

Serviço de Dermatologia

ROTINAS INTERNAS DO INCA

F
99477
9s
010
OTEC



SERVIÇO DE DERMATOLOGIA

Rotinas Internas do INCA

© 2010 Instituto Nacional de Câncer / Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. Não é permitida a reprodução desta obra.

Tiragem: 1.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA)
Coordenação Geral de Gestão Assistencial
Hospital do Câncer I (HC I)
Seção de Dermatologia
Praça Cruz Vermelha, 23 - 5o andar - Centro
20231-130 - Rio de Janeiro - RJ
Tel.: (0xx21) 2506-6387
www.inca.gov.br

Elaborador

Dolival Lobão Veras Filho

Colaboradores

Gabriela Campos
Lívia Vergara
Myrna Hanke

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Flama

159s Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Hospital do Câncer I. Seção de Dermatologia.

Serviço de dermatologia: rotinas internas do INCA / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Hospital do Câncer I. Seção de Dermatologia. - Rio de Janeiro: INCA, 2010.

36p.: il

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7318-173-9

1. Neoplasias cutâneas. 2. Diagnóstico. 3. Terapia. 4. Condutas terapêuticas. I. Título.

CDD-616.99477

Catálogo na fonte - Seção de Bibliotecas/ Coordenação de Educação

Títulos para indexação

Em inglês: Dermatology Service - INCA Routine Procedures

Em espanhol: Servicio de Dermatología - Rutinas Interna del INCA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Instituto Nacional de Câncer - INCA

SERVIÇO DE DERMATOLOGIA
Rotinas Internas do INCA

Rio de Janeiro, RJ

2010

F
616.99471
I59s
2010

MEMOTEC

Edição

COORDENAÇÃO GERAL DE AÇÕES ESTRATÉGICAS
COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO (CEDC)
Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica
Rua do Rezende, 128 - Centro
20231-092 - Rio de Janeiro - RJ
Tel.: (0xx21) 3970-7818

Supervisão Editorial

Letícia Casado

Edição e Produção Editorial

Taís Facina

Revisão

Maria Helena Rossi Oliveira
Nathanna Assis Alves (estagiária de Letras)

Diagramação

Cecília Pachá

Capa e Projeto Gráfico

Ana Soares (Cardume Design)

Ficha Catalográfica

Silvia Dalston

Revisão Bibliográfica

Nathália Nave (estagiária de Biblioteconomia)

C-6998



SUMÁRIO

ILUSTRAÇÕES	7
INTRODUÇÃO	9
I - ASSISTÊNCIA AO PACIENTE INTERNADO E AMBULATORIAL	
REALIZADA PELA SEÇÃO DE DERMATOLOGIA	13
1.1 - ATENDIMENTO CLÍNICO AMBULATORIAL	13
1.2 - ATENDIMENTO CLÍNICO AO PACIENTE INTERNADO	13
II - PROCEDIMENTOS PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	15
2.1 - DERMATOSCOPIA	15
2.1.1 - INTRODUÇÃO	15
2.1.2 - HISTÓRICO	16
2.1.3 - EQUIPAMENTOS E TÉCNICA	17
2.1.4 - CRITÉRIOS DERMATOSCÓPICOS E ALGORITMO ...	18
2.1.5 - CONCLUSÃO	20
2.2 - CIRURGIA AMBULATORIAL	20
2.2.1 - INTRODUÇÃO	20
2.2.2 - PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	21
2.2.3 - OS PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELA CIRURGIA DERMATOLÓGICA DO INCA	23
2.3 - CRIOTERAPIA	26
2.3.1 - INTRODUÇÃO	26
2.3.2 - CAMPO DE APLICAÇÃO	27
2.3.3 - CONCEITO	27

2.3.4 - TÉCNICAS DO PROCEDIMENTO	28
2.3.5 - INDICAÇÕES	30
2.3.6 - CONTRAINDICAÇÕES	30
2.3.7 - EVOLUÇÃO	31
2.3.8 - MONITORIZAÇÃO	31
2.3.9 - VANTAGENS DA CRIOCIRURGIA	31
2.3.10 - CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	33
ANEXO	35

ILUSTRAÇÕES

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1 - Estimativa de casos novos de câncer por localização primária da neoplasia, por sexo, para o ano de 2010	9
Quadro 1 - Principais indicações para criocirurgia	30

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Percentual histopatológico dos cânceres cutâneos no Brasil	11
Figura 2 - Procedimento de dermatoscopia	15
Figura 3 - Cirurgia ambulatorial	20
Figura 4 - Linhas de Blaschko	22
Figura 5 - Instrumento cortante cirúrgico de <i>punch</i>	24
Figura 6 - Figura esquemática descrevendo a técnica de <i>punch</i>	24
Figura 7 - Equipamento para crioterapia	26
Figura 8 - Técnica do <i>spray</i> aberto	28
Figura 9 - Técnica do <i>spray</i> confinado	29
Figura 10 - Técnica da ponteira fechada	29
Figura 11 - Sequência da lesão no pós-operatório	31
Figura 12 - Fluxograma da Seção de Dermatologia	35

INTRODUÇÃO

O câncer cutâneo é o mais prevalente no mundo. Ele é responsável por mais de 25% de todos os cânceres diagnosticados nos EUA.

