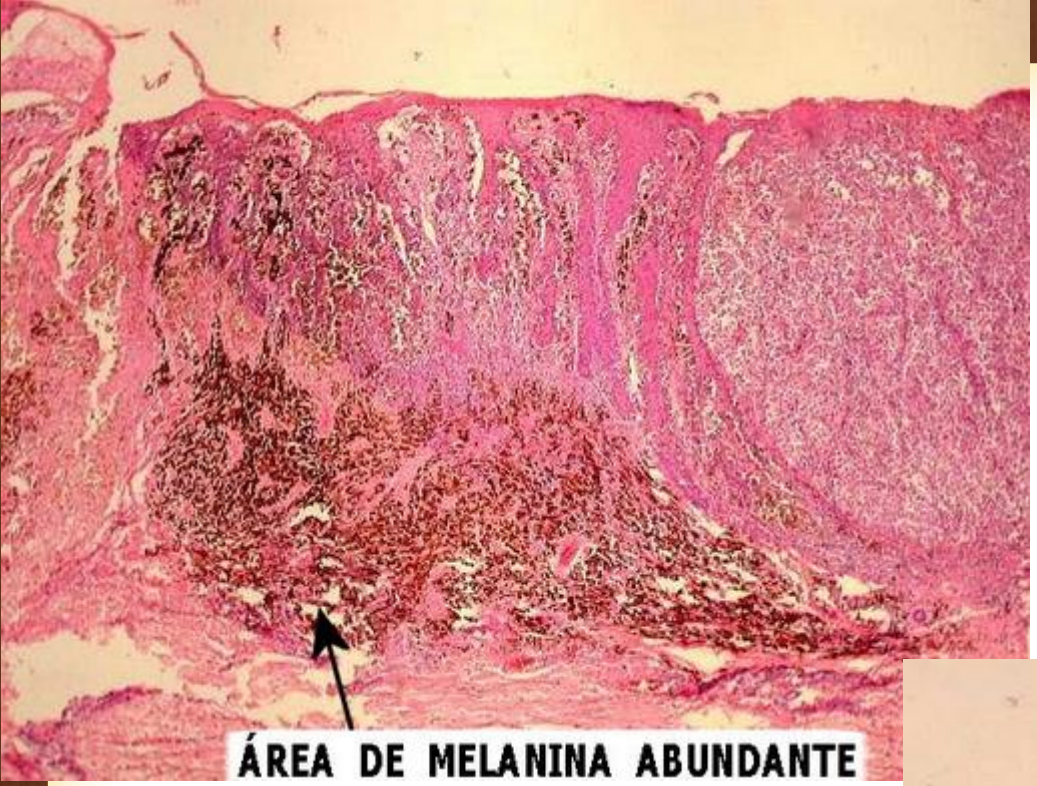
CLASSIFICAÇÃO HISTOLÓGICA

- Melanoma Maligno;
- Carcinoma Basocelular (CBC);
- Carcinoma Espinocelular (CEC).

Classificação Histológica: Melanoma

- Origem nos melanócitos da camada basal da epiderme;
- Fase de crescimento vertical apresenta alto potencial metastático;
- Formam massas celulares de aspecto frouxo que comprimem e destroem os queratinócitos;
- Pode apresentar regiões melanóticas e amelanóticas.


MELANOMA
CÉLULAS NEOPLÁSICAS COM ABUNDANTE MELANINA


ÁREA DE MELANINA ABUNDANTE

ÁREA DE MELANINA ESCASSA

Classificação Histológica - CBC

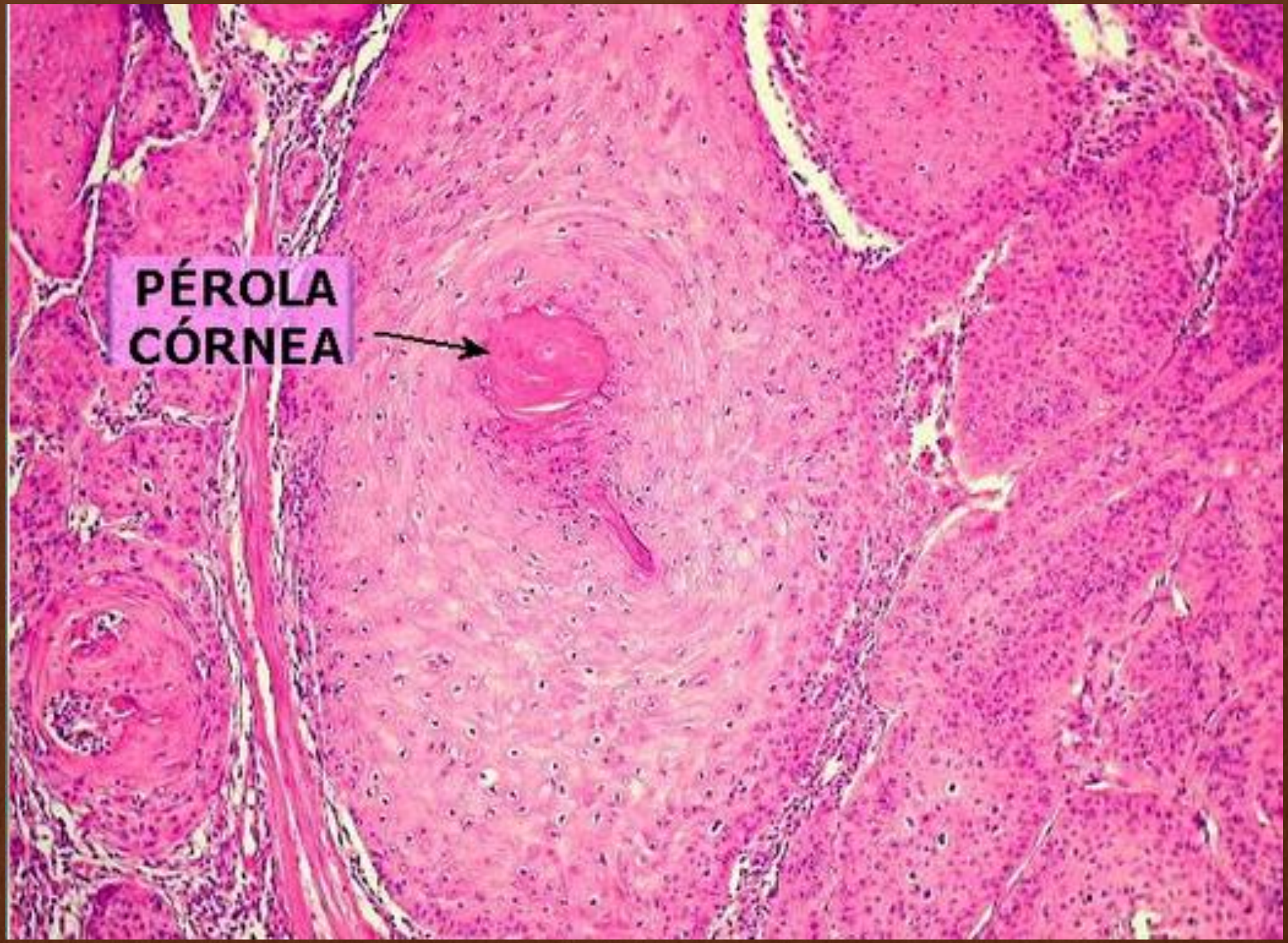
- Agregado de células basaloides neoplásicas ligadas à epiderme ou ao epitélio de um anexo cutâneo;
- Geralmente não exibe atipia celular relevante.
- Agregados organizados em lóbulos, ilhas, ninhos ou cordões celulares;
- Disposição ordenada das células na periferia dos blocos tumorais (arranjos em paliçada);
- As massas de células tumorais penetram na derme, onde ocorre retração do estroma ou formação de lacunas ao redor do tumor.

