



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS

Coleção Guia de Referência Rápida

Câncer da pele

Identificação e conduta

Versão Profissional

Rio de Janeiro, 1ª edição/2016

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS

Superintendência de Atenção Primária

Coleção Guia de Referência Rápida

Câncer da pele

identificação e conduta

Versão Profissional

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

1ª edição

SMS/RJ
PCRJ © 2016

**Prefeito**

Eduardo Paes

Secretário Municipal de Saúde

Daniel Soranz

Subsecretário de Gestão Estratégica e Integração da Rede de Saúde

José Carlos Prado Jr.

Subsecretária de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde

Betina Durovni

Superintendente de Atenção Primária em Saúde

Guilherme Wagner

Elaboração

Ana Luisa Bittencourt Sampaio Jeunoun Vargas

Ana Paula Frade

Armando Norman

Bruna Melhoranse Gouveia

Flavia Cassia Freire

Flavio Luz

Julia O Campo

Lucia Maria Soares Azevedo

Maria Katia Gomes

Michael Schmidt Duncan

Coordenação editorial

Inaiara Bragante

Diagramação

Victor Soares Rodrigues Pereira

**Presidente da SBD RJ**

Flavio Barbosa Luz

**Coordenadora do Depto de hanseníase da SBD RJ/
profa. do Depto MFC/Serviço de Dermatologia /UFRJ**

Maria Katia Gomes

**Membro efetivo da SBD RJ e Profa Dermatologia
Depto CM/FM/UFRJ**

Lucia Maria Soares Azevedo

**Membro efetivo da SBD RJ e profa de Dermatologia
do Hospital de Servidores do Estado**

Ana Luisa Bittencourt Sampaio Jeunoun Vargas

**Membros efetivos da SBD RJ e matriciadoras da
RMFCRJ**

Bruna Melhoranse Gouveia

Ana Paula Frade

Flavia Cassia Freire

Julia Ocampo

Índice

●	Introdução	4
●	Cuidados centrados na pessoa	5
●	Abordagem Comunitária	7
●	Intervenções para prevenção do câncer da pele	8
●	Reconhecimento, avaliação e abordagem inicial	10
●	Orientações para identificação e manejo de lesões precursoras de câncer	18
●	Prognóstico do câncer da pele	19
●	Câncer da pele – considerações finais	20

Introdução

Câncer da pele é o câncer mais comum no mundo e corresponde a um terço dos casos de câncer, com estimativa de 200 mil novos casos/ano no Brasil. É quatro vezes mais frequente que o câncer de mama e próstata. O excesso de exposição ao sol é seu principal fator desencadeante, sendo a população de pele clara, a de maior risco. A maioria dos cânceres da pele são curáveis cirurgicamente quando precocemente identificados e abordados. Os principais subtipos são: carcinoma basocelular (CBC), carcinoma espinocelular (CEC) e melanoma. Dentre os tumores da pele, 70% correspondem ao CBC, 25% ao CEC e 5% a tumores mais raros. A chave do sucesso da abordagem do câncer da pele é a sua rápida identificação e intervenção.

■ Pontos-chave deste material

- Descrever as populações vulneráveis para câncer da pele
- Orientar medidas de prevenção
- Identificar as principais características clínicas das lesões malignas
- Orientar a abordagem de acordo com cada nível de atenção à saúde

Cuidados centrados na pessoa

- » As lesões de câncer da pele costumam ser silenciosas e assintomáticas, sendo de extrema importância a busca ativa por lesões suspeitas no exame físico do paciente.
- » Nas populações vulneráveis, é recomendável a realização do exame físico completo da pele ao menos uma vez ao ano.
 - *Estima-se que é possível realizar o exame da pele em 2 a 5 minutos*
 - *O exame físico deve ser realizado em ambiente bem iluminado*
- » É importante orientar o paciente sobre possíveis sinais de alerta para lesões suspeitas: aumento de tamanho, mudança de forma e/ ou de cor, sangramento espontâneo e aquelas que não cicatrizam.
- » A maioria dos cânceres da pele são passíveis de cura quando identificados e tratados precocemente. Por isso, a conscientização do paciente é fundamental, enfatizando a importância da abordagem precoce para aumentar a possibilidade de cura.

