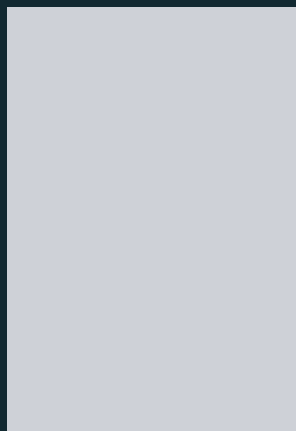
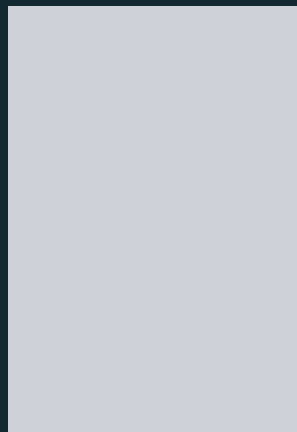
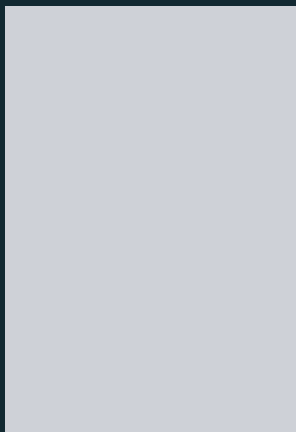


# ATLAS DE CÂNCER DE PELE

Organizador  
Vinicius de Lima Vazquez



# **ATLAS DE CÂNCER DE PELE**

Organizador  
Vinicius de Lima Vazquez

Organizador:

**Vinicius de Lima Vazquez**

Autores:

**Camila Souza Crovador**

**Carlos Eduardo Barbosa Carvalho**

**Cristiane Botelho Miranda Cárcano**

**Dayane Innocente Souza**

**Paula Barros Curvo Costa**

Colaborador:

**Gerson Lúcio Vieira**

Publicado pelo Hospital de Câncer de Barretos Barretos, São Paulo 2019

[www.hcancerbarretos.com.br/Copyright](http://www.hcancerbarretos.com.br/Copyright) ©2019

Todos os direitos reservados. Sem limitar os direitos autorais reservados acima, nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida, armazenada ou introduzida em um sistema de recuperação ou transmitida em qualquer formato, por qualquer meio (eletrônico, mecânico, fotocópia, gravação ou outro) sem o consentimento prévio e por escrito da editora.

Designer Gráfico Marcia Omori

Impresso no Brasil/ Printed in Brazil

1ª edição 2019

B273a Hospital de Câncer de Barretos

Atlas de Câncer de Pele. / Hospital de Câncer de Barretos. – Fundação Pio XII - Barretos, São Paulo 2019. The American Cancer Society, Inc.  
60 f. : il.

ISBN 978-1-60443-235-0

1. Pele. 2. Melanoma. 3. Câncer. 4. Neoplasias cutâneas. 5. Carcinoma. 6. Tratamento. 7. Câncer de Pele. I. Título. II. Autor.

CDD 616.994

#### **FICHA CATALOGRÁFICA**

Biblioteca da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos

# Sumário

**Introdução 5**

**Carcinoma Basocelular 7**

**Carcinoma de Células Escamosas 9**

**Melanoma 10**

**Outras Neoplasias Cutâneas 13**

**Referências Bibliográficas 63**

imagens de CARCINOMA BASOCELULAR **15**

imagens de CARCINOMA ESPINOCELULAR **25**

imagens de MELANOMA **31**



# Introdução

A pele é o maior órgão do corpo humano, sendo constituída por um epitélio pavimentoso estratificado queratinizado, que tem múltiplas funções como a proteção e o contato entre o meio interno e externo, a regulação térmica e hídrica (1).

Pela sua composição como barreira com contato direto com o meio externo, é alvo constante de agressões físicas, incluindo a radiação solar ultravioleta, a qual conforme o tempo e a intensidade, pode comprometer a viabilidade celular e induzir modificações genéticas que propiciam o desenvolvimento de neoplasias cutâneas (2).

A incidência de tumores cutâneos malignos é muito alta no Brasil e no mundo. O câncer de pele é a neoplasia maligna mais comum (3). O Instituto Nacional de Câncer (INCA) registra, a cada ano, cerca de 180 mil novos casos e o câncer da pele responde por 30% de todos os cânceres diagnosticados no Brasil (4).

A existência de diversas morfologias e apresentações dos tumores cutâneos, aliados a repercussão no prognóstico quando atraso terapêutico e a baixa qualificação dos profissionais de saúde para o correto diagnóstico, são os argumentos que justificam e impelem a publicação deste atlas.

Por se tratar de um câncer externo e detectável a olho nu desde seus estádios iniciais, a educação do profissional de saúde para o diagnóstico de possíveis lesões neoplásicas é essencial para o sucesso terapêutico e parte importante nas políticas de educação em saúde.

Este atlas de câncer de pele busca, de modo simples, demonstrar a apresentação clínica dos tipos de tumores cutâneos malignos mais frequentes, diagnosticados no Hospital de Amor (Hospital de Câncer de Barretos), através de imagens fotográficas. Todas as imagens incluídas neste atlas foram previamente autorizadas pelos pacientes, os quais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de se submeterem ao tratamento cirúrgico.

Todas as lesões representadas neste Atlas tiveram diagnóstico histopatológico confirmado. A descrição dermatológica das lesões e o diagnóstico anatomopatológico poderão auxiliar na identificação clínica e no ensino direcionados às neoplasias cutâneas, completando as edições existentes dentro da realidade brasileira e contribuindo como referência bibliográfica no país.

As neoplasias cutâneas malignas podem ser divididas em epiteliais e não epiteliais. A primeira, muito mais frequente, abrange o Carcinoma Basocelular (CBC), o Carcinoma Espinocelular (CEC), o Carcinoma das Glândulas Sebáceas, a Síndrome do Nevo Basocelular e o Melanoma. As neoplasias de origem não epitelial são mais raras e abrangem o Linfoma Cutâneo, o Dermatofibrossarcoma, o Tumor neuroendócrino da pele (Carcinoma das células de Merkel) entre outras (3,5). No Brasil o tumor cutâneo maligno mais comum é o CBC, com prevalência de 70% dentre os casos diagnosticados de câncer de pele. Em segundo lugar, o CEC possui uma prevalência de 25%. O melanoma representa cerca de 4% dos cânceres de pele e apenas 1% representa os demais tumores cutâneos malignos. Apesar da baixa prevalência representa mais de 80% dos óbitos por câncer de pele (6,7). Pela relevância clínica, neste atlas, apresentamos apenas imagens de CBC, CEC e melanoma.

# Carcinoma Basocelular

O carcinoma de células basais (CBC), também chamado de Carcinoma Basocelular ou Epitelioma Basocelular é a neoplasia epitelial maligna da pele mais comum em humanos e mais comumente se origina em áreas de exposição solar crônica.

O Tumor basocelular incide com mais frequência nos idosos, com média de diagnóstico aos 68 anos. A sua prevalência é dezenove vezes maior em populações caucasianas, já que a produção de melanina muito mais presente em peles escuras é um fator protetor (8). É um tumor de crescimento lento, indolente e que raras vezes produz metástase. No entanto, se não tratado adequadamente, pode causar grande destruição tecidual local gerando morbidade e eventual mortalidade (9).

Os CBCs podem apresentar tamanhos variados. Lesões de poucos milímetros já podem ser identificadas e, com típico crescimento lento e assintomático, atingem vários centímetros, tornando as características clínicas mais evidentes, sendo muitas vezes referido pelos pacientes como uma ferida que não cicatriza ou uma lesão de acne. Clinicamente devem ser diferenciados das dermatoses papulonodulares e ulceradas solitárias (10).