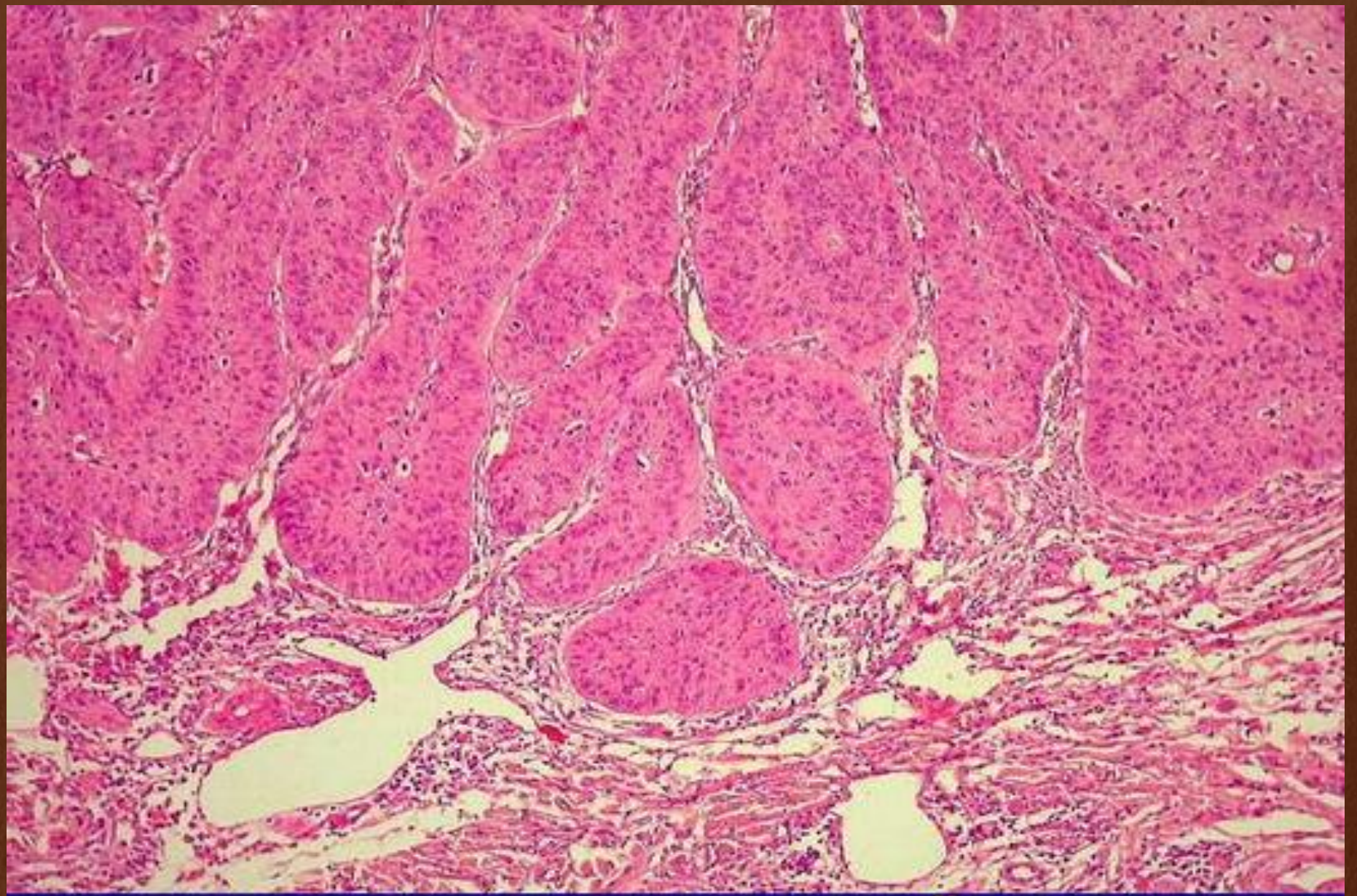
ARRANJO EM
PALIÇADA

ARRANJO EM PALIÇADA

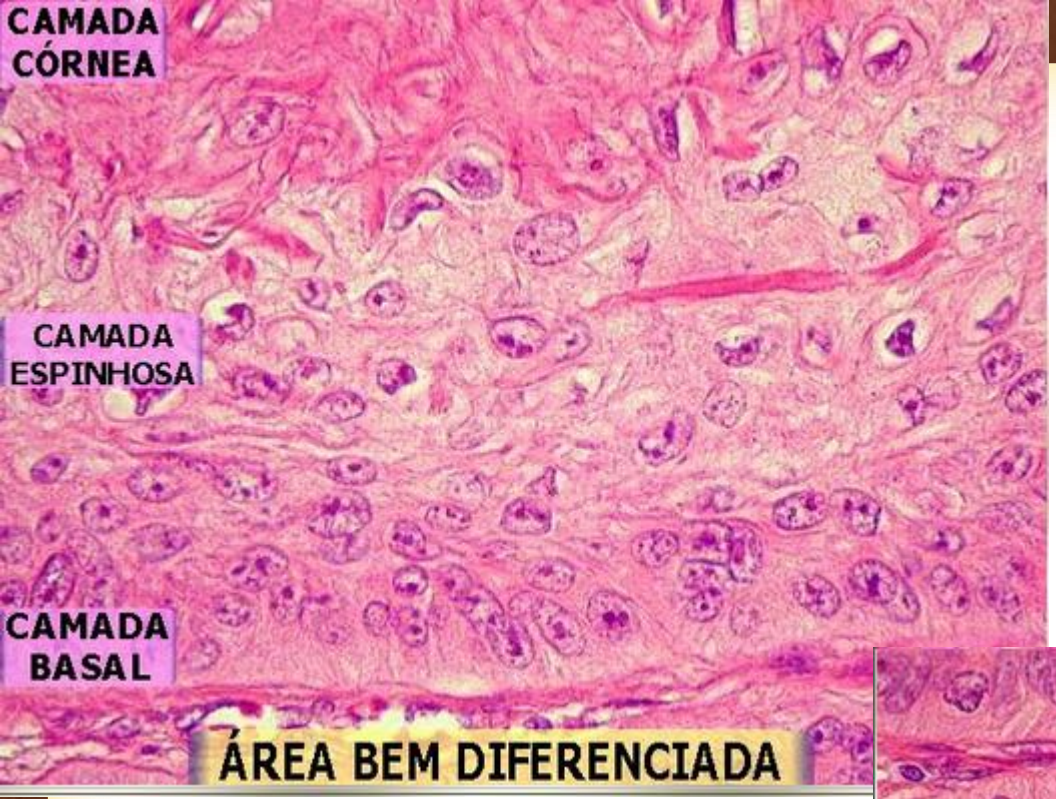
Classificação Histológica – CEC

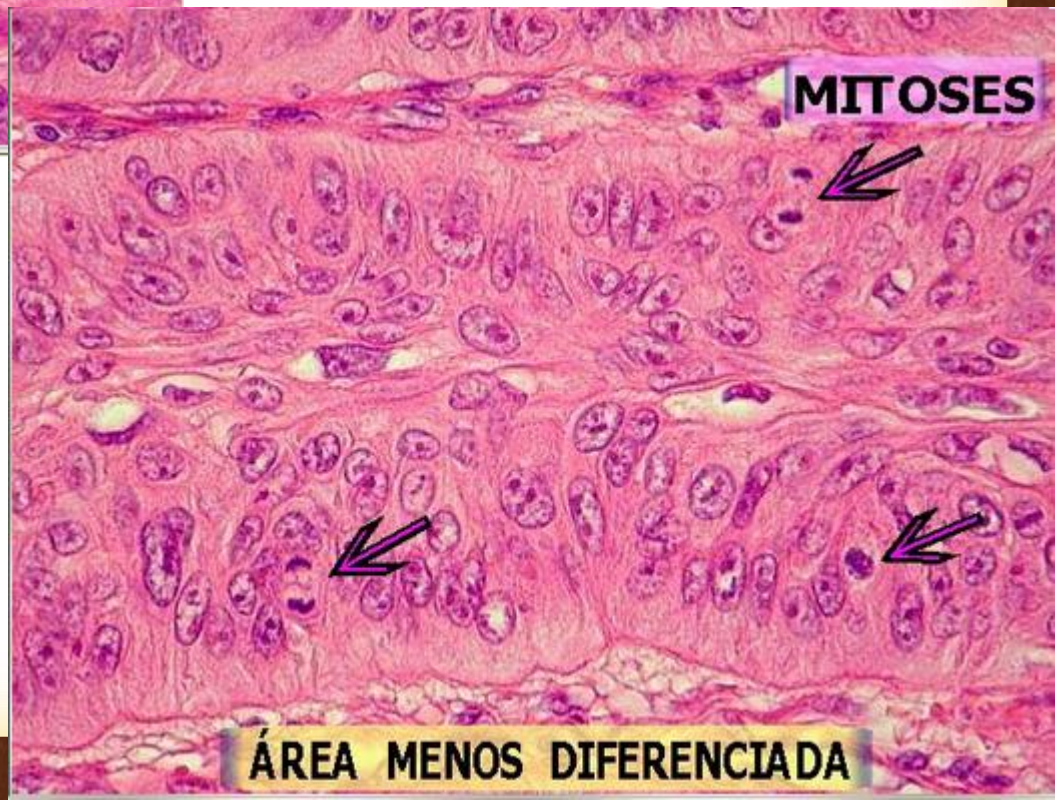
- Constituído por células que imitam as da epiderme normal, mas têm arquitetura desorganizada, pleomorfismo, atipias nucleares e mitoses típicas e atípicas;
- Grau de diferenciação das células tumorais relaciona-se com o prognóstico.
- É comum a formação de queratina condensada no centro dos agrupamentos celulares, constituindo as pérolas córneas, indício de boa diferenciação do carcinoma epidermóide;
- Em áreas menos diferenciadas a corneificação é observada somente em células isoladas, ou mesmo é ausente. Há maior grau de atipias. O índice mitótico é maior, notando-se mitoses atípicas;
- Invasão da derme em graus variados.


PÉROLA
CÓRNEA



MARGEM PROFUNDA: INFILTRAÇÃO DA DERME


