
DIAGNÓSTICO PRECOCE

DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DA PELE

SERGIO AZEVEDO*

O câncer da pele, entre todos os tumores, é o que se apresenta com maior frequência em clínica.

Quanto à sua localização, segundo trabalho do Dr. MOACYR SANTOS SILVA, (Rev. Bras. de Med. 4: 269 (abril) 1947), que se valeu dos arquivos do *Serviço Nacional de Câncer*, 80,8% dos carcinomas cutâneos localizam-se na cabeça. Dêstes 80,8%, 2,9% estão localizados no couro cabeludo; 5,9% no pavilhão da orelha e 91,2% na face.

O fato da maior frequência do câncer da pele na face, encontra explicação nas irritações a que está sujeito o tegumento cutâneo em suas partes descobertas, sempre expostas à ação das intempéries, das irradiações actínicas, dos traumatismos, dos cáusticos, etc. etc. O papel do sol, por exemplo, foi admiravelmente estudado por *Roffo*, o qual demonstrou que nos indivíduos com tez alva e delicada de certas raças, em especial nos da nórdica, os raios ultra-violetas são particularmente capazes de cancerizar a pele. Sustenta aquele experimentalista, que a colesterina depositada na pele, sob a ação dos raios actínicos, transforma-se em oxicolesterina, substância reconhecidamente cancerígena.

As *rádio-dermites* provocadas pelos agentes rádio-ativos, (radium e raios X) e igualmente passíveis de transformação maligna, constituem hoje, ocorrência rara, conhecidos como são agora, meios eficientes de proteção contra as irradiações. O mesmo não acontece com os chamados *cân-*

res profissionais, provocados por *agentes químicos*, especialmente as *anilinas*, o *alcatrão* e seus derivados, tais como o breu, a fuligem, o carvão, o asfalto e o betume. Êstes tumores, nas estatísticas norte-americanas, ocupam ainda lugar de relevo, ape-

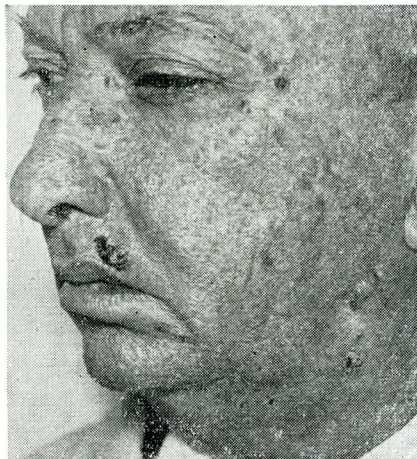


FIG. 1 — Lesões cutâneas de queratose, num marítimo, produzidas pelas irradiações solares, algumas já em franca cancerização. (Arquivos do S. N.C.).

zar das rigorosas medidas profiláticas postas em prática entre os trabalhadores que manipulam aquelas substâncias.

O *arsênico* é outro elemento tido como cancerígeno; no homem, ocasiona queratoses e mesmo lesões cutâneas cancerosas, até por ingestão, como é exemplo o caso citado pelo *Prof. Ramos e Silva*, de um seu paciente, que durante grande parte de vida fez uso de gotas de licôr de Fowler. Somente com o arsênico tri-valente, como acentúa *Hildebrando Portugal* é que tal

* Chefe da Seção de O. C. do Serviço Nacional de Câncer.

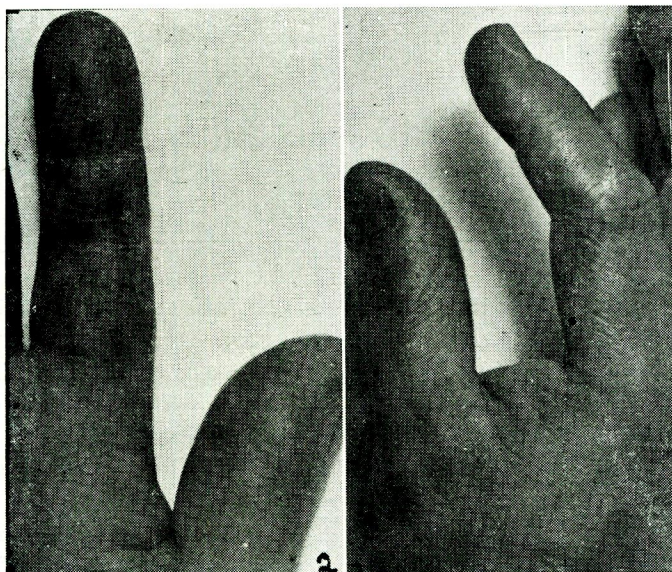
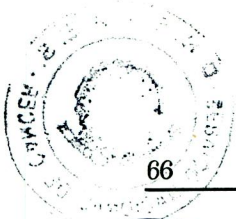