Não existem lesões precursoras claramente implicadas em seu surgimento. Apesar de sua histopatologia remeter as células da camada basal, existem evidências de que esses tumores podem se originar de outras fontes, tais como as células da bainha radicular externa e infundibular do folículo piloso; células epiteliais primordiais germinativas; células epiteliais pluripotenciais da camada basal que persistem; da unidade pilosebácea e das células de outras estruturas anexas (10-12). Na observação histológica, muitos CBCs parecem se originar da epiderme e do folículo piloso. Quanto maior a exposição solar, maior o risco de desenvolver um câncer de pele. Pessoas de pele clara, as quais se queimam facilmente e se bronzeiam pouco, têm maior risco de desenvolver lesões em comparação a pessoas de pele mais escuras que se bronzeiam facilmente. Os subtipos clínicos mais prevalentes de CBC são os seguintes:



- **Nódulo-ulcerativo:** inicialmente apresenta-se como pápula rósea perlácea crescendo progressivamente até atingir o tamanho de um nódulo, com posterior ulceração central, recoberta de crosta, podendo sangrar de forma episódica. As bordas são geralmente cilíndricas, translúcidas, mostrando formações perláceas e eventualmente finas telangiectasias. É considerada uma lesão persistente que não cicatriza. A progressão do quadro pode ser em extensão superficial e profunda, com posterior invasão e destruição de tecidos (músculo, cartilagem, osso), ou outras estruturas, se não forem devidamente tratados. A ulceração é frequente e quando está presente o tumor chama-se nódulo-ulcerativo. Portanto, qualquer lesão de pele crônica que tenha ulceração deve ser considerada uma lesão suspeita de CBC.
- **Esclerosante:** caracteriza-se por uma placa de cor branco amarelada, escleroatrófica, dura, lisa e eventualmente telangiectásica, com bordas mal definidas, lembrando a esclerodermia. Apresenta evolução lenta, e comumente não sofre ulceração. Pacientes que apresentem uma lesão cicatricial sem história de trauma tem como hipótese diagnóstica o CBC.
- **Superficial ou pagetóide:** consiste de lesões múltiplas, eritemato-escamosas, discretamente infiltradas, limitada por bordas irregulares e ligeiramente elevada, com localização preferencial no tronco, ombros e costas, lembrando o eczema seborreico, psoríase, lúpus eritematoso, doença de Bowen ou de doença de Paget. Alguns CBCs superficiais podem tornar-se CBCs nodulares com a evolução da doença.
- **Pigmentado:** forma nódulo-ulcerativa com pigmentação melânica sendo diagnóstico diferencial do melanoma e outras lesões pigmentadas como queratose seborreica (8, 11, 12).

A combinação de UVA e UVB é muito carcinogênica (5), e de longe o maior fator causal de tumores basocelulares. As cicatrizes e traumatismos também desempenham um papel no desenvolvimento de alguns CBCs. Em uma cicatriz ou área de traumatismo é mais provável que se desenvolva um CEC do que um CBC, porém os CBCs podem aparecer em cicatrizes e queimaduras superficiais.

# Carcinoma de Células

## Escamosas

O Carcinoma de Células Escamosas Primário, Carcinoma Espinocelular ou Epidermóide (CEC) é uma neoplasia maligna das células queratinizantes da epiderme e é o segundo tumor de pele mais comum (4), com prevalência de 20% dentre as malignidades cutâneas.

Assim como os CBCs, os tumores escamosos têm como principal fator de risco a exposição crônica à luz ultravioleta e podem surgir de lesões consideradas pré-malignas, como as queratoses actínicas e a doença de Bowen (um tipo de CEC *in situ*) e de áreas com doenças inflamatórias crônicas (13).

Dentre as doenças inflamatórias tem-se as dermatoses inflamatórias que também podem evoluir para os carcinomas epidermóides cutâneos. Como exemplos temos o lúpus eritematoso discoide, fístula cutânea de osteomielite crônica, acne conglobata, hidradernites supurativas, sinus pilonidal, dentre outras. O CEC também pode se desenvolver em áreas de queimaduras e em úlceras crônicas das pernas. O CEC também já foi descrito em pacientes com certas variantes ictiosicas e tipos dominante e recessivo de epidermólise bolhosa (12). A imunossupressão por fármacos e enfermidades é outro fator importante na predisposição ao surgimento dos CECs. O xeroderma pigmentoso e o albinismo são condições hereditárias predispõe a estes tumores.

Nos carcinomas espinocelulares o risco de metástase (locoregional ou à distância) apesar de incomum é maior que nos tumores basocelulares (CBC), e ocorrem principalmente naqueles localmente avançados, com grande extensão ou infiltração do tecido osteomuscular e em pacientes idosos ou imunocomprometidos.

As áreas de maior acometimento é a pele exposta, principalmente extremidades e face.

# Melanoma

O melanoma é uma neoplasia originada dos melanócitos. É um tumor agressivo e potencialmente letal. Pode se originar em pele sã ou em lesões precursoras como nevos melanocíticos congênitos e nevos atípicos. Ocorre mais comumente entre os 40 e 60 anos de idade, podendo surgir em áreas expostas ou não expostas à exposição solar (5).

O diagnóstico precoce é o método mais eficaz para o sucesso no tratamento dos melanomas. Nestes casos as probabilidades de cura por meio da remoção cirúrgica são muito altas. Para o diagnóstico precoce, o profissional de saúde deve ter conhecimento geral sólido das características clínicas dos melanomas iniciais. Aspectos clínicos dos tipos comuns de lesões pigmentadas, como os nevos atípicos e certos nevos melanocíticos congênitos devem ser diferenciados do melanoma, o que normalmente só é possível com o exame histopatológico. O exame e acompanhamento clínico, a dermatoscopia ou biópsia auxiliam na avaliação dessas lesões pigmentadas.

Importante também é o conhecimento de fatores de risco para o desenvolvimento do melanoma como a cor clara da pele, cabelos e olhos, presença de sardas, múltiplos nevos melanocíticos, excessiva exposição ou queimaduras solares intermitentes na infância e adolescência, além dos antecedentes familiares.

Diversos aspectos clínicos visuais são importantes para o diagnóstico dos melanomas. Além do diagnóstico clínico realizado pela inspeção adequada da pele, existe especialmente no caso dos melanomas, a propedêutica armada através da realização da dermatoscopia. Com o dermatoscópio, que é um aparelho que utiliza uma lente óptica iluminada para ampliação e visualização da pele, analisa-se uma série de estruturas e cores. A dermatoscopia ajuda na diferenciação das lesões pigmentadas benignas e malignas, aumentando a acurácia no diagnóstico do melanoma. Neste Atlas não apresentaremos imagens de dermatoscopia, pois o objetivo é demonstrar as características clínicas dos tumores cutâneos para auxiliar o médico generalista e os profissionais da saúde no diagnóstico dos cânceres de pele.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS LESÕES PIGMENTADAS

As principais características clínicas que diferenciam lesões pigmentadas benignas dos melanomas são conhecidas como regra do ABCD (Assimetria, Bordas irregulares, Cores múltiplas e o Diâmetro). Esta regra foi estudada cientificamente como uma estratégia de educação em saúde na detecção precoce do melanoma (14).

O objetivo da regra do ABCD é aumentar a acurácia diagnóstica por estratégias de comparação analítica (ABCD) e cognitiva (imagem) de reconhecimento do melanoma. A simetria é notória quando se traça uma linha mediana sobre a lesão e nota-se uma imagem correspondente, a assimetria é indicativa de possível melanoma. As bordas de um melanoma tendem a ser irregulares e a coloração variada com tons diferentes de marrom, vermelho, branco e azul. Quando o melanoma deixa de ser plano, formando lesão elevada na pele é sinal de que também está progredindo em profundidade. A profundidade atingida e a espessura da lesão são os parâmetros que definem a gravidade da lesão (12, 15-17). Em tempo mais recente foi incluída a letra E (Evolução), lembrando que a alteração da lesão quando notada é importante para o diagnóstico.