CAMADA CÓRNEA
CAMADA ESPINHOSA
CAMADA BASAL
ÁREA BEM DIFERENCIADA


MITOSES
ÁREA MENOS DIFERENCIADA

EPIDEMIOLOGIA

BRASIL

Estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estados		Capitais		Estados		Capitais	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	61.200	61,82	13.940	64,93	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	57.960	56,20	18.990	79,37
Colo do Útero	-	-	-	-	16.340	15,85	4.550	19,07
Pele Melanoma	3.000	3,03	840	3,86	2.670	2,59	740	2,96
Outras Localizações	51.850	52,38	11.890	55,45	47.840	46,36	11.820	49,33
Subtotal	214.350	216,48	52.750	245,63	205.960	199,57	61.710	257,55
Pele não Melanoma	80.850	81,66	17.370	80,90	94.910	91,98	21.910	91,65
Todas as Neoplasias	295.200	298,13	70.120	326,51	300.870	291,54	83.620	348,99

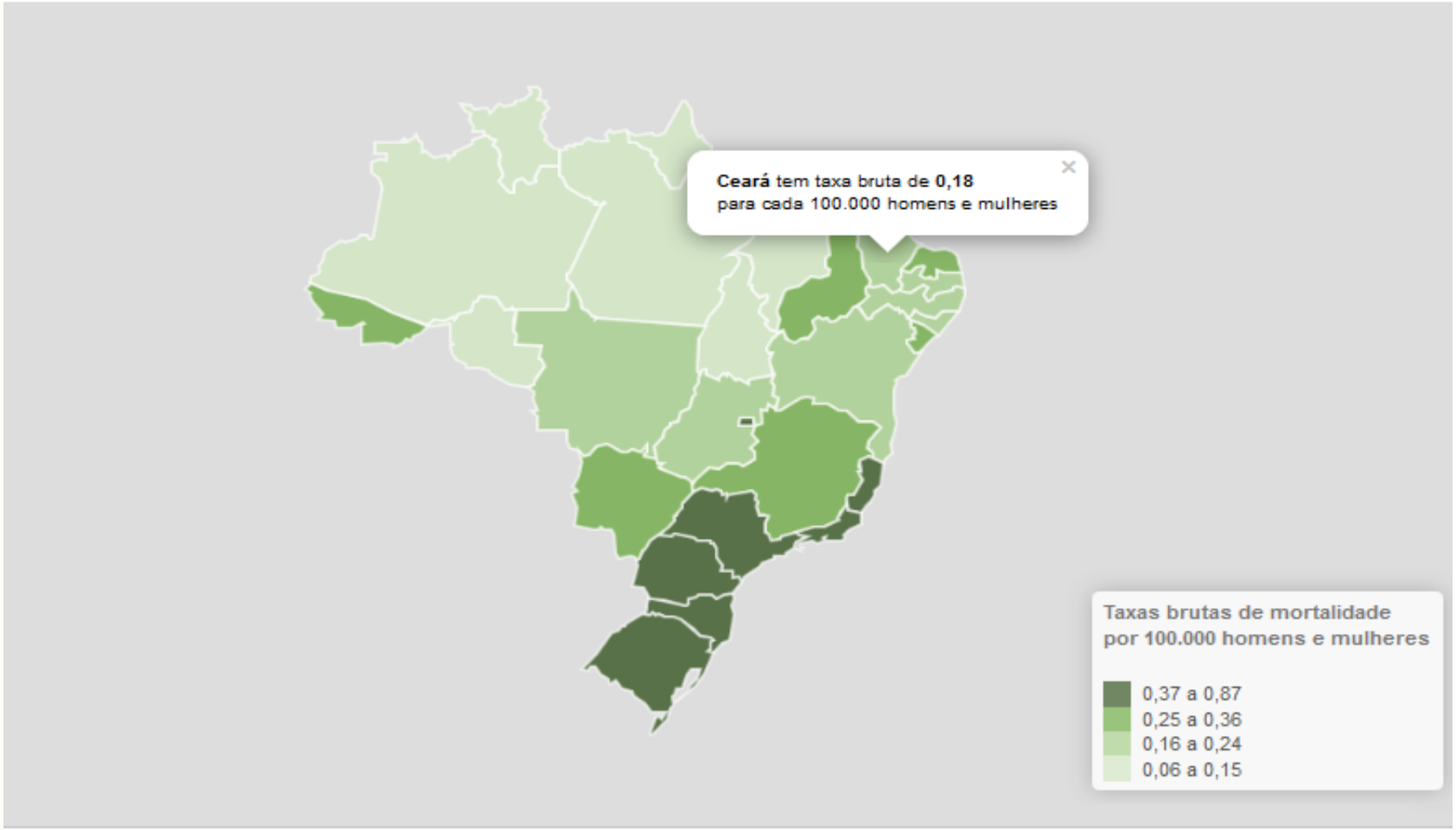
*Números arredondados para múltiplos de 10.