No Brasil, a situação não é diferente, e a pele lidera este "Ranking Oncológico" (Tabela 1).

Tabela 1 - Estimativa de casos novos de câncer por localização primária da neoplasia, por sexo, para o ano de 2010

Localização primária Neoplasia maligna	Estimativa de casos novos		
	Masculino	Feminino	Total
Próstata	52.350	-	52.350
Mama feminina	-	49.240	49.240
Traqueia, brônquio e pulmão	17.800	9.830	27.630
Cólon e reto	13.310	14.800	28.110
Estômago	13.820	7.680	21.500
Colo de útero	-	18.430	18.430
Cavidade oral	10.330	3.790	14.120
Esôfago	7.890	2.740	10.630
Leucemia	5.240	4.340	9.580
Pele melanoma	2.960	2.970	5.930
Outras localizações	59.130	78.770	137.900
Subtotal	182.830	192.590	375.420
Pele não melanoma	53.410	60.440	113.850
Todas as neoplasias	236.240	253.030	489.270

Fonte: INCA; 2009.

Os tumores de pele são mais comuns em indivíduos com mais de 40 anos, de pele clara e/ou doenças cutâneas prévias, como algumas genodermatoses, que tornam a pele mais sensível às radiações ultravioleta.

Alguns outros fatores de risco devem ser mencionados, como o arsênico, algumas radiações, processos irritativos crônicos (Úlcera de Marjolin) e, evidentemente, a predisposição genética.

Nos melanodérmicos, o maior acometimento se dá nas regiões palmoplantares, enquanto que nos indivíduos de pele branca, nas áreas mais expostas ao sol, como cabeça e pescoço. Felizmente a maioria dessas neoplasias é curável, quando detectada e tratada precocemente.

Os tumores cutâneos podem apresentar diferentes linhagens, sendo que o carcinoma basocelular é responsável por cerca de 70% desses cânceres, ficando o carcinoma epidermoide com 25%, o melanoma com 4% e outros tipos histológicos com 1% restante.

O carcinoma basocelular apresenta menor agressividade, sendo raríssimamente fatal, produzindo, no entanto, grandes deformidades quando não é tratado adequadamente.

Já o melanoma, ao contrário, apresenta altos índices de letalidade, porém com baixa incidência.

O carcinoma epidermoide pode ser classificado como de intermediária gravidade; pois, em alguns casos, pode produzir metástases.

Com fins didáticos, chamam-se os carcinomas basocelular e epidermoide de câncer de pele não melanoma, e os de origem melanocítica, de câncer de pele melanoma.

Na Figura 1, pode-se acompanhar o percentual dos tipos histológicos de cânceres cutâneos no Brasil.

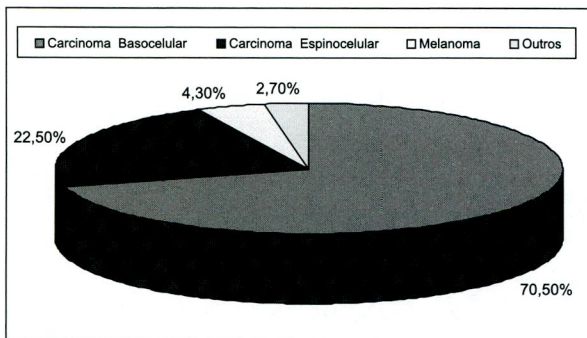


Figura 1 - Percentual histopatológico dos cânceres cutâneos no Brasil

Fonte: Seção de Dermatologia do INCA.

I - ASSISTÊNCIA AO PACIENTE INTERNADO E AMBULATORIAL REALIZADA PELA SEÇÃO DE DERMATOLOGIA

1.1 - ATENDIMENTO CLÍNICO AMBULATORIAL

Consiste na assistência médica realizada por dermatologista na Seção de Dermatologia do Instituto Nacional de Câncer (INCA) a pacientes encaminhados da triagem, de outras unidades do Instituto, ou subseqüentes da própria clínica de dermatologia.

Quando esses pacientes são oriundos da triagem chegam com boletim que permitirá que o médico assistente autorize a abertura de prontuário, no qual serão efetuadas todas as anotações referentes ao primeiro atendimento. Caso não tenha o perfil para tratamento no INCA, o paciente não é matriculado, sendo então encaminhado para um hospital geral.

Nos demais encaminhamentos, é absolutamente necessária a presença do prontuário previamente aberto.

1.2 - ATENDIMENTO CLÍNICO AO PACIENTE INTERNADO

É a assistência realizada no leito do paciente após solicitação, via parecer, de médicos de outras clínicas do INCA. Esse parecer então é respondido e anexado ao prontuário, e a conduta a ser tomada, discutida com o solicitante.

II - PROCEDIMENTOS PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

2.1 - DERMATOSCOPIA

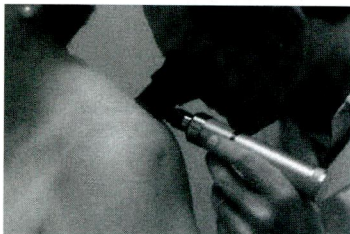


Figura 2 - Procedimento de dermatoscopia

Fonte: REZZE; SÁ; NEVER; 2008.

