

## CÂNCER DE PELE: Melanoma

**Aline Vieira Alves**

Graduanda em Tecnologia Estética e Cosmética,  
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

**Luciana Cristina Garcia da Silva**

Fisioterapeuta – FITL/AEMS; Esp. em Fisioterapia Cardiorrespiratória e Hospitalar –  
UNOESTE; Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

### RESUMO

O câncer de pele é o tipo de câncer mais comum que cresce a cada ano, pela alta incidência da radiação ultravioleta que se dá através da exposição solar, e que sem a devida proteção causa rigorosas consequências. O câncer de pele representa mais da metade dos diagnósticos de câncer no Brasil. O presente artigo tem o objetivo de avaliar o conhecimento do câncer de pele tipo melanoma, ressaltar a importância das técnicas de prevenção, os sintomas e os tratamentos a serem realizados. Uma alteração na pele é muitas vezes o primeiro sinal de alerta do melanoma, que é considerado mais agressivo e mortal dos tumores de pele, pois tem grande capacidade de se espalhar pelo corpo e pode surgir de diferentes maneiras e em qualquer parte do corpo, inclusive em áreas não expostas ao sol. A exposição aos raios ultravioletas é o principal fator para este risco.

**PALAVRAS-CHAVE:** câncer; melanoma; prevenção; exposição.

### 1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença de etiologia multifatorial, resultante, principalmente, de alterações genéticas, fatores ambientais e do estilo de vida.

Dentre os diferentes tipos de câncer destaca-se o câncer da pele, que se apresenta como câncer da pele melanoma (CPM) e câncer da pele não melanoma (CPNM) (FERREIRA; NASCIMENTO; ROTTA, 2011).

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de cem doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, com possibilidade de metástase. Dividindo-se rapidamente, tais células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, gerando a formação de tumores ou neoplasias malignas (Instituto Nacional do Câncer, INCA, 2003).

A radiação ultravioleta solar é reconhecidamente um carcinógeno humano completo. Entre os cânceres de pele relacionados à exposição a essa radiação, o mais grave é o melanoma cutâneo, em virtude de sua letalidade. Apesar dos grandes avanços no seu tratamento, ele ainda é responsável por um número considerável de óbitos. Estudos epidemiológicos mostram forte associação entre o

desenvolvimento de melanoma e a frequência de episódios de queimadura grave induzida pela radiação ultravioleta. A atividade mais relacionada à ocorrência dessas queimaduras graves é o banho de sol. Além da exposição à radiação solar, aumentou a exposição a fontes artificiais de radiação ultravioleta. As mudanças comportamentais que levaram ao aumento da exposição à radiação ultravioleta, tanto a natural quanto a artificial, foram em grande parte impulsionadas pela valorização estética do bronzeado (FISCHER, et al., 2004).

No Brasil, o índice do câncer de pele tem aumentado muito, sem escolha de sexo ou idade.

## **2 OBJETIVOS**

O objetivo deste trabalho é descrever o câncer de pele melanoma (fatores de risco, classificação e sintomas), além de mostrar a importância das técnicas de prevenção.

## **3 MATERIAL E MÉTODOS**

Para a realização deste trabalho, foram utilizados artigos de revistas científicas indexados em plataformas de pesquisa como Google Acadêmico e Scielo.

## **4 TIPOS DE MALENOMA**

O câncer de pele é o tipo de câncer mais incidente em ambos os sexos no Brasil. Em geral, as lesões são de fácil diagnóstico e possuem índices de cura superiores a 95%, quando tratados precoce e corretamente. Embora a incidência de melanoma represente apenas cerca de 4% dos tumores de pele, este é considerado o tumor cutâneo de maior importância, pois representa mais de 79% das mortes por câncer de pele (DIMATOS, 2009).

Nos Estados Unidos da América, a incidência do melanoma tem aumentado cerca de 4 a 6% anualmente. Entre 1973 e 1994 a incidência aumentou 154,4% para os homens e 90,2% para as mulheres. Apesar das estatísticas alarmantes, a velocidade de progressão da doença vem reduzindo-se, principalmente entre as

mulheres. Entre 1973 e 1977 esse aumento foi de 26% para os homens e 22% para as mulheres. E entre 1990 e 1994, de 6,8% para os homens e 1,3% para as mulheres (PINHEIRO et al., 2003).

