Tumores da mão parte III: Tumores de pele da mão

Tumors of the hand, Part III: Skin tumors of the hand

Jorge Diego Valentini[1], Daniela Feijó de Aguiar[2], Márcio Pereira Lima Ferdinando[3], Caroline da Costa Naujorks[4], Jefferson Braga Silva[5]

RESUMO

O tumor de pele da mão corresponde ao câncer primário mais comum dessa região. Apesar de proporcionalmente cobrir uma pequena superfície do corpo, corresponde a uma parte considerável de todos os tumores de pele. O objetivo principal deste trabalho é mostrar de forma simples e clara as lesões mais prevalentes e encontradas no ambulatório médico, de uma forma que este pode ser usado para consulta e orientação do profissional médico das mais diversas especialidades, objetivando um diagnóstico rápido e assertivo, que interferirá positivamente no desfecho da doença. Nesta terceira parte do trabalho são abordados fundamentos, conceitos, classificações e abordagens para o melhor prognóstico do paciente.

UNITERMOS: Tumores da Mão, Tumores de Pele da Mão, Carcinoma Epidermoide, Carcinoma Basocelular, Melanoma.

ABSTRACT

Skin tumor of the hand is the most common primary cancer of this region. Although covering a proportionally small surface of the body, it accounts for a substantial part of all skin tumors. The main aim of this work is to show simply and clearly the most prevalent injuries found in the outpatient clinic, so that it can be used by healthcare providers from various specialties as a consultation and guidance resource, aiming at a quick and assertive diagnosis that will interfere positively with disease outcome. This third part of the work covers the fundamentals, concepts, classifications and approaches for a better prognosis.

KEYWORDS: *Hand Tumors, Skin Tumors, Squamous Cell Cancer, Basal Cell Carcinoma, Melanoma.*

INTRODUÇÃO

Os tumores de pele da mão correspondem ao câncer primário mais comum dessa região (7).

A superfície da mão compreende aproximadamente 2% da área corporal, porém o tumor de pele desta corresponde em 10 a 15% de todos os tumores de pele (14).

Os tumores de pele são divididos em benignos e malignos, sendo estes com características com pouca chance de lesões metastáticas, tratamentos não cirúrgicos eficientes, quando necessário, e o acompanhamento ambulatorial suficiente para prevenir agravamento (14).

As lesões malignas mais comuns da mão são: carcinoma espinocelular, carcinoma basocelular e melanoma. Essas, geralmente, se apresentam como lesões dolorosas em áreas de exposição solar, como no dorso da mão e em suas extremidades (7).

É muito importante coletar uma história detalhada durante a consulta com o paciente, incluindo exposição solar, história familiar e pessoal de câncer de pele, duração das lesões, comportamento e evolução, dor, sensibilidade e sangramento. Deve ser realizada uma avaliação completa durante o exame físico, já que o câncer pode aparecer em qualquer camada da pele, devendo incluir

[1] Residência Médica em Cirurgia Geral pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Médico Residente do Serviço de Cirurgia Plástica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).
[2] Residência Médica em Cirurgia Geral pelo HCPA. Médico Residente do Serviço de Cirurgia Plástica da PUCRS.
[3] Pós-Graduação em Cirurgia Geral pela PUCRS. Médico Residente do Serviço Cirurgia da Mão e Microcirurgia Reconstrutiva da PUCRS.
[4] Acadêmica de Medicina da PUCRS.
[5] PhD. Livre Docente em Cirurgia da Mão pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Ex-presidente da Sociedade Brasileira da Cirurgia da Mão. Ex-presidente da Sociedade Brasileira de Microcirurgia. Chefe do Serviço de Cirurgia da Mão e Microcirurgia Reconstrutiva do Hospital São Lucas da PUCRS. Diretor da Faculdade de Medicina da PUCRS.

localidade, tamanho e consistência de qualquer ulceração ou sangramento (7).

O principal objetivo desta terceira parte do trabalho é servir como guia para as mais diversas especialidades médicas, objetivando a melhora da qualidade e agilidade no atendimento ao paciente.

TUMORES MALIGNOS

Carcinoma espinocelular ou escamoso

O carcinoma espinocelular, epidermoide ou escamoso (figuras 1 e 2) representa cerca de 20% das neoplasias epiteliais malignas, sendo considerado o mais comum tumor maligno da pele da mão. Acomete, geralmente, mais indivíduos do sexo masculino, entre quinta e sexta décadas de vida (2,3,13).