2.1.1 - Introdução

A dermatoscopia, também chamada de microscopia de epiluminescência, é a técnica semiológica mais útil na avaliação de lesões pigmentadas da pele. É um exame *in vivo* que permite a diferenciação entre lesões pigmentadas benignas (ceratose seborreica, hemangioma, nevos melanocíticos) e malignas, entre as quais, o carcinoma basocelular pigmentado e o melanoma. Consiste na utilização de um aparelho chamado dermatoscópio, o qual contém lentes especiais que, colocadas sobre a pele, revelam uma imagem que alcança a derme média e que difere bem da imagem que se teria com uma simples lente de aumento. Portanto, dermatoscópio não é lupa, apesar de sua versão manual ser muito leve, pequena e portátil. É um aparelho de microscopia de superfície, cuja interpretação tem uma ótima correlação com o exame histopatológico.

A dermatoscopia gera uma interface entre o exame clínico a olho nu e o exame convencional microscópico. Não substitui este último, mas é

um exame complementar para a seleção das lesões que devem ser enviadas para a histopatologia, poupando o paciente da excisão indiscriminada de lesões benignas. Com o dermatoscópio, tem-se uma visão aérea da lesão pigmentada, como em um corte transversal. Enxerga-se o que ocorre no centro e nas bordas da lesão, como um todo.

A limitação é a interpretação na profundidade, uma vez que não se enxerga abaixo da derme média. Já o exame histopatológico é um exame de corte longitudinal da lesão, que a enxerga bem em profundidade, mas cada lâmina analisada reflete apenas um corte da lesão e não todas as bordas da mesma.

A interpretação dermatoscópica pode ser considerada como um laudo microscópico de superfície, que terá sua melhor correspondência histopatológica quanto maior for o treinamento do observador. Apesar de ser um exame reconhecido há pouco tempo (no Brasil tem uma década, aproximadamente) a dermatoscopia chegou para ser uma ferramenta de grande auxílio no dia a dia do dermatologista, fundamental para a melhor interpretação e correlação das lesões pigmentadas da pele.

2.1.2 - Histórico

As primeiras referências a essa técnica remetem ao século XVII, quando Kolhaus examinou os vasos da matriz ungueal com um microscópio. O termo "Dermatoscopia" foi introduzido por Saphier na metade do século XX, porém a técnica só começou a ser mais utilizada após a produção de um dermatoscópio portátil por Goldman, na segunda metade desse século. Em 1971, Rona Mackie estabeleceu os benefícios da utilização da dermatoscopia no pré-operatório de lesões pigmentadas. Mas foi apenas nos anos 1980 que a dermatoscopia começou a ser mais bem definida, com o estabelecimento dos critérios dermatoscópicos e a realização da primeira *Conferência de Consenso sobre a Dermatoscopia*

de *Superfície*, em Hamburgo, Alemanha. Nos anos 1990, surgiu o primeiro Atlas de Dermatoscopia e vários estudiosos do assunto, como Stolz, Menzies e Argenziano, propuseram análises dermatoscópicas das lesões pigmentadas. A partir de 2000, após a *Consensus Net Meeting*, a dermatoscopia ganhou projeção mundial e interesses crescentes em congressos, publicações e no dia a dia do dermatologista.

2.1.3 - Equipamentos e técnica

Utiliza-se um aparelho chamado dermatoscópio, que é parecido com um otoscópio ou oftalmoscópio, mas que possui um sistema especial de lentes, com uma iluminação que incide a um ângulo de 20° , que quando colocado sobre a lesão cutânea pigmentada permite a visualização das camadas mais superficiais da pele de maneira sobreposta. Essa superposição da camada córnea, camada espinhosa e derme papilar criam imagens que serão interpretadas de acordo com as estruturas dermatoscópicas observadas. Os dermatoscópios manuais são leves, práticos (cabendo no bolso do jaleco) e possuem aumento de 10 vezes. Podem ser de luz halógena, necessitando de um fluido de contato entre a lente e a pele (gel de ultrassom, um óleo mineral ou o álcool gel) ou, se forem de luz polarizada, não precisam de fluidos e podem até não encostar na pele. Há também os vídeos dermatoscópios, que projetam a imagem dermatoscópica direto em uma tela de TV ou de computador, com maiores aumentos (20 a 70 vezes) e alguns, mais sofisticados, possuem *softwares* para documentação dermatoscópica e comparações futuras. Estes últimos são bastante úteis no acompanhamento de pacientes com múltiplos nevos melanocíticos, especialmente no caso de pacientes com história pessoal ou familiar de melanoma, uma vez que auxiliam na identificação precoce de novas lesões e indicam as modificações nas lesões antigas documentadas.

2.1.4 - Critérios dermatoscópicos e algoritmo

As imagens obtidas pela dermatoscopia podem apresentar até seis cores diferentes (amarelo, preto, marrom escuro ou claro, cinza-azulado, vermelho e branco). O amarelo representa a camada córnea, sem melanina. O preto representa a melanina na camada córnea; os tons de marrom indicam melanina na camada espinhosa e junção dermoepidérmica; o cinza-azulado representa melanina na derme; o branco representa fibrose ou cicatriz; e o vermelho representa a hemoglobina no interior dos vasos.

