

REVISAMED

Revisional em Medicina

Caderno Digital

Dermatologia

Câncer de Pele

1) O melanoma cutâneo teve um dos seus primeiros relatos descritos por Hunter em 1787. E, em 1806, foi chamado de câncer negro por Laennec, que descobriu as metástases viscerais da doença. Apesar da longa história de avanços na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento do melanoma e da facilidade de prevenção e de diagnóstico precoce (protetores solares e exame físico da pele, por exemplo), ele ainda permanece entre os 10 cânceres mais comuns do mundo. Sobre o melanoma cutâneo, é CORRETO afirmar:

- O melanoma representa cerca de 20% dos cânceres de pele.
- O tipo histológico mais comum é o melanoma nodular.
- O estadiamento do melanoma cutâneo, pelo sistema tumor-linfonodo-metástase (TNM), em sua sétima edição, utiliza o índice mitótico para diferenciar categorias precoces.
- Pacientes nos estágios clínicos 0 e I da classificação TNM, não necessitam de exames adicionais.

COMENTÁRIO: Correto letra C.

O câncer de pele melanoma em estágio inicial é denominado estágio 0 (carcinoma in situ) e, em seguida, os estágios variam de 1 a 4, sendo que o estágio 4 é quando a doença está mais avançada. Dentro de um estágio pode ser incluída uma letra, o que significa um estadiamento mais específico. O sistema de estadiamento utilizado para o câncer de pele melanoma é o sistema TNM.

T. Indica o tamanho do tumor primário e até onde se disseminou.

Espessura do tumor. A espessura do melanoma é a chamada medida de Breslow. Em geral, os melanomas com menos de 1 mm de espessura têm menos chance de se disseminar.

Ulceeração. É uma ferida da pele sobre o melanoma. Melanomas ulcerados tendem a ter um pior prognóstico.

N. Descreve se existe disseminação da doença para os linfonodos regionais próximos.

M. Indica se existe presença de metástase em outras partes do corpo.

Números ou letras após o T, N e M fornecem mais detalhes sobre cada um desses fatores. Números mais altos significam que a doença está mais avançada. Depois que as categorias T, N e M são determinadas, essas informações são combinadas em um processo denominado estadiamento geral.

REFERÊNCIA: American Cancer Society.

Estádio	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T3	N0	M0
	T1-T3	N1	M0
IV	T1-T3	N2	M0
	Qualquer T	N3	M0
	T4	Qualquer N	M0
	Qualquer T	Qualquer N	M1

2) O Carcinoma Basocelular (CBC) é a neoplasia maligna cutânea mais frequente e corresponde a 70-80% destes tumores. A escolha do melhor tratamento varia de acordo com a estratificação de risco do tumor e as características do paciente, levando em consideração as taxas de recorrência, preservação de função, expectativas do paciente e potenciais efeitos adversos. Sobre o CBC, assinale a alternativa CORRETA.

- As lesões localizadas na área H da face são classificadas como de baixo risco.
- A cirurgia micrográfica de Mohs é realizada com controle per-operatório das margens de uma amostragem da lesão excisada.
- A cirurgia micrográfica de Mohs é indicada para exérese de tumores de baixo-risco.
- Os CBCs com subtipo histológico esclerodermiforme, metatípico, esclerosante, infiltrativo ou micronodular são classificados como agressivos.

COMENTÁRIO: Correto letra D.

Carcinoma Basocelular esclerodermiforme apresenta placa de esclerose, endurecida e amarelada, e ausência de bordas peroladas. Pode ser confundido com uma cicatriz. A lesão alastra-se de maneira insidiosa e é invariavelmente diagnosticada de forma tardia. Pode ser difícil discernir

os limites do tumor, devendo ser valorizada uma boa margem de segurança na sua excisão cirúrgica. Deve ser diferenciado da esclerodermia localizada (morfeia).



Imagem: Carcinoma basocelular.

REFERÊNCIA: Manual de Dermatologia Clínica de Sampaio e Rivitti. Evandro Rivitti e Sampaio. 2018. 4a Edição. Editora Artes Médicas.

