

CÂNCER DE PELE

REVISÃO ATUALIZADA DE CONDUTAS TERAPÊUTICAS

Dr. Edmundo Rocha de Oliveira Jr.
Dermatologista



MENSAGEM

Este livro foi elaborado para reunir as mais recentes atualizações no manejo do câncer de pele, com base nas diretrizes médicas atuais. Nele, busquei abordar de forma clara as inovações na classificação e as melhores práticas de tratamento, com o propósito de oferecer um recurso útil e confiável para todos os profissionais que cuidam de pacientes com câncer de pele.

A todos os colegas que, com dedicação, atuam na linha de frente do diagnóstico ou tratamento do câncer de pele, meu mais sincero agradecimento. Espero que este livro possa contribuir para o aprimoramento constante do nosso trabalho e para os cuidados que oferecemos aos pacientes.

Com grande estima!

Edmundo Rocha

Cirurgia Dermatológica e Mohs

CURRÍCULO



- Medicina: Universidade Estadual de Montes Claros – MG (2004–2009)
- Residência em Clínica Médica: Hospital Universitário Clemente de Faria – Montes Claros – MG (2010–2012)
- Residência em Dermatologia: Santa Casa de Belo Horizonte – MG (2013–2016)
- Fellowship Cirurgia Dermatológica e Cirurgia Micrográfica de Mohs: Dr. Gabriel Gontijo (2022)
-

Edmundo Rocha

Dermatologista

CRM-MG 50549

RQE: 36390

CONTATO:

Endereço de Atendimentos:

Clínica Rennovi Derm

Av. José Correa Machado, 1858, sala 602. Montes Claros - MG - CEP: 39401-850

Agendamentos: (38) 99880-7986 (38) 32139285

Email: edmundomed@gmail.com

Instagram: @edmundorochadermatologista

Site: www.dredmundorochoa.com.br

Meu Whatsapp: (38) 99955-3651

Atuação:

- Dermatologia Clínica
- Cirurgia Dermatológica
- Cirurgia de Mohs
- Estética

Edmundo Rocha

Dermatologia e Cirurgia Dermatológica

CÂNCER DE PELE

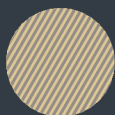
INCIDÊNCIA E MORTALIDADE DA DOENÇA NO BRASIL

SUBTIPO	Casos novos/ ano	Casos / 100mil Habitantes/ano	Mortes/ 100mil Habitantes/ano
CA PELE NÃO-MELANOMA	1,2 milhão*	11,5	1,26
MELANOMA	325mil	3,4	1,08

*maior índice de subnotificação
Fonte: Inca 2023

CARCINOMA BASOCELULAR (CBC)

CLASSIFICAÇÃO DA DOENÇA



Baixo Risco

Melhor prognóstico



Alto Risco

Maior chance de recorrência da doença após uma primeira abordagem



Localmente avançado

Situação onde a doença, seja ela primária ou recorrente, é extensa e na qual a cirurgia e/ou radioterapia podem não resultar em cura ou potencialmente causar limitações funcionais significativas.



Metastático

*evento raríssimo, revisar diagnóstico



O termo Baixo/Alto Risco refere-se à probabilidade de recidiva do câncer após um tratamento inicial

MANEJO COM BASE NA CLASSIFICAÇÃO

CARCINOMA BASOCELULAR (CBC) ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Diante de um caso de carcinoma basocelular, a classificação entre baixo e alto risco, ou localmente avançado, deverá preceder o tratamento. Essa classificação posiciona o tumor quanto ao seu risco de um primeiro tratamento ser ineficaz para a cura - **recorrência/recidiva/remoção incompleta**.

