

# BMJ Best Practice

## Visão geral do câncer de pele

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# **Tabela de Conteúdos**

<b>Introdução</b>	<b>3</b>
<b>Doenças</b>	<b>4</b>
<b>Nível de evidência</b>	<b>7</b>
<b>Referências</b>	<b>8</b>
<b>Imagens</b>	<b>10</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>15</b>

## Introdução

Câncer de pele é o tipo de câncer mais comum no mundo todo. Os possíveis fatores de risco incluem exposição à luz solar ou radiação ultravioleta (UV; por exemplo, câmaras de bronzamento artificial), infecção viral (por exemplo, vírus do papiloma humano [HPV]), pele clara, presença de grandes números ou alguns tipos de nevos (verrugas), exposição a arsênico, imunossupressão, algumas doenças genéticas (por exemplo, xeroderma pigmentoso) e história familiar de câncer de pele.

## Doenças

### ◇ Carcinoma basocelular

» veja nossa abrangente cobertura sobre [Carcinoma basocelular](#)

A malignidade mais comum nos EUA, Austrália e Europa.[1] Em geral, apresenta-se na forma de pápulas e/ou placas peroladas; crostas que não cicatrizam; pequenas crostas e feridas que não cicatrizam; placas, nódulos e tumores com bordas arredondadas; ou pápulas com telangiectasias associadas.[2] [3] [Fig-1]

Fortes fatores de risco incluem exposição à radiação ultravioleta do sol (não câmaras de bronzamento), terapia superficial de raios-X prévia (por exemplo, tratamento contra acne), exposição a arsênico (por exemplo, em água contaminada de poços artesianos),[4] xeroderma pigmentosum, síndrome de Gorlin-Goltz e história de transplante (particularmente de órgão sólido). Metástases e lesões avançadas são incomuns.

O tratamento geralmente é cirúrgico, localmente destrutivo (curetagem e eletrodissecação, radioterapia) e, para alguns carcinomas basocelulares superficiais, criocirurgia ou terapia tópica com 5-fluoruracila ou imiquimode é usada.[5] A escolha do tratamento depende do tamanho, do local, do número, do subtipo, da profundidade de invasão e da margem tecidual da lesão (se submetida à biópsia).[6]

### ◇ Carcinoma de células escamosas

» veja nossa abrangente cobertura sobre [Carcinoma de células escamosas](#)

Ele varia de tumores in situ a tumores invasivos e doença metastática. Pode se manifestar como uma ferida que não cicatriza, geralmente atribuída a trauma pelo paciente. Os tipos incluem CCE in situ (doença de Bowen), CCE invasivo e CCE metastático (ou agressivo). Os tumores in situ normalmente se manifestam como placas finas, da cor da pele ou eritematosas e escamosas, enquanto os CCEs invasivos podem se manifestar como tumores exofíticos ou úlceras.

[Fig-2]

Os tumores podem ser friáveis e sangrar com facilidade e, na maioria das vezes, localizam-se em áreas da pele que ficam expostas ao sol, como cabeça e pescoço (84%) e membros superiores extensores (13%).[7]

Fortes fatores de risco incluem exposição à radiação ultravioleta (UV), imunossupressão, genodermatose (por exemplo, albinismo oculocutâneo) e idade avançada. Os principais fatores de diagnóstico incluem um tumor que aumenta de tamanho com o passar do tempo e idade avançada (>40 anos). Os pacientes mais velhos têm uma história mais longa de exposição ao sol/radiação UV e também menor vigilância imunológica e detecção de tumores reduzida.[8]

Os métodos usados para tratar o carcinoma de células escamosas (CCE) variam dependendo do tipo, tamanho e local do tumor, história do paciente e médico responsável. O tratamento pode ser cirúrgico, localmente destrutivo (crioterapia, eletrocautério, terapia fotodinâmica) ou farmacológico.[9] Além disso, filtro solares com proteção contra raios ultravioleta (UV)-A e UV-B ou bloqueadores solares devem ser recomendados para prevenção secundária.1[B]Evidence De modo similar, a proteção física contra o sol com roupas e chapéus e evitar o sol devem ser enfatizados.[14] [15]

