



INCA

CARGO 55: TECNOLOGISTA JÚNIOR – ÁREA: MEDICINA – ESPECIALIDADE: CIRURGIA PLÁSTICA

Prova Discursiva

Aplicação: 7/3/2010

PADRÃO DE RESPOSTA

1º Aspecto

Trata-se de tumor de pele com 1 cm e que, portanto, deve ser tratado com biópsia excisional, uma vez que a biópsia incisional é reservada a lesões extensas. A cirurgia micro gráfica de Mohs tem inconvenientes de ser onerosa e demandar muito tempo cirúrgico devendo ser proposta apenas para grandes carcinomas basocelulares (CBC) invasivos ou esclerodermiformes com características histológicas agressivas ou tumores recidivados, com invasão perineural, em áreas nas quais a máxima preservação tecidual é obrigatória ou naqueles incompletamente excisados. Portanto, não deve ser aplicada nesse caso.

A principal hipótese diagnóstica é de carcinoma epidermóide ou espinocelelular (CEC), mas pode se tratar de carcinoma basocelular (CBC) tipo nodular. O exame físico (palpação) e exames complementares de imagem (tomografia computadorizada) devem pesquisar linfadenopatia satélite regional, que, se positiva, deve ser removida em bloco com o tumor (linfadenectomia terapêutica). A pesquisa de linfonodo sentinela ou a dissecação eletiva e profilática dos linfonodos regionais é questionável na literatura e não está indicada nesse caso.

Não há critério uniforme na literatura a respeito das margens cirúrgicas de ressecção, mas o *National Comprehensive Cancer Network* de 2004 classifica os tumores CBC e CEC de baixo risco e de alto risco de recidiva, seguindo critérios clínicos e histológicos. O tumor do caso clínico em questão apresenta-se como de alto risco de recidiva (tanto para hipótese de CEC com de CBC), dado que, apesar de apresentar-se com bordas bem delimitadas, ser lesão primária, não haver história de imunossupressão e radioterapia, e nem sintomas neurológicos, o tumor apresenta-se na boca, tem mais de 6mm de diâmetro e de crescimento rápido.

O tratamento mais adequado para esse tumor é a biópsia excisional com margem de 1 cm nas laterais e de toda a espessura do lábio (mucosa, musculatura e pele) porque o lábio é elástico e permite reconstrução adequada sem grandes repercussões anatômicas e funcionais. O mapeamento intraoperatório com biópsia de congelação não é indicado para esse caso, uma vez que deve ser indicado em lesões recidivadas ou quando não é possível o emprego de margens adequadas devido a condições anatômicas locais.

A reconstrução deve ser realizada com fechamento primário do defeito do lábio, que deve ficar em cerca de 3 cm (1 do tumor e 1 cm de margem de cada lado) e que compreende menos de 1/3 do lábio (cerca de 30%), e, portanto, pode ser fechada primariamente.

Caso o exame histopatológico demonstre tumor maligno de pele com margens comprometidas, então deve-se fazer a ampliação das margens para mais 1 cm de cada lado da cicatriz tornando o defeito final maior que 1/3 do lábio sendo mais adequado realizar a reconstrução com retalhos de vizinhança (Abeé, Estandler), retalhos de avançamento (Camille-Bernard, Webster-Bernard, Schuchardt), retalhos circun-orais (Karapandzic, Gillies, Mc Gregor, Nakagima), retalhos de transposição (Szimanowsky) ou retalhos compostos inervados.

O seguimento clínico dos pacientes com CBC e CEC é muito importante, e sua frequência deve ser determinada pela gravidade do tumor tratado, e pelo dano actínico da pele do paciente. Aproximadamente 25% dos pacientes desenvolvem novos CBC no período de um ano após o tratamento inicial. A recorrência ou surgimento de metástase no CEC ocorrem no período de três anos. Se o exame histopatológico revelar tumor de pele com margens cirúrgicas não comprometidas, então deve se fazer o acompanhamento ambulatorial trimestral no primeiro ano, semestral no segundo e terceiro ano.

2º Aspecto

Espera-se que o candidato cite todos os fatores Clínicos e Histológicos, que, segundo o *National Comprehensive Cancer Network* (2004), classificam o CEC em alto risco de recidiva.

Assim, temos:

Fatores Clínicos

- Tumor em face (olhos, orelhas, nariz e boca) maior ou igual a 6 mm, ou em frente pescoço e couro cabeludo ou região malar maior que 1 cm
- Tumor em tronco e membros maior que 2 cm
- Bordas mal delimitadas
- Lesão recidivada
- História de radioterapia prévia
- História de imunossupressão
- Crescimento rápido do tumor
- Presença de sintomas neurológicos

Fatores Histopatológicos

- Mal Grau de diferenciação
- Tumor espinocelular adenóide ou desmoplásico
- Invasão perineural presente
- Invasão vascular presente