Também várias estruturas podem ser identificadas, como a rede pigmentada, os glóbulos agregados, as estrias ramificadas, os pseudópodes, o véu cinza-azulado, as estruturas em raio de roda, as estruturas em folha, os pseudocistos córneos, os pseudocomedões e os lagos venosos, entre muitos outros. A familiarização com esse novo glossário será imprescindível para o entendimento das imagens obtidas com o dermatoscópio.

Cada estrutura dermatoscópica terá uma correlação histopatológica e o entendimento dessa dinâmica será importante para o diagnóstico final da lesão. É possível interpretar melhor o antigo ABCD a olho nu das lesões pigmentadas com o dermatoscópio. Muitas vezes, o que parecia suspeito pelo exame clínico é uma imagem dermatoscópica simétrica em estruturas e cores, enquanto, em outros casos, um sinal inocente na pele pode ter uma dermatoscopia revelando detalhes de uma possível malignidade.

A análise dermatoscópica é diferente dependendo da área examinada e o exame é dividido em dermatoscopia da face, do pescoço para baixo (incluindo tronco e membros) e das regiões palmoplantares e unhas. Em cada setor, serão esperadas imagens próprias para as lesões mais comuns nessas áreas. Por exemplo, na face, um lentigo maligno apresentará estruturas anulares granulares, estruturas romboidais e pseudorrede

assimétrica, enquanto uma ceratose seborreica plana poderá apresentar pseudorrede regular, borda em roído de traça, pseudocistos córneos, pseudoaberturas foliculares ou estruturas em impressão digital.

Nas regiões palmoplantares, a presença de paralelismo indica que a lesão é melanocítica, sendo alguns padrões benignos, como o de sulcos paralelos, o padrão treliça e o padrão fibrilar, enquanto o melanoma acral apresentará a inversão dos sulcos, chamado padrão em cristas paralelas. Nas regiões ungueais, a coloração de fundo das melanoníquias e a simetria no paralelismo auxiliarão na suspeição ou não de melanoma acral subungueal.

O algoritmo básico para a interpretação dermatoscópica do pescoço para baixo é dividido em duas partes. O primeiro passo é definir se a lesão avaliada é melanocítica ou não. A presença de rede pigmentada, ou de glóbulos agregados, ou de estrias ramificadas define a lesão como melanocítica. Ainda nessa primeira etapa, na ausência dos critérios de lesões melanocíticas, tenta-se encaixar as lesões em outros diagnósticos, como por exemplo: presença de padrão cerebriforme, pseudoaberturas foliculares e pseudocistos córneos são típicos de ceratose seborreica; presença de lagos venosos nos hemangiomas e angioqueratomas; presença de área azul homogênea nos nevos azuis; presença de ninhos ovoides cinza-azulados ou estruturas em raio de roda ou estruturas em folha e vasos arboriformes no carcinoma basocelular; e, por fim, quando no algoritmo a lesão não tiver nenhum dos critérios acima, será considerada, por exclusão, melanocítica suspeita de melanoma.

O segundo passo diz respeito às lesões melanocíticas, no qual se analisa se a lesão é benigna, suspeita ou altamente suspeita de melanoma. Nessa etapa, é muito importante analisar o padrão global da lesão melanocítica, pois lesões simétricas e com padrões bem definidos serão consideradas benignas, como o padrão reticular, o padrão globular, o padrão *cobblestone* e o padrão *starburst*.

Já lesões melanocíticas com múltiplas cores e estruturas dispostas de maneira assimétrica terão um padrão chamado multicomponentes, padrão esse de alta suspeição para malignidade. Alguns critérios dermatoscópicos por si só já são considerados suspeitos de melanoma como, por exemplo, os pseudópodes (assimétricos na periferia da lesão), o véu cinza-azulado e os vasos irregulares (puntiformes e lineares irregulares). Todas as lesões melanocíticas suspeitas e altamente suspeitas deverão ser excisadas e a histopatologia dará o laudo conclusivo da lesão.

2.1.5 - Conclusão

A dermatoscopia é, portanto, um exame que auxilia a interpretação das lesões pigmentadas da pele, sendo um ótimo exame de triagem para definir a conduta a ser tomada em relação a essas lesões. Aumenta a sensibilidade no diagnóstico de diversas patologias, malignas e benignas, que poderiam ter que ser biopsiadas deliberadamente, e, principalmente, aumenta o diagnóstico precoce do melanoma cutâneo, mudando a história natural dessa patologia potencialmente fatal e de incidência mundialmente crescente.

2.2 - CIRURGIA AMBULATORIAL

2.2.1 - Introdução

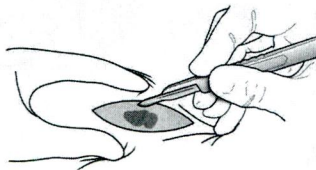


Figura 3 - Cirurgia ambulatorial

Fonte: WOLFF; 2008.

A cirurgia ambulatorial é realizada em sala própria em pacientes que passaram por uma consulta prévia, na qual se avalia a possibilidade cirúrgica.