■ Definição de população vulnerável

Fatores de risco relacionados à suscetibilidade pessoal

Pele clara

Olhos claros

História pessoal e/ou familiar de câncer da pele

Presença de úlcera crônica, queimaduras ou áreas tratadas por radioterapia

Imunossupressão: **pacientes HIV +, transplantados** ou em uso de imunossupressores

Fatores de risco relacionados ao ambiente e comportamento

História de queimaduras solares, principalmente na infância

Exposição solar ocupacional

Veja se você faz parte do grupo de risco do câncer da pele:

- Alguém na **sua família** tem ou já teve **câncer da pele**?
- Você já teve mais de **6 queimaduras de sol** durante a vida, daquelas que a pele fica muito vermelha e ardendo?
- Você tem **muitas sardas**?
- Você tem mais de **50 pintas no corpo**?
- Você tem **pele muito clara**, daquela que sempre queima no sol e nunca bronzeia?
- Você **não** consegue se **bronzear**?
- Você está com alguma **ferida que não cicatriza**?
- Você tem alguma **pinta** no corpo que está se **modificando, mudando a cor ou crescendo**?:
- Você já teve **câncer da pele**?
- Você tem mais de **65 anos**?

Abordagem Comunitária

■ Prevenção primária do câncer da pele no nível comunitário para a população vulnerável

- » Orientar que se evite a exposição solar nos horários de risco, isto é, quando a sombra está do tamanho ou menor que a altura da pessoa exposta ao sol
- » Orientar que as pessoas aguardem o transporte público em lugares em que haja sombra
- » Estimular o uso de chapéus para a proteção solar
- » Desestimular o uso de bronzeador
- » Atuar junto a comércio locais e lideranças comunitárias para promover melhoria na oferta de áreas cobertas
- » Realizar periodicamente atividades educativas na comunidade referentes aos fatores de risco e de proteção, bem como, aos sinais para detecção precoce do câncer da pele através do autoexame.

Intervenções para prevenção do câncer da pele

- » Alertar quanto ao risco de queimadura solar, especialmente na infância, como prevenção do melanoma.
- » Orientar passeios curtos pela manhã antes das 10h ou à tarde após as 16h. Os indivíduos devem estar sempre protegidos com roupas, chapéu, boné e, se necessário, filtro solar.
- » Conscientizar quanto à importância da detecção e tratamento precoces do câncer da pele para maior chance de cura.
- » Uso de filtro solar em crianças:
 - *Crianças menores de 6 meses devem evitar o uso de filtro solar devido à maior absorção pela pele do bebê e pela dificuldade de eliminação pela imaturidade de seu sistema excretor. Devem ser protegidas com barreiras mecânicas e conscientização dos pais*
 - *Crianças entre 6 meses e 2 anos: utilizar apenas filtros físicos.*
 - *Crianças maiores de 2 anos: filtros físicos ou químicos de acordo com as características da pele da criança.*
- » Orientar o autoexame da pele com atenção a lesões que apresentam crescimento, que sangram espontaneamente ou que não cicatrizam.
- » Reforçar o uso de proteção solar em áreas da pele com deficiência de melanina, como por exemplo, lesões de vitiligo.
- » Orientar quanto ao cuidado com lesões crônicas, como úlceras, áreas com danos de radioterapia e cicatrizes cirúrgicas.

