

Tratamento cirúrgico dos carcinomas basocelular e espinocelular: experiência dos Serviços de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga

Surgical treatment of basal and squamous cell carcinomas: experience of the Plastic Surgery Services of Hospital Ipiranga

JÚLIA BROETTO¹
 JOSÉ OCTÁVIO GONÇALVES DE
 FREITAS²
 AYMAR EDISON SPERLI³
 SUK WON SOH⁴
 CARLOS AUGUSTO RICHTER¹
 RICARDO ANTONIO DE TONI¹

RESUMO

Introdução: Os tumores de pele malignos não-melanoma são o tipo de câncer de maior incidência e prevalência no Brasil. Dentre eles, o carcinoma basocelular (CBC) é o mais comum, correspondendo entre 70% e 75% dos casos. O carcinoma epidermoide (CEC) responde por 20% dos casos. Este trabalho tem por objetivo analisar os casos de câncer de pele não-melanoma operados, entre os anos de 2005 e 2010, no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga. **Método:** Foi realizada análise de prontuários de pacientes submetidos a exérese de carcinoma de pele não-melanoma em centro cirúrgico, avaliados quanto a idade, sexo, profissão, raça, localização anatômica, fatores de risco, número de lesões e subtipo histológico. **Resultados:** Foram analisados 145 pacientes, dos quais 15,9% apresentavam lesões múltiplas, totalizando 168 tumores. Houve predomínio de CBC, correspondendo a 87,6% dos casos, seguido de CEC, com 26,2%. Os CBCs sólidos ou nodulares predominaram, com 44,1%, e os CECs Broders I representaram 42,1% dos CECs. Dos pacientes, 80,7% possuíam lesão em face e 12,4%, em membros superiores. A média de idade dos pacientes foi de 69,5 anos, sendo 59,4% do sexo feminino. A raça branca foi mais frequente e o tabagismo foi o principal fator de risco, presente em 79,3% dos casos. **Conclusões:** Observou-se predomínio de CBC e do sexo feminino nos pacientes estudados, demonstrando a tendência atual desse tumor. O número significativo de pacientes com lesões múltiplas ressalta a importância do exame periódico dessa população. A alta prevalência de tabagismo entre os pacientes não pode deixar de ser observada.

Descritores: Carcinoma basocelular. Carcinoma de células escamosas. Carcinoma/cirurgia.

ABSTRACT

Background: A higher incidence and prevalence of non-melanoma skin cancers has been reported in Brazil. Among them, basal cell carcinoma (BCC) is the most common, accounting for 70%-75% of all cases. Squamous cell carcinoma (SCC) constitutes 20% of non-melanoma skin cancers. The aim of this study was to examine the patients who underwent surgery for the treatment of non-melanoma skin cancer between 2005 and 2010 at the Plastic Surgery Service of Hospital Ipiranga. **Methods:** The medical records of the patients who were treated for non-melanoma skin cancer at the surgical center were reviewed and classified according to age, gender, occupation, race, anatomical location, risk factors, number of lesions, and histological subtype. **Results:** A total of 145 patients were evaluated; 15.9% exhibited multiple lesions, which resulted in a total of 168 tumors. BCC was most commonly detected (87.6% of the tumors), whereas 26.2% of tumors were SCC. Solid or nodular BCC comprised 44.1% of all skin cancers, whereas Broders I SCC accounted for

Trabalho realizado nos
 Serviços de Cirurgia Plástica do
 Hospital Ipiranga,
 São Paulo, SP, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP
 (Sistema de Gestão de
 Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 7/10/2012
 Artigo aceito: 5/12/2012

1. Médico residente de Cirurgia Plástica dos Serviços de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga, São Paulo, SP, Brasil.
2. Médico chefe dos Serviços de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga, membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), São Paulo, SP, Brasil.
3. Regente dos Serviços de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga, membro titular da SBCP, São Paulo, SP, Brasil.
4. Médico preceptor dos Serviços de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga, membro titular da SBCP, São Paulo, SP, Brasil.