Caso haja indicação, o paciente é encaminhado a essa sala, onde antes do procedimento será aferida a sua pressão arterial - em casos de grande alteração, a cirurgia poderá ser inviabilizada. Esses pacientes então serão enviados para um hospital geral para tratamento.

Nos demais pacientes, realiza-se cirurgia indicada, que poderá ser uma simples biópsia para esclarecimento de diagnóstico ou um tratamento curativo com ampla ressecção de tumores cutâneos.

Alguns dias após a cirurgia, o paciente retornará ao ambulatório, onde: retira-se a sutura, trata-se a doença diagnosticada ou encaminha-se o paciente para um hospital geral. Em casos de patologias benignas, os pacientes receberão alta administrativa.

2.2.2 - Procedimento cirúrgico

A cirurgia ambulatorial da Seção de Dermatologia do INCA é realizada por sua equipe de profissionais em pacientes encaminhados do ambulatório.

Todo procedimento inicia-se com o preparo da pele para a cirurgia, com o objetivo de diminuir a possibilidade de contaminação da lesão e subsequente infecção. Assim, certas precauções são padronizadas e seguidas no ambiente hospitalar e ambulatorial.

Faz-se uso de agentes antissépticos, do tipo clorexidina (gluconato de clorexidina em soluções alcoólicas a 0,5% ou em base espumante de 2% a 4%), muito eficaz contra bactérias gram-positivas e gram-negativas. Produz rápida destruição bactericida, não é irritante para a pele, não é absorvida e não há evidências de toxicidade sistêmica. No momento, esse é o melhor agente antisséptico para o preparo operatório. Além da clorexidina, existem os sabões, com pouco efeito bactericida; o iodo, que é poderoso antisséptico, porém tende a ser instável e causar irritação na

pele; e os álcoois (álcool etílico a 70%), excelente antisséptico, com utilização limitada.

As linhas de incisão são importantes para determinar melhor cicatrização estética, devendo-se seguir as linhas de tensão da pele (*Relaxed Skin Tension Lines - RSTL*). As linhas de Blaschko correspondem ao padrão de desenvolvimento e crescimento naturais da pele, sem relação com estruturas vasculares e nervosas. Essa proposta é contrariada nos casos de melanomas ou lesões suspeitas de melanoma, localizados em membros (Figura 4).

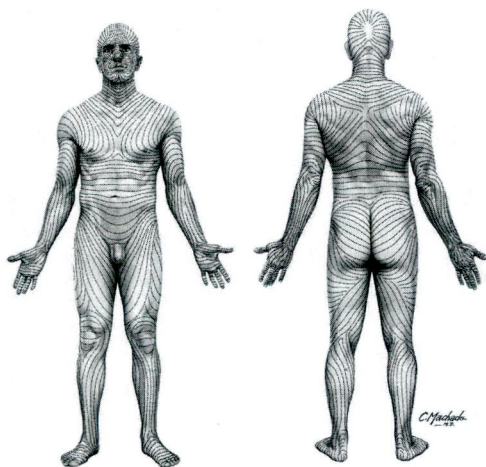


Figura 4 - Linhas de Blaschko

Fonte: Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica.

Os instrumentais mais utilizados na prática da cirurgia dermatológica são basicamente compostos por: cabo de bisturi para lâmina 15 e/ou 14, tesoura de Mayo para fios, tesoura delicada para pele, pinça de Addison-Brown (ou dente de rato), gancho, pinças hemostáticas, porta-agulha, seringa carpule, curetas e *punchs* de variados tamanhos.

Entre os materiais descartáveis mais utilizados, destacam-se: gazes, lâminas de bisturi (10, 11, 15), agulhas descartáveis para carpule (também se utilizam agulha rosa, verde, preta e de insulina), seringas hipodérmicas/insulina, anestésicos locais com e sem vasoconstrictor (anestésicos do grupo amida como lidocaína), micropore (1cm e 2 cm), fios de sutura mononáilon (3-0, 4-0, 5-0, 6-0), soro fisiológico e creme/pomada cicatrizante.

2.2.3 - Os principais procedimentos realizados pela cirurgia dermatológica do INCA

- 1) Biópsia curativa e diagnóstica: incisional (*punch*) e excisional.
- 2) Exérese e sutura direta.
- 3) *Shaving* e eletrocoagulação.
- 4) Eletrocirurgia (ECAD).

As biópsias diagnósticas têm como objetivo elucidar o diagnóstico de determinadas lesões suspeitas para que se programe e determine melhor conduta terapêutica, enquanto as biópsias curativas elucidam o diagnóstico e ao mesmo tempo já realizam o tratamento do paciente.

As biópsias se dividem em incisionais e excisionais. 1) biópsia incisional: compreende a retirada de parte da lesão para obtenção de um resultado histopatológico e, após este, determinar a próxima e melhor conduta terapêutica. É mais indicada em lesões de grandes dimensões ou localizadas em áreas em que uma biópsia resultaria em cicatrizes inestéticas, como em face, por exemplo, ou quando dentre as hipóteses diagnósticas esteja incluída lesão benigna, assim evitando cicatrizes de maiores dimensões.

2) biópsia excisional: nesta forma já é incluída toda a lesão em um único momento cirúrgico. É o método mais indicado para lesões suspeitas de melanoma e outras lesões malignas ou não.

