



Perfil epidemiológico de pacientes portadores de câncer de pele atendidos no Hospital Regional da Asa Norte/DF - Brasil

Epidemiological profile of patients with skin cancer treated at the Regional Hospital of Asa Norte/DF - Brazil

ALTINO VIEIRA DE REZENDE FILHO
NETO ^{1*}

HELOIZA GUTIERREZ YAMAMOTO ¹

JEFFERSON LESSA SOARES DE
MACEDO ¹

CRISTIANO GONÇALVES FLEURY
CURADO ¹

JOSÉ LUIZ DE OLIVEIRA NETO ¹

MARCOS ANTÔNIO PEIXOTO DE
CARVALHO ¹

OCIMAR BARBOSA TRINDADE ¹

IVAM PEREIRA MENDES NETO ¹

■ RESUMO

Introdução: O câncer de pele é a neoplasia mais comum na população brasileira, correspondendo a 30% de todos os tumores malignos registrados no país. Os tumores malignos não melanoma são o tipo de câncer de maior incidência e prevalência no Brasil. O carcinoma basocelular (CBC) é o mais comum, correspondendo entre 70% e 75% dos casos. O carcinoma epidermóide (CEC) responde por 20% dos casos. O objetivo é determinar o perfil epidemiológico, os tipos e subtipos encontrados nos resultados de histopatológico, a conduta cirúrgica e sua eficácia, dos pacientes com suspeita de lesão maligna de pele. **Métodos:** Estudo retrospectivo descritivo, baseado na análise de prontuário eletrônico de ressecção de lesões de pele suspeitas de maligna, pela equipe da Cirurgia Plástica do Hospital Regional da Asa Norte, Brasília/DF, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2016. **Resultados:** Foram submetidos à cirurgia 533 pacientes, sendo sexo feminino (51,6%), com média de idade de 68,97 anos e 84% com diagnóstico de carcinoma basocelular com subtipo sólido. As margens comprometidas atingiram 11% da amostra. As reconstruções mais prevalentes foram fechamento primário e retalhos locais. **Conclusão:** O perfil epidemiológico dos pacientes atendidos com lesões suspeitas de câncer de pele demonstrou prevalência em mulheres e acima de 60 anos, com história de exposição solar. A face foi o local mais acometido, sendo o nariz a topografia mais comum. O CBC é tipo mais comum e o subtipo sólido circunscrito foi o mais prevalente. O tipo de reconstrução mais utilizado foi o fechamento primário e o retalho local.

Descritores: Carcinoma basocelular; Câncer de pele; Comprometimento de margem; Margens de excisão; Retalhos cirúrgicos; Cirurgia plástica.

Instituição: Hospital Regional da Asa Norte,
Unidade de Cirurgia Plástica, Brasília, DF,
Brasil.

Artigo submetido: 22/9/2019.
Artigo aceito: 15/7/2020.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2020RBCP0056

¹ Hospital Regional da Asa Norte, Unidade de Cirurgia Plástica, Brasília, DF, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: Skin cancer is the most common neoplasm in the Brazilian population, corresponding to 30% of all malignant tumors registered in the country. Non-melanoma malignant tumors are the type of cancer with the highest incidence and prevalence in Brazil. Basal cell carcinoma (BCC) is the most common, accounting for between 70% and 75% of cases. Squamous cell carcinoma (SCC) accounts for 20% of cases. The objective is to determine the epidemiological profile, the types and subtypes found in the histopathological results, the surgical conduct and its effectiveness in patients with a suspected malignant skin lesion. **Methods:** A retrospective descriptive study, based on the analysis of electronic medical records for resection of skin lesions suspected of malignancy, carried out by the Plastic Surgery team at the Regional Hospital of Asa Norte, Brasília/DF, from January 2012 to December 2016. **Results:** 533 patients were submitted to surgery, being female (51.6%), with a mean age of 68.97 years and 84% diagnosed with basal cell carcinoma with solid subtype. The compromised margins reached 11% of the sample. The most prevalent reconstructions were primary closure and local flaps. **Conclusion:** The epidemiological profile of patients treated with lesions suspected of skin cancer showed prevalence in women over 60 years with a history of sun exposure. The face was the most affected site, the nose being the most common topography. BCC is the most common type, and the circumscribed solid subtype was the most prevalent. The most used type of reconstruction was primary closure and local flap.