CEARÁ

Estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

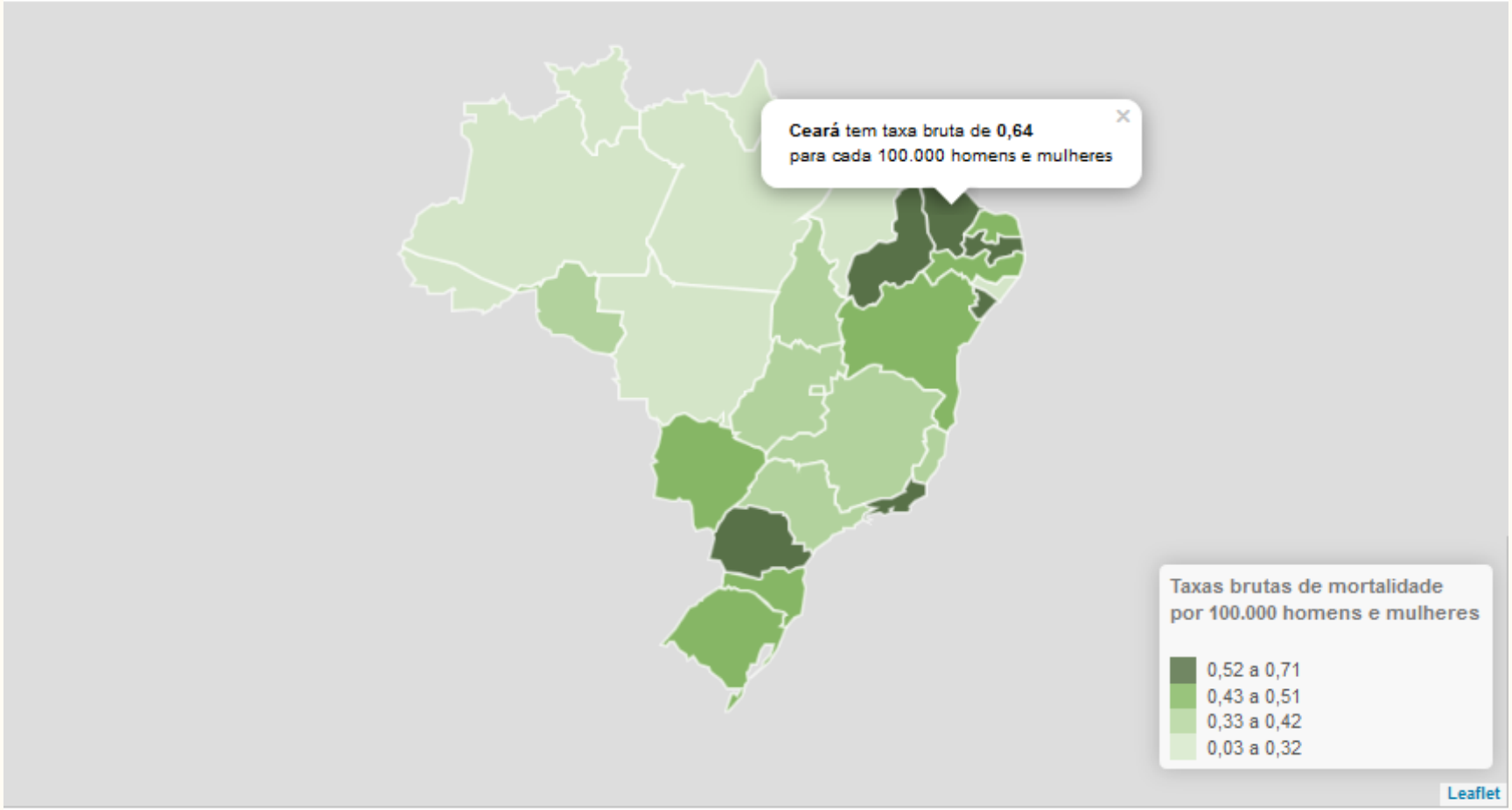
Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estado		Capital		Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	2.550	57,52	590	47,94	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	2.160	46,30	860	61,55
Colo do Útero	-	-	-	-	960	20,62	300	21,47
Pele Melanoma	130	2,94	40	3,45	60	1,24	30	2,48
Outras Localizações	1.600	36,12	480	38,83	1.460	31,31	420	29,62
Subtotal	7.810	175,93	2.280	184,34	8.120	173,96	2.840	202,09
Pele não Melanoma	2.500	56,27	520	42,20	2.690	57,65	390	28,00
Todas as Neoplasias	**10.310**	**232,25**	**2.800**	**226,38**	**10.810**	**231,58**	**3.230**	**229,84**

Representação espacial das taxas brutas de mortalidade por MELANOMA MALIGNO DA PELE, por 100.000 homens e mulheres, pelas unidades da federação do Brasil, entre 2010 e 2014.



Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM
MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE
MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância

Representação espacial das taxas brutas de mortalidade por OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS DA PELE, por 100.000 homens e mulheres, pelas unidades da federação do Brasil, entre 2010 e 2014.



Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM
MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE
MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância

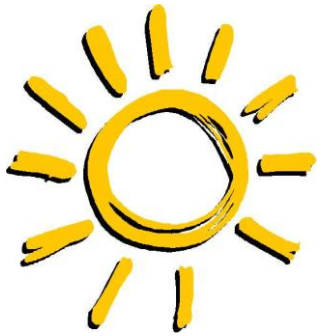
MELANOMA

Melanoma - Características

- Câncer de pele de menor frequência
- Alto potencial metastático
- Muito invasivo
- Alta letalidade

Melanoma – Fatores de Risco

- História familiar ou pessoal da doença;
- CA de pele não melanoma prévio;
- Predisposição genética herdada;
- Fotossensibilidade;
- Nevos melanócitos;
- Imunossupressão;
- Padrão de exposição solar (intermitente intensa);
- UVA e UVB.



Melanoma – Quadro Clínico

- Mudança de aspecto de lesão pré-existente
- Aparecimento de lesão pigmentada anormal
- Prurido, ardência ou dor na lesão
- Ulceração, idade e sexo
- Localização em mulheres brancas: pernas e tronco
- Localização em homens brancos: tronco
- Localização em negros e asiáticos: região palmar e plantar, subungueal e mucosas
- Regra do ABCDE