O diagnóstico do melanoma pode ser desafiador devido seu amplo espectro morfológico. Historicamente, há um sistema de classificação de melanoma em que são divididos em subtipos histológicos baseados na morfologia elaborado por Clark e col, enquadrando os subtipos acral, extensivo superficial, nodular, lentigo maligno, mucoso, ocular, desmoplásico e spitzóide. Algumas dessas variantes mostram diferenças relacionadas à genética, apresentação clínica, prognóstico e tratamento (18).

O melanoma lentiginoso acral é um subtipo raro que se forma principalmente na palma das mãos, planta dos pés e base das unhas. Afeta também asiáticos e afro-descendentes e o diagnóstico pode ser tardio, pois simulam lesões benignas (19). O melanoma lentigo maligno acomete mais frequentemente a pele lesada pelo sol, como a face e o colo, e em geral é indolente e evolui durante anos e décadas.

O melanoma extensivo superficial é o mais comum, cerca de 60 % dos casos, tem maior distribuição proximal e no tronco, com crescimento radial mais destacado e pode levar anos para se aprofundar e atingir maior espessura. Podem ser associado a lesão névica prévia.

O subtipo nodular representa 15 a 20% dos melanomas, tem crescimento rápido (alguns meses) e vertical mais pronunciado e com espessura de Breslow mais elevada, também mais comum no tronco e não costumam estar associados com lesões névicas precursoras (5, 11, 20). O melanoma spitzóide assemelha-se clinicamente e histologicamente ao nevo spitzóide, o que torna sua distinção de extrema dificuldade, e frequentemente permanece subdiagnosticado pela variação clínica de sua apresentação e falta de pigmentação. Forma assimétrica, diâmetro acima de 10 mm, lesão de profunda invasão e alto grau de atipia citológica favorecem o diagnóstico de melanoma spitzóide (21). De concordância com a clínica, a caracterização molecular dos melanomas demonstra que espectro de mutações são diferentes nos subtipos de melanomas (22).

# Outras Neoplasias Cutâneas

O Carcinoma de Células de Merkel também é conhecido como tumor neuroendócrino da pele. É um tumor raro, com alto potencial maligno e que acomete as terminações nervosas das papilas dérmicas. Este tipo de tumor cutâneo maligno tem como causa a exposição solar e acomete principalmente idosos. A incidência desta neoplasia aumentou em três vezes nos últimos quinze anos e a mortalidade por causas específicas da doença está em torno de 30-38% em cinco anos (23, 24). Este carcinoma tem apresentação cor vermelho cereja, superfície brilhosa, limite preciso e morfologia nodular como características mais frequentes (25).

O dermatofibrossarcoma embora seja o sarcoma cutâneo mais comum, é um tipo raro de câncer de pele. Esta neoplasia apresenta-se com maior frequência em homens na região do tronco. Normalmente este tumor cutâneo é superficial e possui um diâmetro inferior a 5 centímetros, pode ser indolente e altamente recidivante, com metastatização incomum (26). Apresenta-se clinicamente como uma lesão protuberante ou não-protuberante com aspecto similar a uma cicatriz, cisto benigno ou tumor de pele pigmentado (27).

A Síndrome do nevo basocelular ou Síndrome de Gorlin-Goltz é uma desordem autossômica dominante rara de baixa incidência causada por mutações em células basais. Clinicamente os pacientes possuem múltiplas lesões de CBC principalmente em face, pescoço e dorso que começam a surgir em idade precoce, muitas vezes antes dos 20 anos de idade (28).

O linfoma cutâneo apresenta-se com uma ampla gama de lesões originárias de linfócitos T, NK ou B neoplásicas. Na pele podem surgir como lesões eritemato-papulosas, nodulares, em placas, tumorações ou ulcerações que clinicamente se assemelham a micose fungóide (29).

O carcinoma das glândulas sebáceas, como o próprio nome diz é um tipo de tumor maligno que surge a partir das células epiteliais das glândulas sebáceas. É muitas

vezes diagnosticado como CBC ou CEC. Este tipo de neoplasia acomete mais comumente regiões recobertas por pelos da cabeça e do pescoço de mulheres entre 60 e 80 anos. Clinicamente esta neoplasia apresenta 2 tipos distintos de apresentações: periorbital e extraorbital. Dentre esses, o periorbital é o mais comum, sendo responsável por 70% dos casos e além disso, são mais agressivos, possuem maior risco de metástase e refratariedade, diferentemente do tipo extraorbital que causa geralmente apenas agressão local, além de ser mais raro (30, 31).



**CARCINOMA**

**BASOCELULAR**





Carcinoma basocelular em região parietal direita. Lesão sólida eritematosa, com bordas irregulares, elevadas e de aspecto cilíndrico, com ulceração central extensa e crostas hemáticas aderidas.



Carcinoma basocelular em região malar esquerda. Lesão eritemato-violácea apresentando uma área plana em sua porção superior e uma pápula em sua porção inferior. Entre 12 e 15h nota-se uma pequena ulceração. As bordas são mal delimitadas e irregulares.

Carcinoma basocelular  
em epicanto orbital  
medial esquerdo. Pápula  
levemente eritematosa  
com borda cilíndrica e  
aspecto perolado.



Carcinoma basocelular  
em dorso nasal superior.  
Pápula de aspecto  
perláceo com bordas mal  
delimitadas e irregulares.







Carcinoma basocelular em asa nasal direita.  
Lesão ulcerada com fundo coberto por crosta hemática com bordas irregulares e infiltradas.



Carcinoma basocelular pigmentado em região pré-auricular direita. Lesão pigmentada, infiltrada, com bordas irregulares e cilíndricas e com centro exulcerado. Nota-se também discretas áreas de queratose sobre a lesão e o aspecto perláceo na região superior. O principal diagnóstico diferencial desta lesão é com o melanoma cutâneo.

Carcinoma basocelular em região pré-auricular direita. Nódulo com base infiltrada e eritematosa com centro hiperqueratótico.



Carcinoma basocelular em região frontal esquerda. Lesão em placa, eritematosa, com bordas elevadas, irregulares e com áreas de pigmentação azul-enegrecida. Observa-se também o aspecto perolado ou perláceo das bordas da lesão.



Detalhe ampliado da imagem. Observa-se as áreas de pigmentação azuladas em alguns pontos da lesão, as bordas irregulares e cilíndricas e o aspecto perláceo. Áreas pigmentadas podem ocorrer em todos os subtipos clínicos de CBC.



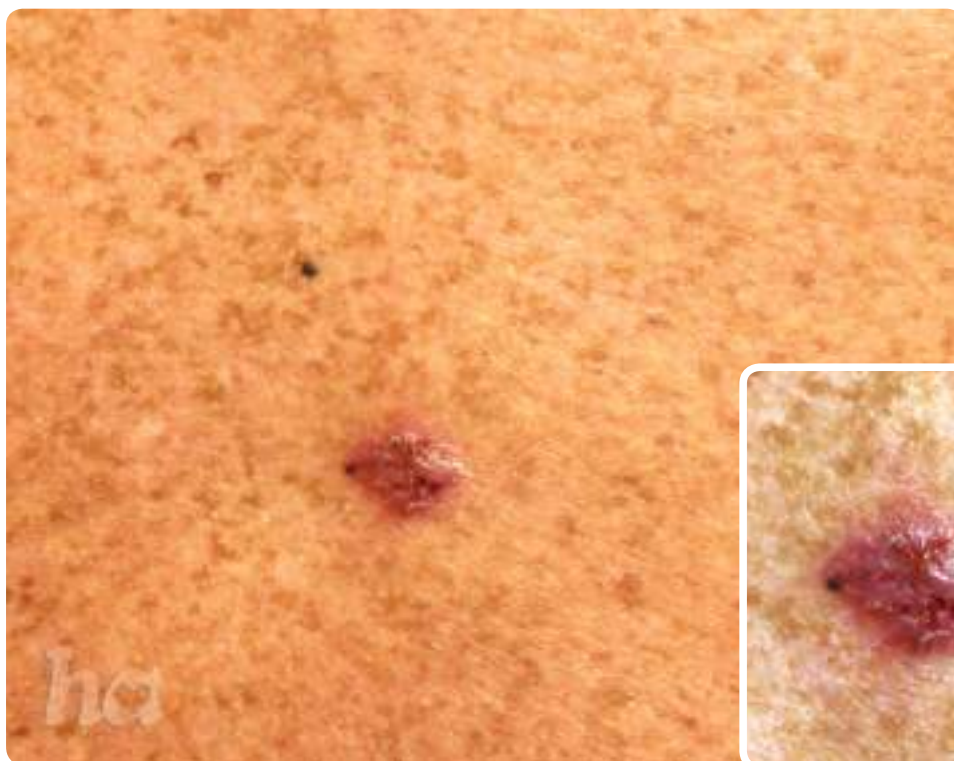




Carcinoma basocelular em região esternal superior. Placa eritemato- violácea com centro ulcerado com crostas aderidas e bordas irregulares.



