

Fatores de risco para o comprometimento de margens cirúrgicas nas ressecções de carcinomas basocelular

Risk factors for positive margin during basal cell carcinomas resection

RODRIGO CAMPOS
SOARES QUINTAS¹,
ANDRÉ LUIZ
FIGUEIREDO COUTINHO²

RESUMO

Introdução: O objetivo principal do tratamento cirúrgico dos carcinomas cutâneos é a remoção completa da lesão, preservando-se a função e o melhor resultado estético possível. O comprometimento de margens cirúrgicas após um tratamento inicial inadequado pode resultar em recorrências e seqüelas importantes. **Objetivo:** Analisar os fatores de risco para o comprometimento de margens cirúrgicas nas ressecções dos carcinomas basocelulares. **Método:** Foi realizado um levantamento de laudos histopatológicos de 211 pacientes operados, portadores de carcinoma basocelulares e, dentre aqueles com margens comprometidas no resultado, foi avaliada a associação com diâmetro da lesão, tipo clínico, tipo histológico e topografia. **Resultados:** Foram ressecadas 310 neoplasias, sendo 276 carcinomas basocelulares. A prevalência de margens comprometidas foi 8%. As lesões ulceradas e localizadas na face tiveram incidência maior de comprometimento de margens cirúrgicas, porém sem significado estatístico. Os tumores com diâmetro maior que 2cm e os subtipos histológicos infiltrante e metatípico apareceram fortemente relacionados à ressecção incompleta da lesão, com dados estatisticamente significantes. **Conclusão:** Em nossa casuística, o diâmetro das lesões maior que 2cm e os tipos histológicos infiltrante e metatípico foram os principais fatores de risco relacionados ao comprometimento de margens cirúrgicas após ressecção de carcinomas basocelulares.

Descritores: Carcinoma basocelular/cirurgia. Neoplasias cutâneas. Fatores de risco. Neoplasia residual.

SUMMARY

Introduction: The main objective from surgical treatment of the cutaneous cancer is this complete excision, preserving the function and the best aesthetic result. Incomplete initial resection can result in important recurrence and damage. **Objective:** To analyze the risk factors for the positive margin during the resection of the basal cell carcinoma. **Method:** A survey of histopathologic specimens from 211 operated patients, carrying of basal cell carcinoma, was analyzed and, among those with edges compromised in the result, the association of positive margins with tumor size, clinical type, histological subtype and topography was evaluated. **Results:** 310 neoplasms had been removed, being 276 basal cell carcinomas. The prevalence of positive margin was 8%. Ulcerated type and located in face had had a higher incidence of positive margins, however without statistical meaning. Tumors greater than 2cm in size and the infiltrative and metatypical basosquamous histological subtypes had appeared strongly related with incomplete resection of this tumor, with statistical significance. **Conclusion:** In our casuistry, the tumors greater than 2cm in size and the infiltrative and metatypical basosquamous histological subtypes had been the main risk factors related to the incomplete excision of basal cell carcinomas.

Descriptors: Carcinoma, basal cell/surgery. Skin neoplasms. Risk factors. Neoplasm, residual.

Trabalho realizado no
Instituto Materno Infantil
Professor Fernando Figueira,
Recife, PE
Artigo recebido: 06/02/2008
Artigo aceito: 16/05/2008

1. Ex-residente do Serviço de Cirurgia Plástica Prof. Fernando Figueira e membro associado da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.
2. Cirurgião plástico do Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira.

INTRODUÇÃO

O câncer de pele é a neoplasia maligna mais freqüente da população brasileira, tornando-se um grave problema de saúde pública. Desses casos, 70% a 80% são carcinomas basocelulares (CBC), 20% a 25% representam carcinomas espinocelulares (CEC) e os 5% restantes são melanomas¹. Os carcinomas cutâneos ocorrem com maior freqüência em indivíduos idosos e de pele clara com história de exposição solar crônica. Em geral, as áreas normalmente expostas ao sol, como face, tronco e membros superiores, são as mais afetadas^{2,4}. Dos tipos de lesão, o nodular ou nódulo-ulcerativo é o mais comum entre os CBC³. Apesar da baixa mortalidade, contribuindo com menos de 0,1% das mortes por câncer, podem causar grande morbidade e, na ausência de tratamento adequado, apresentam alto índice de recorrência e seqüelas. No tratamento do paciente com câncer de pele, devemos ter como objetivo a retirada total da lesão com preservação do tecido normal, da função e do melhor resultado estético possível. De maneira geral, o tratamento cirúrgico realizado com princípios oncológicos é o de eleição para os carcinomas cutâneos².