3) Quanto aos tumores cutâneos malignos, é CORRETO afirmar que o (a):

- Carcinoma basocelular tipo esclerosante apresenta um alto índice de metástases.
- Doença de Bowen é um carcinoma basocelular in situ.
- Melanoma nodular é o tipo mais frequente e está associado a lesões névicas precursoras.
- Carcinoma espinocelular pode ocorrer em pele normal, mas frequentemente se desenvolve a partir de lesões pré-cancerosas como queratose actínica e exposição solar e fumo são fatores relevantes na etiologia.

COMENTÁRIO: Correta letra D.

O carcinoma espinocelular é comum em áreas com lesões prévias de pele.



Imagem: Carcinoma espinocelular.

REFERÊNCIA: Dermatologia Clínica. Thomas P. Habif. 5a Edição. 2012. Editora Elsevier.

4) Um paciente de 68 anos, trabalhador rural, hipertenso e diabético foi encaminhado ao centro de oncologia regional apresentando múltiplas lesões cutâneas em membros superiores, de limites mal definidos, irregulares, com ulcerações centrais e bordas peroladas. O provável diagnóstico e um provável fator etiológico associado a esse tipo de câncer são, respectivamente:

- Carcinoma espinocelular e epidermodisplasia verruciforme.
- Carcinoma basocelular e síndrome de Gorlin-Goltz.
- Melanoma e síndrome do nervo displásico.
- Melanoma e xeroderma pigmentoso.

COMENTÁRIO: Correta Letra B.

A síndrome de Gorlin-Goltz, também chamada de síndrome dos nevus

basocelulares múltiplos ou síndrome do carcinoma nevoide de células basais, é uma rara desordem hereditária autossômica dominante, caracterizada por múltiplos carcinomas basocelulares, queratocistos odontogênicos, depressões palmo-plantares, calcificações intracranianas, dismorfismos faciais e anormalidades esqueléticas.

REFERÊNCIA: SOUZA, GH. et al. Síndrome de Gorlin-Goltz. Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia. Lisboa. v. 74, n. 4. 2016.

5) Sobre o carcinoma basocelular (CBC), é INCORRETO afirmar que:

- a) A incidência em homens é 30% maior que em mulheres, particularmente com o tipo superficial.
- b) O CBC nodular representa cerca de 15% dos casos, ocorrendo, tipicamente, no tronco, como uma pápula rósea ou cor de carne.
- c) A incidência de CBC aumenta com a idade; as pessoas com idade entre 55 a 75 anos têm cerca de 100 vezes maior incidência de CBC que as menores de 20 anos.
- d) A exposição ao sol é a causa ambiental mais importante de CBC.

COMENTÁRIO: Incorreto Letra B.

Carcinoma Basocelular do tipo nodular é o mais comum e ocorre mais frequentemente na face, sendo pouco frequente no tórax.

Tabela 1. Topografia das Lesões

Local	n	%
Nasal	25	26,32%
Malar	11	11,58%
Frontal	3	3,16%
Temporal	3	3,16%
Palpebral	9	9,47%
Cervical	4	4,21%
Couro Cabeludo	2	2,11%
Retroauricular	1	1,05%
Pré-auricular	2	2,11%
Lábio	3	3,16%
Sulco Nasogeniano	5	5,26%
Braço	7	7,37%
Ombro	5	5,26%
Tórax	6	6,32%
Perna	1	1,05%
Dorso	6	6,32%
Mão	2	2,11%
TOTAL	95	100,00%

Imagem: Tabela de topografia das lesões de carcinoma basocelular.

REFERÊNCIA: RODRIGUES, E.W. et al. Análise do tratamento do carcinoma basocelular. Brazilian Journal of Plastic Surgery. São Paulo. v. 29. 2014.

6) Sobre o carcinoma espinocelular, é INCORRETO afirmar que:

- a) As lesões do carcinoma espinocelular genital e periungueal são raras e geralmente estão relacionadas à infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV) de alto risco.
- b) As lesões genitais também podem surgir como consequência da administração de psoraleno mais fototerapia ultravioleta A (PUVA) sem proteção dos genitais.
- c) A úlcera de Marjolin é um termo usado para descrever um tipo comum de carcinoma espinocelular, que surge em locais de pele sã. A transformação maligna geralmente é lenta, com um tempo médio de latência de aproximadamente 4 anos.
- d) O diagnóstico diferencial geralmente inclui Eczema numular, Psoríase, Queratose seborreica irritada, Verrugas Viral e Carcinoma basocelular superficial.