Keywords: Basal cell carcinoma; Skin cancer; Margin compromise; Excision margins; Surgical flaps; Plastic surgery.

INTRODUÇÃO

O câncer de pele é a neoplasia mais comum na população brasileira, correspondendo a 30% de todos os tumores malignos registrados no país. Entre os tumores de pele, o tipo não melanoma é o de maior incidência e de menor mortalidade¹.

O câncer de pele encontra-se com incidência crescente, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), órgão oficial do Ministério da Saúde, com taxas nacionais de 60 casos/100.000 habitantes sendo o carcinoma basocelular (CBC) o tipo mais comum, correspondendo a 70-75% dos casos, e o subtipo mais comum é o nodular^{1,2,3}.

O segundo tipo de tumor de pele maligno mais frequente é o carcinoma epidermóide (CEC), com 15 a 20% dos casos. A mortalidade decorrente de CBC e CEC é baixa, pois raramente dão metástase. No entanto, são localmente agressivos e recidivantes⁴.

O melanoma representa apenas 3% das neoplasias malignas do órgão, porém é o mais agressivo e metastático. Foram estimados 6.260 novos casos, sendo 2.920 homens e 3.340 mulheres para o ano de 2018¹⁻⁴.

Os objetivos deste trabalho foram verificar o perfil epidemiológico, os tipos e a conduta cirúrgica dos pacientes portadores de lesão suspeita de malignidade na pele na Unidade de Cirurgia Plástica do Hospital Regional da Asa Norte, Brasília/DF.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo, baseado na análise de prontuários eletrônicos (TRAKcare) dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico para ressecção de lesão suspeita de malignidade de pele, pela equipe da Cirurgia Plástica do Hospital Regional da Asa Norte, Brasília/DF, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2016.

Foi criado um banco de dados no programa Excel incluindo todos os pacientes submetidos à ressecção de lesão no centro cirúrgico pela equipe durante o período.

Critérios de inclusão

1. Pacientes submetidos a ressecções de lesões com características clínicas de malignidade;

2. Pacientes operados pela equipe da Unidade de Cirurgia Plástica;
3. Seguimento ambulatorial completo mínimo de 6 meses após a operação;
4. Pacientes que tiveram necessidade de internação para procedimento em centro cirúrgico com sedação associada à anestesia local ou anestesia geral para ressecção de lesão de pele (exéreses, biópsias incisionais, biópsias excisionais e ampliação de margem comprometida).
5. Resultado de anatomopatológico conferido em consulta posterior.

Critérios de exclusão

1. Dados incompletos no prontuário médico;
2. Pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico que não compareceram para seguimento pós-operatório;
3. Casos de baixa complexidade que foram operados no ambulatório de pequenas cirurgias da Cirurgia Plástica do Hospital Regional da Asa Norte, não sendo necessária sedação ou anestesia geral e internação mínima de 6 horas.

Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP da Secretaria de Saúde do Distrito Federal sob o número do CAAE: 15090018.6.0000.5553; isento de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Um total de 533 pacientes submetidos à ressecção de lesão suspeita de malignidade no período atenderam aos critérios de seleção. No que tange ao sexo, 273 eram do sexo feminino (51,6%) e 260 do sexo masculino (48,4%), com média de idade de 68 anos (variação de 1 a 102 anos de idade). Foi ressecado um total de 1.484 lesões (média de 2,78 lesões/paciente).