Fig. 2 — Lesões de radiodermite nos dedos de um profissional (dentista) que não adotou medidas adequadas de proteção. (Arquivos do S.N.C.).

acontece, sendo infundados os receios de certos autores sobre os perigos que apresentam, neste ponto de vista, os arsenicais pentavalentes, empregados na terapêutica da sífilis.

O câncer da pele, geralmente evoluciona sobre lesões conhecidas como *pré-*

-cancerosas, quer congênitas, quer adquiridas.

Das primeiras, fazem parte os "nevi", certas *disqueratoses* e o *xeroderma pigmentoso*.

Os "nevi", vulgarmente conhecidos como "sinais", apresentam-se como man-

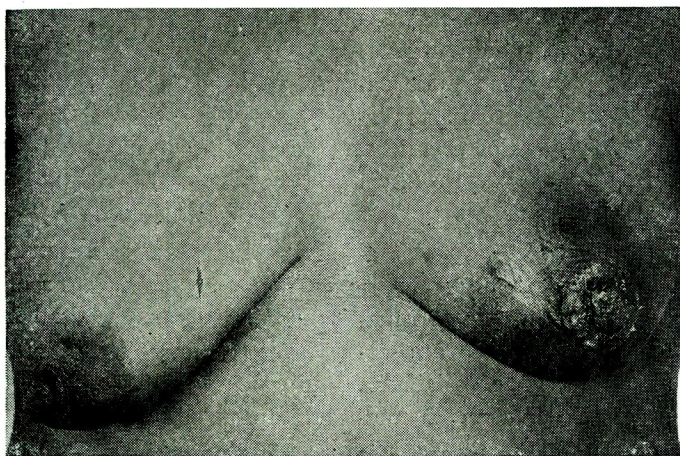


FIG. 3 — Doença de Paget (lesão inflamatória crônica da pele, em particular da mamila), considerada por uns como pré-cancer e por outros como lesão tipicamente cancerosa. (Arquivos do S.N.C.).

chas, pigmentadas ou não, de tamanho variável, ora planas, ora elevadas, de superfície lisa ou verrucosa, cobertas muita vez, de pêlos. Surgem desde o nascimento ou aparecem tardiamente na idade adulta. Quando localizados em partes submetidas à irritações constantes, podem transformar-se em tumores de grande malignidade.

As *disqueratôses*, incluem dois tipos de suma importância em cancerologia: a de *Bowen* e a de *Paget*. Autores há que chegam a afirmar, serem as mesmas, verdadeiros cânceres. São lesões inflamatórias crônicas da pele, e a de *Paget*, se localiza preferentemente nas mamas: a aréola é invadida e as lesões tem superfície vermelha, escamosa e exudativa. Com o decorrer do tempo, podem observar-se formações úlcero-crostosas e mesmo vegetantes, com aspecto típico de carcinoma.

A doença de *Bowen* ou disqueratose lenticular, caracteriza-se por lesões papulosas, pouco infiltrantes, de superfície escamosa e rósea, que mais tarde se fundem em placa única, de contornos irregulares e policíclicos.



FIG. 4 — Cicatrizes viciosas por queimadura, com aspecto queloidiano. Lesões sobre as quais o câncer, comumente, se desenvolve. (Arquivos do S. N.C.).

Em presença dessas lesões, que inicialmente se mostram com aspecto de eczema banal, o clínico não pode contemporisar, devendo imediatamente encaminhar o paciente a um especialista, que após proceder a biópsia, fará a terapêutica adequada.