Detalhe ampliado da imagem mostrando a área ulcerada às 15h e as bordas irregulares da lesão.



Carcinoma basocelular em região dorsal. Lesão eritematosa, infiltrada, com bordas irregulares e aspecto perláceo.



Visão detalhada da imagem anterior.

Carcinoma basocelular  
em região dorsal superior.  
Pápula eritematosa, bem  
delimitada, com bordas  
regulares e aspecto  
perláceo.



Carcinoma basocelular  
em região retro-auricular  
esquerda. Placa de  
aspecto cicatricial  
(esclerodemiforme), mal  
delimitada e com áreas de  
descamação na superfície.







Carcinoma basocelular em canto externo do olho direito. Lesão eritematosa, plana, de aspecto cicatricial, com bordas mal delimitadas e centro levemente queratótico.



Detalhe ampliado da imagem.



Carcinoma basocelular em ombro esquerdo. Placa de aspecto cicatricial com bordas irregulares e mal delimitadas, apresentando 2 lesões nodulares, ambas parcialmente ulceradas. Pode-se observar o aspecto cilíndrico das bordas das lesões nodulares.



Detalhe ampliado da imagem anterior.

Carcinoma basocelular em dorso nasal.  
Extensa placa eritematosa, mal delimitada  
e com telangiectasias. Em sua porção  
superior há uma área ulcerada recoberta  
por tecido necrótico aderido (escara). Na  
porção inferior nota-se uma ulceração com  
aspecto umectante com bordas infiltradas  
e eritematosas.



Detalhe ampliado da imagem.



Carcinoma basocelular  
em região malar direita.  
Placa eritematosa, mal  
delimitada, com bordas  
irregulares. Em sua porção  
inferior observa-se uma  
área papulosa de aspecto  
perolado.



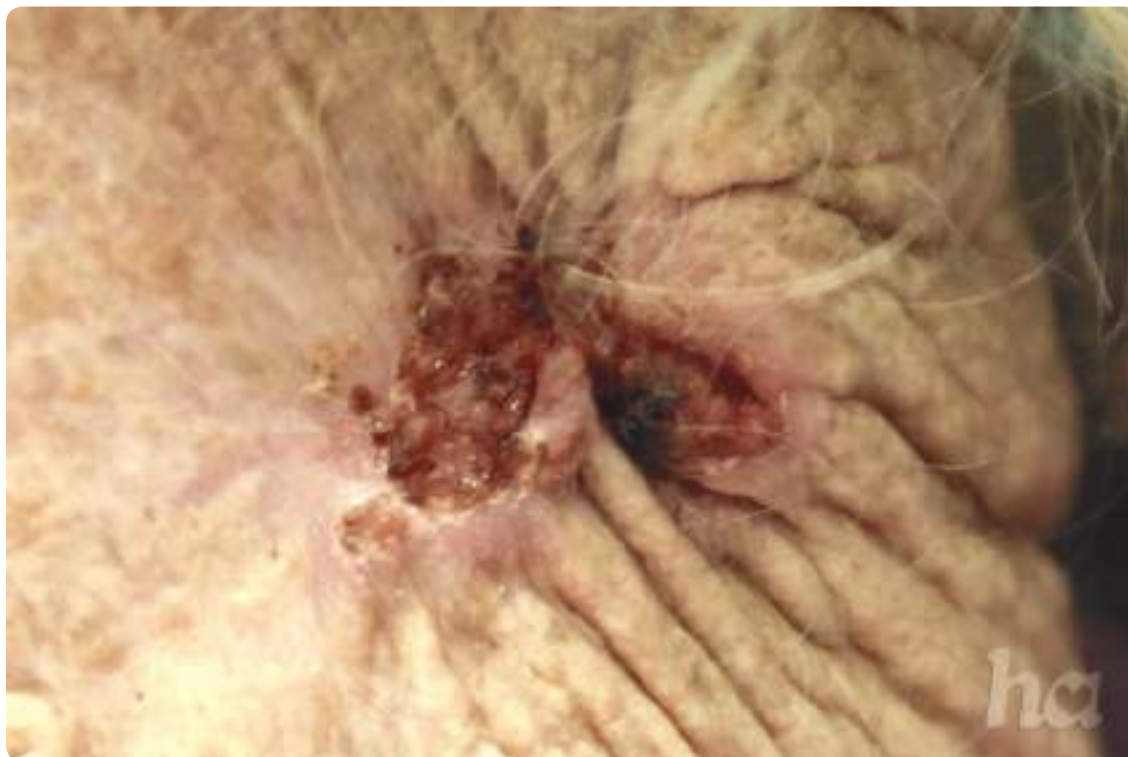






**CARCINOMA**

**ESPINOCELULAR**



Carcinoma espinocelular da região cervical esquerda. Lesão ulcerada com bordas irregulares e infiltradas.



Carcinoma espinocelular em região tibial anterior e dorsal do pé. Lesão vegetante extensa condilomatosa e verrucosa com bordas irregulares e bem delimitadas em área de úlcera crônica de origem vascular.

Carcinoma espinocelular  
em região torácica.  
Lesão ulcerada, com fundo  
eritematoso e bordas  
irregulares e infiltradas.



Carcinoma espinocelular  
em dorso nasal alto direito.  
Nódulo de aspecto violáceo  
e superfície friável, com  
áreas ulceradas e crostas  
hemáticas aderidas.