Quanto à localização, 69% das ressecções foram na região da cabeça e pescoço, seguido de membro superior (15%), tronco (13%) e apenas 2% lesões no membro inferior.

Das lesões localizadas na região de cabeça e pescoço, 975 (93%) encontravam-se na face, 47 (5%) no couro cabeludo e 23 (2%) na região cervical. Em relação às lesões localizadas na face, essas acometeram preferencialmente o terço médio da face. O nariz foi o local com o maior número de ressecções, seguido da região periorbital (Tabela 1 e Figura 1).

Os resultados da análise de histopatológico identificaram que 188 (13%) lesões ressecadas eram

Tabela 1. Distribuição por localização das lesões suspeitas na região de cabeça e pescoço.

Regiões da cabeça e pescoço		n. (%)
Couro cabeludo		23 (2%)
Região cervical		47 (5%)
Face		975 (93%)
Total		1027 (100%)
Localização na face		n. (%)
1/3 superior da face 153 (16%)	Frontal	80 (8%)
	Temporal	73 (7%)
	Julgar, malar, zigomática, bucinadora	124 (13%)
1/3 médio da face 669 (70%)	Periorbital	143 (15%)
	Nariz	281 (29%)
	Orelha	121 (13%)
1/3 inferior da face 135 (14%)	Nasogeniana	29 (3%)
	Mandíbula e mento	44 (5%)
	Língua e palato	4 (0,5%)
	Lábio	58 (6%)

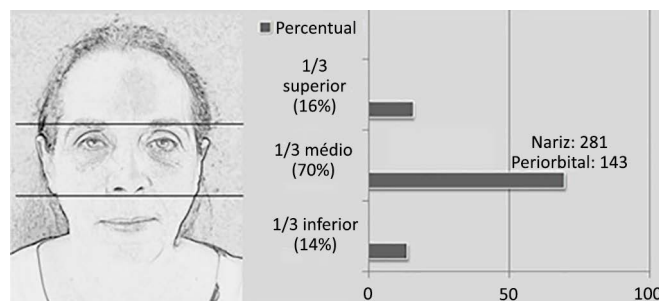


Figura 1. Distribuição das lesões suspeitas por região da face.

benignas, 377 (25%) pré-malignas (ceratose actínica) e 919 (62%) malignas. Dentre as lesões malignas, destacou-se o carcinoma basocelular 760 (84%), seguido de carcinoma epidermóide 129 (14%).

Quando distribuímos os tipos de lesões por idade, os pacientes com CBC e lesões pré-malignas (ceratoses) apresentavam-se com maior e mais homogeneidade e o carcinoma basoescamoso demonstrou maior heterogeneidade da idade. Já os pacientes mais jovens, foram mais frequentes em outros tipos de lesões (Figura 2).

Os principais subtipos identificados do carcinoma basocelular, foram o nodular em 520 casos (68%), superficial em 155 (20%) e esclerodermiforme em 68 (9%). Quanto ao comprometimento de margens, 12% vieram comprometidas.

Com relação aos CECs, foram identificados 50% do tipo CEC moderadamente diferenciados, seguidos de 33% de CEC bem diferenciados, 13% de CEC *in*

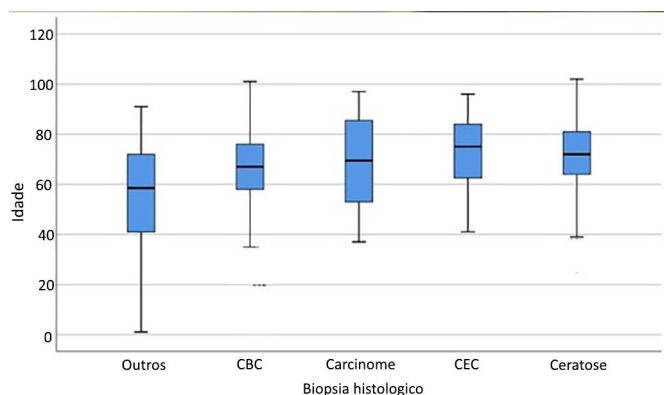


Figura 2. Box plot da distribuição dos tipos de lesão por idade. CBC: Carcinoma Basocelular; CEC: Carcinoma Epidermóide.

situ e apenas 3% de CEC pouco diferenciado. Margens comprometidas foram observadas em menos de 10%.