As biópsias realizadas por *punch*, isto é, instrumento cortante cilíndrico, de tamanhos que varia de 2 mm a 10 mm, também são consideradas uma forma de biópsia incisional (Figuras 5 e 6). Com movimentos circulares por pressão discreta, consegue-se atingir o nível desejado da pele, geralmente hipoderme e, então, com o auxílio de uma pinça delicada, suspende-se a peça e finalmente utiliza-se de uma tesoura de ponta fina e delicada para obtenção da peça cirúrgica, com o mínimo de traumatismo possível para que não comprometa o estudo histopatológico.

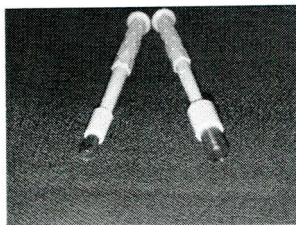


Figura 5 - Instrumento cortante cirúrgico de *punch*

Fonte: Arquivo pessoal de Dolival Lobão.

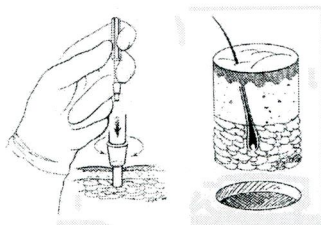


Figura 6 - Figura esquemática descrevendo a técnica de *punch*

Fonte: ZACHARY; 1995.

A exérese e sutura direta são realizadas em forma de fuso, seguindo uma relação de 1:3 entre os diâmetros menor e maior e ângulo de 30° em cada extremidade. Devem ser demarcadas seguindo as linhas de tensão da pele - RSTL - já descritas anteriormente. A principal finalidade da sutura é fechar as feridas e proporcionar suporte ao tecido durante as primeiras fases da cicatrização. As técnicas de sutura vão depender da força e direção das tensões sobre a ferida operatória, da espessura dos tecidos e da região anatômica em questão. Nesse método, estão incluídos os métodos de biópsia excisionais e incisionais.

A biópsia por *shaving* é realizada em lesões superficiais, particularmente lesões névicas, acrocórdons e queratoses seborreicas. A lesão deve ser anestesiada em sua base e pode-se utilizar para essa técnica tanto lâmina de bisturi como tesoura tipo íris. A hemostasia é realizada com o aparelho de eletrocoagulação.

A ECAD consiste de uma alternativa cirúrgica, na qual há corte e/ou coagulação de tecidos, utilizando-se corrente alternada de alta frequência.

Antes de iniciar qualquer procedimento, deve-se colocar a placa/antena em contato com o paciente mais próxima da área submetida ao tratamento. O uso da placa faz com que a intensidade da corrente não seja superior à necessária.

Devido às complexidades técnicas *versus* as alternativas cirúrgicas clássicas que produzem efeitos semelhantes, raramente utiliza-se esse procedimento no INCA.

Todo material de biópsia é armazenado em recipiente próprio contendo formol a 10% e enviado juntamente com a descrição da peça cirúrgica, hipóteses diagnósticas e história patológica pregressa referente à lesão e observações consideradas de grande valia para melhor conduzir o estudo histopatológico.

Os curativos são feitos após cada procedimento, utilizando-se cremes ou pomadas cicatrizantes, adesivos antissépticos, gazes, fita hipoalergênica e, quando indicados, ataduras e esparadrapos. O curativo deve ser trocado

de 24 a 48 horas após o procedimento cirúrgico e o paciente deve ser bem orientado sobre como realizá-lo, nos próximos dias, até seu retorno para entrega de laudos histopatológicos e possível retirada de pontos, 15 dias após o ato cirúrgico, quando as lesões localizam-se em tronco e membros e, de 5 a 7 dias, quando as lesões localizam-se em mucosa ou face.

Os princípios de esterilização, instrumentos e materiais utilizados, técnica cirúrgica exercida pelo profissional capacitado e os cuidados pós-operatórios orientados adequadamente ao paciente determinarão a qualidade e o sucesso do tratamento.

2.3 - CRIOTERAPIA

2.3.1 - Introdução

Realização de procedimento cirúrgico usando o congelamento local como artifício para destruição controlada e remoção de tecido.

O desenvolvimento desse procedimento se deu devido à experimentação clínica e observação dos efeitos do frio sobre a pele.

A partir daí, o homem desenvolveu novas técnicas em modelos inanimados, que evoluíram para utilização nos seres vivos, consagrando então a criocirurgia.



Figura 7 - Equipamento para crioterapia

Fonte: Arquivo pessoal de Dolival Lobão.

2.3.2 - Campo de aplicação

Aplica-se padronização de desempenho de uma das atividades da Seção de Dermatologia.

2.3.3 - Conceito

A - Materiais e equipamentos

- Aparelhos criocirúrgico - garrafa metálica que visa a aspergir o nitrogênio (N₂) líquido sobre a lesão cutânea.
- Probes/ponteiras - acessório que, acoplado ao aparelho criocirúrgico, determina o diâmetro de saída do N₂.
- N₂ líquido - criógeno usado na criocirurgia.
- Cones - acessórios de neoprene que visa a conter o N₂ na área-alvo.
- Contêiner - equipamento onde se armazena o N₂.