## ◇ Melanoma

» veja nossa abrangente cobertura sobre Melanoma

Um tumor maligno que surge de melanócitos produtores de pigmento encontrados na pele, nos olhos e no sistema nervoso central (SNC). Existem diversas variações. Apresenta-se tipicamente como uma lesão pigmentada profunda que é recente ou muda de tamanho, forma ou cor.[16] [17]  
[Fig-3]

O melanoma é mais comum em lugares do corpo que receberam exposição intensa e intermitente à luz solar/radiação ultravioleta (UV) (por exemplo, nas costas dos homens e nas pernas das mulheres com exposição ao sol somente nas férias).[18] Isso é diferente do que acontece com o carcinoma basocelular e o carcinoma de células escamosas. Câmaras de bronzeamento artificial e solários têm sido correlacionados positivamente ao melanoma.[19] A probabilidade de doença metastática como complicação é alta e, em adultos jovens, o melanoma é uma causa comum de morte relacionada ao câncer.

Assim que o diagnóstico de melanoma maligno cutâneo primário for estabelecido, o padrão de cuidado será a excisão completa da malignidade com uma margem adequada, dependendo da profundidade de Breslow. As metas do tratamento consistem em remover o tumor primário e prevenir a doença persistente, a recorrência local e, em última análise, a doença metastática. Metástases são tratadas dependendo do local (nodal, em trânsito ou sistêmico).

## ◇ Sarcoma de Kaposi

» veja nossa abrangente cobertura sobre Sarcoma de Kaposi

Uma neoplasia vasoformadora de baixo grau associada a infecção por herpes-vírus humano tipo 8 (HHV-8) ou herpes-vírus do sarcoma de Kaposi (HVS-K).[20] As lesões costumam envolver locais mucocutâneos, mas podem se estender e acabar envolvendo linfonodos e órgãos viscerais. As lesões cutâneas evoluem de uma mancha inicial para uma placa e, mais tarde, para nódulos tumorais ulcerativos.  
[Fig-4]

Há 4 subtipos principais: sarcoma de Kaposi associado a síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) epidêmica, esporádico clássico, iatrogênico e associado a transplantes e endêmico africano. Nas pessoas positivas para vírus da imunodeficiência humana (HIV), a terapia antirretroviral altamente ativa (HAART) sem interrupções de tratamento pode ajudar a evitar o sarcoma de Kaposi ou resultar em uma manifestação menos agressiva. Os pacientes com AIDS e sarcoma de Kaposi devem aderir a um esquema antirretroviral efetivo e sem interrupções para evitar a progressão da doença e/ou o desenvolvimento de novas lesões. Os esquemas baseados em inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNNs) são tão efetivos quanto os esquemas baseados em inibidores da protease (IP) no que diz respeito à proteção.[21]

A terapia é administrada para alívio dos sintomas, para evitar a progressão da doença e por motivos cosméticos. O tratamento é individualizado de acordo com o prognóstico e o desfecho desejado da terapia. As opções de tratamento são semelhantes para cada uma das formas epidemiológicas do sarcoma de Kaposi, mas talvez precisem ser adaptadas de acordo com a disponibilidade do medicamento em situações com poucos recursos. Os cuidados de suporte podem ser necessários em pacientes gravemente doentes.

## ◇ Linfoma cutâneo de células T

» veja nossa abrangente cobertura sobre [Linfoma cutâneo de células T](#)

Grupo heterogêneo de distúrbios incomuns caracterizados pelo acúmulo clonal de linfócitos T principal ou exclusivamente na pele. A micose fungoide e sua variante leucêmica, a síndrome de Sézary, são os subtipos mais comuns. Estabelecer um diagnóstico costuma ser difícil, pois a doença pode se manifestar de várias formas diferentes, incluindo manchas planas, manchas salientes, tumores grandes e/ou eritroderma acentuado (vermelhidão intensa e disseminada da pele).