COMENTÁRIO: Incorreta Letra C.

A Úlcera de Marjolin é um termo comumente referenciado à degeneração

maligna de feridas crônicas não cicatrizadas ou cicatrizadas por segunda intenção, e a maioria dos casos descritos refere-se a carcinoma espinocelular.



Imagem: Úlcera de Marjolin.

REFERÊNCIA: SIMÃO, T.S. et al. Úlcera de Marjolin: Visão atualizada. Revista Brasileira de Queimaduras. v. 11. 2012.

7) O carcinoma verrucoso é um subtipo de carcinoma espinocelular, que apresenta crescimento bem definido, exófitico, semelhante a uma couve-flor, que se assemelha a grandes verrugas. Todos abaixo são subtipos, EXCETO:

- a) Papilomatose Oral Florida.
- b) Carcinoma Verrucoso da Mucosa Oral.
- c) Epitelioma Cuniculatum.
- d) Eritroplasia de Queyrat.

COMENTÁRIO: Incorreta Letra D.

A Eritroplasia de Queyrat é o carcinoma espinocelular in situ cutâneo, tanto para áreas protegidas, quanto para áreas não-protetidas do Sol.

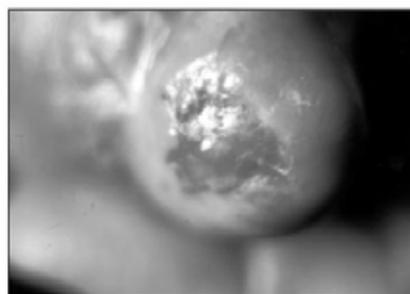


Figura 1 – Úlceras rasas, eritemato-esbranquiçadas na glânde e superfície interna do prepúcio.



Figura 2 – Lesões evidenciadas pelo teste do azul de toluidina.

REFERÊNCIA: BEGLIOMINI, H. Carcinoma superficial multifocal do pênis. Ênfase ao teste do azul de toluidina. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. v. 28. 2001.

8) Sobre o melanoma, é INCORRETO afirmar que:

- a) Acredita-se que aproximadamente 10% a 20% dos melanomas diagnosticados surjam em associação com nevos melanocíticos.
- b) Há uma incidência muito menor de melanoma entre pacientes negros. Entre esses pacientes, a sobrevivência relativa de cinco anos é de 93%, quando comparado a pacientes brancos que é de 69%.
- c) Os indivíduos com nevos atípicos têm um risco elevado associado de 3 a 20 vezes de desenvolver melanoma maligno em comparação com a população em geral.
- d) Indivíduos com mais de 100 nevos correm maior risco de desenvolver melanoma, principalmente nas pernas ou no tronco, em comparação com outros locais.

COMENTÁRIO: Incorreta Letra B.

O melanoma é 20 vezes mais frequente em pessoas de raça branca do que em pessoas negras. Em geral, o risco de melanoma é de cerca de 2,6% em brancos, 0,1% em negros e 0,6% em hispânicos.



Imagem: Melanoma cutâneo.

REFERÊNCIA: American Cancer Society.

9) Observamos no câncer basocelular:

- a) Metástase igual ao carcinoma espinocelular.
- b) Mais metástase do que o carcinoma espinocelular.
- c) Metástases raras.
- d) Ausência de metástases.

COMENTÁRIO: Correta Letra C.

O carcinoma basocelular é o câncer de pele que menos dá metástases, sendo bastante raras.



Imagem: Carcinoma basocelular.

REFERÊNCIA: Manual de Dermatologia Clínica de Sampaio e Rivitti. Evandro Rivitti e Sampaio. 2018. 4a Edição. Editora Artes Médicas.

10) O carcinoma espinocelular:

- a) É mais frequente nas semimucosas.
- b) Não varia e incidência com a faixa etária.
- c) Pode gerar metástases.
- d) É mais frequente nos membros superiores e inferiores.

COMENTÁRIO: Correto Letra C.

O carcinoma espinocelular apresenta maiores e menores chances de metástases, quando comparado ao carcinoma basocelular e ao melanoma, respectivamente.