Baixo Risco	Alto Risco
LOCALIZAÇÃO E TAMANHO	
Tronco e extremidades < 2cm	Cabeça, pescoço, mãos, pés, área pré-tibial e anogenital (qualquer tamanho).
BORDAS/DELIMITAÇÃO	
Limites nítidos	Clinicamente mal delimitado
TRATAMENTOS PRÉVIOS	
Tumor primário	Tumor recorrente
IMUNOSSUPRESSÃO	
Não	Sim
RADIAÇÃO PRÉVIA	
Não	Sim
SUBTIPO HISTOLÓGICO	
Superficial ou nodular	Demais

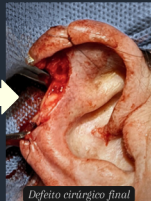
CARCINOMA BASOCELULAR (CBC)

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO - KEYPOINTS

DELIMITAÇÃO TUMORAL:



CBC infiltrativo e hélixe na recidivado.



Defeito cirúrgico final após o estágios de Cirurgia de Mohs



CBC infiltrativo e hélixe na parede nasal.



Defeito cirúrgico final após 3 estágios de Cirurgia de Mohs

*Casos cirúrgicos de Dr. Edmundo Rocha

MAL DELIMITADO

Quando não podemos dizer com clareza onde o tumor começa, onde termina!

LOCALIZAÇÃO E TAMANHO



Qualquer tamanho



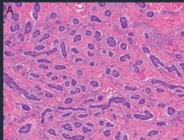
Maiores que 2cm



Zona de risco ainda mais elevado

Margens de excisão estreitas, resultantes de restrições anatómicas e funcionais, estão associadas a taxas de recorrência mais elevadas quando se utiliza o processamento histológico padrão.

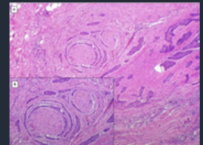
SUBTIPO HISTOLÓGICO:



Sólido e Superficial/multicêntrico: baixo risco

Infiltrativo e todos os demais: alto risco de remoção incompleta

Se infiltração perineural: muito alto risco de remoção incompleta



*é muito importante que o patologista esteja colaborativo para essas classificações e busca por infiltração perineural.

CARCINOMA BASOCELULAR (CBC)

CONDUTAS:

BAIXO RISCO

Primeira escolha:

-> excisão com margens de 4mm

Pode ser considerado:

-> curetagem e eletrodissecção

Paciente sem condição cirúrgica:

-> Subtipo superficial: imiquimod, crioterapia.

-> Subtipo nodular: radioterapia

Tumor incompletamente removido: *Cirurgia de Mohs*

Tumor completamente removido:
Follow-up a cada 6-12 meses 5 anos

ALTO RISCO

Primeira escolha:

---> excisão por técnica de **Cirurgia Micrográfica de Mohs**

Pode ser considerado:

-> excisão convencional com margens amplas

*não é possível especificar essas margens, devendo-se considerar fatores relacionados ao paciente e o subtipo histológico.

Paciente sem condição cirúrgica:

-> Equipe multidisciplinar e Radioterapia

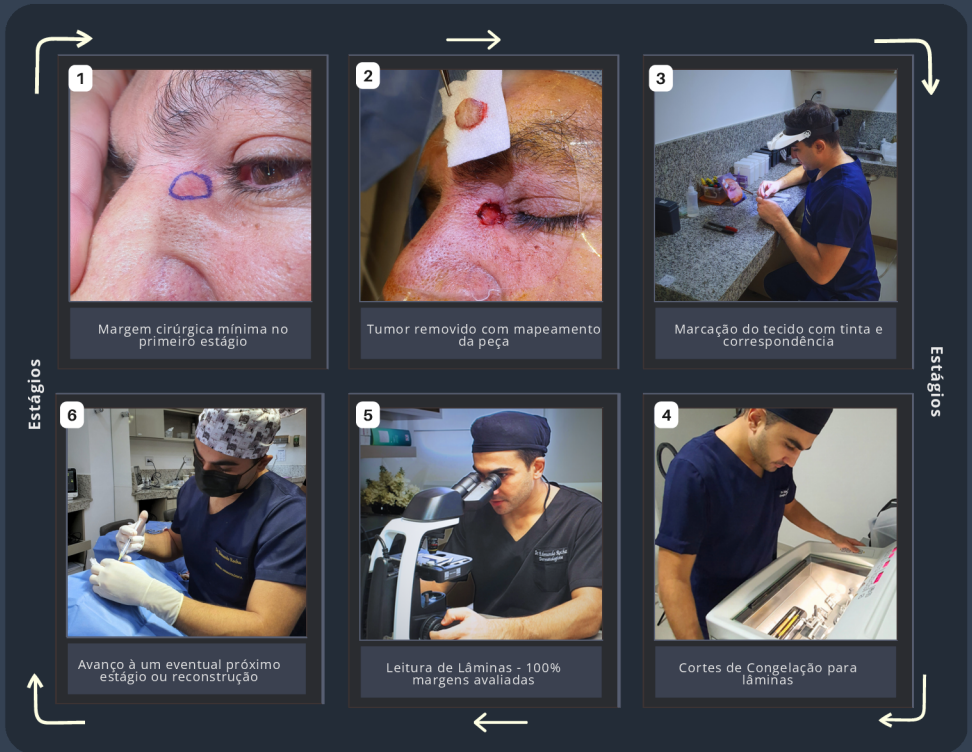
AVANÇADO

Discussão Multidisciplinar

Nesse cenário, cada caso precisa ser discutido individualmente. A combinação de técnicas como cirurgia e radioterapia, ou quimioterapia neoadjuvante com cirurgia de Mohs, ou radioterapia isolada.

CIRURGIA DE MOHS

ENTENDA O PASSO A PASSO:



INDICAÇÕES DE CIRURGIA DE MOHS:

CLÁSSICAS:

- Carcinoma Basocelular Alto Risco
- Carcinoma Espino Celular de Alto Risco
- Dermatofibrossarcoma Protuberans
- Lesões localizadas em áreas onde a preservação do tecido saudável é crucial, como ao redor dos olhos, nariz e boca.

ADICIONAIS:

- Carcinoma Anexial Microcístico
- Lentigo Melanoma em área de alto risco

CIRURGIA DE MOHS

COMPARATIVO:

CIRURGIA DE MOHS x CIRURGIA CONVENCIONAL

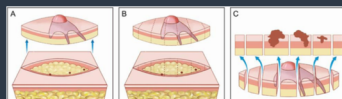
Mohs

Convencional

Análise de Margens



Nessa técnica, 100% das margens cirúrgicas são analisadas pelo cirurgião de mohs durante a cirurgia.



Análise de margens por amostragem. Apenas 1% margens cirúrgicas são examinadas.

Preservação de tecido sadio

A cirurgia pode ser iniciada com margens mínimas e verificada ao longo do procedimento a necessidade de remoção de mais tecido doente!



Cirurgia de Mohs, margens livre no primeiro estágio, garantindo preservação margens sadias no nariz.

A ausência de controle intraoperatório de margens obriga o cirurgião a obedecer requisitos mínimos de margem de segurança, nem sempre necessários. Fator importante para áreas sensíveis: pálpebras, nariz, lábios e outros.



Margem cirúrgica possivelmente redundante nesse CBC nodular removido por técnica convencional.

Taxas de Cura

Tumor	Taxa de cura (%)	
	Cirurgia de Mohs	x Cirurgia convencional
Carcinoma basocelular	99 (primário)	87-96 (primário)
	90-93 (recorrente)	83 (recorrente)
Carcinoma espinocelular	92-99 (primário)	92-95 (primário)
	90 (recorrente)	76 (recorrente)
	98	83-85
Dermatofibrosarcoma protuberans	98-100	80-88

Adapted from: Tokkachjovjv SN et al., 2017

CASO CLÍNICO 1:



Caso clínico 1: CBC, infiltrativo e recidivado sob enxerto prévio, extenso, em nariz. Cirurgia de Mohs, 3 estágios, com reconstrução por retalho para-mediano frontal - Caso operado por Dr. Edmundo Rocha

Casos Clínicos:

CASO CLÍNICO 2:



CBC nodular, primário, tamanho 5cm, região de muito alto risco (temporal), além de zona de risco de lesão de nervo facial. Importância do uso da técnica de Mohs para preservar estruturas neurais. **Caso operado por: Dr. Edmundo Rocha**

A importância da abordagem cirúrgica inicial no câncer de pele:

Respeitar os protocolos de classificação de gravidade e técnica de tratamento cirúrgico inicial impactam significativamente o prognóstico dos pacientes. De acordo com a literatura médica e também algo que observo recebendo pacientes já operados de câncer de pele com recidivas é que a falha na primeira abordagem cirúrgica é decisiva para desfechos mais complexos, como ressecções maiores e invasivas que numa primeira abordagem.