Proteção solar é um conjunto de atitudes



Use
chapéu



Use
óculos de
sol



Use
camiseta



Use
protetor
solar
diariamente



Evite
o sol
entre 10 e 16h

- » Evite se expor ao sol entre 10h e 16h
- » Use chapéu e camiseta sempre que estiver em situação de exposição ao sol
- » Use protetor diariamente

Reconhecimento, avaliação e abordagem inicial

■ Passo 1: Identificação das lesões suspeitas

- » Geralmente, as lesões malignas são irregulares, vascularizadas, com múltiplas cores, localizadas em áreas de fotodano.
- » A lesão mais típica do carcinoma basocelular é a lesão “perolada”, ou seja, lesão papulosa translúcida e brilhante que é frequente em quase todas as suas manifestações clínicas (Azulay, 2013). Telangiectasias também são frequentes. As lesões podem apresentar ulcerações (CBC ulcerado), pigmentação enegrecida (CBC pigmentado), aspecto infiltrativo assemelhando-se a uma cicatriz (CBC esclerodermiforme) e por vezes crescimento rápido com grande destruição local (CBC terebrante). A localização preferencial é a região cefálica.
- » A lesão do carcinoma espinocelular inicia em área de pele sã ou mais frequentemente em área alterada por processo anterior (pele com fotodano, áreas com úlceras crônicas, radiodermites etc). As lesões exibem aspectos diversos, tais como ulcerações de crescimento contínuo, vegetações, placas e nódulos. São mais comuns em áreas fotoexpostas, principalmente mãos e face. Apresentam maior risco de metástase comparado ao CBC, especialmente quando localizadas na mucosa oral.
- » A palpação dos linfonodos é necessária especialmente no caso de lesões ulceradas e periorificais (com destaque para a mucosa labial) pelo risco de metástase linfática
- » O melanoma pode advir de lesão preexistente ou surgir em pele sã. Os nevos que apresentam sensação de prurido, alteração da pigmentação, crescimento assimétrico, inflamação, ulceração e sangramento têm maior risco de malignização. Em pele sã, apresenta-se inicialmente como mancha hiperocrômica, com múltiplas cores, com aumento progressivo da extensão e/ou profundidade, originando pápulas e nódulos. O risco de metástase à distância é maior nesse tipo de câncer da pele.
- » Classicamente utiliza-se a regra do ABCDE para identificação de lesões suspeitas de melanoma. Se dois ou mais critérios estiverem presentes, a lesão é altamente suspeita.

REGRA DO ABCDE:

A- Assimetria da lesão

B- Bordas mal delimitadas e irregulares

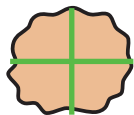
C- Cores múltiplas

D- Diâmetro - Embora lesões de melanoma possam ter qualquer tamanho, as maiores de 6 mm são altamente suspeitas

E- Evolução. A lesão está presente há quanto tempo? Notou mudanças no tamanho, cor, bordas e simetria?

■ Assimetria

Simétrica



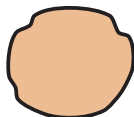
Assimétrica



Os nevos comuns são redondos. Algumas formas iniciais de melanoma são assimétricas, ou seja, uma linha traçada no meio não irá criar metades comparáveis

■ Cor

Uniforme



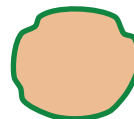
Múltipla



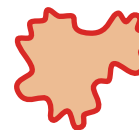
Os nevos comuns geralmente apresentam cor na mesma tonalidade. Os melanomas normalmente apresentam variação de tons (1º sinal do melanoma)

■ Borda

Não suspeita



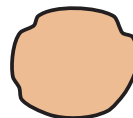
Suspeita



Os nevos apresentam as bordas regulares, enquanto os melanomas apresentam irregularidades com saliências e reentrâncias

■ Evolução

Não suspeita



Suspeita



Acompanhamento regular, caso ocorra evolução de algumas dessas características

- Recomenda-se o registro fotográfico das lesões malignas suspeitas ou confirmadas e das lesões que podem predispor ao surgimento do câncer da pele. Exemplos: úlceras crônicas, áreas que sofreram danos por radioterapia (radiodermite), cicatrizes cirúrgicas de retirada de câncer da pele prévio, lesões acrômicas (como vitiligo), lesões submetidas a trauma crônico. Se possível, anexar a foto ao prontuário do paciente.