Tumor primário	Menor risco	Maior risco
Local	- Áreas da pele cronicamente expostas ao sol (extremidades e tronco)	- Áreas periorificiais (bócio, nariz, pálpebras e orelhas) - Couro cabeludo - Áreas não expostas ao sol (região genital e planta dos pés) - Áreas de cicatriz ou previamente irradiadas
Tamanho	Menor 2 cm	Maior 2 cm
Crescimento	Lento	Rápido
Lesão tumoral	Bem delimitada	Pouco delimitada
Recorrência local	Não	Sim (lesão recidivada)
Imunossupressão	Não	Sim (medicação ou doença)
Tipo histológico	- Intraepidérmico (<i>in situ</i>) - Bem diferenciado	- Moderadamente diferenciado - Pouco diferenciado - Indiferenciado

Imagem: Associação de maior e menor risco em Carcinoma Espinocelular.

REFERÊNCIA: Grupo Brasileiro de Melanoma.

11) Qual é a forma clínica de melanoma que evolui mais rapidamente, sendo a mais agressiva?

- a) Lentigo maligno melanoma.
- b) Melanoma extensivo superficial.
- c) Melanoma nodular.
- d) Melanoma acro-lentiginoso.

COMENTÁRIO: Correto Letra C.

O melanoma nodular tende a ter pior prognóstico, pois invade rapidamente os tecidos mais profundos e provoca rapidamente metástases.



Imagem: Melanoma Nodular.

REFERÊNCIA: MÂNICA, A. LANG, M.T.G. Relação entre o desenvolvimento do melanoma cutâneo e o estresse oxidativo. Brazilian Journal of Clinical Analyses. 2016.

12) Qual é o tipo clínico de melanoma que apresenta a fase de crescimento radial mais lenta?

- a) Lentigo maligno melanoma.
- b) Melanoma extensivo superficial.
- c) Melanoma nodular.
- d) Melanoma das mucosas.

COMENTÁRIO: Correto Letra A.

O lentigo maligno melanoma ocorre em pacientes de terceira idade com pele clara e em áreas expostas ao sol e apresenta crescimento horizontal por longo período antes de invadir o tecido.



Imagem: Lentigo maligno melanoma.

REFERÊNCIA: MÂNICA, A. LANG, M.T.G. Relação entre o desenvolvimento do melanoma cutâneo e o estresse oxidativo. Brazilian Journal of Clinical Analyses. 2016.

13) Com relação ao que deve ser avaliado para o prognóstico de melanoma primário da pele, marque a alternativa CORRETA:

- Deve-se avaliar o estadiamento segundo as regras do TNM.
- Deve-se avaliar a espessura de Clark e os níveis de Breslow.
- Deve-se avaliar a espessura de Clark e os níveis de TNM.
- Devem-se avaliar os níveis de Clark e a espessura Breslow.

COMENTÁRIO: Correta Letra D.

Várias características histológicas ajudam na determinação do prognóstico da doença. A espessura tumoral medida em mm (Breslow) é o fator mais importante na determinação do risco de recorrência e metástases, bem como é o principal determinante no manejo dos pacientes.

Nível de Clark	Profundidade da Infiltração
I	Confinado à epiderme
II	Na derme papilar
III	Na junção da derme papilar e reticular
IV	Na derme reticular
V	Na gordura subcutânea

Imagem: Níveis de Clark.

REFERÊNCIA: MÂNICA, A. LANG, M.T.G. Relação entre o desenvolvimento do melanoma cutâneo e o estresse oxidativo. Brazilian Journal of Clinical Analyses. 2016.

14) A terapêutica de escolha no tratamento do melanoma extensivo superficial é:

- Radioterapia.
- Quimioterapia e cirurgia.
- Exérese com margem de segurança adequada.
- Amputação do membro.

COMENTÁRIO: Correta Letra C.

No estágio I, o melanoma é tratado por excisão ampla. A quantidade de pele normal a ser retirada dependerá da localização do melanoma.

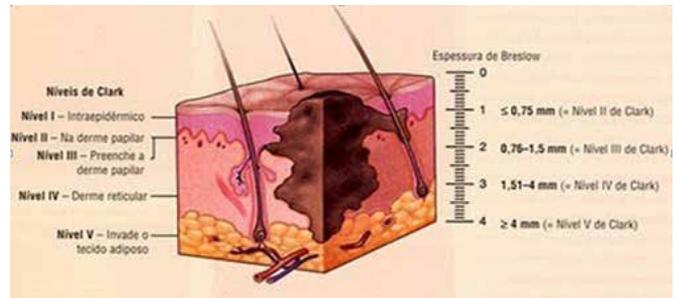


Imagem: Níveis de Clark e Breslow.