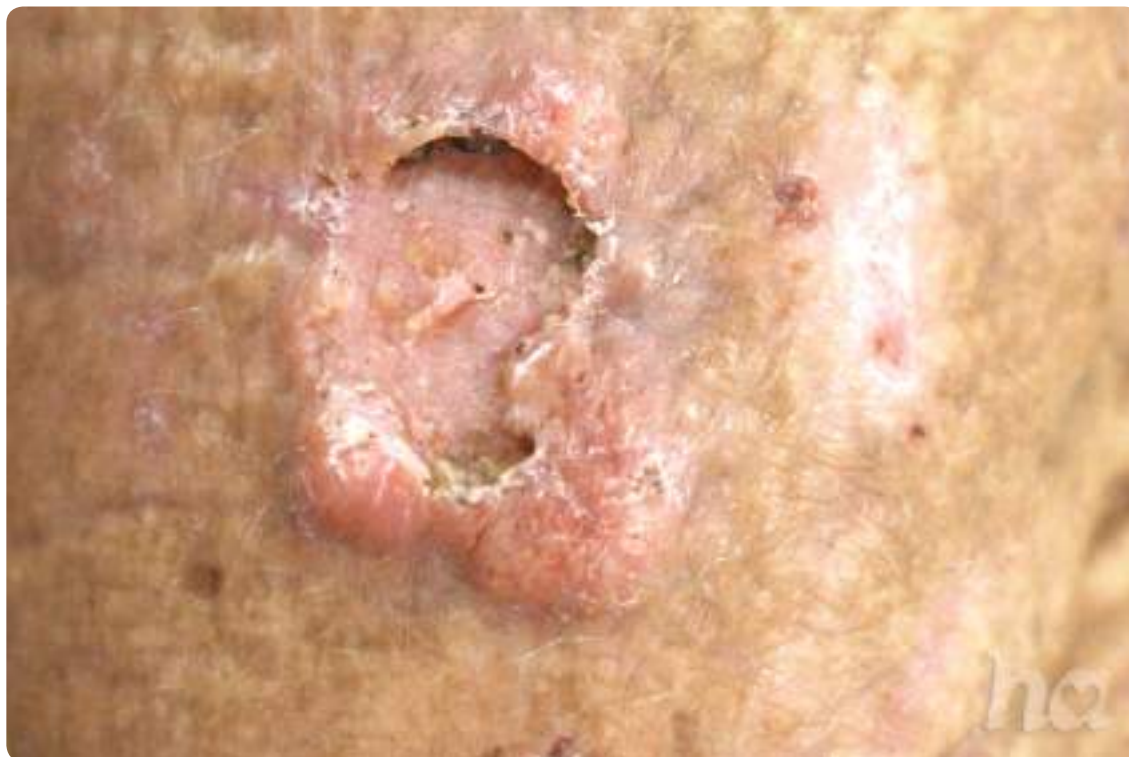


Carcinoma espinocelular em região palpebral inferior direita. Lesão nodular, eritematosa, com bordas infiltradas e centro queratósico.



Carcinoma espinocelular em lóbulo da orelha direita. Pápula de aspecto queratósico com borda eritematosa e infiltrada.

Carcinoma espinocelular  
em antebraço esquerdo.  
Tumoração eritematosa  
com área central plana  
e bordas elevadas,  
infiltradas e irregulares  
localizada em área de pele  
actínica.







# MELANOMA





Melanoma acral lentiginoso. Lesão assimétrica, bordas irregulares, com áreas de pigmentação escurecida e uma ulceração na região plantar do quarto metatarso, medindo 3,2 x 2,0cm estendendo-se para 4º e 5º polidáctilos e 4º espaço interdigital. Índice de Breslow 4,2mm.



Melanoma acral lentiginoso. Nesta imagem pode-se observar o acometimento do quarto espaço interdigital. Outra visão da lesão da imagem anterior.

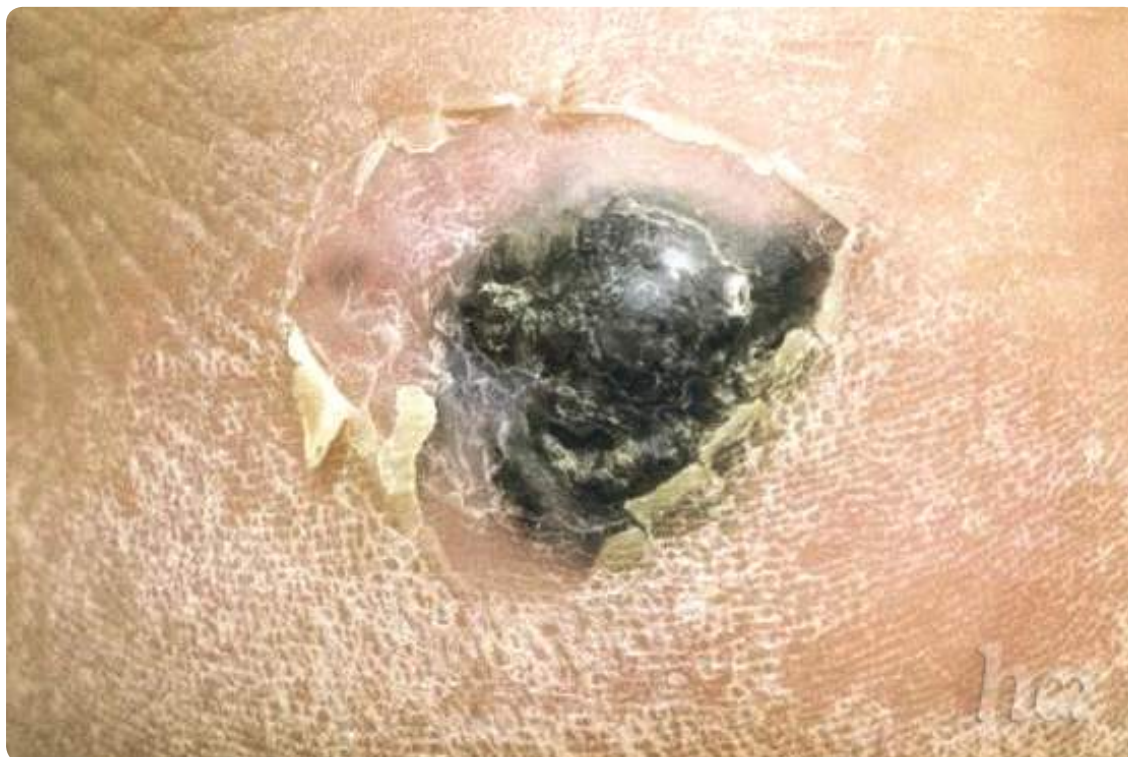
Melanoma acral  
lentiginoso em polegar  
direito. Distrofia  
ungueal total com  
hipercromia completa da  
matriz ungueal e áreas  
hipercrômicas nas bordas  
ungueais  
proximal e laterais (Sinal  
de Hutchinson). Índice de  
Breslow 0,9mm.



Melanoma acral  
lentiginoso em região do  
calcâneo plantar direito.  
Placa de tonalidades  
castanho escuro e preta,  
assimétrica, com bordas  
irregulares, extensa. Índice  
de Breslow 1,7mm.







Melanoma acral  
lentiginoso em região  
plantar calcânea esquerda.  
Lesão enegrecida, nodular,  
com superfície levemente  
queratósica e área com  
ulceração focal. Índice de  
Breslow 4,25mm.



Melanoma acral  
lentiginoso em região  
plantar esquerda. Lesão  
enegrecida, assimétrica,  
irregular, com áreas  
de queratose em sua  
superfície. Índice de  
Breslow 0,48mm.

Melanoma acral  
lentiginoso em 2º  
quirodático da mão  
esquerda. Lesão  
pigmentada acometendo  
o aparelho ungueal, com  
anoníquia e pigmentação  
hipercrômica extendendo-  
se para a prega ungueal  
proximal (Sinal de  
Hutchinson). Índice de  
Breslow 1,0 mm.



hce

Melanoma acral  
lentiginoso em região  
plantar de hálux direito.  
Lesão vegetante,  
enegrecida, parcialmente  
ulcerada e com presença de  
sangramento ativo. Índice  
de Breslow 16 mm.



hce



Melanoma acral  
lentiginoso em região do  
calcâneo esquerdo. Lesão  
pigmentada, extensa,  
plana, assimétrica, bordas  
irregulares e com coloração  
variando de castanho ao  
preto. Índice de Breslow  
1,2 mm.



Melanoma acral  
lentiginoso em região  
plantar esquerda. Lesão  
pigmentada extensa, plana  
e com discreta elevação na  
região central, assimétrica,  
com bordas irregulares  
e apresentando diversas  
cores. Observa-se uma  
área ulcerada na região  
superior da lesão. Índice  
de Breslow 10,0 mm.



Melanoma acral lentiginoso em planta direita. Extensa lesão pigmentada, plana, com marcada assimetria, bordas irregulares e múltiplos cores.



Melanoma acral lentiginoso do 4º quirodáctilo da mão esquerda. Melanoníquia extensa com banda enegrecida acometendo mais de 50% da lâmina ungueal com pigmentação enegrecida das cutículas e borda ungueal proximal (Sinal de Hutchinson). Índice de Breslow 1,0mm



Lesão ampliada da imagem anterior. Nota-se o Sinal de Hutchinson que corresponde a extensão da pigmentação da matriz, leito ungueal e lâmina ungueal à cutícula adjacente e prega ungueal proximal e lateral. Representa a manifestação clínica da fase de crescimento radial do melanoma subungueal.