42.1% of SCC cases. The lesions were present on the face in 80.7% of the patients and on the upper limbs in 12.4%. The average patient age was 69.5 years, and 59.4% of the patients were female. The tumors were more commonly observed in Caucasians, and smoking was the major risk factor recorded in 79.3% of cases. **Conclusions:** The patients with cancer in this study tended to have BCC and/or were predominantly female – observations that reflect the current tendency of this tumor. The presence of a significant number of patients with multiple lesions emphasizes the importance of undergoing a periodic examination. Moreover, high smoking rates were observed among these patients.

Keywords: Basal cell carcinoma. Squamous cell carcinoma. Carcinoma/surgery.

INTRODUÇÃO

Os tumores de pele malignos não-melanoma são o tipo de câncer de maior incidência e prevalência entre homens e mulheres. Apesar de esse tipo de tumor ter baixa mortalidade e baixo potencial para gerar metástases, é altamente destrutivo localmente, implicando grande morbidade.

O carcinoma basocelular (CBC) é o tipo mais comum de câncer de pele, sendo responsável por aproximadamente 70% a 75% dos casos. É considerado um tumor de alto grau de malignidade, com capacidade de invasão local, destruição tecidual, recorrência e com limitado poder de metastização¹.

O carcinoma epidermoide (CEC) responde por 20% dos casos de câncer de pele nos Estados Unidos. Embora raros, os carcinomas de células escamosas podem migrar para gânglios linfáticos regionais, assim como para outros locais, como osso, cérebro e pulmões².

A exposição crônica aos raios solares é a principal causa de CBC e CEC, e assim as lesões ocorrem caracteristicamente nas partes expostas do corpo, como face, orelhas, pescoço, couro cabeludo, ombros e dorso. Outros fatores etiológicos conhecidos são exposição ultravioleta, certos carcinógenos químicos (arsênio e hidrocarbonetos), radiação ionizante, doenças cutâneas prévias, como xeroderma pigmentoso, síndrome de Bazex e síndrome de Gorlin, irradiação crônica ou ulceração e papiloma vírus humano (HPV), além de cicatrizes de queimaduras e úlceras angiodérmicas. Os pacientes imunologicamente comprometidos apresentam risco maior de apresentar esses tipos de câncer de pele²⁻⁴.

O CBC não tem lesão precursora conhecida, embora hamartomas ou nevos sebáceos possam se transformar nesse tipo de carcinoma. Oitenta e seis por cento dos CBC ocorrem na cabeça e 7%, no tronco e em extremidades. Neoplasias cutâneas do lábio superior são quase sempre CBC, enquanto no lábio inferior são mais provavelmente CEC. O CEC ocorre mais frequentemente em face, mãos e antebraços, sendo a queratose actínica a lesão precursora mais comum. CEC é a malignidade cutânea mais comum no conduto auditivo externo⁵.

O câncer de pele se apresenta com maior frequência em pessoas com pele clara, mas pode ocorrer em todos os

grupos étnicos, especialmente aqueles que vivem em zonas tropicais e com grande exposição solar. Da mesma forma, profissões que oferecem exposição prolongada ao sol, como marinheiros, agricultores, trabalhadores da construção civil e carteiros, têm maior incidência de câncer de pele^{3,6}. Tumores malignos de pele são raros em crianças e, quando presentes, estão associados a condições subjacentes predisponentes⁷.

O HPV cutâneo está envolvido na patogênese de CBC e CEC por sua atividade antiapoptótica e por causar defeitos nos mecanismos de reparo do DNA dos queratinócitos⁸. Já o tabagismo é um fator de risco independente para o desenvolvimento de CEC, mas não parece haver nenhum risco aumentado para CBC⁹.

Histologicamente, a maioria dos CBCs parece originar-se da epiderme e dos folículos pilosos. Alguns autores sugerem que o CBC e o CEC se originam da mesma célula epitelial pluripotente e que outros fatores, como a interação com o estroma, determinariam que tipo de tumor se desenvolveria¹⁰. Os CBCs são classificados em subtipos com comportamento mais ou menos agressivo, que são nodulares, micronodulares, superficiais, pigmentados, císticos, infiltrativos e morfeiformes. Os CECs se apresentam como ninhos irregulares de células epidérmicas invadindo a camada dérmica e sua graduação histológica depende do grau de diferenciação celular².