CARCINOMA ESPINOCELULAR (CEC)

Estratificação de risco

Baixo Risco	Alto Risco	Muito Alto Risco
LOLIZAÇÃO E TAMANHO		
Tronco e extremidades < 2cm	Tronco e extremidades >2 - <4cm	>4cm em qualquer sítio
BORDAS/DELIMITAÇÃO		
Limites nítidos	Clinicamente mal delimitado	-----
TRATAMENTOS PRÉVIOS		
Tumor primário	Tumor recorrente	-----
IMUNOSSUPRESSÃO		
Não	Sim	-----
RADIAÇÃO PRÉVIA		
Não	Sim	-----
DIFERENCIAÇÃO HISTOLÓGICA		
Bem ou moderadamente diferenciado	-----	Mal diferenciado
SUBTIPO HISTOLÓGICO		
Comum	Acantolítico, adenoescamoso com produção mucinosa, metaplástico	Desmoplásico
ENVOLVIMENTO PERINEURAL		
(-)	Presente	Em nervo subdérmico ou de espessura $\geq 0,1\text{mm}$
PROFUNDIDADE		
<2mm e não alcança subcutâneo	2-6mm profundidade	>6mm ou invasão além do subcutâneo
ENVOLVIMENTO LINFÁTICO OU VASCULAR		
(-)	(+)	

CARCINOMA ESPINOCELULAR (CEC)

CONDUTAS: *Baseado no guideline da NCCN - versão 1..2024*

BAIXO RISCO

SEMELHANTE AO CBC LOW RISK

Primeira escolha:

-> excisão com margens de 4-6mm

Pode ser considerado:

-> curetagem e eletrodissecção

Paciente sem condição cirúrgica:

-> Subtipo superficial: não usar terapia tópica

-> Subtipo nodular: radioterapia

Tumor incompletamente removido: **Cirurgia de Mohs**

Tumor completamente removido:
Follow-up a cada 6-12 meses 5 anos

ALTO RISCO E MUITO ALTO RISCO

Primeira escolha:

-> **Cirurgia Micrográfica de Mohs**

Considerar Linfonodo sentinela se: *caso recidivado ou muitos componentes de risco associados*

Pode ser considerado:

-> excisão convencional com margens amplas*

*não é possível especificar essas margens, devendo-se considerar fatores relacionados ao paciente e o subtipo histológico. Também considerar fechamento cirúrgico retardado após avaliação de margens pós-operatórias. Também evitar reconstruções como retalho e enxertos antes da conferência das margens.

MUITO ALTO RISCO - AVANÇADA

Doença de muito alto risco com comemorativos de possível extensão grave:

- Recidiva grave, extensa e mal delimitada.
- Acometimento profundo: *ósseo, grande nervo, parótida*.
- Paciente com metástase nodal *possível*

Planejamento/Estadiamento

Estadiamento radiológico

- RNM ou TC Contraste ou Ultrassom

Considerar PLS

Considerar terapia neoadjuvante com Cemiplimab se algumas das seguintes:

- Tumor de rápido crescimento
- Metástases em trânsito
- Invasão linfovascular
- Dúvidas da ressecabilidade tumoral
- Cirurgia sozinha seria muito mutilante



CARCINOMA ESPINOCELULAR (CEC)





CARCINOMA ESPINOCELULAR (CEC)

CONDUTAS: Baseado no guideline da NCCN - versão 1..2024

LINFONODO À PALPAÇÃO OU À IMAGEM:

BIÓPSIA:

Negativa

→ Considerar repetir

Positiva

→ Ampliação estudo de imagem para pesquisa mais doença a distância

AVALIAÇÃO CIRÚRGICA

Cirurgia é viável

Cirurgia não é viável ou tumor irressecável

Cirurgia de ressecção tumor e cadeia ganglionar

Equipe multidisciplinar
• RT + Terapia sistêmica

TERAPIA SISTÊMICA:

National Comprehensive Cancer Network, Inc - v. 1.2024

Table 2: Systemic Therapy Options for Use with RT

Preferred Regimens	Other Recommended Regimens	Useful in Certain Circumstances
<ul style="list-style-type: none"> • Cisplatin^{6,7} • Clinical trial 	<ul style="list-style-type: none"> • Carboplatin ± paclitaxel^{6,11,12} • EGFR inhibitors (eg, cetuximab)^{6,13} 	<ul style="list-style-type: none"> • Cisplatin + 5-FU^{6,19}

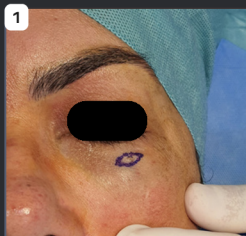
Table 3: Options for Systemic Therapy Alone

Preferred Regimens	Other Recommended Regimens	Useful in Certain Circumstances
<ul style="list-style-type: none"> • Cemiplimab-rwlc^{1,9} (if curative RT^d or surgery is not feasible for locally advanced, recurrent, or metastatic disease)^{9,9} • Pembrolizumab^{1,9} (if curative RT^d or surgery is not feasible for locally advanced, recurrent, or metastatic disease)¹⁰ • Clinical trial 	<ul style="list-style-type: none"> • If ineligible for or progressed on immune checkpoint inhibitors and clinical trials, consider: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Carboplatin + paclitaxel ± cetuximab¹⁴⁻¹⁸ ▶ EGFR inhibitors (eg, cetuximab)^{6,13} 	<ul style="list-style-type: none"> • Neoadjuvant cemiplimab-rwlc^{9,8} • If ineligible for or progressed on immune checkpoint inhibitors and clinical trials, consider: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Capecitabine^{20,21} ▶ Cisplatin^{6,7} ▶ Cisplatin + 5-FU^{6,19}

CARCINOMA ESPINOCELULAR (CEC)

CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO 3:



1
CCE incompletamente removido, em zona alto risco



2
Primeiro Estágio



3
Segundo Estágio, aplicação de margens laterais.



4
Reconstrução por enxerto de pele da pálpebra superior



5
7º dia pós-operatório



6
1 ano após cirurgia

Caso clínico 3: CCE, bem diferenciado, previamente removido incompletamente. Cirurgia por técnica de Mohs devido zona de muito alto risco e necessidade de preservação tecidual. **Caso operado por: Dr. Edmundo Rocha**

CASO CLÍNICO 4:



Caso clínico 4: CCE, bem diferenciado, zona de campo cancerizável. Cirurgia por técnica de Mohs. Cirurgia com 1 estágio, reconstrução por enxerto de pele parcial.

MELANOMA CUTÂNEO

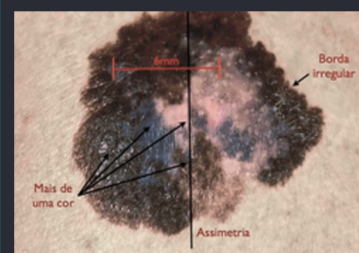
Baseado no guideline da NCCN - versão 3..2024



RECOMENDAÇÕES DE MARGEM CIRÚRGICA

Espessura Tumoral	Margem cirúrgica
IN SITU	0,5 - 1 CM
≤ 1,0MM	1 CM
> 1,0 -2,0 MM	1 - 2 CM
> 1,0 -2,0 MM	2 CM
> 4,0 MM	2 CM

Sinais Clínicos de Malignidade



PRINCÍPIOS CIRÚRGICOS:



Biópsia: evitar margens exageradas, bastando 1 a 3m. Colocar a incisão no sentido da drenagem linfática. Incisões grandes e em outro sentido, podem prejudicar a realização de pesquisa de linfonodo sentinela numa eventual reabordagem com ampliação.