Melanoma acral lentiginoso em região plantar localizado na base dos 4º e 5º pododáctilos. Lesão ulcerada de coloração castanho escura, com bordas irregulares e infiltradas. Índice de Breslow 3,6 mm.



Melanoma acral lentiginoso em região de calcâneo direito. Extensa lesão enegrecida, plana, assimétrica, mal delimitada, com áreas ulceradas. Índice de Breslow 4,2 mm.

Melanoma extensivo superficial em região dorsal. Lesão pigmentada, extensa, plana e com áreas discretamente elevadas, assimétrica, bordas irregulares e com múltiplas tonalidades. Nota-se que o centro da lesão apresenta hipocromia em relação às suas bordas irregulares. Índice de Breslow 0,9 mm.



Melanoma extensivo superficial em região dorsal. Lesão pigmentada, plana, assimétrica, bordas irregulares e com múltiplas tonalidades. Índice de Breslow 0,4mm.







Melanoma extensivo superficial em ombro esquerdo. Lesão pigmentada castanho-enegrecida, discretamente elevada, assimétrica com bordas supostamente regulares e região central levemente queratósica. Índice de Breslow 2,0 mm.



Melanoma extensivo superficial em ombro esquerdo. Detalhe ampliado da imagem.



Melanoma extensivo superficial in situ (em fase de crescimento radial). A lesão é assimétrica, com bordas irregulares, possui múltiplas cores (preto, vários tons de marrom, azul, cinza, branco e vermelho) e diâmetro grande. Breslow não se aplica.



Melanoma extensivo superficial. Detalhe ampliado da imagem. Nesta imagem a “Regra do ABCD” pode ser evidenciada facilmente.

Melanoma extensivo superficial em região de hemiface esquerda. Lesão hiperocrômica com coloração acastanhada e áreas enegrecidas, extensa, assimétrica e com bordas irregulares. Índice de Breslow 1,0mm



Melanoma extensivo superficial em pavilhão auricular esquerdo. Placa hiperocrômica, acastanhada e enegrecida, assimétrica, bordas irregulares e mal delimitadas. Índice de Breslow 0,5mm.



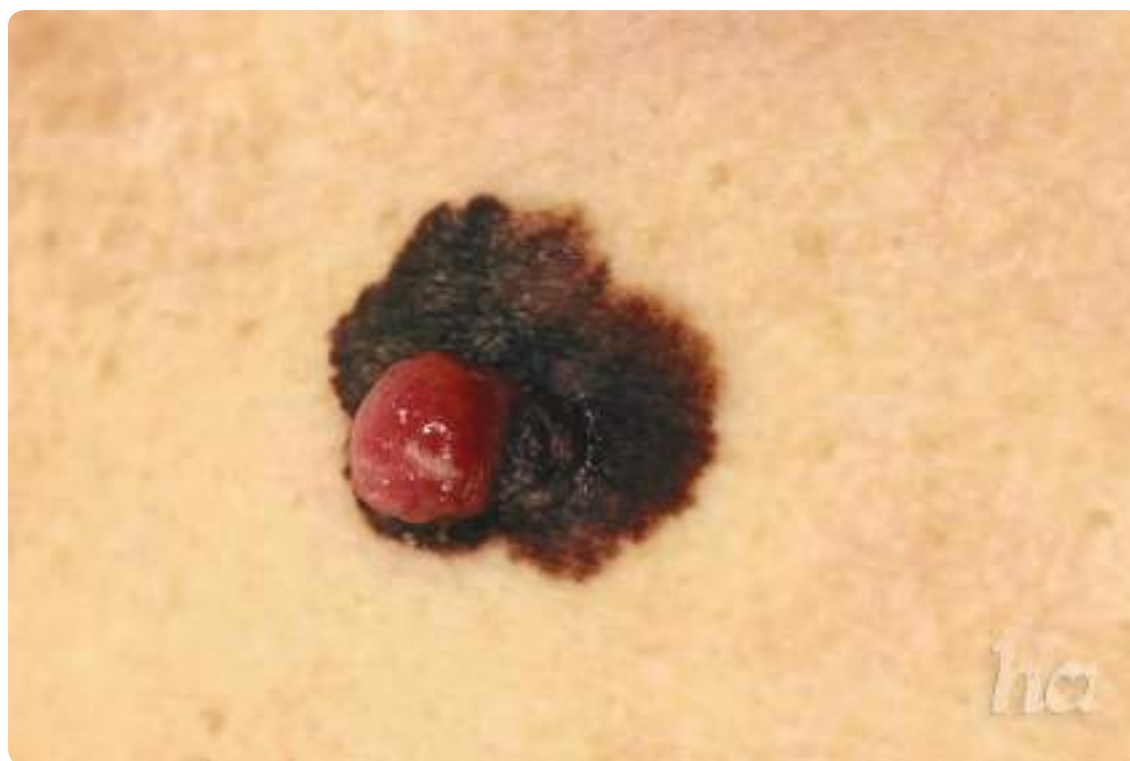




Melanoma extensivo superficial em região dorsal. Lesão pigmentada, assimétrica, com bordas irregulares e múltiplas tonalidades. Observa-se também o diâmetro grande da lesão. Índice de Breslow 1,375 mm.



Melanoma extensivo superficial. Detalhe ampliado da imagem.



Melanoma extensivo superficial com componente nodular em região mamilar esquerda. Lesão de cor marrom-escuro plana, com nódulo eritematoso e de aspecto friável próximo ao mamilo, assimétrica, com bordas irregulares. Índice de Breslow 8,8 mm.

Melanoma extensivo superficial em região escapular esquerda. Lesão pigmentada plana, com áreas discretamente elevadas (papulosas), assimétrica, bordas irregulares e com multiplicidade de cores (vários tons de marrom, preto, rosa). Índice de Breslow 1,2 mm.



Melanoma extensivo superficial com componente nodular da região escapular direita. Lesão pigmentada plana e com área papulosa, assimétrica, com várias cores e bordas irregulares. Índice de Breslow 1,4 mm.



Detalhe ampliado do tamanho original da imagem.





Melanoma extensivo superficial em região dorsal à direita. Extensa lesão pigmentada, com bordas discretamente elevadas e irregulares e centro mais plano, nitidamente assimétrica, apresentando múltiplas cores. A lesão está associada à nevo melanocítico pré-existente. Índice de Breslow 2,6 mm.



Melanoma extensivo superficial em região esternal. Lesão enegrecida, plana, assimétrica, com bordas irregulares e de coloração pardo-enegrecida. Índice de Breslow 0,35 mm.



Melanoma extensivo superficial em região retroauricular esquerda. Extensa lesão pigmentada, assimétrica e com bordas irregulares, apresentando múltiplas tonalidades (preto, cinza-azulado, vários tons de marrom). Índice de Breslow 2,7 mm.



Melanoma extensivo superficial. Lesão pigmentada, com áreas discretamente elevadas, assimétrica, bordas irregulares e com múltiplas cores. Índice de Breslow 0,4 mm.

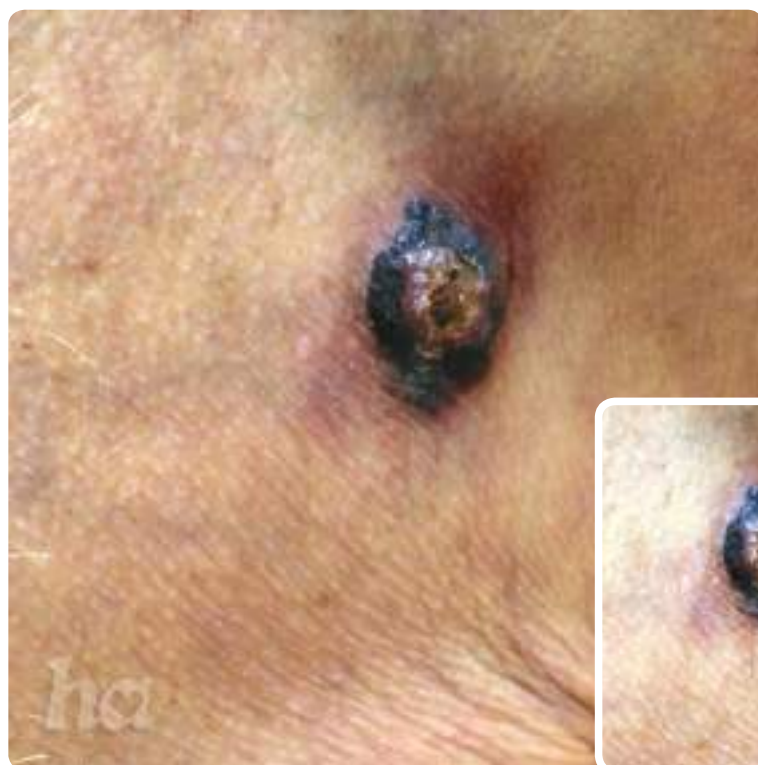


Melanoma extensivo superficial. Visão detalhada da imagem.