Sob o ponto de vista clínico, os CBCs apresentam tipicamente bordas elevadas e uma área central perolada com telangiectasias associadas. Podem apresentar-se com descamação com áreas de atrofia ou fibrose em decorrência da inflamação crônica². Caracteristicamente, os CBCs têm crescimento lento e geralmente são lesões únicas, embora a ocorrência de várias lesões simultâneas ou subsequentes não seja rara^{1,10}. Já os CECs são lesões que mostram uma placa nodular rígida sobre uma base eritematosa com bordas elevadas. Pode estar presente uma área central ulcerada. Lesões maiores podem se apresentar com infecção².

Na abordagem terapêutica do CBC, existem muitas modalidades de tratamento, devendo-se considerar aspectos como idade e condições clínicas do doente, resultado estético, localização anatômica, tamanho e limites do tumor, além do

padrão histológico, número de lesões e se o tumor é primário ou recidivado. Dentre as opções de abordagem terapêutica temos curetagem, eletrocauterização, cirurgia excisional, cirurgia micrográfica de Mohs, administração de fluorouracila, radioterapia, terapia fotodinâmica e criocirurgia. Os aspectos a serem considerados no tratamento do CEC, assim como as modalidades terapêuticas, são semelhantes aos do CBC, porém devem-se avaliar os fatores envolvidos na possibilidade de metástase ou recidiva. Quando há maior tendência à ocorrência de metástases, a abordagem envolve a exérese de gânglios-satélites e pesquisa de metástases envolvendo outros órgãos.

Existem muitos tratamentos para o câncer de pele, mas a reconstrução após excisão cirúrgica é etapa essencial. Os defeitos podem ser corrigidos com retalhos locais ou enxertos, mas estes últimos trazem piores resultados, por causarem frequentemente depressão local e hiperpigmentação em relação aos tecidos vizinhos, trazendo assim pobres resultados estéticos⁴.

O prognóstico depende do tipo do tumor e do tratamento estabelecido. Os fatores de risco associados com recorrência e metástases incluem tamanho da lesão > 2 cm de diâmetro, localização na parte central de face ou orelhas, longa duração da lesão, excisão incompleta, tipo histológico agressivo ou envolvimento perineural ou perivascular¹.

Este trabalho tem por objetivo analisar os casos de câncer de pele não-melanoma operados, entre os anos de 2005 e 2010, no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga.

MÉTODO

Trata-se de uma série de casos, que incluiu todos os pacientes submetidos a exérese de carcinomas de pele não-melanoma, no período de 2005 a 2010, no centro cirúrgico do Hospital Ipiranga, excluindo-se os doentes submetidos a exérese ambulatorial das lesões.

Os prontuários dos pacientes incluídos no estudo foram avaliados quanto às seguintes variáveis: sexo, idade, raça, profissão, localização anatômica, fatores de risco, número de lesões e subtipo histológico.

As lesões foram removidas segundo a recomendação de ressecar 3 mm a 5 mm de margens. Não foi utilizada a técnica micrográfica de Mohs e a forma de reconstrução pós-ressecção foi heterogênea, não sendo avaliada neste estudo.

Os CBCs foram classificados, segundo o tipo histológico, em: nodular ou sólido, micronodular, esclerodermiforme, adenoide, ulcerado, superficial ou pigmentado. A classificação de Broders foi empregada para os CECs, dividindo-os segundo a porcentagem de células indiferenciadas, onde grau I foi considerado bem diferenciado, grau II, moderadamente diferenciado, grau III, mal diferenciado e grau IV, indiferenciado.

RESULTADOS

Entre os anos de 2005 e 2010, 145 pacientes foram submetidos a exérese de carcinoma de pele não-melanoma em centro cirúrgico, dos quais 22,8% apresentavam lesões múltiplas, totalizando 168 tumores.

Desses pacientes, 127 (87,6%) possuíam CBC e 38 (26,2%) possuíam CEC, considerando-se que 23 desses pacientes apresentavam mais de um tipo de tumor (CBC e CEC), e 3 (2%) tiveram diagnóstico de carcinoma apenas. Em relação às 168 lesões, 75,5% delas eram CBC, 22,7% eram do tipo CEC e 1,8% correspondiam a outros tipos de carcinoma.