OBJETIVO

Analisar, retrospectivamente, os fatores de risco para o comprometimento de margens cirúrgicas em pacientes submetidos à ressecção de CBC no Serviço de Cirurgia Plástica do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, na cidade do Recife, PE. Analisaremos secundariamente o perfil clínico e histológico dos pacientes portadores de neoplasia cutânea maligna não melanocítica operados em nosso serviço.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão dos laudos histopatológicos dos pacientes que foram submetidos a ressecção de tumores cutâneos em nosso Serviço, no período de novembro de 2004 a abril de 2006, tendo sido selecionados aqueles com diagnóstico de CBC ou CEC e que cuja intenção inicial foi a remoção completa da lesão, excluindo-se as biópsias incisionais, totalizando-se 211 pacientes.

Entre os CBC, as principais variáveis analisadas foram: topografia da lesão, forma clínica, maior diâmetro e subtipo histológico, que foram correlacionadas com presença ou ausência de margens comprometidas no resultado do histopatológico.

Para levantar o perfil clínico e histológico de nossos pacientes, analisamos secundariamente as seguintes variáveis:

- número total de lesões ressecadas;
- localização anatômica das neoplasias;
- idade e sexo dos pacientes;
- tipo histológico (CBC x CEC);
- prevalência de margens comprometidas após a ressecção.

Para fins de classificação, os CBC foram divididos de acordo com sua forma clínica em nodular, ulcerado, plano e esclerodermiforme. Do posto de vista histológico, foram distribuídos em: sólido circunscrito, sólido infiltrativo, metatípico ou basoescamoso, superficial ou multicêntrico e esclerodermiforme.

Para a análise estatística, as localizações anatômicas dos CBC foram divididas em 4 regiões principais: 1) Nasal, periocular, pavilhão auricular, lábios (regiões com maior potencial de deformidade estética e/ou dano funcional após ressecção de tumores); 2) Restante da face e couro cabeludo; 3) Tronco e pescoço; 4) Membros.

Em relação ao diâmetro, dividimos as lesões em até 1 cm, de 1,1 a 2 cm e maior que 2 cm.

A análise estatística foi realizada com auxílio do *software* STATA 9.2 SE e utilizado o teste do qui-quadrado de Pearson para estudar a associação das variáveis principais com comprometimento de margens cirúrgicas. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, com o número 883, do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira – IMIP, em reunião extraordinária de novembro de 2006.

RESULTADOS

Entre os 211 pacientes, 125 (59%) eram do sexo masculino e 86 (41%) do feminino, com idade média no diagnóstico de 64 anos (30 a 100 anos).

Foram ressecadas 310 neoplasias, sendo 276 (89%) do tipo CBC e 34 (11%) do tipo CEC. A topografia das lesões está distribuída na Tabela 1.

Em relação aos 276 CBC ressecados, a ocorrência de margens comprometidas no exame histopatológico se deu em 24 lesões, correspondendo a 8% de incidência. A maioria (57%) dos epitelomas basocelulares media até 1 cm, outros de

Tabela 1. Topografia das 310 lesões cutâneas malignas ressecadas no período de novembro de 2004 a abril 2006

Localização anatômica	N	%
Nariz	98	32
Região geniana/malar/zigomática	70	23
Tórax	30	9
Região frontal	24	8
Membros superiores	18	6
Região peri-orbital	16	5
Pavilhão auricular	16	5
Mento	9	3
Dorso	8	2
Região temporal	8	2
Outros	13	4
Total	310	100

1,1 a 2cm (28%) e a minoria era maior que 2cm (12%). Oito (3%) lesões não foram mensuradas. Outras características principais dos CBC estão listadas nas Tabelas 2 e 3.

Nas Tabelas 4 a 7, relacionamos algumas variáveis ao comprometimento de margens cirúrgicas após a ressecção dos CBC, com os respectivos níveis de significância estatística.

O ajuste de modelo de regressão logística mostra que, entre os fatores estudados, apenas a histologia e o diâmetro mostraram associação significativa com comprometimento de margens cirúrgicas, como se segue na Tabela 8.