[Fig-5]

O diagnóstico se baseia em achados clínicos, biópsia de pele e exames de sangue laboratoriais, e geralmente requer a análise de um especialista. No estágio inicial, a doença geralmente é tratada com uma terapia direcionada para a pele (medicamentos tópicos, fototerapia e radioterapia localizada). Se a doença de pele for extensa ou refratária ou o paciente apresentar doença em estágio avançado, frequentemente serão necessárias terapias sistêmicas (quimioterapia, terapia biológica ou imunológica, fotoférese). Ensaios clínicos podem ser considerados na doença em estágio inicial e em estágio avançado se o paciente for um candidato adequado. A escolha entre terapia direcionada para a pele ou tratamento sistêmico geralmente depende da preferência do médico e do paciente, pois não foi demonstrado que uma opção de tratamento seja superior à outra.

## ◇ Ceratose actínica

» veja nossa abrangente cobertura sobre [Ceratose actínica](#)

As lesões são da cor da pele, amareladas ou eritematosas, mal definidas, com forma irregular, pequenas máculas escamosas ou placas localizadas em áreas do corpo expostas ao sol (por exemplo, rosto, lábio inferior, dorso das mãos, antebraços, áreas glabras do couro cabeludo e orelhas).

[Fig-6]

Tipicamente, elas ocorrem em homens de meia-idade ou mais velhos com pele de cor clara e uma história de exposição solar crônica. Tem o potencial para evoluir para um carcinoma de células escamosas (CCE) invasivo. Calcula-se que o risco de progressão para CCE está entre 0.025% e 16% ao ano.[22] [23] Apesar de clinicamente diagnosticado, a biópsia pode ajudar a descartar o CCE.

Como é muito difícil prever a lesão de ceratose actínica (CA) que pode evoluir para CCE, a recomendação é tratar todas as CAs.[24] As opções de tratamento devem ser escolhidas dependendo de variáveis como número, tamanho, local anatômico, mudança no padrão de crescimento e tratamento prévio das lesões. O objetivo do tratamento é a destruição total das CAs, para minimizar o risco de evolução para CCE invasivo e obter o melhor desfecho satisfatório do ponto de vista cosmético. O tratamento consiste em métodos destrutivos (por exemplo, crioterapia com nitrogênio líquido, curetagem com ou sem eletrocoagulação, peelings químicos e terapia fotodinâmica) ou medicamento tópico (por exemplo, fluoruracila tópica, imiquimode, diclofenaco ou mebutato de ingenol). Além disso, todos os pacientes devem ser orientados a usar protetor solar de amplo espectro, independentemente do tratamento.

## ◇ Queimadura de sol

» veja nossa abrangente cobertura sobre [Queimadura de sol](#)

A queimadura de sol é uma reação inflamatória aguda da pele induzida por exposição excessiva à radiação ultravioleta. Os achados cutâneos incluem eritema e edema, com ou sem vesiculação, seguidos por descamação. Os sintomas incluem dor e/ou prurido. A queimadura solar aguda é uma afecção autolimitada e, geralmente, requer apenas cuidados de suporte. A prevenção primária ao evitar o sol, proteger-se fisicamente e usar de forma apropriada o filtro solar é fundamental para tratar essa afecção, já que o dano celular causado pela radiação UV é irreversível e pode, com o tempo, aumentar o risco de câncer de pele. Nenhum dos tratamentos atuais pode reverter os danos no ácido desoxirribonucleico (DNA) da pele induzidos por radiação UV.[25]

## Nível de evidência

1. Taxas de incidência de carcinoma de células escamosas (CCE): existem evidências de qualidade moderada de que o uso diário de protetor solar é mais eficaz na redução da incidência de CCE e do risco de novas ceratoses solares em comparação com o uso arbitrário ou o placebo.[\[10\]](#) [\[11\]](#) [\[12\]](#) [\[13\]](#)  
**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