REFERÊNCIA: Manual de Dermatologia Clínica de Sampaio e Rivitti. Evandro Rivitti e Sampaio. 2018. 4a Edição. Editora Artes Médicas.

15) Segundo os níveis de Clark, a sobrevida em cinco anos após a exérese do melanoma é variável. Assinale a associação CORRETA:

- Nível V – sobrevida de 10%.
- Nível III – sobrevida de 80%.
- Nível IV – sobrevida de 50%.
- Nível I – sobrevida de 100%.

COMENTÁRIO: Correta Letra D.

O melanoma nível I tem o melhor prognóstico entre os melanomas cutâneos, podendo alcançar até 100% de cura nos diagnósticos precoces.

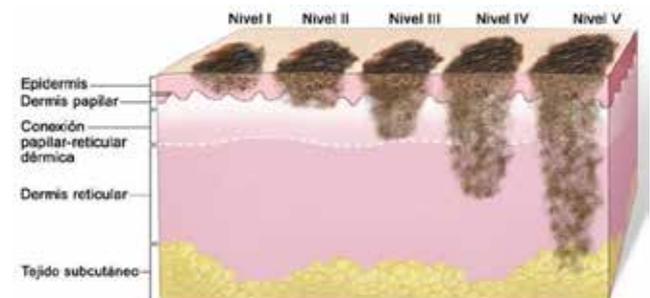


Imagem: Níveis de Clark.

REFERÊNCIA: J. A. WAINSTEIN, F. A. BELFORT. Conduta para o melanoma cutâneo. Revista do Colégio de Cirurgiões. Rio de Janeiro. v. 31. 2004.

16) Os níveis de Clark, no que diz respeito aos melanomas, consistem em:

- Graduar o tumor de acordo com o nível de invasão.
- Medida da espessura da neoplasia a partir da camada granulosa da epiderme.
- Medir o grau de acometimento dos linfonodos locorreionais.
- Medir o grau de diferenciação histopatológica.

COMENTÁRIO: Correta Letra A.

O Nível de Clark é um sistema baseado na anatomia da pele, ou seja, conforme o Melanoma se aprofunda nas camadas da pele (epiderme, derme papilar, derme reticular, tecido subcutâneo), os níveis de Clark aumentam e ele vai de I a V (um a cinco).

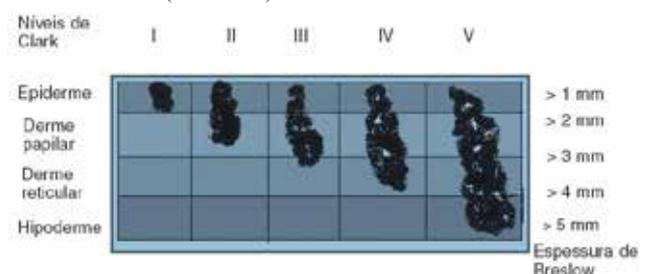


Imagem: Níveis de Clark e Breslow.

REFERÊNCIA: J. A. WAINSTEIN, F. A. BELFORT. Conduta para o melanoma cutâneo. Revista do Colégio de Cirurgiões. Rio de Janeiro. v. 31. 2004.

17) Aponte o grupo de dermatoses pré-cancerosas:

- a) Radiodermite – leishmaniose – pênfigo maligno.
- b) Cicatriz de Lupus eritematoso discoide - psoríase – Doença de Paget.
- c) pênfigo - sífilis - xeroderma pigmentoso.
- d) Doença de Bowen – ceratose actínica – ceratoacantoma.

COMENTÁRIO: Correta Letra D.