**Carcinoma
basocelular**



Pápula eritematosa
ulcerada

**Carcinoma
basocelular
esclerodermiforme**



Placa infiltrada, irregular
na asa nasal

**Carcinoma
basocelular
nodular**



Nódulo eritematoso com brilho
perolado e áreas enegrecidas

**Carcinoma
basocelular
pigmentado**



Placa eritematosa com brilho
perolado e áreas enegrecidas

**Carcinoma
espinocelular**



Placa ceratósica ulcerada
e infiltrada de bordas irregulares

**Carcinoma
espinocelular**



Placa eritematosa infiltrada de
bordas irregulares e limites
mal definidos

**Carcinoma
espinocelular
ulcerado**



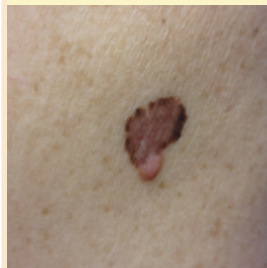
Tumor eritematoso, infiltrado,
com ulceração central

Melanoma



Mácula assimétrica, com
bordas mal definidas e
com múltiplas cores

Melanoma



Mácula assimétrica, com
bordas mal definidas e
com múltiplas cores

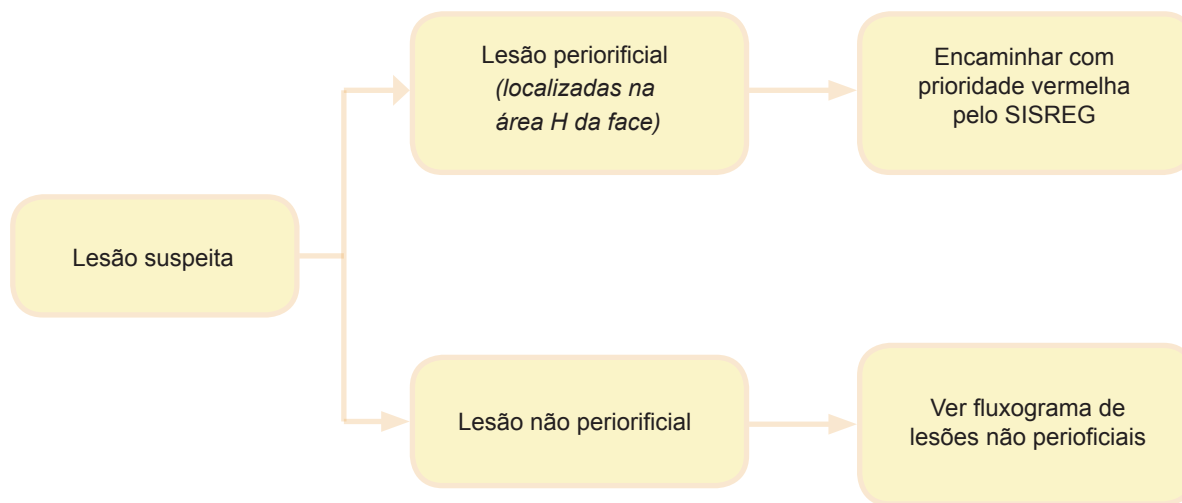
**Melanoma
ungueal**



Coloração negrecida
(melanoniquia) recobrimdo
toda lâmina ungueal

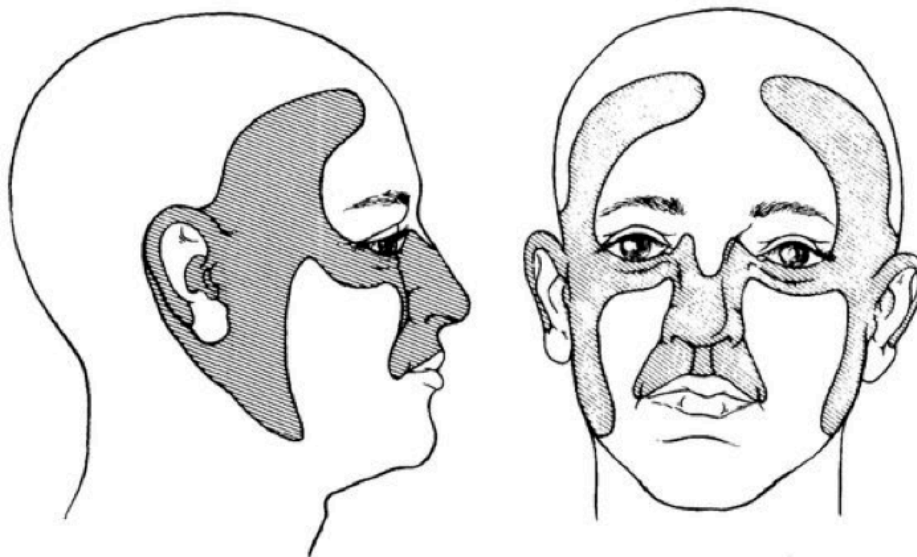
■ Passo 2: Definição de conduta baseada na localização e tamanho da lesão suspeita

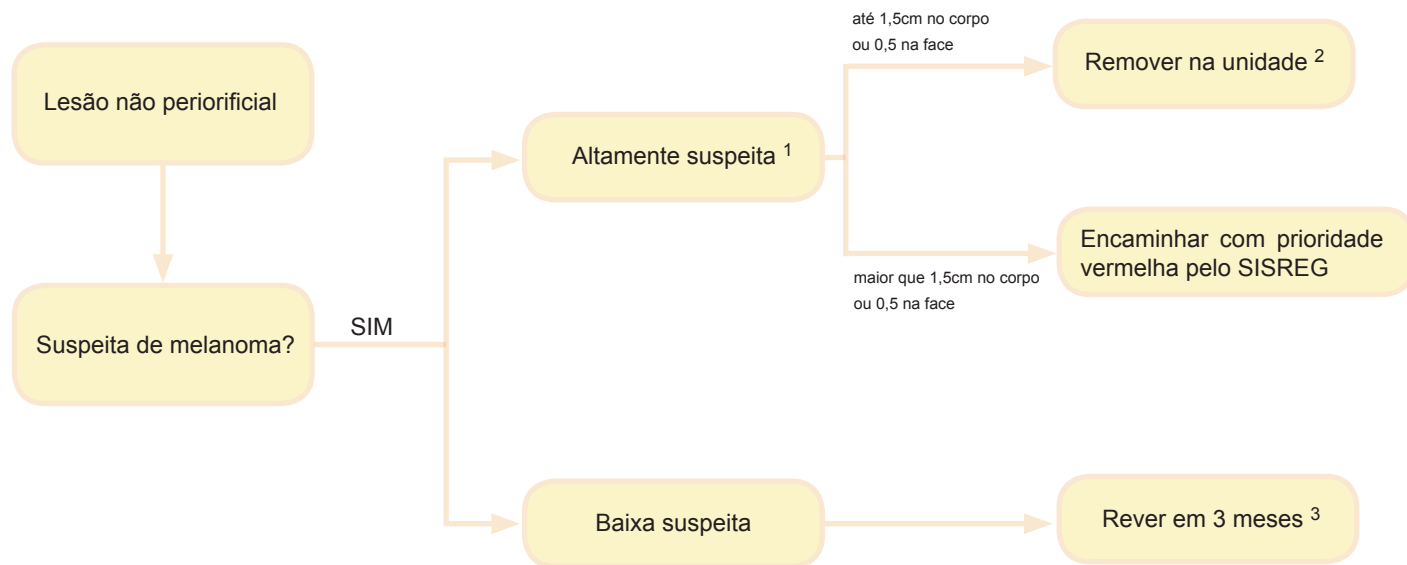
FLUXOGRAMA 1: Manejo quanto à localização da lesão



Área H da face:

Area de alto risco de metástase – Lesões localizadas nessa área classificam-se como PERIORIFICIAIS e devem ser encaminhadas tanto na suspeita de melanoma quanto na suspeita de carcinoma

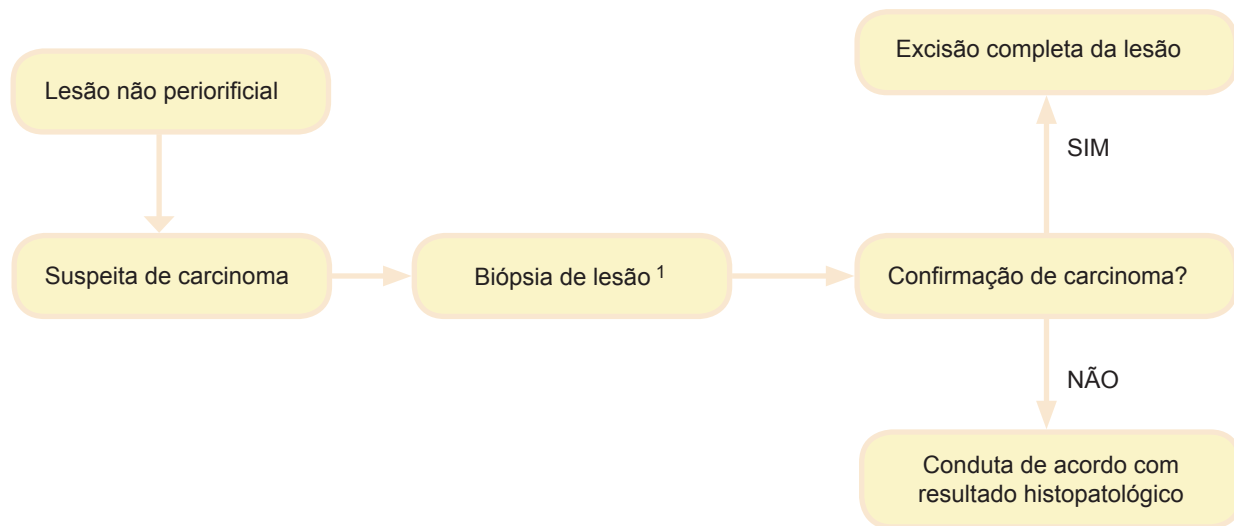


FLUXOGRAMA 2: conduta nas lesões NÃO PERIORIFICIAIS suspeitas de MELANOMA

¹ Preenche dois ou mais critérios da regra ABCDE

² Remover na Unidade de Saúde com margem milimétrica. Encaminhar para serviço especializado conforme resultado do histopatológico para ampliação de margens

³ Rever em 3 meses. Observar mudanças na lesão tais como: crescimento, ulceração, mudança de cor, surgimento de lesões satélites, linfonodomegalia. Sugere-se fotografar e medir o tamanho da lesão.

FLUXOGRAMA 3: conduta nas lesões NÃO PERIORIFICIAIS suspeitas de CARCINOMA

¹ A biópsia da lesão pode ser excisional ou incisional (por punch) de acordo com o tamanho e expertise cirúrgica de quem realizar o procedimento. O material retirado deve ser encaminhado para estudo histopatológico

Orientações para identificação e manejo de lesões precursoras de câncer

- » Ceratoses actínicas: lesões eritematosas, de superfície áspera, localizadas principalmente nas áreas fotoexpostas. Podem recidivar após o tratamento. Há risco de evolução para carcinoma espinocelular.