Algumas regras básicas permitem o imediato reconhecimento do melanoma cutâneo em lesões melanocíticas: alterações de cor, tamanho, forma e superfície; crescimento rápido, descamação, ulceração, sangramento, prurido, dor e desenvolvimento de áreas papulosas ou nodulares sobre máculas pigmentadas (FERNANDES et al., 2005). São subdivididos em quatro tipos: melanoma expansivo superficial (MES), melanoma nodular (MN), melanoma lentiginoso acral (MLA) e melanoma lentigo maligno (MLA).

#### **4.1 Melanoma Expansivo Superficial (MES)**

MES é o mais frequente dos melanomas (70% dos casos). Atinge tronco e membros inferiores de indivíduos na quarta e quinta década de vida. Várias colorações, como castanho, preto, róseo, violeta; hipopigmentação central e expansão periférica; o matiz cinza-escuro translúcido é altamente sugestivo. Evolução crônica, e, depois de meses a anos, podem surgir nódulos elevados, sangramento ou transudação, o que já caracteriza o estágio mais avançado, de crescimento vertical (FERNANDES et al., 2005).

#### **4.2 Melanoma Nodular (MN)**

MN é o segundo mais comum (15-30% dos casos). Os indivíduos do sexo masculinos, na quinta e sexta décadas de vida, são os mais afetados (proporção homem:mulher de 2:1). Apresenta-se como lesão papulosa, elevada, de cor castanha, negra ou azulada. São frequentes a ulceração e o sangramento; existe a variante amelanótica, com superfície crítematosa. A expressão é reservada às lesões primitivamente nodulares, isto é, sem fase prévia de crescimento radial (FERNANDES et al., 2005).

#### **4.3 Melanoma Lentiginoso Acral (MLA)**

MLA afeta indivíduos na sétima década de vida, sem predileção de sexos. As regiões palmoplantares, extremidades digitais, mucosas e semimucosas são as mais frequente em não brancos (35 a 60%). Nas extremidades digitais pode-se apresentar como lesão tumoral acastanhada subungueal, melanoníquia estriada,

fragmentação longitudinal da lâmina ungueal, além de paroníquia crônica e persistente.

Para auxílio na detecção precoce dos melanomas subungueais é proposto o sistema ABCDEF: A (age): 20-90 anos com pico de incidência entre quinta e sétima décadas, não brancos; B (nail band): pigmentação castanho-negra com largura de 3 mm e borda irregular; C (change): aumento rápido no tamanho da faixa; D (digit involved): polegar > hálux > indicador, único, mão dominante; E (extension): comprometimento da dobra ungueal lateral e proximal ou borda livre da unha, e F (family ou personal history): de melanoma prévio ou síndrome do nevo displásico. (FERNANDES et al., 2005).

#### **4.4 Melanoma lentigo maligno (MLA)**

MLA é pouco frequente (5% dos casos). Atinge indivíduos na sexta e sétima décadas de vida; surge em área de lentigo solar que se apresenta como mácula acastanhada ou enegrecida, de limites nítidos e irregulares, alcançando vários centímetros de diâmetro, localizada na face (90%), em mãos e membros inferiores (10%). Após longo período de crescimento radial, ocorre a invasão perpendicular à superfície, caracterizada clinicamente pela presença de nódulo elevado, em meio a diversos tons de pigmentação, como castanho-escuro, negro e azulado. Nessa fase, podem ocorrer ulcerações, sangramento e formação de crostas (FERNANDES et al., 2005).

## **5 FATORES DE RISCO QUE PODEM INFLUENCIAR NO APARECIMENTO DO MELANOMA**

Fatores de risco como pele clara, olhos e cabelos claros, propensão a queimaduras e sensibilidade solar e a presença de foto-dano têm sido associados a maior risco para desenvolvimento dos CPNM. Outros fatores também já estudados foram: idade, tempo de exposição ao sol, atividade rural e histórico familiar. O consumo de álcool e o fumo, no caso do carcinoma espinocelular do lábio, genodermatoses (xeroderma pigmentoso, síndrome do nevo basocelular), imunossupressão crônica, exposição ao arsênico, radiações ionizantes e processos dermatológicos irritativos crônicos também são outros fatores que apesar de menos comuns aumentam o risco para CPNM (FERREIRA; NASCIMENTO; ROTTA, 2011).

## 6 SINAIS E SINTOMAS

As queixas mais comuns relacionadas ao câncer da pele são: (i) mancha que coça, dói, sangra ou descama; (ii) ferida que não cicatriza em 4 semanas; (iii) sinal que muda de cor textura, tamanho, espessura ou contornos e (iv) elevação ou nódulo circunscrito e adquirido da pele que aumenta de tamanho e tem aparência perolada, translúcida, avermelhada ou escura (INCA, 2003).