Melanoma – Quadro Clínico

- Regra do ABCDE

Melanoma – Quadro Clínico

- Regra do ABCDE

Melanoma – Quadro Clínico

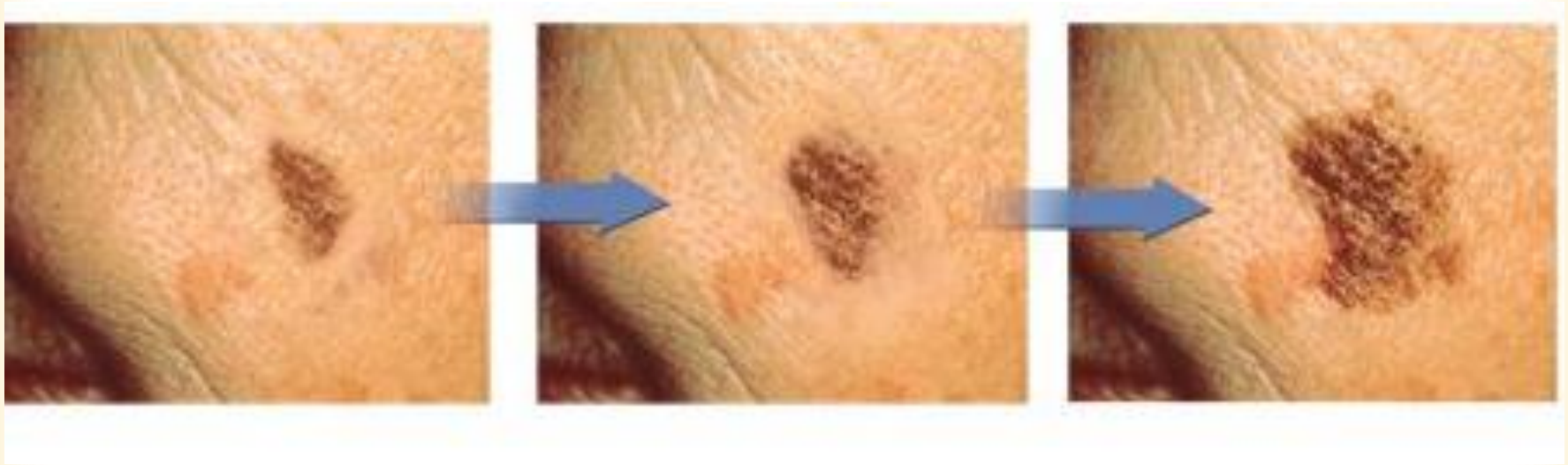
- Regra do ABCDE

Melanoma – Quadro Clínico

- Regra do ABCDE

Melanoma – Quadro Clínico

- Regra do ABCDE



Melanoma – Formas Clínicas

- Extensivo Superficial;
- Melanoma nodular;
- Lentigo maligno;
- Melanoma acral.

Melanoma Extensivo Superficial

- 70% de todos os melanomas;
- Localizado em qualquer sítio anatômico;
- Associado à lesões névicas prévias;
- Regra do ABCDE se aplica;
- Nos homens → dorso;
- Nas mulheres → dorso e membros inferiores.

Melanoma Extensivo Superficial

Melanoma Nodular

- 15 a 30% dos casos;
- Lesão elevada ou polipoide;
- Crescimento rápido;
- Coloração azulada, negra ou acinzentada;
- Pior prognóstico;
- Alta possibilidade de metástase;
- Regra do ABCDE não se aplica.

Melanoma Nodular

Melanoma Nodular

Melanoma Lentigo Maligno

- 4 a 10% dos casos;
- Geralmente ocorre em idosos;
- Relação com exposição solar crônica;
- Acomete cabeça e pescoço;
- Melhor prognóstico.

Melanoma Acral

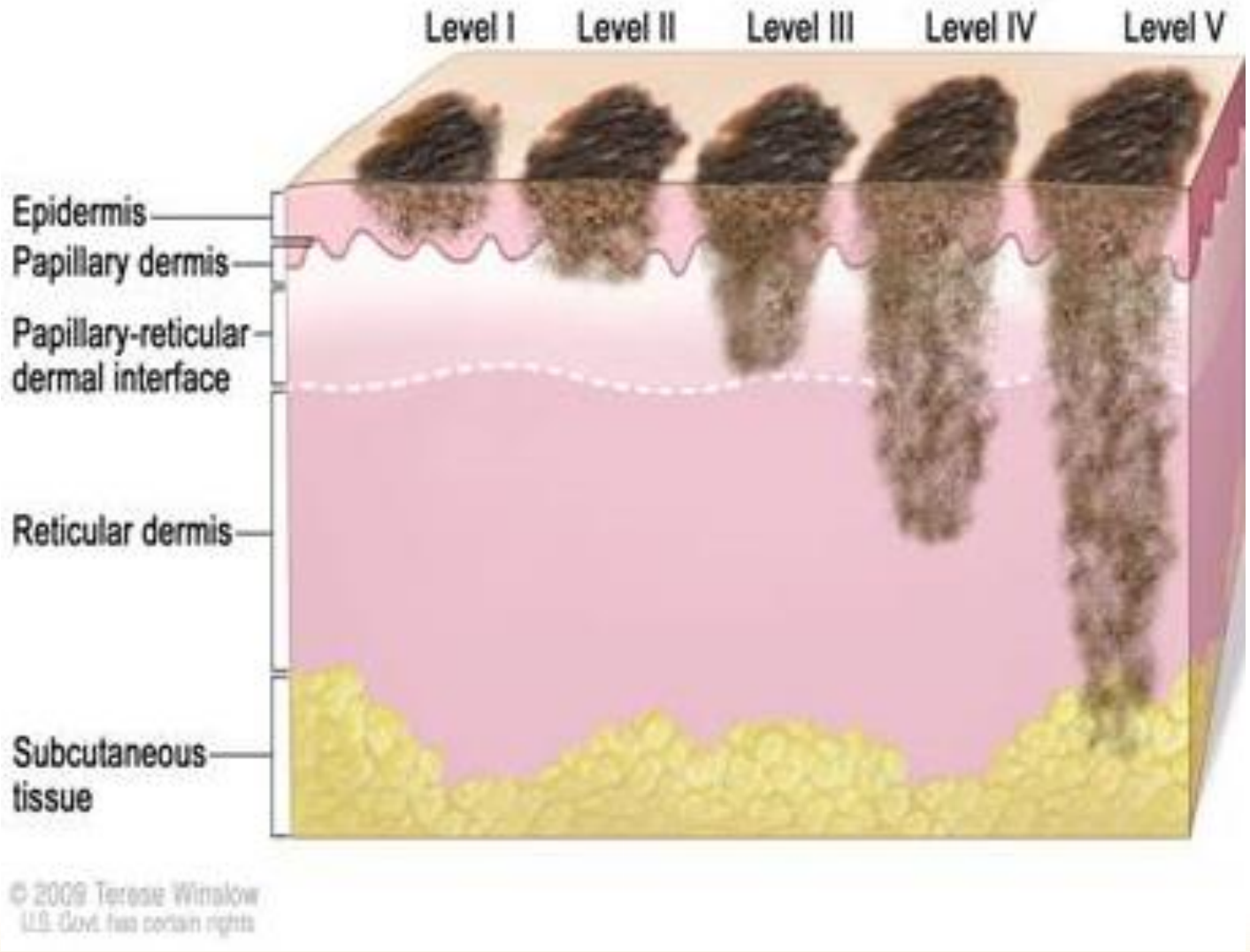
- Localizado nas regiões palmar, plantar e dedos;
- Pigmentação intensa, achatados ou nodulares.
- Não tem relação com exposição solar;
- Papel do trauma crônico na oncogênese;
- Incidência semelhante em todas as raças.