Esses tumores possuem uma diversidade de apresentações clínicas, podendo ser percebidos como pequenas placas eritematosas até enormes tumores polipoides. Estão localizados em áreas de intensa exposição à radiação ultravioleta, podendo ser encontrados em face, lábio inferior, orelhas, dorso das mãos e mucosa oral. Como fatores de risco, podemos citar, além da exposição à radiação ultravioleta, a presença de ceratose actínica, pele clara, idade avançada, peles cronicamente machucadas e exposição ao HPV. A ceratose actínica é um precursor desses tumores, com uma taxa de conversão de 6 até 10%. O carcinoma espinocelular pode ser diferenciado da ceratose actínica por apresentar suas margens bem definidas e endurecidas, por serem lesões solitárias e maiores que esta, e por maior potencial de sangramento espontâneo e ulceração (3,11).



Figura 1 – Carcinoma epidermoide em dedo



Figura 2 – Carcinoma epidermoide

Sua evolução é variável, podendo ocorrer metástases para gânglios regionais e ossos. A neoplasia pode ser classificada nos graus de I até IV, conforme classificação de Broders (Tabela 1). As lesões de alto risco são aquelas que apresentam crescimento rápido, tamanho maior do que 2 cm, profundidade maior do que 2 mm, um nível de Clark (Tabela 2) de pelo menos 4, localização em áreas pilosas ou evidência de invasão perineural (2,13).

Como tratamentos, podem ser utilizadas a crioterapia com nitrogênio líquido, principalmente em lesões pequenas e bem delimitadas, onde se pode obter uma taxa de cura em até 90% dos casos, além de eletrocoagulação, terapia fotodinâmica, a qual é realizada através da aplicação de um fotossensibilizante, com posterior exposição a uma fonte de luz azul, ou excisão cirúrgica, a qual pode ser indicada tanto para lesões de baixo risco quanto para aquelas de risco aumentado. Em excisões cirúrgicas, a margem recomendada para carcinomas espinocelulares de alto risco é de pelo menos 6 milímetros, enquanto que, em lesões de baixo risco, ela pode ser de 4 milímetros. Embora a malignidade seja limitada à pele, a excisão deve ser estendida até a gordura subcutânea. As taxas de cura para excisões-padrão são de aproximadamente 92% (4,13).

A cirurgia de Mohs é um procedimento ambulatorial, em que a técnica envolve ressecção com pequenas margens

Tabela 1 – Classificação de Broders

Classificação Histológica de Broders – conforme queratinização	
Parâmetros	**Característica**
Grau I	0 a 25% de células indiferenciadas
Grau II	25 a 50% de células indiferenciadas
Grau III	50 a 75% de células indiferenciadas
Grau IV	75 a 100% de células indiferenciadas

Tabela 2 – Classificação de Clark

Classificação de Clark - nível de invasão em melanomas ≤ 1mm	
Nível	**Invasão**
I	Crescimento intraepidérmico
II	Invasão da derme papilar
III	Atinge o limite entre derme papilar e reticular
IV	Invasão da derme reticular
V	Invasão do tecido celular subcutâneo

de tecido de aparência normal sob anestesia local. Durante a excisão, marcas são feitas tanto no tecido normal quanto na peça para referência. A peça é, então, analisada pelos próprios cirurgiões responsáveis pela excisão e, se houver margens positivas, estas são ampliadas no mesmo tempo cirúrgico. O processo é repetido até todas as margens estarem livres. O fechamento pode se dar por fechamento primário, segunda intenção, retalhos cutâneos locais ou enxertos. A cirurgia de Mohs é a escolha para carcinoma espinocelular de alto risco, pois não apenas possui a vantagem de ter a menor taxa de recorrência entre as técnicas, como também preserva tecido, uma vez que não utiliza as margens tradicionais. Em diversas séries, taxas de recorrência para este tipo de técnica foram entre 2,6 e 6,7% em tumores primários e 5,9 a 10% em tumores recorrentes. As taxas de recorrência de carcinoma espinocelular para tumores primários são de 5 até 19% e para tumores recorrentes de até 23% (11,12).

Ceratoacantoma

O ceratoacantoma representa um tipo particular de carcinoma espinocelular, o qual comumente se desenvolve de forma rápida ao longo de dias ou semanas, em áreas de exposição solar (4). No entanto, possui uma característica marcante de regressão espontânea, o que lhe confere características de benignidade. Ocorre em qualquer idade, mas é mais frequente após os 50 anos. Os sexos são igualmente acometidos, e a raça negra é poupada. Geralmente, são tumores únicos que apresentam um núcleo queratinoso. A biópsia está sempre indicada para confirmação diagnóstica. O tratamento indicado é o cirúrgico, pois diminui o tempo de curso da afecção e tem um efeito cosmético mais desejável do que aguardar a sua regressão espontânea (12,13).