Foram identificados apenas cinco casos de sarcoma, um caso de úlcera de Marjolin e um caso de metástase de câncer de outro órgão para a pele - tumor de células claras do rim (Figura 3).



Figura 3. Metástase de tumor de células claras do rim para pele.

Oito casos de melanoma maligno foram encontrados sendo que não houve comprometimento de margens no resultado do histopatológico (Tabela 2).

Foi realizada a ampliação de margem comprometida nos 100 casos (11%), dos quais três apresentaram novamente margens comprometidas, sendo encaminhados ao serviço de oncologia para radioterapia complementar.

No tocante aos procedimentos cirúrgicos de reconstrução do defeito criado em detrimento da ressecção da lesão, a maioria (77%) necessitou apenas fechamento primário, 135 (9%) foram submetidos a enxerto de pele, sendo sua maioria de pele total (93%) do qual a principal área doadora foi a região supraclavicular e 188 (12%) retalhos. Dentre os retalhos consagrados para reconstrução, 47 retalhos foram

Tabela 2. Subtipos de melanoma.

Melanoma	n.8
<i>In situ</i>	1
Lentigo maligno	1
Lentigo acral	2
Maligno extensivo superficial	1
Maligno	1
Maligno nodular	2

médio-frontal/Indiano, 40 nasogenianos, 14 Limberg e 12 retroauriculares. O retalho médio-frontal foi utilizado para reconstrução de nariz, canto interno do olho e pálpebra inferior. Retalhos microcirúrgicos foram realizados em três reconstruções. Apenas seis casos foram submetidos a fechamento por segunda intenção.

Através do mapa perceptual, foi verificado que os enxertos em geral foram mais indicados quando houve resultado de histopatológico de CEC, os retalhos tiveram maior indicação em CBC e o fechamento primário em casos de CBC, ceratose actínica e lesões benignas (Figura 4).

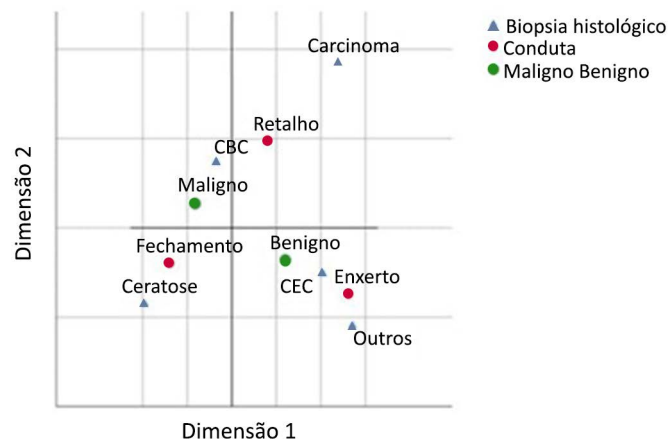


Figura 4. Mapa perceptual correlacionando histopatológicos mais prevalentes e conduta cirúrgica. CBC: Carcinoma Basocelular; CEC: Carcinoma Epidermóide.

DISCUSSÃO

Na literatura encontramos uma maior frequência da neoplasia maligna de pele em homens, porém alguns estudos demonstram maiores frequências nas mulheres com idade acima de 40 anos. No nosso estudo, a média de idade foi de 68 anos, acometendo mais as mulheres, sendo rara em crianças e negros.