Tabela 2. Classificação histológica dos 276 CBC ressecados no período de novembro 2004 a abril 2006

Tipo Histológico	N	%
Sólido circunscrito	200	73
Superficial/multicêntrico	32	12
Sólido infiltrativo	27	10
Esclerodermiforme	9	3
Basoescamoso/metatípico	8	2
Total	276	100

Tabela 3. Classificação clínica dos 276 CBC ressecados no período de novembro 2004 a abril 2006

Forma clínica	N	%
Nodular	41	15
Ulcerado	196	71
Plano	36	13
Esclerodermiforme	1	1
Não classificado	2	1
Total	276	100

Tabela 4. Associação entre o tipo clínico e a ocorrência de margens comprometidas em 276 CBC ressecados no período de novembro 2004 a abril 2006

Forma clínica	Margem Comprometida				Total	
	Sim		Não		N	%
	N	%	N	%		
Nodular	1	2,4	40	97,6	41	100
Ulcerado	20	10,2	176	89,8	196	100
Plano	3	8,3	33	91,7	36	100
Esclerodermiforme	0	0	1	100	1	100
Total	24	8,7	250	91,3	274	100

p =0,446

Tabela 5. Associação entre o diâmetro da lesão e a ocorrência de margens comprometidas em 276 CBC ressecados no período de novembro 2004 a abril 2006

Diâmetro	Margem Comprometida				Total	
	Sim		Não		N	%
	N	%	N	%		
Até 1cm	9	5,7	148	94,3	157	100
1,1 a 2cm	7	8,9	71	91,1	78	100
> 2cm	8	24,2	25	75,8	33	100
Total	24	8,9	244	91,1	268	100

p=0,003

Tabela 6. Associação entre o tipo histológico e a ocorrência de margens comprometidas nos 276 CBC ressecados no período de novembro 2004 a abril 2006

Tipo Histológico	Margem Comprometida				Total	
	Sim		Não		N	%
	N	%	N	%		
Sólido circunscrito	11	5,5	189	94,5	200	100
Sólido infiltrante	6	22,2	21	77,8	27	100
Esclerodermiforme	1	11,1	08	88,9	9	100
Metatípico	5	62,5	3	37,5	8	100
Superficial	1	3,1	31	96,9	32	100
Total	24	8,7	252	91,3	276	100

p<0,001

Tabela 7. Associação entre a topografia e a ocorrência de margens comprometidas em 276 CBC ressecados no período de novembro 2004 a abril 2006

Topografia	Margem Comprometida				Total	
	Sim		Não		N	%
	N	%	N	%		
1	14	10,6	117	89,4	131	100
2	10	10,7	83	89,3	93	100
3	0	0	35	100	35	100
4	0	0	15	100	15	100
Total	24	8,7	250	91,3	274	100

1. Nasal, periocular, pavilhão auricular e lábios; 3. Tronco e pescoço;
2. Restante da face e couro cabeludo; 4. Membros. *p*=0,118

Tabela 8. Ajuste de um modelo de regressão logística para margem comprometida em 276 CBC ressecados no período de novembro 2004 a abril 2006

Variável	Odds Ratio	Valor <i>p</i>	IC 95% para OR
Tipo infiltrativo	4,2	0,013	1,35 a 13,09
Tipo esclerodermiforme	2,7	0,389	0,28 a 25,80
Tipo metatípico	31,5	< 0,001	6,00 a 165,9
Tipo superficial	0,5	0,576	0,06 a 4,50
Diâmetro de 1,1 a 2cm	2,13	0,184	0,69 a 6,55
Diâmetro > que 2cm	5,21	0,006	1,61 a 16,78

DISCUSSÃO

Com relação aos carcinomas cutâneos, nossa casuística apresentou características clínicas e epidemiológicas semelhantes às da literatura. Dados revelam uma prevalência média estimada de 36 casos para 100.000 habitantes¹, sendo os pacientes com idade entre 50 e 80 anos os mais acometidos, assim como os do sexo masculino (2.1:1). Fleming et al.⁵ relataram prevalência entre as neoplasias cutâneas malignas de 77% para CBC, 20% para CEC e 3% para melanoma e outros tumores raros.

A maioria dos carcinomas surge em áreas de exposição solar⁶, com 86% dos CBC ocorrendo no segmento cefálico e 7% no tronco e membros, sendo 26% no nariz, 16% na região bucinadora, 14% na área periorbital, 11% no couro cabeludo e 11% na área periauricular⁷.

As formas clínicas e os tipos histológicos encontrados em nosso trabalho são bastante semelhantes aos da literatura internacional e brasileira, variando em alguns casos de acordo com a nomenclatura utilizada para classificação das neoplasias^{2,3}.