Melanoma extensivo superficial em região tricipital de braço esquerdo. Lesão de cor castanho-enebecida, plana, simétrica e com bordas levemente irregulares. Índice de Breslow 0,85 mm.



Melanoma extensivo superficial com componente nodular em região peitoral esquerda. Lesão pigmentada, com centro nodular, eritematoso e com superfície ulcerada e bordas irregulares e com coloração enegrecida. Índice de Breslow 8,6 mm.



Melanoma extensivo superficial em região peitoral esquerda. Detalhe ampliado da imagem.



Melanoma extensivo superficial em região mandibular direita. Lesão pigmentada de cor cinza-azulado, composta por áreas maculosa e papulosa com superfície parcialmente ulcerada em sua região inferior, assimétrica e com bordas irregulares e mal delimitadas. Índice de Breslow 3,3 mm.



Melanoma extensivo superficial em face medial da perna direita. Lesão plana, assimétrica, com bordas irregulares e com múltiplas cores. Apresenta área de despigmentação branca na região superolateral da lesão o que representa clinicamente área de regressão. Índice de Breslow 1,0 mm.





Melanoma extensivo superficial em região de antebraço direito. Lesão pigmentada, assimétrica, plana, com bordas irregulares e múltiplas cores. Apresenta centro despigmentado de cor esbranquiçada com discreta ulceração. Índice de Breslow 0,28 mm.

Melanoma extensivo superficial em região do flanco direito. Lesão eritêmato-violácea com pigmentação enegrecida excêntrica às 15h, com área nodular, assimétrica, com bordas irregulares e com múltiplas tonalidades. Índice de Breslow 1,9 mm.

Melanoma extensivo superficial em região cervical esquerda. Lesão pigmentada, plana, assimétrica, bordas irregulares e com múltiplas tonalidades, inclusive com uma área de despigmentação branca em sua região esquerda que clinicamente sugere uma área de regressão. Índice de Breslow 0,45 mm.



Melanoma do tipo extensivo superficial em região anterior da perna direita. Lesão pigmentada assimétrica, com bordas irregulares de múltiplas tonalidades e centro papuloso. Índice de Breslow 1,35mm.



Detalhe ampliado da imagem.







Melanoma extensivo superficial em região periareolar direita. Extensa lesão pigmentada, assimétrica, com bordas irregulares e mal delimitadas, apresentando múltiplas cores e com centro despigmentado de cor esbranquiçada. Índice de Breslow 2,85 mm.



Melanoma do tipo extensivo superficial com componente nodular no ombro esquerdo. Lesão pigmentada extensa, assimétrica, com bordas irregulares e com múltiplas cores. Há áreas maculares e áreas com placas elevadas. Observa-se área de regressão na região superior da lesão.

Melanoma nodular em região frontal. Nódulo azul-enegrecido, irregular, com áreas de superfície ulcerada. Índice de Breslow 11,2mm.



Melanoma nodular em região retro-auricular direita. Nódulo enegrecido, parcialmente ulcerado, com bordas planas e irregulares. Observa-se várias micropápulas de cor enegrecida na periferia da lesão (satelitose), sendo que algumas estão distantes em mais de 2 cm da lesão primária (metástase em trânsito). Estas lesões periféricas correspondem a metástase local do melanoma. Índice de Breslow 7,0 mm.







Melanoma nodular em região axilar esquerda. Lesão acastanhada, plana, discretamente elevada, simétrica, com bordas aparentemente regulares. Índice de Breslow 3,25 mm.



Melanoma nodular em região dorsal. Lesão nodular, de coloração vinhosa, com áreas superficialmente ulceradas. Índice de Breslow 12.mm. Visão frontal.



Melanoma nodular em região dorsal. Detalhe ampliado da imagem. Visão lateral.

Melanoma nodular em região de braço direito. Lesão pigmentada, assimétrica, com componente maculoso em sua porção direita e nodular com superfície ulcerada em sua porção esquerda. As bordas são irregulares e há uma multiplicidade de cores presentes. Índice de Breslow 11 mm.  
Visão frontal.



Melanoma nodular em região de braço direito. Detalhe ampliado da imagem.  
Visão perfil.



Melanoma Lentigo Maligno em região labial superior esquerda. Lesão pigmentada, com variados tons de castanho, plana, assimétrica e com bordas levemente irregulares.





Lentigo maligno melanoma em região malar esquerda. Tumoração enegrecida com presença de ulceração e sangramento em atividade. Na região superior da lesão, pode-se observar uma área macular cinza-azulada. Índice de Breslow 4,1 mm.



Lentigo maligno melanoma em região zigomática esquerda. Lesão acastanhada extensa, plana, assimétrica e com bordas ligeiramente irregulares. Observa-se várias tonalidades de marrom e preto na lesão.



Melanoma *in situ* residual  
em parede torácica  
anterior esquerda.  
Lesão pigmentada de  
cor castanho-escuro,  
porém com áreas  
rosadas entremeadas,  
discretamente elevada,  
assimétrica e com bordas  
irregulares.



Melanoma *in situ* em face  
anterior de antebraço  
esquerdo.  
Lesão pigmentada de  
cor acastanhada, plana,  
com discreta elevação,  
nitidamente assimétrica,  
com bordas irregulares.  
Esta lesão estava associada  
a um a nevo displásico.







Melanoma *in situ* residual em região de aréola mamilar esquerda. Lesão assimétrica, bordas irregulares e mal delimitadas, apresentando múltiplas cores. Visão frontal.



Melanoma *in situ* residual em região de aréola mamilar esquerda. Detalhe ampliado da imagem.



Melanoma metastático em face anterior da perna esquerda. Múltiplas pápulas de coloração azul-escuro, preto e violáceas, medindo de 1 a 5 mm, agrupadas, sobre placa eritemato-infiltrada.

Melanoma metastático com extenso envolvimento cutâneo e disseminação subcutânea acometendo o hemitórax esquerdo, ombro e braço esquerdos. Extensa lesão eritemato-infiltrada com áreas de pigmentação azul-acinzentada formando placas.



Melanoma metastático em região fronto-temporal esquerda. Pápulas e nódulos de cor cinza-azulados.







Metástase em trânsito de melanoma em região medial da perna direita. A lesão primária localizava-se na região plantar do pé direito. Observa-se inúmeras pápulas de tonalidade azul-escura, variando de 1 a 4 mm, agrupadas, estendendo-se pela região medial da perna e da coxa direitas.



Melanoma de mucosa conjuntival do olho esquerdo localmente avançado. Nota-se nitidamente a nodulação de cor azul-escuro de cerca de 12 mm com neovascularização

Melanoma da mucosa vaginal in situ. Extensa lesão pigmentada acometendo pequenos lábios e grande lábio direito e clitóris, assimétrica, com bordas mal delimitadas, apresentando diversas cores. Havia uma área nodular invasiva onde foi realizada a biópsia incisional. Breslow não se aplica.