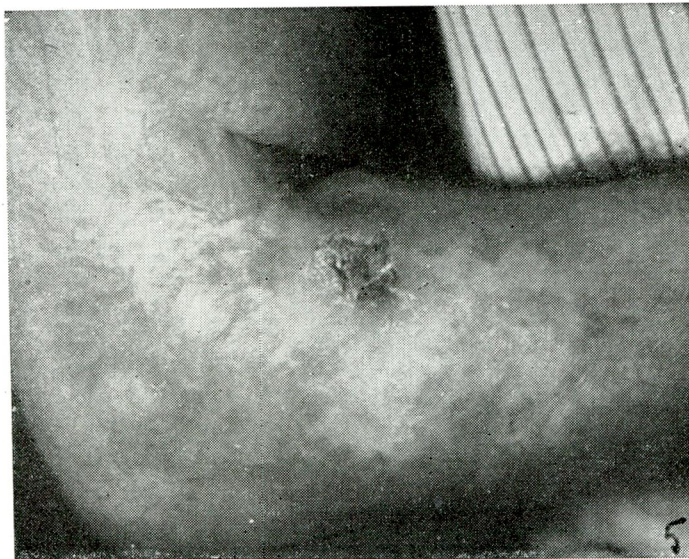


FIG. 5 — Lesão cancerosa desenvolvida sobre cicatriz de queimadura. (Arquivos do S.N.C.).



FIG. 6 — Lesão papilomatosa da mamila (aspécto de couve-flôr) que fatalmente acabará por sofrer degeneração maligna. (Arquivos do S.N.C.).

O *xeroderma pigmentoso* é outra formação pré-cancerosa congênita, peculiar às crianças e aos adolescentes, que *Ramos e Silva*, com muita justeza, assim define: "crianças que se apresentam com pele de velho". Em tal estado patológico são en-

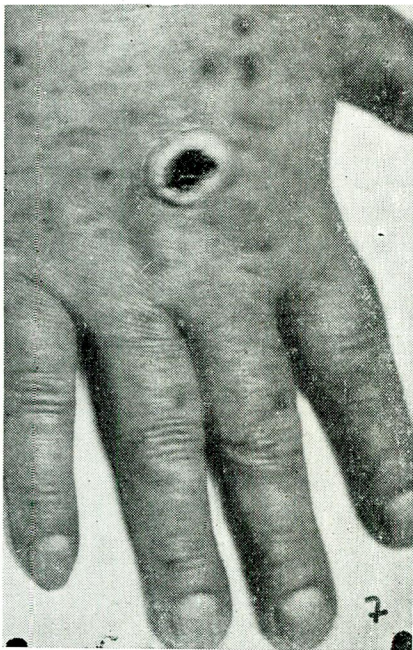


FIG. 7 — Lesão papilomatosa do dorso da mão, na qual a histologia mostrou áreas de degeneração maligna (Arquivos do S.N.C.).

contradas tôdas as lesões cutâneas que só aparecem em idade muito avançada, como *atrofia*, *pigmentação* e *queratose senil*, com tendência franca para cancerização.

No grupo das lesões pré-cancerosas adquiridas, as mais diversas dermatoses pôdem ser incluídas. Assim, são suscetíveis de degeneração maligna, embóra em menor escala: as *ulcerações crônicas*, de etiologia microbiana ou parasitária, as *cicatrices*, o *lupus tuberculoso*, os *processos distróficos* de longa evolução, como o *prurido essencial*, a *cornificação*, a *leucoplasia*,

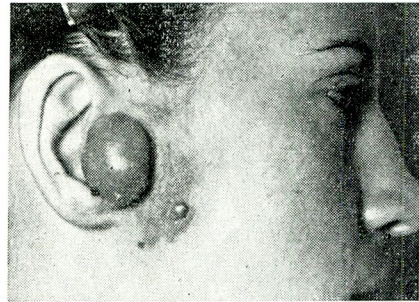


FIG. 8 — Angioma (tumor vascular de côr violácea) susceptível em certos casos de transformação maligna. (Arquivos do S.N.C.).

a *éritroplasia*, etc. Finalmente, pôdem ser consideradas lesões pré-cancerosas, uma infinidade de formações tumorosas benígnas, como as *verrugas*, (maximé as *móles*, *cerebriformes*), os *papilomas*, os *quelóides*, os *queratomas*, os *granulomas inflamatórios*, os *cistos dermóides*, os *lipomas*, os *fibromas*, os *angiomas*, os *neurinômas*, etc.