Melanoma Acral

Melanoma - Diagnóstico

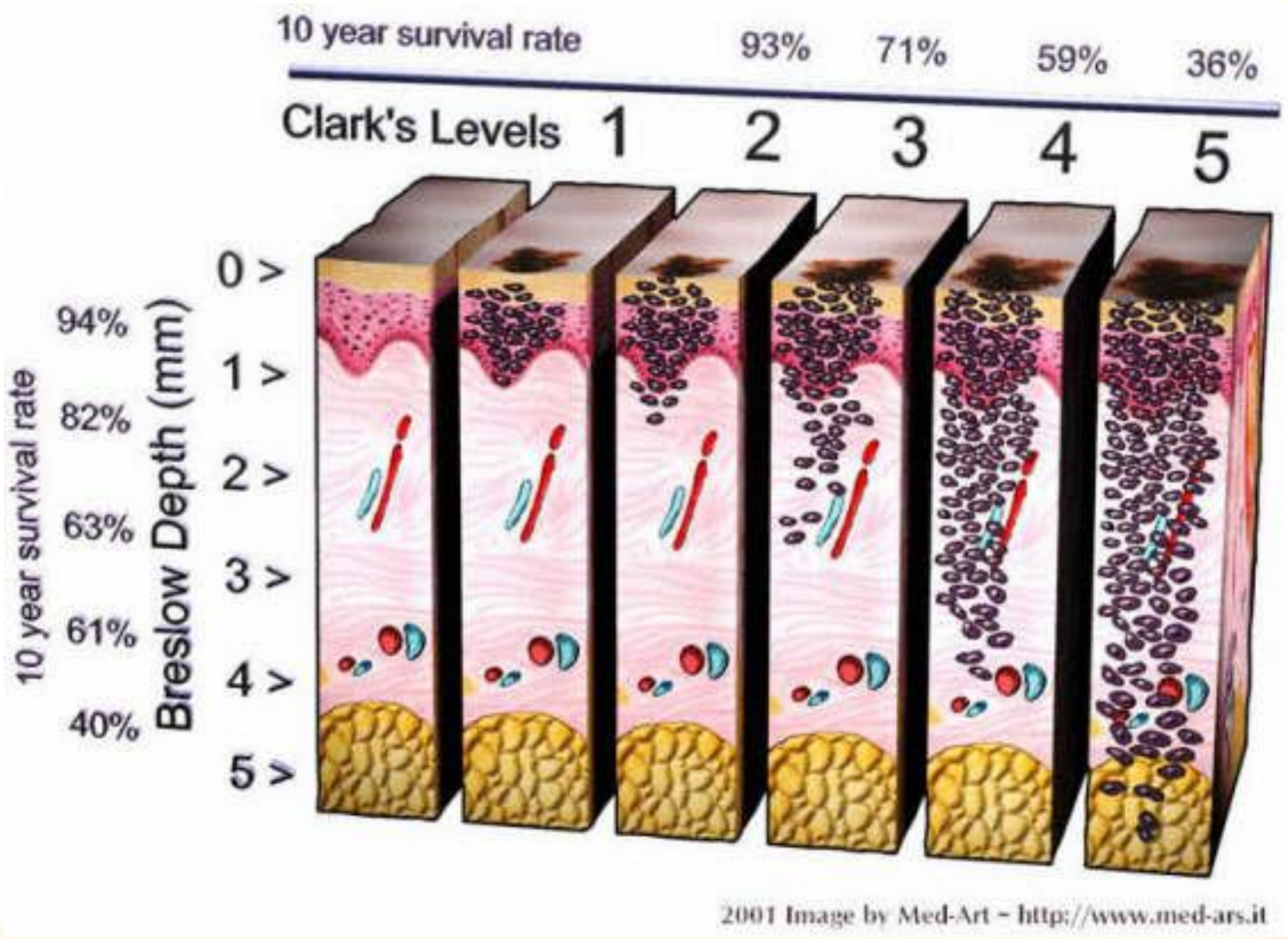
- Biópsia de lesões suspeitas;
- Dermatoscopia;
- Exame cutâneo total;
- Palpação dos linfonodos regionais;
- Presença de ulceração;
- Radiografia de tórax, TC e/ou PET-TC;
- Exames de enzimas hepáticas;
- Nível sérico de LDH;
- Espessura de Breslow;
- Nível de Clark.

Nível de Clark



Espessura de Breslow

- Profundidade linear de invasão, medida em milímetros, desde a cama granulosa da epiderme até a célula tumoral mais profunda;
- Utilização do micrômetro ocular para medir a espessura do câncer removido;
- Taxa de sobrevivência em 5 anos de acordo com a espessura de Breslow:
  - Menor de 1mm → 95% a 100%.
  - 1-2mm → 80% a 96%.
  - 2,1-4mm → 60% a 75%.
  - Superior a 4mm → 37 a 50%.


10 year survival rate
93%
71%
59%
36%
Clark's Levels
1
2
3
4
5
0 >
1 >
2 >
3 >
4 >
5 >
Breslow Depth (mm)
10 year survival rate
94%
82%
63%
61%
40%
2001 Image by Med-Art - http://www.med-ars.it

Melanoma - Estadiamento

- Classificação TNM:
  - Tumor primário;
  - Linfonodos regionais;
  - Metástases.

Estadiamento: Tumor primário

- Tx → Tumor primário não pode ser avaliado.
- To → Tumor primário não foi evidenciado.
- Tis → Melanoma in situ; Nível Clark I.
- T1 → Tumor < 0,75mm de espessura e/ou Nível Clark II.
- T2 → >0,75mm e até 1,5mm e/ou Nível Clark III.
- T3 → >1,5mm e até 4mm e/ou Nível de Clark IV.
  - ❖ T3a: >1,5mm e <3mm
  - ❖ T3b: >3mm e <4mm
- T4 → >4mm e/ou Nível de Clark V e/ou lesão(ões) satélite (s) com 2cm do tumor primário.
  - ❖ T4a: >4mm e/ou Nível de Clark V.
  - ❖ T4b: Lesão (ões) satélite (s) com 2cm do tumor primário.

Estadiamento: Linfonodos Regionais

- NX → Linfonodo regional não pode ser avaliado;
- No → Linfonodo regional sem metástases;
- N1 → Metástases de até 3cm em qualquer linfonodo regional;
- N2 → Metástases >3cm em qualquer linfonodo regional e/ou metástases em trânsito;
  - ❖ N2a: Metástases >3cm em qualquer linfonodo regional .
  - ❖ N2b: Metástases em trânsito.
  - ❖ N2c: Ambos (N2a e N2b).

Estadiamento: Metástases

- MX →Presença de metástases à distância não pode ser avaliada;
- M0 → Sem metástases distantes;
- M1 → Metástases distantes:
  - M1a: Metástases na pele ou tecido subcutâneo ou linfonodo (s) além dos regionais.
  - M1b: Metástases viscerais.

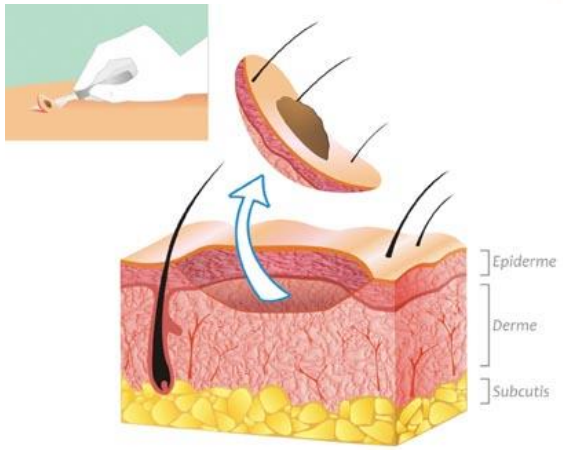
Estadiamento: TNM

I ...	pT1	NO	MO
	pT2	NO	MO
II ...	pT3	NO	MO
	pT4	NO	MO
III ...	Qualquer pT	N1	MO
	Qualquer pT	N2	MO
IV ...	Qualquer pT	Qualquer N	M1

This entry was posted in *FOTOS2*, *Sem categoria*. Bookmark the *permalink*.

Melanoma – Tratamento

- Excisão cirúrgica
- Biópsia do linfonodo sentinela
- Melfalan e hipertermia
- Linfadenectomia
- Radioterapia
- Interferon Alfa-2B
- Interleucina - 2
- Imunoterapia.



Câncer de Pele não Melanoma

BASOCELULAR

Câncer de pele não melanoma - CBC

- Câncer de pele com maior incidência
- Crescimento lento
- Malignidade local
- Baixo potencial metastático
- Acomete áreas expostas ao sol
- Relacionada à exposição solar intermitente
- Produção de metaloproteinases e colagenases

CBC - Etiologia

- CBC prévio;
- UVA e UVB;
- Fotossensibilidade;
- Imunossupressão;
- Afecções hereditárias:
  - Xeroderma pigmentoso;
  - Síndrome Bazex;
  - Síndrome do Nevo Basocelular.