Carcinoma basocelular

O carcinoma basocelular é o tumor de pele mais encontrado atualmente. Seu principal fator de risco é a exposição à radiação ultravioleta. A mão não é considerada uma localização comum, sendo que tumores neste local representam apenas 10% do total. Costumam ocorrer após a quarta década de vida. Clinicamente, pode-se apresentar como uma placa ou pápula eritematosa bem delimitada, podendo apresentar descamação associada. Esses tumores tendem a ser translúcidos ou perolados, sendo comum a presença de telangiectasias (13).

Diferentemente do carcinoma espinocelular, o carcinoma basocelular não apresenta nenhum tipo de lesão precursora e não tende a metastatizar. Seu diagnóstico pode ser realizado através de biópsia por *punch* ou por raspagem. As neoplasias consideradas de baixo risco podem ser tratadas através do uso de imunomoduladores tópicos, crioterapia, radiação, terapia fotodinâmica ou excisão cirúrgica. A excisão cirúrgica utiliza margens semelhantes às consideradas para o carcinoma espinocelular. A taxa de recorrência para tumores primários é de aproximadamente 3 a 10%, podendo ser de mais de 17% para tumores recorrentes. A cirurgia de Mohs também pode ser aplicada neste caso, apresentando uma taxa de recorrência em 3 anos de 1 até 1,7% para tumores primários, ou de 4 até 5,6% em casos de tumores recorrentes. Os melhores resultados da cirurgia de Mohs se devem ao controle de margens mais cuidadoso (11,13).

Melanoma

O melanoma (Figura 3) é uma neoplasia maligna agressiva originada dos melanócitos. Nestas neoplasias, a detecção e a intervenção precoces são fundamentais para o prognóstico e a sobrevivência do paciente. Atualmente, é a causa mais comum de câncer em adultos jovens com idade entre 25 e 29 anos. Entretanto, a maioria dos melanomas é diagnosticada em homens brancos entre a quinta e sexta décadas de vida. Quanto à gênese do melanoma, deve-se levar em consideração o fator genético, evidenciado pela presença de casos familiares em 5 a 10% em algumas séries, e um risco relativo duas a três vezes maior de um indivíduo com parente de primeiro grau com o tumor desenvolver melanoma, e fatores físicos, representados pela radiação ultravioleta (10,13).

Ao longo dos anos, a abreviação ABCDE (Tabela 3) tem sido utilizada para resumir as características macroscópicas da lesão, as quais indicam biópsia para lesões com



Figura 3 – Melanoma

Tabela 3 – Melanoma

Melanoma - Características Macroscópicas da Lesão	
	Característica
A	Assimetria da lesão
B	Bordos irregulares
C	Cores variadas ou sombras em uma mesma lesão
D	Diâmetro maior que 6 mm
E	Elevação da lesão

Tabela 4 – Classificação de Breslow

Índice de Breslow - Invasão em Profundidade	
Níveis	**Espessura**
I	< 0.75 mm
II	> 0.75 e < 1.5 mm
III	> 1.5 e < 4.0 mm
IV	> 4.0 mm

suspeita de melanoma. Distinguem-se, por meio da correlação clínico-patológica, três tipos de melanoma com particularidades epidemiológicas e prognósticas: melanoma extensivo superficial (70%), melanoma nodular (15 a 30%) e melanoma lentiginoso acral (2 a 8%). O lentigo melanoma (5%) é encontrado em pacientes idosos. O subtipo lentiginoso acral desenvolve-se nas regiões palmares, plantares e falanges terminais e pode ser periungueal e subungueal, acomete mais os idosos na sexta década da vida (10, 13).

Clinicamente, apresenta-se como uma mácula pigmentada assimétrica, cor variada, bordos irregulares e maiores que 6 milímetros de diâmetro. Quando há suspeita de melanoma, deve-se realizar imediatamente a biópsia excisional para prover um diagnóstico preciso e um estadiamento adequado. A histopatologia define o prognóstico, na dependência do grau de invasão dérmica (classificação de I a IV, segundo os níveis de Clark), ou na espessura do tumor, conforme a classificação de Breslow (Tabela 4). Antes da excisão, deve-se sempre considerar a presença de metástases. Os principais sítios de metástase são linfonodos, ossos, pulmão e cérebro. O tratamento consiste em exérese cirúrgica do tumor, e seu êxito depende da precocidade do diagnóstico. A ação benéfica da quimioterapia ocorre no melanoma metastático (11).