Em relação ao sexo, houve predominância do feminino, com 59,4%.

A média de idade dos pacientes foi de 69,5 anos e a raça branca prevaleceu, com 35,2%, seguido da raça parda com 3,4%, mas 61,4% dos pacientes não tiveram a raça identificada nos prontuários.

Dentre os fatores de risco, o tabagismo foi o principal, estando presente em 79,3% dos pacientes, seguido da exposição solar (2,8%).

Na avaliação topográfica das lesões, a face foi o local de maior prevalência, com 117 (80,7%) pacientes com tumores nessa região (Figura 1). Os membros superiores foram acometidos pelas lesões em 18 (12,4%) casos, 8 no dorso (5,5%), 7 no tórax (4,8%) e 4 nos membros inferiores (2,8%).

Nesse grupo de pacientes analisados, 112 (77,2%) possuíam lesão única e 33 (22,8%), lesões múltiplas.

Quanto ao subtipo histológico dos CBCs, 44,1% das 127 lesões possuíam subtipo sólido ou nodular, seguidos dos subtipos esclerodermiforme e micronodular, ambos presentes em 13,4% das lesões cada um, adenoide em 8,66%, ulcerado e superficial em 7,08% cada um, e pigmentado em 2,36%. Cinco casos de CBC não tiveram seus subtipos histológicos identificados, perfazendo 3,94% (Figura 2).

Dentre os CECs, observou-se prevalência do grau I de Broders. Em uma análise mais detalhada, dos 38 casos de CEC, 42,1% pertenciam ao grau I de Broders, 34,21% ao grau II, 5,26% ao grau III e 7,89% ao grau IV, e 10,53% não tiveram os subtipos histológicos especificados no exame (Figura 3).

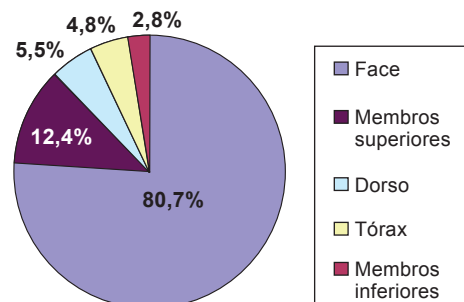


Figura 1 – Topografia das lesões.

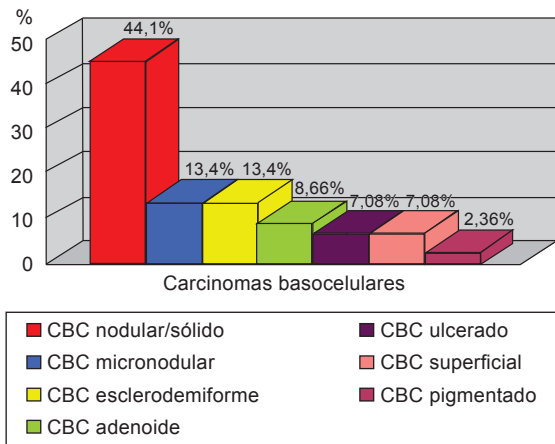


Figura 2 – Classificação dos carcinomas basocelulares.

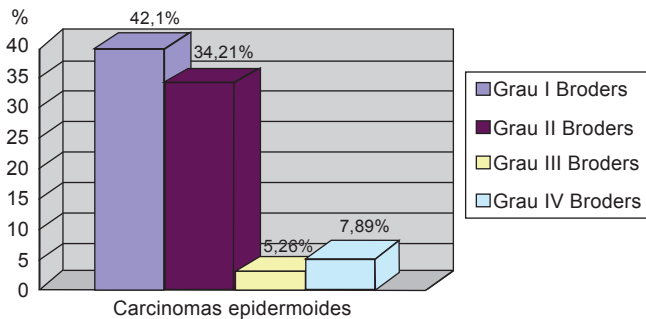


Figura 3 – Distribuição dos carcinomas epidermoides segundo a classificação de Broders.