CBC – Formas Clínicas

- Nodular
- Micronodular
- Pigmentado
- Superficial
- Esclerodemiforme
- Fibroepitelioma de Pinkus

CBC - Nodular

- 60% dos casos de CBC;
- Nódulo de coloração rósea;
- Aparência perolada;
- Apresenta telangiectasias;
- Ulcera com facilidade, mas não cicatriza.

www.cancerdepele.net.br
www.cancerdepele.net.br
www.cancerdepele.net.br
câncerdepele
.net.br

CBC – Pigmentado

- Mais frequente em indivíduos de pele mais escura;
- Diagnóstico diferencial com queratose seborreica e melanoma;
- Todos os subtipos podem ser pigmentados.

CBC - Superficial

- 15-25% dos casos de CBC;
- Mais comum em jovens;
- Localiza-se no tronco e membros inferiores;
- Área avermelhada, descamativa ;
- Dermatoscopia no diagnóstico diferencial.
- Tipo menos agressivo de CBC, pois tem crescimento lento.

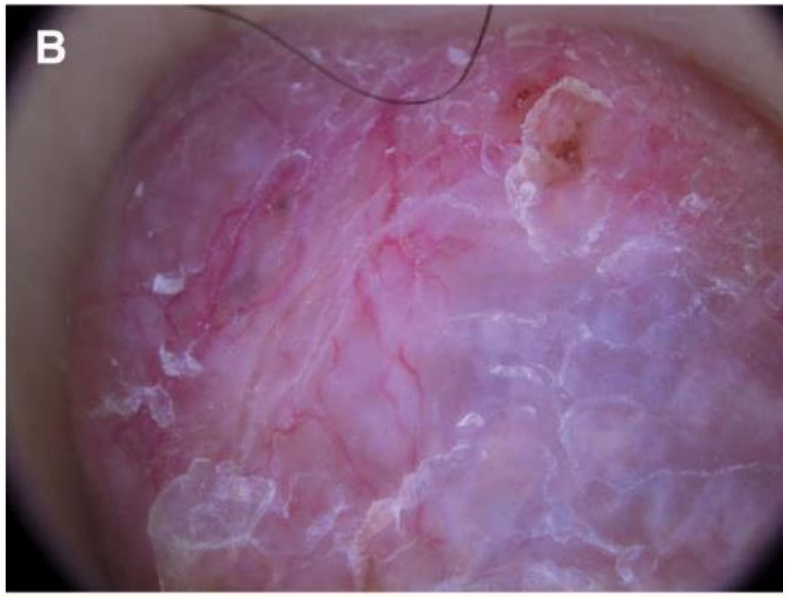
CBC – Esclerodermiforme

- Comportamento mais agressivo;
- Placa branco-amarelada ou rósea;
- Limites mal definidos;
- Tumor firme;
- Aparência de cicatriz;
- Difícil diagnóstico.

www.cancerdepele.net.br
www.cancerdepele.net.br

Fibroepitelioma de Pinkus

- Variante rara de CBC;
- Regiões lombar, pubiana e genital;
- CBC superficial que evolui como lesão pedunculada;
- Lesão rosada e amolecida.



Câncer de Pele não Melanoma

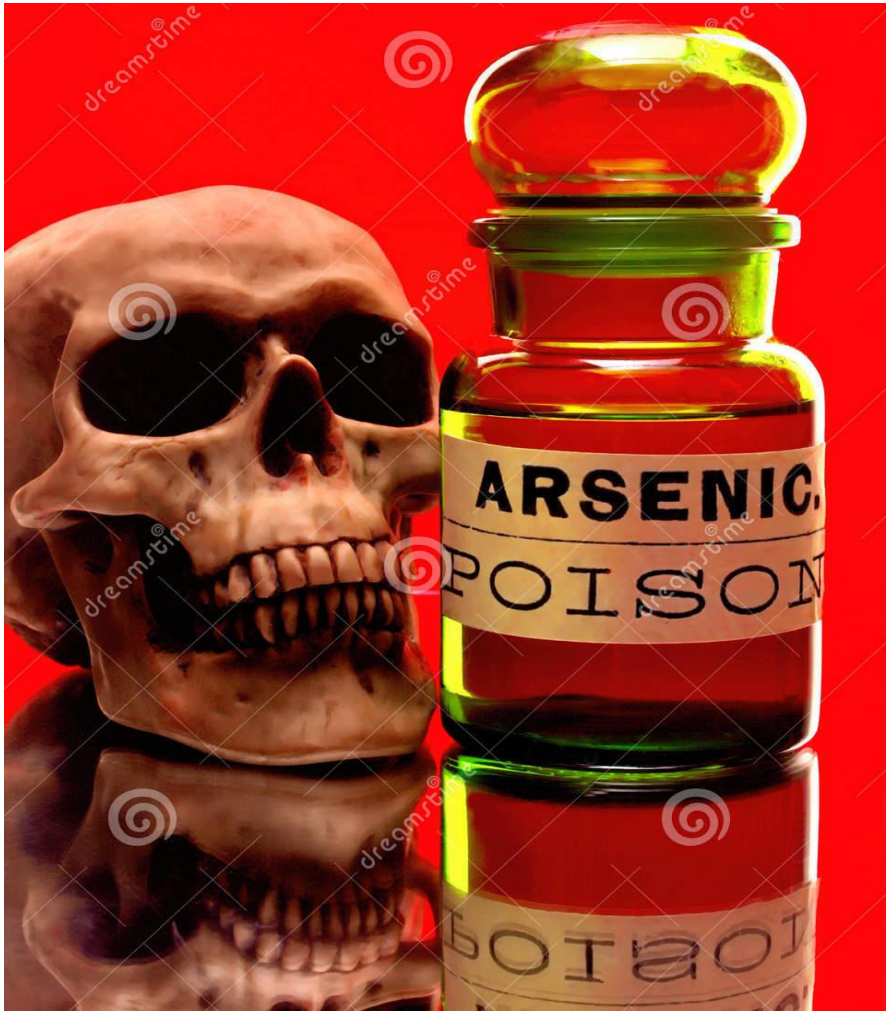
ESPINOCELULAR

Câncer de pele não melanoma - CEC

- Neoplasia invasiva;
- Segundo tipo mais comum;
- Relacionado à exposição crônica ou ocupacional ao sol.
- Pode gerar metástases;
- Pode acometer mucosas (pior prognóstico);

CEC - Etiologia

- UVA e UVB
- Imunossupressão
- Fumo
- HPV
- Radiação ionizante
- Úlceras crônicas e cicatrizes
- Exposição ao arsênico
- Lesões precursoras



Queratose Actínica

- Lesão pré-maligna;
- Origina cerca de 60% dos carcinomas espinocelulares;
- Causada pela exposição ao sol (por isso chamada de actiníca);
- Se caracteriza por áreas avermelhadas ou acastanhadas com uma superfície áspera, queratósica;
- Mais frequentemente no rosto, colo, antebraços, mãos e couro cabeludo.. Em homens calvos pode acometer o couro cabeludo.
- Geralmente múltipla, acometendo área exposta cronicamente ao sol.
- Mais comum em pessoas brancas, de olhos e cabelos claros.

www.cancerdepele.net.br
www.cancerdepele.net.br
www.cancerdepele.net.br
www.cancerdepele.net.br

www.cancerdepele.net.br
www.cancerdepele.net.br
www.cancerdepele.net.br
www.cancerdepele.net.br

CEC – Quadro Clínico

- Aparência endurecida
- Crostas recobrem áreas erosivas ou ulceradas
- Ferida que não cicatriza
- Mais frequente após 6ª década de vida
- Localiza-se principalmente na cabeça e pescoço, mas pode surgir nos lábios e membranas mucosas e genitais.