Passando agora ao estudo clínico dos cânceres já constituídos, os *epiteliomas* ou *carcinomas cutâneos*, diremos que comumente surgem em indivíduos que já ultrapassaram 45 anos de idade. Apresentam-se como já vimos, com frequência notável, na face e nas regiões descobertas.

Quanto ao sexo, nada de particular há a respeito, pois são acometidos indiferentemente, tanto os homens quanto as mulheres. Já em se tratando de raças, enormes diferenças são encontradas. De ocôr-

do com os dados estatísticos de *Jansen de Mello*, referidos por *H. Portugal*, num período de 9 anos (1930-1939), foi a seguinte a distribuição do câncer segundo a cor :

Branços 6.447 ou 75,5%
Pigmentados 2.072 ou 24,45%

Os arquivos do Serviço Nacional de Câncer mostram, que num período de 8 anos (1939-1947), foram ali registrados 4.637 casos confirmados de câncer. Dêstes, 3.646 ou 78,7% eram brancos ; 574 ou 12,4% eram pardos e finalmente 417 ou 8,9% eram negros.

Nos registros da *Clínica Dermatológica da Faculdade de Medicina (Prof. Ed.*

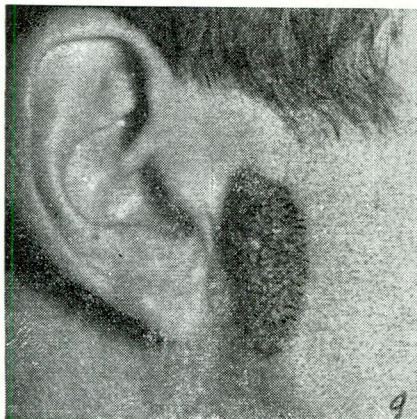


FIG. 9 — Nevus pigmentado, de aspecto verrucoso, sujeito à transformação maligna do mais grave prognóstico. (Arquivos do S.N.C.).

Rabelo), foram examinados, segundo ainda *H. Portugal*, 654 epiteliomas, num período de 10 anos (1930-1939). Nêste total, há apenas, 2,0 ou 3,05% em pacientes pigmentados, pardos ou pretos. Quer isto dizer, que o pigmento melânico da pele, constitue uma espécie de barreira protetora aos diversos fatores irritativos cancerígenos, ao contrário dos albinos, sujeitos em larga escala às queratoses e às outras lesões pré-cancerosas.

Os carcinomas cutâneos podem ser primitivos ou metastáticos, isto é, secundários a lesões malignas inicialmente localizadas em outros pontos do organismo.

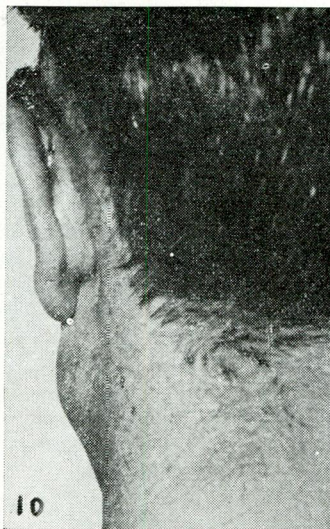


FIG. 10 — Nevus pigmentado do pavilhão da orelha, com transformação maligna (melanoma), vendo-se nitidamente o relevo da metástase ganglionar cervical. (Arquivos do S.N.C.).

Clinicamente os primitivos, por sua vez, pertencem a dois tipos principais : os *baso-celulares* e os *espino-celulares*. Do ponto de vista histológico, e tão somente, há a considerar os carcinomas *mistos (baso-espino-celular)* e as *fórmulas transicionais*. Segundo ainda, dados colectados por *Moacyr Santos Silva* no Serviço Nacional de Câncer, a porcentagem do tipo histológico num total de 335 casos rigorosamente selecionados, foi a seguinte :

Baso-celular	211 casos — 63,2%
Espino-celular	84 " — 25,0%

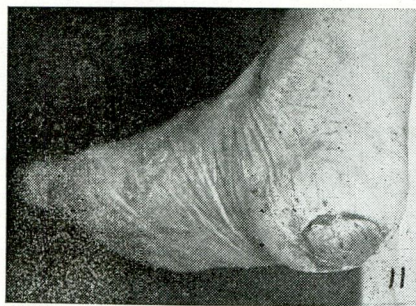


FIG. 11 — Melanoma, localizado no calcanhar e atribuído à irritação do calçado. (Arquivos do S.N.C.).