B - Definições

- Crionecrose - área onde houve necrose desejada, provocada pelo contato com o N₂.
- Tempo de congelamento - intervalo de tempo entre o início do congelamento e o seu término.
- Tempo de descongelamento - tempo contado a partir do final do congelamento.

C - Condições do criógeno

O N₂ líquido encontra-se em estado de ebulição a uma temperatura de 196°C negativos.

Estudos nos quais se monitoraram principalmente as lesões malignas, com crioagulhas (pirômetros) que são inseridas no tumor, concluíram que a temperatura ideal para que haja a crionecrose desejada é de 50°C negativos para lesões malignas e 20°C negativos para as lesões benignas.

2.3.4 - Técnicas do procedimento

A - Técnica do *spray* aberto

Retira-se o N₂ que se encontra armazenado no contêiner e coloca-se no aparelho criocirúrgico. Este então é aspergido sobre a lesão, previamente demarcada com caneta, observando-se uma margem de segurança de ± 3 mm. Após essa área estar totalmente branqueada, marca-se o tempo de congelamento (TC) específico para cada tipo de lesão. A distância entre a saída da ponteira e a área-alvo deve se manter em torno de 1 cm.



Figura 8 - Técnica do *spray* aberto

Fonte: Arquivo pessoal de Dolival Lobão.

B - Técnica do *spray* confinado

A técnica é semelhante à descrita anteriormente, mantendo-se, no entanto, a lesão envolvida por um cone vazado nas duas extremidades. O N₂ é então contido pelo cone, evitando o espalhamento deste. Essa técnica permite que o tempo de congelamento seja a metade do tempo de congelamento com a técnica do *spray* aberto.



Figura 9 - Técnica do *spray* confinado

Fonte: Arquivo pessoal de Flávio Luz.

C - Técnica da ponteira fechada

Deve ser usada para lesões vasculares. Aqui, o N₂ entra em contato com a lesão através de uma sonda que deve comprimi-la, provocando o esvaziamento sanguíneo desta, o que facilita o colapamento das paredes vasculares, levando com mais efetividade à crionecrose desejada.

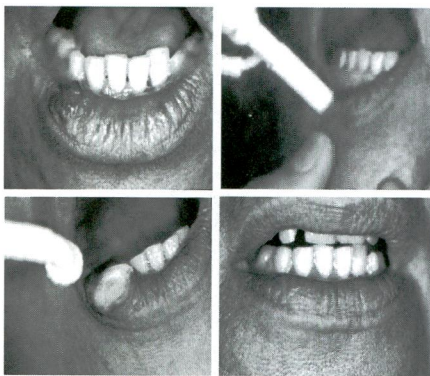


Figura 10 - Técnica da ponteira fechada

Fonte: Arquivo pessoal de Dolival Lobão.

2.3.5 - Indicações

A criocirurgia é um procedimento indicado para diversas lesões benignas e/ou malignas, tendo cada uma delas um tempo de congelamento específico. De uma forma geral, indica-se para lesões benignas somente um ciclo de congelamento e, para lesões malignas, dois ciclos, intervalados por 5 minutos. A localização ideal para o procedimento é o pavilhão auricular, pois a cartilagem é um dos tecidos mais resistentes ao frio, o que permite a crionequese intensa, havendo, no entanto, uma perfeita cicatrização.

Quando possível, deve ser evitada na pele negra, pois a cicatrização normalmente é acromica, o que leva a um contraste deslegante com a pele sã.

Quadro 1 - Principais indicações para criocirurgia

BENIGNAS	MALIGNAS
Angiomas	Basaliomas
Angioqueratoma	Ca epidermoide
Ceratose actínica	Doença de Bowen
Cisto mixoide	Leucoplasias
Dermatofibroma	Melanoma (paliativo/metástases)
Leucodermias	Sarcoma de Kaposi
Poroqueratose	
Queloides	

Fonte: Seção de Dermatologia do INCA.

2.3.6 - Contraindicações

- Urticária do frio - Doença de Reynand.
- Diabetes descompensado.
- Alta de destreza da cirurgia.

2.3.7 - Evolução

Após a realização do procedimento em lesões malignas, ao fazer dois ciclos de 1 minuto, haverá formação de bolha após 12 horas, que deve ser mantida íntegra por dois dias, quando então se indica o rompimento dela.

Esquemáticamente tem-se:

Lesão Tecidual → Estase Vascular → Anóxia → Necrose

No pós-operatório, tem-se a seguinte sequência:

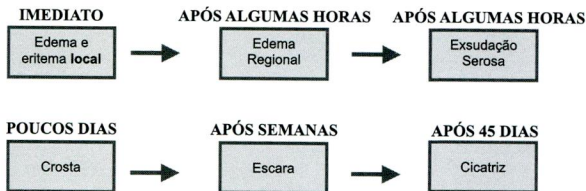


Figura 11 - Sequência da lesão no pós-operatório

Fonte: Seção de Dermatologia do INCA.

2.3.8 - Monitorização

O acompanhamento dos pacientes é feito através de exame clínico 45 dias após o procedimento e a cada seis meses em pacientes com câncer cutâneo.