É importante considerar alguns sinais precoces da doença, conhecidos por (ABCD), os quais indicam a transformação de células normais em melanoma (INCA, 2003). Os sinais ABCD correspondem a (A) assimetria: uma metade diferente da outra; (B) bordas irregulares: contorno mal definido; (C) cor variável: várias cores numa mesma lesão e (D) diâmetro: maior de que 6 milímetros.

## 7 TRATAMENTOS E PREVENÇÃO

Os tratamentos mais comumente utilizados são o cirúrgico e alguns adjuvantes (descritos abaixo).

### 7.1 Tratamento Cirúrgico

A excisão cirúrgica com margem adequada é a única abordagem com potencial curativo para melanomas malignos em estádios iniciais. É também, quando exequível, o tratamento de eleição da doença metastática, associando-se a uma sobrevivência mais longa (RAMOS, 2009).

### 7.2 Tratamentos Adjuvante

A ressecção cirúrgica em melanomas com invasão ganglionar (estádio III) é apenas parcialmente eficaz. Muitos destes doentes padecerão de doença metastática. O desenvolvimento de novas terapias adjuvantes para erradicar metástases torna-se essencial no prolongamento de sobrevivência livre de doença (RAMOS, 2009). Dentre as terapias adjuvantes incluem-se (i) radioterapia (RT), (ii) quimioterapia (QT); (iii) perfusão regional hipertérmica; (iv) infusão regional hipertérmica; (v) imunoterapia; (vi) bioquimioterapia (BioQT); (vii) vacinas antitumorais e (viii) transferência de células T.

A prevenção do câncer da pele fundamenta-se no aconselhamento para a proteção contra a radiação solar por meio da utilização de filtros solares (FPS 15 ou mais), vestimentas adequadas e acessórios protetores (camiseta, chapéu, guarda-sol e óculos escuros), evitando-se a exposição solar entre 10:00 e 16:00h (INCA, 2003).

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer é uma doença presente no dia a dia das pessoas e tem aumentado no mundo. O Melanoma é um câncer de pele que pode ter várias causas, a principal ocorre devido a longa exposição ao sol. As pessoas com pele, olhos e cabelos claros são mais suscetíveis a esse tipo de câncer. Mais de 90% dos cânceres de pele se desenvolvem em áreas expostas ao sol, como a cabeça, pescoço e membros, mas há também a possibilidade do surgimento em áreas não expostas ao sol. A exposição solar sem proteção, desde a infância até a idade adulta, pode ser um dos causadores do melanoma. A lesão de câncer de pele diagnosticada precocemente tem grande possibilidade de cura. Para tanto é importante a realização de exame periódico. A prevenção é uma das alternativas que deve ser utilizada para o diagnóstico precoce do melanoma.

## REFERÊNCIAS

DIMATOS, D. C. MELANOMA CUTÂNEO NO BRASIL, Arquivos Catarinenses de Medicina - Volume 38 - Suplemento 01. 2009.

FERNANDES, N. C.; CALMON, R.; MACEIRA, J. P.; CUZZI, T.; da SILVA, C. S. C. Melanoma cutâneo: estudo prospectivo de 65 casos - An Bras Dermatol; 80(1):25-34. 2005.

FERREIRA, F. R.; NASCIMENTO, L. F. C.; ROTTA, O. Fatores de risco para câncer da pele não melanoma em Taubaté, SP. 2011.

FISCHER, F. M; SOUZA, S. R. P; SOUZA, J. M. P. Bronzeamento e risco de melanoma cutâneo: revisão da literatura. Rev Saúde Pública, n.38, v.4, p.588-598, 2004.

INCA - Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Prevenção do câncer de pele. Rev Bras Cancerol, n.49, v.4, p.203, 2003.

PINHEIRO, A. M. C.; FRIEDMAN, H.; CABRAL, A. L. S. V.; RODRIGUE, H. A. Melanoma cutâneo: características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas no Hospital Universitário de Brasília entre janeiro de 1994 e abril de 1999. An bras Dermatol, Rio de Janeiro, 78(2):179-186, mar./abr. 2003.

RAMOS, L. I. C. Tratamento do melanoma maligno Serviço de Dermatovenereologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Tratamento do melanoma maligno. 2009.