## Artigos principais

## Referências

1. Sterry W; European Dermatology Forum Guideline Committee. Guidelines: the management of basal cell carcinoma. *Eur J Dermatol.* 2006 Spet-Oct;16(5):467-75.
2. Lear W, Dahlke E, Murray CA. Basal cell carcinoma: review of epidemiology, pathogenesis, and associated risk factors. *J Cutan Med Surg.* 2007 Jan-Feb;11(1):19-30.
3. Raasch BA, Buettner PG, Garbe C. Basal cell carcinoma: histological classification and body-site distribution. *Br J Dermatol.* 2006 Aug;155(2):401-7.
4. Yu HS, Liao WT, Chai CY. Arsenic carcinogenesis in the skin. *J Biomed Sci.* 2006 Sep;13(5):657-66.
5. Bath-Hextall FJ, Perkins W, Bong J, et al. Interventions for basal cell carcinoma of the skin. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jan 24;(1):CD003412. [Texto completo](#)
6. Miller SJ, Alam M, Andersen J, et al; National Comprehensive Cancer Network. Basal cell and squamous cell skin cancers. *J Natl Compr Canc Netw.* 2007 June;5(5):506-29.
7. Rundel RD. Promotional effects of ultraviolet radiation on human basal and squamous cell carcinoma. *Photochem Photobiol.* 1983 Nov;38(5):569-75.
8. Yarbrow JW, Page DL, Fielding LP, et al. American Joint Committee on Cancer prognostic factors consensus conference. *Cancer.* 1999 Dec 1;86(11):2436-46.
9. Motley RJ, Preston PW, Lawrence CM; British Association of Dermatologists. Multi-professional guidelines for the management of the patient with primary cutaneous squamous cell carcinoma. 2009 [internet publication]. [Texto completo](#)
10. Lin JS, Eder M, Weinmann S. Behavioral counseling to prevent skin cancer: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2011;154:190-201.
11. Green A, Williams G, Neale R, et al. Daily sunscreen application and betacarotene supplementation in prevention of basal-cell and squamous-cell carcinoma of the skin: a randomised controlled trial. *Lancet.* 1999;345:723-729.
12. Thompson SC, Jolley D, Marks R. Reduction of solar keratoses by regular sunscreen use. *N Engl J Med.* 1993;329:1147-1151. [Texto completo](#)
13. Darlington S, Williams G, Neale R, et al. A randomized controlled trial to assess sunscreen application and beta carotene supplementation in the prevention of solar keratoses. *Arch Dermatol.* 2003;139:451-455. [Texto completo](#)
14. Farmer KC, Naylor MF. Sun exposure, sunscreens, and skin cancer prevention: a year-round concern. *Ann Pharmacother.* 1996 June;30(6):662-73.



15. Hofbauer GF, Anliker M, Arnold A, et al. Swiss clinical practice guidelines for skin cancer in organ transplant recipients. *Swiss Med Wkly*. 2009 Jul 25;139(29-30):407-15. [Texto completo](#)
16. Radhi JM. Malignant melanoma arising from nevi, p53, p16, and Bcl-2: expression in benign nevus versus malignant components. *J Cutan Med Surg*. 1999 Oct;3(6):293-7.
17. Nestle FO, Kerl H. Melanoma. In: Bolognia JL, Jorizzo JJ, Rapini RP, eds. *Dermatology*, 2nd ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2007:1745-69.
18. Gilchrest BA, Eller MS, Geller AC, et al. The pathogenesis of melanoma induced by ultraviolet radiation. *N Engl J Med*. 1999 Apr 29;340(17):1341-8.
19. Ting W, Schultz K, Cac NN, et al. Tanning bed exposure increases the risk of malignant melanoma. *Int J Dermatol*. 2007 Dec 12;46(12):1253-7.
20. Chang Y, Cesarman E, Pessin MS, et al. Identification of herpesvirus-like DNA sequences in AIDS-associated Kaposi's sarcoma. *Science*. 1994 Dec 16;266(5192):1865-9.
21. Portsmouth S, Stebbing J, Gill J, et al. A comparison of regimens based on non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors or protease inhibitors in preventing Kaposi's sarcoma. *AIDS*. 2003 Jul 25;17(11):F17-22. [Texto completo](#)
22. Marks R, Rennie G, Selwood TS. Malignant transformation of solar keratoses to squamous cell carcinoma. *Lancet*. 1988 Apr 9;1(8589):795-7.
23. Glogau RG. The risk of progression to invasive disease. *J Am Acad Dermatol*. 2000 Jan;42(1 Pt 2):23-4.
24. Werner RN, Stockfleth E, Connolly SM, et al; International League of Dermatological Societies, European Dermatology Forum. Evidence- and consensus-based (S3) guidelines for the treatment of actinic keratosis - short version. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015 Nov;29(11):2069-79. [Texto completo](#)
25. Han A, Maibach HI. Management of acute sunburn. *Am J Clin Dermatol*. 2004;5(1):39-47.