2.3.9 - Vantagens da criocirurgia

Baixo custo, usada em qualquer faixa etária, anestesia opcional, usada também na gravidez, sem problema com coagulopatias, hipertensão, marca-passos, mobilidade limitada ou pânico cirúrgico.

2.3.10 - Conclusão

Com a seleção apropriada de pacientes, de lesões, técnica correta, equipamentos adequados e experiência do cirurgião, a criocirurgia é uma excelente modalidade terapêutica para o tratamento de tumores benignos e/ou malignos da pele.

REFERÊNCIAS

ARGENZIANO, G. et al. Dermoscopy of pigmented skin lesions: results of a consensus meeting via the Internet. *Journal of the American Academy of Dermatology*, St. Louis, v.48, n.5, p.679-693, maio 2003.

AZULAY, R. D.; AZULAY, D. R. *Dermatologia*. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

CAMPOS-DO-CARMO, G. Dermatoscopia de lesões não-pigmentadas e outras utilizações. In: RAMOS-E-SILVA, M., CASTRO, M. C. R. *Fundamentos de dermatologia*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009. p. 445-447.

CAMPOS-DO-CARMO, G.; RAMOS-E-SILVA, M. Dermoscopy: basic concepts. *International Journal of Dermatology*, New York, v. 47, n.7, p. 712-719, jul. 2008.

DAWBBER, R. *Criocirurgia Cutânea*. Oxford: Oxford University, 1997.

JOHR, R. et al. *Dermoscopy: the essentials*. Edinburg: Mosby, 2004. 231p.

FITZPATRICK, T. B. et al. *Tratado de dermatologia*. 5. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). *Estimativa 2010 - Incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

KUFLIK, E. G.; GAGE, A.A. *Cryosurgical treatment for skin cancer*. New York: Igaku-Shoin Medical Pub, 1990.

MENZIES, S. W. Atlas de microscopia de superfície de lesões pigmentadas da pele: dermoscopia. 2. ed. Rio de Janeiro: Di Livros, 2004. 175p.

PEHAMBERGER, H; STEINER, A; WOLFF, K. In vivo epiluminescence microscopy of pigmented skin lesions. I. Pattern analysis of pigmented skin lesions. Journal of the American Academy of Dermatology, St. Louis, v.17, n.4, p. 571-583, out. 1987.

RIVITI, E. A.; SAMPAIO, S. A. Dermatologia. 3.ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007. 1228 p.

SOYER, H. et al. Surface microscopy. A new approach to diagnosis of cutaneous pigment tumors. The American Journal of dermatopathology, New York, v.11, n.1, p.1-10, fev. 1989.

STOLZ, W. et al. ABCD rule of dermatoscopy: a new practical method for early recognition of malignant melanoma. European journal of dermatology: EJD, France, v.4, p.521-527, 1994. Disponível em: <<http://www.dermoscopy.org>>. Acesso em: 11 jul. 2010.

STOLTZ, W. et al. Atlas colorido de dermatoscopia. Tradução Araújo, R. S.B. 2. ed. Rio de Janeiro: Di Livros, 2002. 224p.

TORRE, D.; LUBRITZ, R.; KUFLIK, E. Practical cutaneous cryosurgery. Connecticut: Appleton & Lage, 1988. 119p. ZACARIAN, A. S. Cryosurgery for skin cancer and cutaneous disorders. St.Louis: C.V. Mosby, 1985.

ANEXO

FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO NA SEÇÃO DE DERMATOLOGIA

A Seção de Dermatologia recebe pacientes provenientes da triagem do INCA ou através de pareceres enviados de outras clínicas do HCl ou unidades do INCA. Esses pacientes serão tratados no ambulatório ou enviados para outros setores da própria Seção. No fim do tratamento, serão reenviados às suas clínicas de origem ou receberão alta administrativa. O fluxograma a seguir ilustra melhor o seguimento da assistência médica oferecida pela Seção.

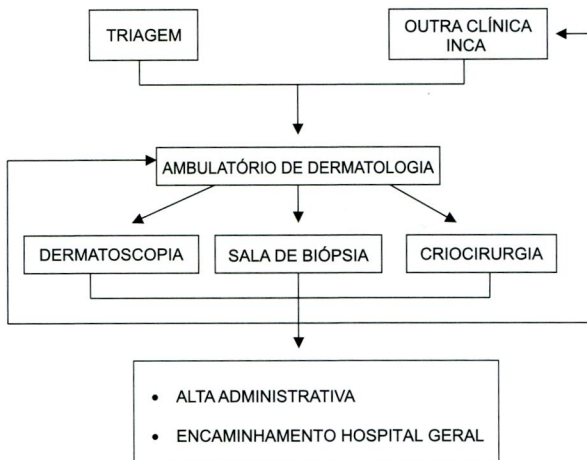


Figura 12 – Fluxograma da Seção de Dermatologia

Fonte: Seção de Dermatologia do INCA.



80025 75540

A publicação das Rotinas Internas do Instituto Nacional de Câncer/MS tem como finalidades atender à Portaria SAS/MS nº 741, de 19 de dezembro de 2005; promover a sua utilização como fator integrador do ensino e da assistência médico-hospitalar no INCA; e servir de referência para avaliação de resultados e para a melhoria contínua das condutas terapêuticas na atenção oncológica.



6:

ME