Doença de Bowen, também conhecido como carcinoma espinocelular in situ, é uma neoplasia maligna in situ, o que significa que é uma fase precoce e localizada do carcinoma de células escamosas. A ceratose actínica é uma lesão de pele causada pelo sol (por isso chamada actínica). Normalmente, surge em áreas expostas ao sol como face, orelhas, couro cabeludo em calvos, colo, dorso das mãos e antebraços. Quando localizada nos lábios se denomina queilite actínica. As lesões se caracterizam por áreas avermelhadas ou ligeiramente acastanhadas, com uma superfície áspera. É conhecida também como ceratose solar ou senil, pois a exposição solar crônica é que a provoca. Por isso são mais encontradas em pessoas idosas.

É considerada uma lesão pré-maligna, pois pode evoluir para o carcinoma espinocelular. Quanto maior o número de lesões maior a chance de evoluir para um carcinoma. O ceratoacantoma é um tipo de tumor benigno da pele, de rápido crescimento, que ocorre, geralmente, em áreas expostas ao Sol como testa, nariz, lábio superior, braços e mãos. Este tipo de lesão tem geralmente uma forma arredondada, preenchida por queratina e com características muito semelhantes ao carcinoma de células escamosas, sendo, por isso, importante a realização de um diagnóstico correto.



Imagem: Ceraoacantoma.

REFERÊNCIA: Manual de Dermatologia Clínica de Sampaio e Rivitti. Evandro Rivitti e Sampaio. 2018. 4a Edição. Editora Artes Médicas.

18) Sobre a Eritroplasia de Queyrat, está INCORRETO:

- a) Pode se tornar invasivo.
- b) Consiste de placa bem definida vermelho-brilhante com pouca ou nenhuma infiltração.
- c) A proporção de transformação a carcinoma invasivo é maior que a observada em relação à Doença de Bowen.
- d) Geralmente são múltiplas.

COMENTÁRIO: Incorreta Letra D.

A eritroplasia de Queyrat é uma lesão vermelha pré-cancerosa ou já um carcinoma in situ, ou um carcinoma espinocelular invasivo, localizado nas mucosas e semimucosas do pênis, da vulva ou da mucosa oral (assolho da boca, língua e palato mole).



Imagem: Eritroplasia de Queyrat.

REFERÊNCIA: BEGLIOMINI, H. Carcinoma superficial multifocal do pênis. Ênfase ao teste do azul de toluidina. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. v. 28. 2001.

19) Sobre Eritroplasia de Queyrat marque a alternativa CORRETA:

- a) É um carcinoma basocelular esclerodérmiforme.
- b) É um carcinoma basocelular superficial.
- c) É um carcinoma espinocelular in situ da pele.
- d) É um carcinoma espinocelular in situ das mucosas.

COMENTÁRIO: Correta Letra D.

A Eritroplasia de Queyrat é uma lesão vermelha pré-cancerosa ou já um carcinoma in situ, ou um carcinoma espinocelular invasivo, localizado nas mucosas e semimucosas do pênis, da vulva ou da mucosa oral (assolho da boca, língua e palato mole).



Imagem: Eritroplasia de Queyrat.

20) Assinale a sequência CORRETA:

- (1) Carcinoma basocelular
- (2) Carcinoma espinocelular

- () neoplasia maligna cutânea mais frequente
- () borda perlada
- () metástases mais frequentes
- () células espinhosas
- () variedade fibrosante
- () atinge mucosas com frequência
- () raras metástases
- () evolução rápida
- () pigmentação frequente

- a) 1 -1 -2- 2- 2- 2 -1 - 2 -1.
- b) 1 -2 -2- 2- 1- 2 -1 - 2 -1.
- c) 2 -1 -2- 1- 2- 2 -1 - 2 -1.
- d) 1 -1 -2- 2- 1- 2 -1 - 1 -1.

COMENTÁRIO: Correta Letra D.

O Carcinoma basocelular é a neoplasia maligna cutânea mais frequente, de borda perolada, com raras metástases, apresentando a variedade fibrosante, frequentemente tendo lesão pigmentada. Já o Carcinoma espinocelular tem metástases mais frequentes formado em células espinhosas atinge as mucosas com mais frequência e apresenta uma evolução mais rápida.



Imagem: Carcinoma basocelular.

REFERÊNCIA: Manual de Dermatologia Clínica de Sampaio e Rivitti. Evandro Rivitti e Sampaio. 2018. 4a Edição. Editora Artes Médicas.