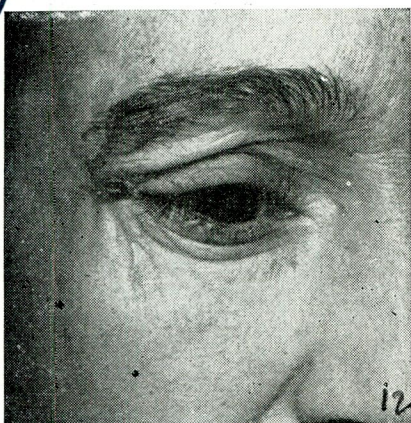


FIG. 12 — Carcinoma baso-celular da comissura palpebral. (Arquivos do S.N.C.).

Baso-espino-celular	33	"	—	9,8%
Transicional	7	"	—	2,0%

Os carcinomas baso-celulares são pois, os mais frequentes e felizmente os menos graves ; não invadem os gânglios linfáticos, não se disseminam à distância, apresentando uma longa evolução que alcança, muita vêz, até 20 anos. Desenvolvem-se frequentemente, na face de pessoas idosas, sobre placas de queratose seníl. O início se faz pela ulceração de uma dessas placas, ulceração esta, geralmente arredondada, cujo fundo, liso ou finamente granuloso, é quase sempre recoberto de camada cristósa que sangra ao ser destacada. Os bordos da úlcera são ligeiramente infiltrados. Es-



FIG. 13 — Carcinoma baso-celular da região naso-geniana. (Arquivos do S.N.C.).

ta é a variedade clínica conhecida pela denominação de "*ulcus rodens*."

Na forma chamada *plano-cicatricial*, o carcinoma baso-celular se apresenta como ulceração serpiginosa, com tendência à cicatrização em certos pontos, circundada por bordos formados por conjunto de pequenas pérolas, duras e elevadas.

Finalmente, encontra-se a forma *nódular*, representada por tumor de consistência dura, raramente pediculado e a forma *terebrante*, justamente a de maior malignidade local pelas mutilações que produz, destruindo os tecidos não só em superfície como em profundidade, criando ver-

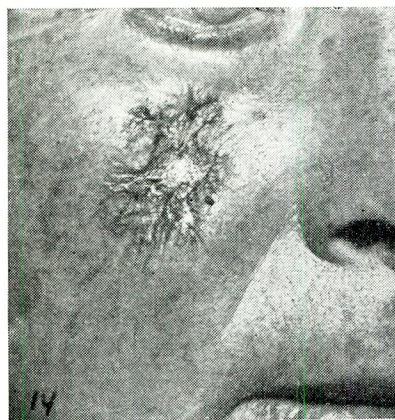


FIG. 14 — Carcinoma baso-celular da região geniana com áreas de cicatrização espontânea — tipo plano-cicatricial — (Arquivos do S.N.C.).

dadeiras cratêras nos seios faciais, fossas nasais e órbita.

O carcinoma *espino-celular* apresenta feição clínica mais séria que a do baso-celular, pois sua evolução é rápida, invadindo com frequência os gânglios tributários da região onde se localiza. Como o precedente, tanto póde originar-se de lesões pré-cancerosas, como desenvolver-se em zonas de pele aparentemente sã. Localiza-se de preferência nas margens dos orifícios cutâneos, bôca, orelha, etc.

Inicialmente observa-se um pequeno nódulo cutâneo duro, cuja superfície se ulcera precocemente, tomando o conjunto,



aspécto papilomatoso, vegetante ou escavado por numerosas anfratuosidades, com bórdos bastante infiltrados que sangram ao menor contato.

Na prática, apesar das características clínicas que separam os carcinomas baso dos espino-celulares, convém sistematicamente proceder-se à biópsia esclarecedora, pois muita vez, os resultados histológicos são desconcertantes mesmo para os mais experimentados.

Afim de completar o estudo dos blastomas cutâneos, passemos a fazer algumas considerações sôbre os *sarcomas* e os *melanomas*.

Sarcômas: Os sarcômas têm em dermatologia, importância muito menor que os carcinomas, devido a sua raridade. São tumores de origem mesenquimal, e que por conseguinte, partem dos tecidos sub-cutâneos.