■ Tratamento:

- Hidratação da pele com cremes emolientes 2 vezes ao dia.
- 5-fluoracil creme: aplicar uma camada fina do produto à noite, diariamente por 21 dias. Remover o produto pela manhã. É esperada a piora das lesões durante o tratamento; caso o paciente não tolere, suspender a medicação, aguardar a cicatrização das lesões. Pode-se tentar reduzir o uso do produto para cinco vezes na semana para obter melhor tolerância e adesão ao tratamento.
- Diclofenaco 3% + ácido hialurônico 2,5% gel: deve ser utilizado nos casos mais leves, nos quais as lesões são menos ásperas e distribuídas em áreas extensas. Deve ser aplicado 2 vezes ao dia por 3 meses.
- Ácido tricloroacético (ATA): pode ser utilizado nas concentrações de 30 a 90%, de acordo com a espessura da lesão e da área acometida. Indicado para os casos com poucas lesões. A aplicação deve ser realizada apenas por médicos treinados para o uso de ATA. O intervalo de aplicação pode ser semanal, quinzenal ou mensal, de acordo com o número de lesões e a resposta terapêutica.
- Shaving: remoção da lesão com lâmina de bisturi. Deve ser realizado nas lesões hipertróficas como os cornos cutâneos (fotografia), seguido pela aplicação do ATA.

Prognóstico do câncer da pele

Carcinoma basocelular: apesar de raramente emitir metástase, apresenta capacidade de destruição local, podendo em casos extremos invadir estruturas contíguas à pele (nervos, glândulas, globo ocular, crânio etc). Seu crescimento usualmente é lento, podendo tornar-se mais agressivo a qualquer tempo. Por vezes, a lesão pode aparentar regressão, porém seu crescimento é constante, mesmo que inaparente.

Carcinoma espinocelular: seu prognóstico é variável e apresenta maior potencial de emissão de metástase quando comparado ao carcinoma basocelular. Seu diagnóstico implica preferencialmente encaminhamento para serviço especializado de Dermatologia para seguimento. Na atenção primária, é pertinente a palpação das cadeias linfonodais para avaliação de metástase. Caso positivo, solicitar exame de imagem e referenciar conforme localização da lesão.

Melanoma: é o mais agressivo dos cânceres do ser humano. Mesmo lesões pequenas e iniciais podem já ter emitido metástase. Todo paciente com melanoma deve ser referenciado para serviço especializado de Dermatologia. Como o fator genético é muito importante, está indicado o exame dos familiares diretos.

Câncer da pele – considerações finais

É papel de todos reconhecer os pacientes de risco e estimular o autoexame. O primeiro passo é avaliar as características da lesão. Diante de lesões hipercrômicas, utilizar a regra do ABCDE para definir se há suspeita de melanoma. Suspeitar de carcinomas em lesões de crescimento recente, que não cicatrizam, que apresentam ulceração e sangramento espontâneo.

O passo seguinte consiste em avaliar a topografia. Para lesões PERIORIFICIAIS, sugere-se encaminhar para manejo em atenção terciária, pois o risco de metástase, tanto por contiguidade quanto linfonodal é maior nesses casos.

Tratando-se de lesões NÃO PERIORIFICIAIS, avaliar se a suspeita é de melanoma ou de carcinoma. Sendo melanoma, proceder a biópsia excisional, ou seja, retirar completamente a lesão, sem margens. A ampliação de margens é definida pelo resultado do exame histopatológico.

Tratando-se de suspeita de carcinoma, não é necessária biópsia excisional. Pode-se retirar um pedaço da lesão (biópsia incisional) e definir a conduta após a confirmação diagnóstica, conforme o subtipo e grau de infiltração da lesão no exame histopatológico.

Formato: 21 x 14,8cm | Tipografia: ArialPapel: Couché 90g (miolo), Supremo Duo Design 300g (capa)

Todos os direitos reservados.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra,
desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Afonso Cavalcanti, 455, 8º andar - Cidade Nova

Rio de Janeiro - RJ

SMS - RJ / SUBPAV / SAP

Rua Afonso Cavalcanti, 455/8º andar
Cidade Nova
CEP: 20.211-110
Rio de Janeiro / RJ

www.rio.rj.gov.br/web/sms



SOCIEDADE
BRASILEIRA DE
DERMATOLOGIA
REGIONAL
RIO DE JANEIRO



Saúde
Presente