Aqueles portadores de doenças cutâneas prévias e de pele clara sensível à ação dos raios solares (fototipo I e II de Fitzpatrick), cicatrizes de queimadura, úlceras crônicas, exposição ao arsênico, radiação ionizante, xeroderma pigmentoso, infecção

pelo HPV e síndromes de Gorlin e Bazex são fatores de risco que podem estar relacionados com o surgimento do CBC e CEC¹⁻⁴.

As regiões da cabeça e pescoço são as mais acometidas pela exposição solar, a ação crônica dos raios ultravioleta B (UVB), especialmente em países tropicais como o Brasil¹⁻⁴.

O câncer de pele mais comum é o CBC, responsável por 70-80% dos casos. Seu subtipo mais comum é o nodular e o menos agressivo. Para 2018, estimou-se 165.580 novos casos, sendo 85.170 homens e 80.410 mulheres. Sendo responsável por 1.769 óbitos.

O segundo mais frequente é o CEC. O melanoma é mais raro, representa apenas 3% das neoplasias malignas, vale ressaltar que é o mais agressivo devido à sua alta possibilidade de metástase, dados deste estudo revelam semelhança com a literatura¹⁻⁷.

O diagnóstico precoce é fundamental para se evitar grandes deformidades decorrentes do tumor, assim como reduz a necessidade de métodos agressivos no tratamento.

O diagnóstico sugestivo é clínico e a dermatoscopia pode colaborar. A definição do tipo histológico é feita por meio de biópsia incisional ou excisional para lesões acima de 1,0cm^{8,9}.

O tratamento é o procedimento cirúrgico da retirada tumoral com margem de segurança ou utilizar o auxílio de congelação da peça no intraoperatório ou cirurgia micrográfica de Mohs, resultando em alta eficácia com baixa recidiva¹⁰⁻¹¹.

A curetagem, eletrocoagulação, criocirurgia com nitrogênio líquido, o uso de imiquimod 5% e 5-fluoracil tópico podem ser opções para CBC superficial menor que 1,0 cm⁸.

Nos pacientes sem condições clínicas para ressecção cirúrgica com tumores extensos, a radioterapia pode ser uma alternativa.

A margem preconizada pela literatura no CBC encontra-se entre 3-4mm para lesões circunscritas, como na forma nodular, e com tamanho menor que 2cm, e entre 5-6mm para tumores com margens pouco definidas, como os superficiais e infiltrativos, ou com tamanho maior que 2cm.

Enquanto que para o CEC, geralmente as margens são de 4mm para os bem diferenciados e de 6mm para os indiferenciados.

Em CEC com metástases e tumores agressivos com metástases linfonodais, deve-se realizar linfadenectomia e radioterapia complementar¹⁻¹⁰.

Identificamos 11% de comprometimento de margem nos espécimes, igualmente ao relatado por Su et al., em 2017⁹. O índice de margens comprometidas na literatura varia entre 4% a 18%, sua conduta é controversa na literatura¹⁰.

No melanoma a biópsia excisional é recomendada como abordagem inicial e a biópsia incisional é aceitável frente a lesões extensas e/ou em locais em que a extração de toda a lesão acarrete defeito funcional ou estético.

A ampliação de margens da lesão primária no melanoma varia conforme a profundidade de invasão em milímetros (Índice de Breslow - Tabela 3)¹¹⁻¹⁸. A biópsia de linfonodo sentinela está indicada se há ausência de sinais clínicos de envolvimento linfonodal e um dos seguintes fatores: Breslow > 1mm; entre 0,8mm e 1mm se índice mitótico $\geq 1/\text{mm}^2$, presença de ulceração ou invasão angiolinfática; e Breslow subestimado por margem profunda positiva (Tabela 3)¹¹⁻¹⁸.

Tabela 3. Ampliação de margens no melanoma segundo a AJCC, 8ª edição¹⁶.