CEC – Formas Clínicas

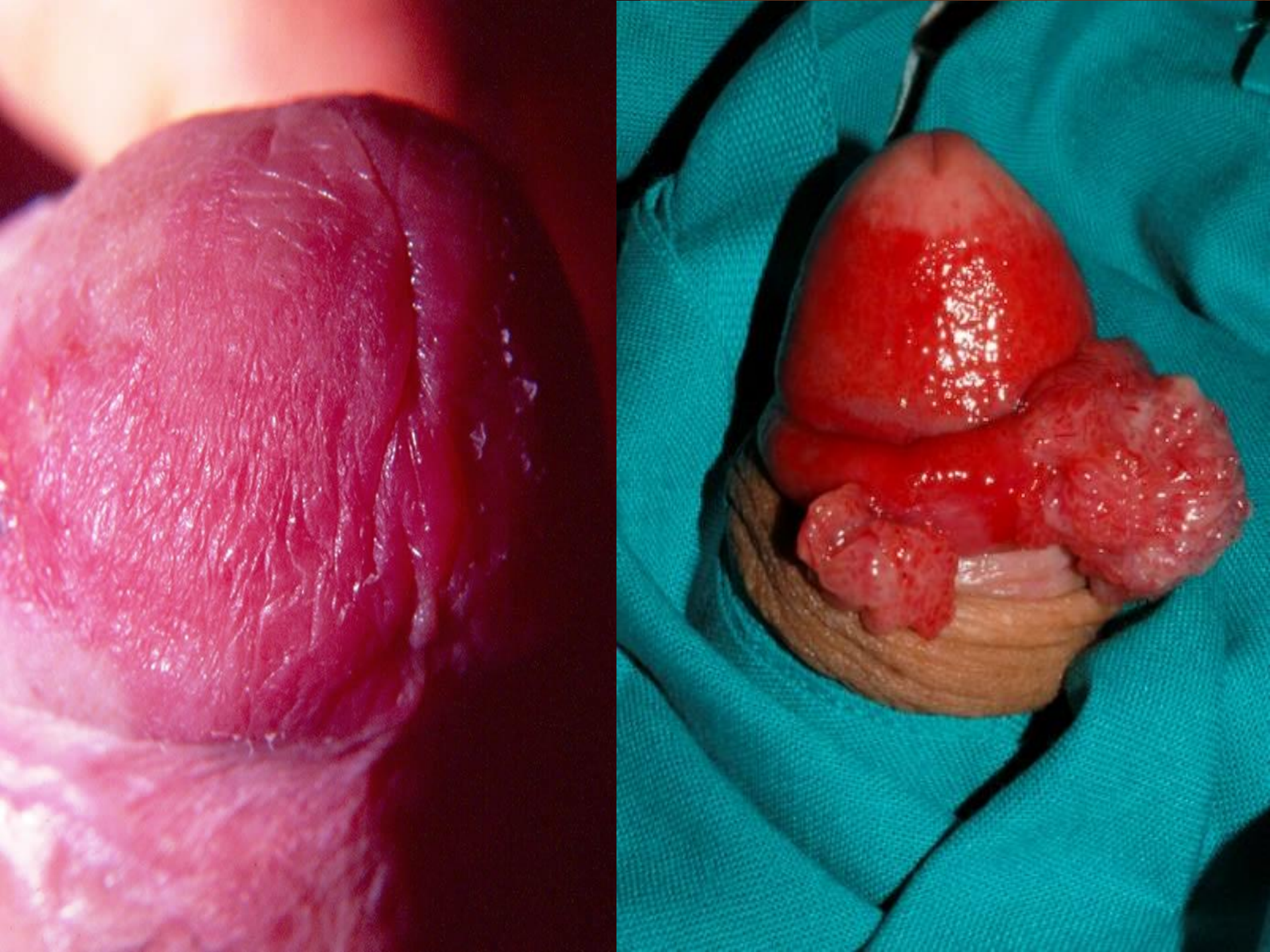
- Doença de Bowen;
- Eritoplasia de Queyrat;
- Queratoacantoma;
- Carcinoma verrucoso.

Doença de Bowen – CEC in situ

- Localização intra-epidérmica;
- Placa avermelhada e descamativa, de limites bem definidos, com crescimento lento. Em raras ocasiões pode ser pigmentada, escura.

Eritroplasia de Queyrat

- Carcinoma espinocelular in situ localizado em mucosas e semimucosas;
- Mais frequente em indivíduos do sexo masculino acima dos 50 anos de idade;
- A lesão, geralmente única, ocorre em glande, prepúcio e, mais raramente, na mucosa genital feminina e mucosa oral;
- Apresenta placa bem definida, vermelho-brilhante, amarelada, finamente granulosa, levemente infiltrada, de aspecto aveludado.



CEC - Queratoacantoma

- Variante pouco agressivo;
- “Vulcão” com depressão central preenchida com queratina;
- Pode apresentar rápido crescimento, embora o baixo risco permaneça.

www.cancerdepele.net.br
www.cancerdepele.net.br
www.cancerdepele.net.br
câncerdepele

CEC – Carcinoma verrucoso

- Crescimento lento, baixa malignidade;
- Aspecto de couve-flor;
- Relacionado com HPV;
- Variantes:
  - **Condiloma de Buschke-Löwenstein:** Localização peniana, vulvar, perianal e perirretal.
  - **Epitelioma cuniculatum:** Região plantar e predominantemente no sexo masculino.
  - **Papilomatose oral florida:** 5% de todos os casos de carcinomas orais.
  - **Carcinoma verrucoso cutâneo:** Surge em coto de amputação, úlceras crônicas e em vários tipos de cicatrizes.

www.cancerdepele.net.br
www.cancerdepele.net.br
www.cancerdepele.net.br
www.cancerdepele.net.br

Câncer de Pele não Melanoma - Tratamento

- Excisão cirúrgica
- Eletrodissecção e curetagem
- Radioterapia
- Cirurgia micrográfica de Mohs
- Terapia fotodinâmica
- Imiquimod
- Pomadas à base de 5-FU

Câncer de Pele – Prevenção

- Fotoproteção diária
- Diagnóstico precoce
- Autoexame
- Tratamento de lesões precursoras

DERMATOLOGIA & SAÚDE
ESPECIALIZADO EM DERMATOLOGIA
VOCÊ SABIA?
1 ou mais bolhas por queimadura solar na infância ou adolescência dobra a chance da pessoa desenvolver melanoma em algum momento da vida!
WWW.DERMATOLOGIAESAUDE.COM.BR

REFERÊNCIAS

- URBA, W. J.; WASHINGTON, C. V.; NADIMINT, H. Câncer de Pele. In: LONGO, D. L.; FAUCI, A. S.; KASPER, D. L.; HAUSER, S. L.; JAMESON, J. L. & LOSALSO J.: **Medicina Interna de Harrison.** 18. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. cap. 87, p. 723-732.
- LAZAR, A. J. F.; MURPHY, G. A Pele. In: KUMAR, V.; ABBAS, A. K.; ASTER, J. C.; COTRAN, R.S.; ROBBINS, S.: **Robbins e Cotran: Patologia – Bases patológica das doenças**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. cap. 25, p. 1180-1184.
- SCHUCHTER, L. Tumores cutâneos melanomas e não melanomas. CECIL, R.L.; GOLDMAN, L.; SCHAFER, A. I.; **Cecil Medicina**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. cap. 210, p. 1527-1532
- http://anatpat.unicamp.br
- http://www.sbd.org.br
- http://www.cancerdepele.net.br