DISCUSSÃO

Segundo a literatura, 75% dos cânceres de pele não-melanoma são do tipo CBC e 20%, do tipo CEC. Neste estudo, 75% das lesões correspondiam a CBC e 22% a CEC, valores semelhantes aos da literatura. O subtipo histológico sólido ou nodular foi o mais frequente dos CBCs, concordando com a literatura. Dentre os CECs, o grau I de Broders foi o mais encontrado, representando melhor prognóstico para os pacientes.

Apesar de o tabagismo ser um fator de risco apenas para CEC, essa foi a principal variável nos pacientes estudados, sendo a exposição solar menos representativa. Houve predominância da raça branca, confirmando os achados da literatura. Quanto à localização topográfica das lesões, 80,7% dos pacientes possuíam lesão em face, número que se aproxima dos 86% reportados em estudos prévios.

Embora o pico de incidência de CBC ocorra por volta dos 40 anos de idade, neste estudo os pacientes apresentavam média de idade mais alta (69,5 anos).

CONCLUSÕES

A análise de uma série de casos de carcinoma de pele não-melanoma realizada neste estudo demonstrou dados epidemiologicamente semelhantes aos da literatura. As variações encontradas devem-se, provavelmente, ao perfil dos pacientes estudados e ao fato de terem sido excluídos aqueles submetidos a exérese ambulatorial, provavelmente casos mais simples que predominam na literatura. Observou-se predomínio de CBC e do sexo feminino nos pacientes estudados, demonstrando a tendência atual desse tumor.

O número significativo de pacientes com lesões múltiplas ressalta a importância do exame periódico dessa população. A alta prevalência de tabagismo entre os pacientes não pode deixar de ser observada.

REFERÊNCIAS

1. Custódio G, Locks LH, Coan MF, Gonçalves CO, Trevisol DJ, Trevisol FS. Epidemiology of basal cell carcinomas in Tubarão, Santa Catarina (SC), Brazil between 1999 and 2008. *An Bras Dermatol.* 2010; 85(6):819-26.
2. Culliford A, Hazen A. *Dermatologia para cirurgiões plásticos.* In: Thorne CH, Beasley RW, Aston SJ, Bartlett SP, Gurtner GC, Spear SL, eds. Grabb & Smith cirurgia plástica. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p.103-12.
3. Popim RC, Corrente JE, Marino JAG, Souza CA. Câncer de pele: uso de medidas preventivas e perfil demográfico de um grupo de risco na cidade de Botucatu. *Cienc Saúde Coletiva.* 2008;13(4):1331-6.
4. Park SW, Heo EP, Choi JH, Cho HC, Kim SH, Xu L, et al. Reconstruction of defects after excision of facial skin cancer using a venous free flap. *Ann Plast Surg.* 2011;67(6):608-11.
5. Netscher DT, Leong M, Orengo I, Yang D, Berg C, Krishnan B. Cutaneous malignancies: melanoma and nonmelanoma types. *Plast Reconstr Surg.* 2011;127(3):37e-56e.
6. Sanabria Ferrand PA. Efectividad de um programa cognitivo social para prevenir el câncer de piel em mujeres adolescentes. *Univ Psychol.* 2006;5(3):585-97.
7. Tatiana KSC, Somers GR, Pope E, Zuker RM. Predisposing factors and outcomes of malignant skin tumors in children. *Plast Reconstr Surg.* 2010;126(2):508-14.
8. Nindl I, Gottschling M, Stockfleth E. Human papillomaviruses and non-melanoma skin cancer: basic virology and clinical manifestations. *Dis Markers.* 2007;23(4):247-59.
9. De Hertog SA, Wensveen CA, Bastiaens MT, Kielich CJ, Berkhout MJ, Westendorp RG, et al; Leiden Skin Cancer Study. Relation between smoking and skin cancer. *J Clin Oncol.* 2001;19(1):231-8.
10. Pimentel ERA, Góes LHFM. Tumores malignos da pele: carcinomas. In: Mélega JM, ed. *Cirurgia plástica fundamentos e arte: princípios gerais.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.349-60.

Correspondência para:

José Octávio Gonçalves de Freitas
Av. Nazaré, 28 – São Paulo, SP, Brasil – CEP 04262-000
E-mail: joseoctavio@ig.com.br