Êstes tumores, solitários ou múltiplos, nodulares ou difusos, de consistência dura, quando são percebidos na péle, já se acham em fase de franca evolução, por isso que emergem das camadas profundas do derma. O diagnóstico clínico não é fácil; quase sempre, só a biópsia poderá confirmar a verdadeira natureza dessa neoformação. Frequentemente os sarcomas das



FIG. 15 — Carcinoma baso-celular, desenvolvido sôbre placa de queratose senil — tipo "ulcus-rodens" — (Arquivos do S.N.C.).

partes moles evoluem com rapidês, dando metástases para os órgãos vitais.

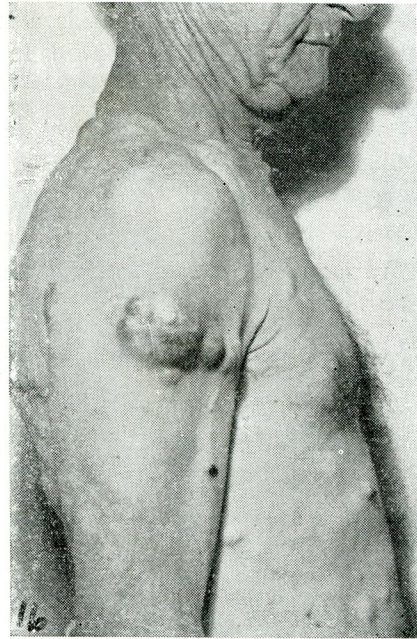


FIG. 16 — Metástases cutâneas generalizadas em consequência de melanoma primitivo da região sub-maxilar. (Arquivos do S.N.C.).

Melanomas: — Os melanomas malignos ou *névo-cânceers*, são tumores oriundos de degeneração maligna dos "nevi", (melanomas benígnos) a que já nos referimos por ocasião do estudo das lesões pré-cancerosas.

Os sintomas de malignidade dos melanomas, evidenciam-se pelo crescimento mais ou menos rápido das manchas pigmentares, e pelo aparecimento em sua periferia, de um halo avermelhado. As alterações de côr, o sangramento, as dôres ou sensação de prurido ou de fisgadas na lesão, são sinais de alarma.

É principalmente na cabeça e nos pés que estas transformações malignas se processam com mais frequência. Invadem os gânglios regionais com rapidês e produzem metástases em quase todos os órgãos, generalizando a doença.

O êxito do tratamento do câncer da pele, como aliás do câncer em geral, depende exclusivamente do diagnóstico precoce; quanto mais cedo fôr reconhecida a lesão suspeita, maior será a probabilidade de cura.

A pele é a parte mais acessível do organismo, permite a visualização e a fácil descoberta das menores alterações patológicas e quase 100% de diagnóstico precoce,

Para bem conduzir o tratamento das lesões cutôneas, devemos :

— Desconfiar sempre dos pequenos nódulos que tendem a crescer, das ulcerações que não cicatrizam, dos "sinais" que mudam de aspécto.

— Proceder a ablação de tôdas as neoformações cutâneas, suscetíveis de serem irritadas.

— Nunca perder tempo com o emprego de tratamento a título de prova, a menos que de curta duração.

— Não irritar a lesão com antissépticos ou cautérios.

— Assegurar o diagnóstico no menor prazo de tempo possível, recorrendo à biópsia parcial ou à ablação total da lesão, quando esta fôr de dimensões reduzidas.

— Aconselhar, após o resultado do exame histopatológico, o tratamento oportuno e adequado por um dos três métodos clássicos : Raios X, radium ou cirurgia.

CÂNCER DA MAMA

P. Desaiue, "apud" Surg. Gen. Obst. de Novembro de 1946, também é de opinião estar o câncer da mama intimamente relacionado com a função ovariana. Acredita que o único meio capás de diminuir a incidência do câncer mamário é o contrôle eficiente da vida sexual da mulher. Parece-lhe que a amamentação da criança

tanto de um, como de outro seio, o espaçamento das gestações e subseqüentes lactações, permitem certo repouso e recuperação glandular, o que protege contra o câncer. Não há todavia nada de positivo para justificar a castração cirúrgica ou radioterápica como método geral de tratamento do câncer mamário.