A prevalência total de comprometimento de margens cirúrgicas após ressecção de CBC varia entre 5,5 a 12,5%, resultado compatível com o da nossa instituição que foi de 8%, assim como em outros Serviços de referência nacional como o INCA, que relatou incidência de 10,2%⁴.

Em relação aos fatores de risco para comprometimento de margens cirúrgicas após ressecção de CBC, objetivo principal de nosso trabalho, as variáveis que aumentaram este risco foram o diâmetro do tumor maior que 2cm e os tipos histológicos infiltrativo e metatípico, fatos que são compatíveis com os dados de outros Serviços^{4,8}. O tipo histológico esclerodermiforme, sabidamente conhecido pela sua agressividade, não se apresentou com significância estatística em nosso trabalho, provavelmente pelo pouco número de casos diagnosticados em nosso Serviço.

Na tabela de ajuste de modelo de regressão logística, observamos intervalo de confiança alargado, que pode representar um número de casos pequeno em nosso trabalho. Um estudo com maior número de casos é necessário para confirmar os resultados obtidos no atual.

Na variável forma clínica, as lesões ulceradas revelaram uma frequência maior de margens comprometidas (10,2%) que as planas (8,3%) e as nodulares (2,4%), porém sem significância estatística. Mais uma vez, o tipo esclerodermiforme, caracteristicamente uma lesão com limites imprecisos, foi pouco diagnosticado na nossa casuística,

podendo muitos destes tumores terem sido classificados como ulcerados, já que se trata de uma avaliação subjetiva.

A literatura revela que as lesões que acometem nariz, pálpebras e orelhas apresentam incidência maior de margens comprometidas, ilustrando as preocupações estéticas com ressecções de tumores faciais⁹. Em nosso caso, ao agruparmos as regiões em quatro, para fins de análise estatística, essa avaliação individualizada ficou prejudicada, porém a prevalência de comprometimento cirúrgico de margens foi maior no segmento cefálico (10%), porém sem significado estatístico, que no tronco e membros, onde não houve casos.

CONCLUSÃO

Nossa instituição, que é um Serviço de formação profissional, apresentou uma prevalência de 8% de margens comprometidas após ressecção de CBC, tendo como principais fatores de risco o diâmetro das lesões maior que 2cm e os tipos histológicos infiltrativo e metatípico. Quanto à localização anatômica e à forma clínica do tumor, concluímos que a incidência de comprometimento de margens cirúrgicas foi maior no segmento cefálico do que no tronco e membros e nas lesões ulceradas, porém sem significância estatística.

REFERÊNCIAS

1. Kligerman J. Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil. *Rev Bras Cancerologia*. 2002;48(2):175-9.
2. Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. *Cirurgia plástica*. São Paulo: Atheneu; 2005.
3. Mélega J. *Cirurgia plástica fundamentos e arte: princípios gerais*. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.
4. Gregório T, Sbalchiero J, Leal P. Acompanhamento a longo prazo de carcinomas basocelulares com margens comprometidas. *Rev Bras Cir*. 2005;20(1):8-11.
5. Fleming ID, Amonette R, Monaghan T, Fleming MD. Principles of management of basal and squamous cell carcinoma of the skin. *Cancer*. 1995;75(Suppl. 2):699-704.
6. Silverstone H, Gordon D. Regional studies in skin cancer 2. Wet tropical and subtropical coasts of Queensland. *Med J Aust*. 1966;2(16):733-40.
7. Schanoff LB, Spira M, Hardy SB. Basal cell carcinoma: a statistical approach to rational management. *Plast Reconstr Surg*. 1967;39(6):619-24.
8. Hallock GG, Lutz DA. A prospective study of the accuracy of the surgeon's diagnosis and significance of positive margins in nonmelanoma skin cancers. *Plast Reconstr Surg*. 2001;107(4):942-7.
9. Kumar P, Watson S, Brain AN, Davenport PJ, McWilliam LJ, Banerjee SS, et al. Incomplete excision of basal cell carcinoma: a prospective multicentre audit. *Br J Plast Surg*. 2002;55(8):616-22.

Correspondência para:

Rodrigo Campos Soares Quintas
Rua Gervásio Fioravante, n 87 apt 2002 - Graças - Recife - PE - CEP 52011-030.
Tel: (0xx81) 3231-6446
E-mail: rodrigo-quintas@hotmail.com