Sarcoma de Kaposi

O sarcoma de Kaposi é uma neoplasia maligna de células endoteliais. Atualmente, existem evidências científicas da participação de vírus do grupo herpes (HHV-8). Apresentam-se como nódulos vasculares múltiplos na pele, nas mucosas e nos órgãos internos. A neoplasia se inicia por máculas purpúricas que se elevam e formam nódulos duros ou macios e placas nodulares. As lesões podem sofrer ulceração e sangramento. O tratamento baseia-se na extensão e localização da doença. Lesões isoladas ou planas superficiais podem ser tratadas por excisão ou crioterapia. Quando há progressão rápida da doença ou lesões em vísceras, indica-se quimioterapia (13).

Carcinoma de células de Merkel

O carcinoma de células de Merkel é extremamente raro, porém muito agressivo. Pode ser encontrado em áreas de exposição solar. Em um exame físico, suas lesões podem ser notadas como discretas pápulas violáceas de crescimento rápido ou placas endurecidas. Eles tendem a ser assintomáticos e podem se espalhar de forma rápida localmente ou para linfonodos. O tratamento é realizado através de excisão cirúrgica com margens de 2 a 3 cm. Cirurgia de Mohs também é um método indicado. Seu estadiamento, segundo a AJCC (*American Joint Committee on Cancer*), é baseado no acometimento de linfonodos, constatados clinicamente pelo exame físico e patologicamente por biópsia de linfonodo sentinela. Conforme o estadiamento, pode ser indicada quimioterapia ou radioterapia adjuvantes (11).

TUMORES BENIGNOS

Granuloma piogênico

O granuloma piogênico (Figura 4) é um tumor benigno, o qual representa 1 a 2% de todos os tumores de mão. Trata-se de uma lesão única, papulosa, nodular ou puntiforme, ou levemente pedunculada e vermelha, medindo aproximadamente 1 cm e desenvolve-se rapidamente (13). É um surto de tecido de granulação altamente vascular no

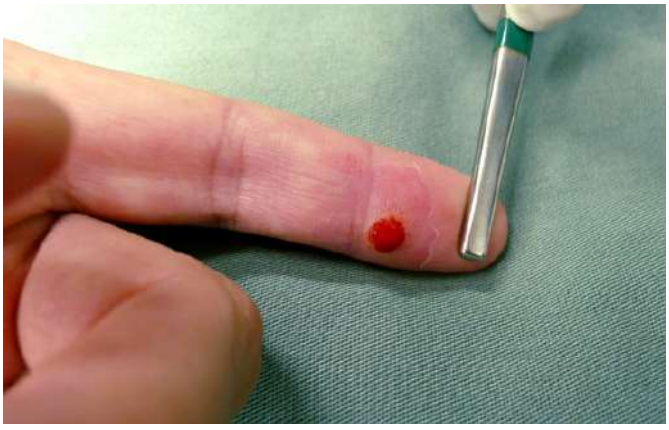


Figura 4 – Granuloma



Figura 5 – Cisto mucoso digital

sítio de um trauma anterior. Tem como diagnóstico diferencial o melanoma amelanótico e o carcinoma escamoso. Por isso, as biópsias podem ser eventualmente indicadas, para excluir a possibilidade de neoplasias malignas. O tratamento é realizado através da eletrocoagulação (1,6,9).

Cisto mucoso digital

Trata-se de uma pápula translúcida, localizada na falange distal. Ocorre pela produção de ácido hialurônico e diminuição da formação de colágeno. O cisto mucoso (Figura 5) encontra-se frequentemente associado à osteoartrose interfalângica distal (13). Acomete mais frequentemente o sexo feminino, e a idade média de instalação da doença é de 60 anos. Cistos mucosos são comumente assintomáticos, e tratamento nem sempre se faz necessário. No entanto, esses tumores podem crescer rapidamente, causando grande preocupação de que possa haver um processo maligno em curso. Logo, o tratamento padrão ouro é a exérese cirúrgica (1,6,9).

Fibroceratoma digital adquirido

Este tumor, também conhecido como fibroceratoma acral, desenvolve-se mais comumente nos dedos e apresenta-se, de modo geral, em adultos de meia-idade (13). São tumores benignos, raros e frequentemente solitários. Costumam ter entre 3 e 5 mm e podem ter a aparência de um dígito extranumerário rudimentar. A cirurgia para o fibroceratoma é curativa. Se a ressecção for incompleta, pode ocorrer recorrência (4,12).