Melanoma desmoplásico em região dorsal do 2º pododáctilo esquerdo. Lesão hiperocrômica com áreas maculosas e papulosas, assimétrica, bordas irregulares, com múltiplas tonalidades. Esta lesão estendia-se do dorso do 2º pododáctilo ao 2º espaço interdigital, lateral do 3º pododáctilo esquerdo até a região plantar. Visão dorsal.



Detalhe ampliado do acometimento da região plantar.







Melanoma em região dorsal. Lesão pigmentada, plana com área discretamente papulosa, assimétrica, com bordas irregulares e com múltiplas cores. Índice de Breslow 0,9 mm.



Melanoma localmente recidivado em região dorsal. Múltiplas lesões papulosas enegrecidas, irregulares, dispostas sobre cicatriz prévia de exérese de melanoma.

Melanoma nevíde em região temporal esquerda.

Lesão pigmentada enegrecida, papulosa com superfície verrucosa, assimétrica, com bordas discretamente irregulares. Índice de Breslow 1,5 mm.





# Referências

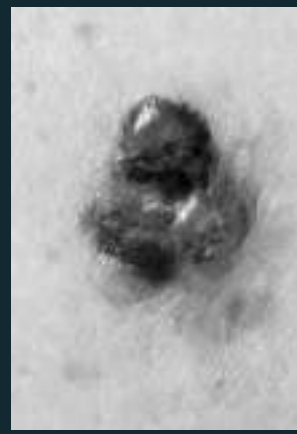
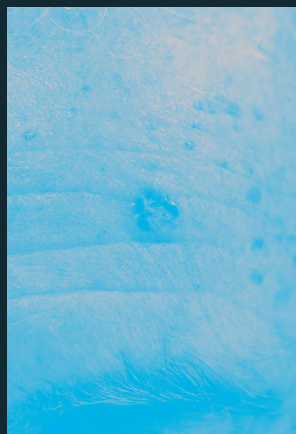
## Bibliográficas

1. Junqueira LCU, Carneiro J. Histologia basica: texto y atlas: Editorial Médica Panamericana; 2015.
2. Shen J, Wan J, Huff C, Fang S, Lee JE, Zhao H. Mitochondrial DNA 4977-base pair common deletion in blood leukocytes and melanoma risk. *Pigment cell & melanoma research*. 2016;29(3):372-8.
3. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2018;68(6):394-424.
4. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.
5. Sampaio S, Rivitti E. *Dermatologia*. 3. edição. São Paulo: Editora Artes Médicas; 2007.
6. Mihajlovic M, Vlajkovic S, Jovanovic P, Stefanovic V. Primary mucosal melanomas: a comprehensive review. *International journal of clinical and experimental pathology*. 2012;5(8):739-53.
7. Popim RC, Corrente JE, Marino JA, de Souza CA. [Skin cancer: use of preventive measures and demographic profile of a risk group in the city of Botucatu]. *Ciencia & saude coletiva*. 2008;13(4):1331-6.
8. Kauvar AN, Cronin T, Jr., Roenigk R, Hruza G, Bennett R, American Society for Dermatologic S. Consensus for nonmelanoma skin cancer treatment: basal cell carcinoma, including a cost analysis of treatment methods. *Dermatologic surgery : official publication for American Society for Dermatologic Surgery [et al]*. 2015;41(5):550-71.



9. Furdova A, Horkovicova K, Babal P, Kobzova D, Ondrusova M. [Non-melanotic Tumors of the Eyelids Skin and Inner Corner - Basocellular Carcinoma]. Ceska a slovenska oftalmologie : casopis Ceske oftalmologicke spolecnosti a Slovenske oftalmologicke spolecnosti. 71(6):293-301.
10. Chinem VP, Miot HA. Epidemiologia do carcinoma basocelular. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2011;292-305.
11. Tovo L, Festa-Neto C, Castro C, Sampaio S. Carcinoma basocelular. Projeto Diretrizes. 2002;3.
12. Rigel DS. Cancer of the skin. 2nd ed. Edinburgh? ; New York?: Elsevier Saunders; 2011. xv, 698 p. p.
13. Revenga Arranz F, Paricio Rubio JF, Mar Vazquez Salvado M, del Villar Sordo V. Descriptive epidemiology of basal cell carcinoma and cutaneous squamous cell carcinoma in Soria (north-eastern Spain) 1998-2000: a hospital-based survey. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV. 2004;18(2):137-41.
14. Friedman RJ, Rigel DS, Kopf AW. Early detection of malignant melanoma: the role of physician examination and self-examination of the skin. CA: a cancer journal for clinicians. 1985;35(3):130-51.
15. Vazquez Vde L, Silva TB, Vieira Mde A, de Oliveira AT, Lisboa MV, de Andrade DA, et al. Melanoma characteristics in Brazil: demographics, treatment, and survival analysis. BMC research notes. 2015;8:4.
16. Aldridge RB, Zanutto M, Ballerini L, Fisher RB, Rees JL. Novice identification of melanoma: not quite as straightforward as the ABCDs. Acta dermato-venereologica. 2011;91(2):125-30.
17. Girardi S, Gaudy C, Gouvernet J, Teston J, Richard MA, Grob JJ. Superiority of a cognitive education with photographs over ABCD criteria in the education of the general population to the early detection of melanoma: a randomized study. International journal of cancer. 2006;118(9):2276-80.
18. Scolyer RA, Long GV, Thompson JF. Evolving concepts in melanoma classification and their relevance to multidisciplinary melanoma patient care. Molecular oncology. 2011;5(2):124-36.
19. Goydos JS, Shoen SL. Acral lentiginous melanoma. Melanoma: Springer; 2016. p. 321-9.

20. Schadendorf D, Kochs C, Livingstone E. Handbook of cutaneous melanoma: Springer; 2014.
21. Kim HY, Yoon JH, Cho EB, Park EJ, Kim KH, Kim KJ. A case of spitzoid melanoma. *Annals of dermatology*. 2015;27(2):206-9.
22. Davies MA, Gershenwald JE. Targeted therapy for melanoma: a primer. *Surgical oncology clinics of North America*. 2011;20(1):165-80.
23. Cassler NM, Merrill D, Bichakjian CK, Brownell I. Merkel Cell Carcinoma Therapeutic Update. *Current treatment options in oncology*. 2016;17(7):36.
24. Nghiem P, Kaufman HL, Bharmal M, Mahnke L, Phatak H, Becker JC. Systematic literature review of efficacy, safety and tolerability outcomes of chemotherapy regimens in patients with metastatic Merkel cell carcinoma. *Future oncology*. 2017;13(14):1263-79.
25. Miranda S, Gbaguidi X, Carvalho P, Chassagne J. Merckel cell carcinoma: the impact of multidisciplinary management. *The journal of nutrition, health & aging*. 2013;17(2):196-8.
26. Acosta AE, Velez CS. Dermatofibrosarcoma Protuberans. *Current treatment options in oncology*. 2017;18(9):56.
27. Socoliuc C, Zurac S, Andrei R, Staniceanu F. A review of morphological aspects in dermatofibrosarcoma protuberans with clinicopathological correlations. *Romanian journal of internal medicine = Revue roumaine de medecine interne*. 2014;52(4):239-50.
28. Vieira E, Abbade LPF, Marques SA, Marques MEA, Stolf HO. Síndrome de Gorlin. *Rev Diagnóstico e Tratamento*. 2012;17(3):110-4.
29. Harrington L, Sokol L, Holdener S, Shao H, Zhang L. Cutaneous gamma-delta T-cell lymphoma with central nervous system involvement: report of a rarity with review of literature. *Journal of cutaneous pathology*. 2014;41(12):936-43.
30. Dowd MB, Kumar RJ, Sharma R, Murali R. Diagnosis and management of sebaceous carcinoma: an Australian experience. *ANZ journal of surgery*. 2008;78(3):158-63.
31. Pickford MA, Hogg FJ, Fallowfield ME, Webster MH. Sebaceous carcinoma of the periorbital and extraorbital regions. *British journal of plastic surgery*. 1995;48(2):93-6.



ha  
hospital  
de amor  
barretos