## Imagens



*Figura 1: Carcinoma basocelular nodular na região malar, secundário a danos solares difusos com elastose solar importante*

*Do acervo de Dr. Robert A. Schwartz*



*Figura 2: Carcinoma de células escamosas na orelha com danos actínicos ao redor*

Do acervo de Dra. Jessica M. Sheehan e Dr. Keyoumars Soltani



*Figura 3: Melanoma maligno com disseminação superficial*

Do acervo de Dr. Hobart W. Walling



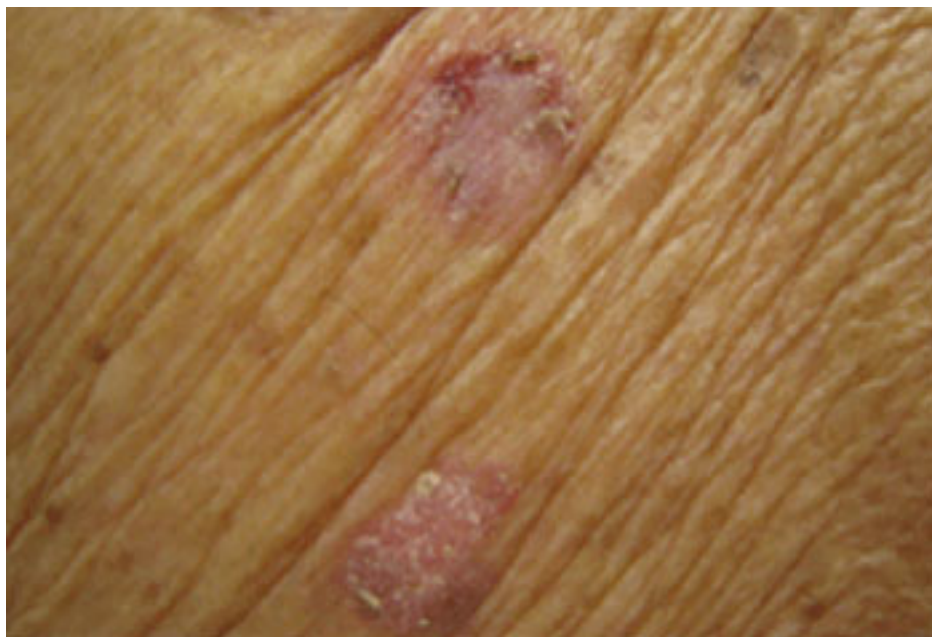
*Figura 4: Placa marrom arroxeada do sarcoma de Kaposi nos pés*

*Do acervo de Dr. Bruce J. Dezube*



**Figura 5: Linfoma cutâneo de células T: doença extensa em placas**

*Do acervo de Christie NHS Foundation Trust, Manchester, Reino Unido; usado com permissão*



*Figura 6: Ceratose actínica regular*

*Do acervo do Departamento de Dermatologia e Cirurgia Cutânea, University of Miami Miller School of Medicine*



## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web atualizada pela última vez em: Jun 21, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são atualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK



# BMJ Best Practice

## Colaboradores:

---

## // Autores:

### **Editorial Team,**

---

BMJ Publishing Group

DIVULGAÇÕES: This overview has been compiled using the information in existing sub-topics.