Milio

Este tumor costuma surgir espontaneamente e ocorre principalmente em face, genitália e dorso das mãos. São caracterizados como sendo cistos epidermoides que ocorrem por obstrução de folículos pilossebáceos ou ductos sudoríparos. Costumam ser lesões de cor amarelo-brancacenta, podendo medir entre 1 e 2 mm de diâmetro. O tratamento consiste na abertura e remoção da massa ceratinosa (6, 13).

Nevos melanocíticos

Nevos melanocíticos são tumores benignos derivados dos melanócitos. Sua transformação maligna é rara. Apresentam-se sob vários aspectos clínicos, desde lesões planas a levemente salientes ou verrucosas, pedunculadas ou cupuliformes (6,13).

COMENTÁRIOS FINAIS

Tais patologias demandam considerações especiais, pois a pele desta região tem características específicas, como sensibilidade fina, sistema motor complexo e durabilidade. A pele da mão, apesar de ser fina, tem função de proteção de estruturas profundas, permitindo que estas realizem suas funções (8).

A chave para um tratamento bem-sucedido é uma detecção precoce com um diagnóstico preciso e uma adequada indicação cirúrgica ou não cirúrgica, de acordo com os protocolos de tratamento (7).

Quando indicado o tratamento cirúrgico da mão, faz-se necessária não apenas a consideração dos aspectos oncológicos, mas também dos princípios reconstrutivos. Além disso, um resultado estético e funcional é importante para entregar ao paciente boa qualidade de vida e manutenção da atividade ocupacional (8).

REFERÊNCIAS

1. American Cancer Society. Cancer facts and figures 2010. Available at: http://www.cancer.org/Research/CancerFactsFigures/CancerFacts Figures/cancer-facts-and-figures-2010. Accessed February 2011.
2. Askari M, Kakar S, Moran S L. Squamous cell carcinoma of the hand: a 20-year review. J Hand Surg Am. 2013 Nov;38(11):2124-33.
3. El Harroudi T, Ech-Charif S, Amrani M, Jalil A. Primary carcinosarcoma of the skin. J Hand Microsurg. 2010 Dec;2(2):79-81.
4. Erum N. Ilyas, MD, Charles F. Leinberry, MD, Asif M. Ilyas, MD. Skin Cancers of the Hand and Upper Extremity. J Hand Surg 2012;37A:171-178.
5. Henderson MM, Neumeister MW, Bueno RA Jr. Hand tumors: I. skin and soft-tissue tumors of the hand. Plast Reconstr Surg. 2014 Feb;133(2):154e-64e.
6. Hernández-Lugo AM, Domínguez-Cherit J, Vega-Memije ME. Digital mucoid cyst: the ganglion type. Int J Dermatol. 1999 Jul;38(7):533-5.
7. Ilyas E N, Leinberry C F, Ilyas A M. Skin Cancers os the Hand and Upper Extremity. J Hand Surg. 2012;37A:171-178.
8. Maciburko S J, Townley, W A, Hollowood K, Giele H P. Skin Cancers of the Hand. Plastic Reconstr Surg. 2012; 129:1329-1336.
9. Min Ji Yun, Ji Ung Park, Sung Tack Kwon. Surgical Options for Malignant Skin Tumors of the Hand. Arch Plast Surg. 2013 May;40(3):238-43.
10. Nguyen JT, Bakri K, Nguyen EC, Johnson CH, Moran SL. Surgical management of subungual melanoma: mayo clinic experience of 124 cases. Ann Plast Surg. 2013 Oct;71(4):346-54.
11. Pardini A, Freitas A. Cirurgia da Mão: Lesões não-traumáticas. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2008.
12. Simon J. Maciburko, William A. Townley, B.M., Kevin Hollowood, M.D. Henk P. Giele, M.B.B.S., B.Med.Sci. B.Ch., M.D. M.S.. Skin Cancers of the Hand: A Series of 541 Malignancies. Plast. Reconstr. Surg. 129: 1329, 2012.
13. Yu D, Morgan RF. Acquired Digital Fibrokeratoma: A Case Report. Ann Plast Surg. 2013 Sep 18.
14. Yun M J, Park J U, Kwon S T. Surgical Options for Malignant Skin Tumors of the Hand. Arch Plastic Surg. 2013;40:238-243.

✉ Endereço para correspondência
Jorge Diego Valentini
Rua Jacinto Gomes, 270/301
90.040-270 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 8445-7510
jorgedvalentini@gmail.com

Recebido: 21/11/2014 – Aprovado: 13/1/2015