21) Em relação ao melanoma, assinale a alternativa correta:

- a) O melanoma lentiginoso acral é o mais comum em negros e se apresenta como uma placa ou mácula hiperpigmentada em regiões palmares e plantares.
- b) A forma mais comum de melanoma é a nodular, com pico de incidência aos setenta anos de idade.
- c) A exposição solar e o histórico de queimadura solar com formação de bolhas não aumentam o risco de melanoma maligno.
- d) Pacientes portadores de múltiplos nevos correm o mesmo risco de desenvolver melanoma maligno que pacientes com poucos nevos.

COMENTÁRIO: Correta Letra A.

O melanoma lentiginoso acral é mais comum em negros (35% a 60%), além de localizar-se em regiões palmo plantares, mucosas e extremidades digitais.



Imagem: Melanoma Lentiginoso Acral.

REFERÊNCIA: J. A. WAINSTEIN. F. A. BELFORT. Condução para o melanoma cutâneo. Revista do Colégio de Cirurgiões. Rio de Janeiro. v. 31. 2004.

22) Homem de 35 anos percebeu lesão pigmentada atípica na coxa esquerda, com crescimento progressivo, atualmente com 1,2 cm de diâmetro. Veio à consulta porque apresentou sangramento local discreto, que atribuiu a provável trauma recente. A dermatoscopia é sugestiva de melanoma. Qual é a conduta MAIS ADEQUADA?

- a) Acompanhar a evolução da lesão para certificar se o sangramento foi por trauma ou ulceração espontânea.
- b) Realizar biópsia da lesão, preferencialmente excisional com margens mínimas.
- c) Realizar ressecção da lesão com margens amplas e com pesquisa e biópsia de linfonodo sentinela.
- d) Ressecção alargada com margem oncológica e linfadenectomia inguinal radical.

COMENTÁRIO: Correta Letra B.

Melanomas podem apresentar sangramento durante sua evolução, eventualmente acompanhado de ulceração. A conduta de toda lesão suspeita de melanoma deve ser sua ressecção com margem de alguns milímetros. Lesões suspeitas de melanoma devem ser ressecadas com margens mínimas, e o material submetido à análise anatomopatológica. Se confirmada a doença e definidas suas características, é realizado um segundo tempo cirúrgico com ampliação para margens adequadas e pesquisa de linfonodo sentinela quando adequado. A ressecção alargada com margem oncológica está indicada após a confirmação do diagnóstico de melanoma. Na suspeita, a lesão deve ser ressecada com margens mínimas, de 1 a 2 mm.



Imagem: Melanoma lentiginoso acral.

REFERÊNCIA: J. A. WAINSTEIN. F. A. BELFORT. Condução para o melanoma cutâneo. Revista do Colégio de Cirurgiões. Rio de Janeiro. v. 31. 2004.

23) Biópsia em lesão suspeita de melanoma é:

- a) Condenável.
- b) Pode ser realizada em qualquer tipo de melanoma.
- c) Só pode ser realizada em melanoma superficiais.
- d) Só pode ser realizada em pacientes jovens.

COMENTÁRIO: Correta letra B.

Nos casos de suspeita de melanoma, geralmente o cirurgião remove todo tumor durante a biópsia, método chamado biópsia excisional ou biópsia de excisão.



Imagem: Melanoma cutâneo.

REFERÊNCIA: J. A. WAINSTEIN. F. A. BELFORT. Condução para o melanoma cutâneo. Revista do Colégio de Cirurgiões. Rio de Janeiro. v. 31. 2004.

24) Carcinoma basocelular, localizado em hélix do pavilhão auricular, de mais ou menos 1 cm de diâmetro, deve ser retirado com:

- a) Incisão em cunha e sutura por planos.
- b) Enxerto de pele total.
- c) Crioterapia com nitrogênio líquido.
- d) Avanço de retalho.

COMENTÁRIO: Correta Letra C.

Lesões de até 1 cm de Carcinoma basocelular podem ser retiradas com crioterapia local.



Imagem: Carcinoma basocelular em pavilhão auricular.

REFERÊNCIA: Manual de Dermatologia Clínica de Sampaio e Rivitti. Evandro Rivitti e Sampaio. 2018. 4a Edição. Editora Artes Médicas.



Caderno Digital

REVISAMED
Revisional em Medicina

AUTORIA:

THAÍS BERTGES