Profundidade: até o nível da fáscia quando possível. Ponderar esse fato se aumentar significativa morbidade.



Biópsia de grandes tumores ou zonas difíceis: acral/unguela/outros: pode realizar biópsia incisional, mapeando pior área por dermatoscopia.



Ampliação: Se uma reconstrução complexa for antecipada, o fechamento da ferida geralmente deve ser adiado até que a avaliação da margem histológica esteja completa.



Cirurgia Micrográfica de Mohs no Melanoma: Pode ser considerado **seletivamente** para melanomas minimamente invasivos (T1a) em áreas anatomicamente limitadas (ou seja, face, orelhas, locais acrais)

MELANOMA CUTÂNEO

INDICAÇÕES DE PESQUISA DE LINFONODO SENTINELA (PLS):

A **PLS** é um procedimento cirúrgico desenvolvido para estadiar com precisão pacientes com melanoma cutâneo por meio da avaliação patológica da(s) bacia(s) nodal(ais) regional(ais) e para fornecer informações prognósticas para pacientes com melanoma em estágio clínico I/II (nenhuma evidência clínica ou radiográfica de doença nodal). Há dados emergentes de que a avaliação patológica do nódulo índice carrega forte significado prognóstico.

O status do SLN pode impactar decisões terapêuticas futuras, incluindo recomendações para vigilância por US/imagem de bacia nodal ativa ou CLND, terapia adjuvante e tipo/frequência de visitas clínicas e/ou imagens de vigilância.

QUANDO OFERECER PLS:

- **Melanoma com breslow $\geq 0,8\text{mm}$ - Estágio IA (t1a)**
- **Melanoma com breslow $< 0,8\text{mm}$ mas com ulceração - Estágio IB (t1a)**

Estadiamento:

Tx	Tumor primários não pode ser avaliado	Estágio 0
T0	Sem evidência de tumor primário	
Tis	Melanoma in situ,	Estágio I A
T1a	$<0,8\text{ mm}$ Sem ulceração	Estágio I A
T1b	$< 0,8\text{ mm}$ Com ulceração	Estágio I A
	$0,8\text{ a }1,0\text{ mm}$ Com ou sem ulceração	Estágio I A
T2a	Entre $1,01\text{ e }2\text{ mm}$ Sem ulceração	Estágio I B
T2b	Entre $1,01\text{ e }2\text{ mm}$ Com ulceração	Estágio II A

CASO CLÍNICO 5:



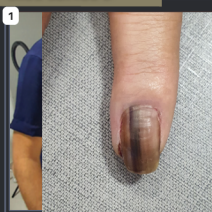
Melanoma, estágio IA, dorso, tamanho 6x4cm.



Biópsia excisional, margem 3mm, fechamento primário.

Caso clínico 5: Melanoma Estágio IA, Breslow 0,5mm, dorso, tamanho 4x6cm, exérese sem PLS. **Caso operado por Dr. Edmundo Rocha**

CASO CLÍNICO 6:



Melanonychia com 4 anos de evolução gradativa



Registro do fragmento biopsiado contemplando matriz e leito.

Caso clínico 6: Melanonychia suspeita. Realizado biópsia longitudinal confirmando melanoma acral. Paciente posteriormente submetida a amputação de falange distal com PLS. **Caso operado por Dr. Edmundo Rocha**



CONTATO:

Endereço de Atendimentos:

Clínica Rennovi Derm

Av. José Correa Machado, 1858, sala 602. Montes Claros - MG
CEP: 39401-850
Agendamentos: (38) 99880-7986 (38) 32139285

Email: edmundomed@gmail.com

Instagram: @edmundorochadermatologista

Site: www.dredmundorocha.com.br

Meu Whatsapp: (38) 99955-3651

Edmundo Rocha

Cirurgia Dermatológica e Mohs

Data de edição: outubro de 2024