Espessura tumoral (mm)	Margens (cm)
Melanoma in situ	0,5 a 1cm
Breslow \leq 1mm	1cm
Breslow de 1,1 a 2mm	1 a 2cm
Breslow > 2mm	2cm

Embora existam condutas consagradas para o tratamento de câncer de pele, não há consenso absoluto para todas as situações conforme tipo histológico, tamanho, profundidade ou localização da lesão, devendo-se considerar aspectos como a idade, condições clínicas do paciente, resultado estético, número de lesões e se o tumor é primário ou recidivado.

CONCLUSÃO

No tratamento do câncer de pele é importante a participação multidisciplinar e o cirurgião plástico atuando com princípios oncológicos, realizando a exérese tumoral, reconstrução da área afetada, visando manter a função e restaurar a estética.

Nosso estudo demonstrou prevalência do sexo feminino, com média de idade de 68 anos. A face é o local mais acometido, sendo o nariz a topografia mais comum. O carcinoma basocelular sólido circunscrito foi o subtipo mais frequente e o tipo de reconstrução mais utilizado foi o fechamento primário. Tais dados corroboram com o principal fator de risco para o câncer de pele não melanoma: exposição solar crônica.

COLABORAÇÕES

AVRFN	Análise e/ou interpretação dos dados, Realização das operações e/ou experimentos
HGY	Coleta de Dados
JLM	Análise e/ou interpretação dos dados, Redação - Revisão e Edição

CGF	Realização das operações e/ou experimentos
JLON	Realização das operações e/ou experimentos
MAPC	Realização das operações e/ou experimentos
OBT	Realização das operações e/ou experimentos
IPMN	Realização das operações e/ou experimentos

REFERÊNCIAS

1. Barreiro G, Zanella FA, Rosa KGD, Calvett R, Senandes LS, Vizzotto MD, et al. O impacto de ações assistenciais na percepção da qualidade do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasil: um estudo transversal. *Rev Bras Cir Plást.* 2016;31(2):242-5.
2. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativa 2012: incidência do câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2012; [acesso em 2019 Jun 01]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>
3. Bariani RL, Nahas FX, Barbosa MVJ, Farah AB, Ferreira LM. Basal cell carcinoma: an updated epidemiological and therapeutically profile of an urban population. *Acta Cir Bras.* 2006 Mar/Abr;21(2):66-73.
4. Veríssimo P, Barbosa MVJ. Tratamento cirúrgico dos tumores de pele nasal em idosos. *Rev Bras Cir Plást.* 2009;24(2):219-33.
5. Nasser N. Epidemiologia dos carcinomas basocelulares em Blumenau, SC, Brasil, de 1980 a 1999. *An Bras Dermatol.* 2005;80(4):363-8.
6. Carvalho MP, Oliveira Filho RS, Gomes HC, Veiga DF, Juliano Y, Ferreira LM. Auto-estima em pacientes com carcinomas de pele. *Rev Col Bras Cir.* 2007;34(6):361-6.
7. Maia M, Proença NG, Moraes JC. Risk factors for basal cell carcinoma: a case-control study. *Rev Saúde Pública.* 1995 Fev;29(1):27-37.
8. Chinem VP, Miot HA. Epidemiology of basal cell carcinoma. *An Bras Dermatol.* 2011;86(2):292-305.
9. Su SY, Giorlando F, Ek EW, Dieu T. Incomplete excision of basal cell carcinoma: a prospective trial. *Plast Reconstr Surg.* 2007 Out;120(5):1240-8.
10. Gregorio TCR, Sbalchiero JC, Leal PRA. Acompanhamento a longo prazo de carcinomas basocelulares com margens comprometidas. *Rev Soc Bras Cir Plást.* 2005;20(1):8-11.
11. Eliezri YD, Cohen PR. Cancer recurrence following Mohs micrographic surgery: a mechanism of tumor persistence. *Plast Reconstr Surg.* 1992 Jul;90(1):121-5.
12. Holmivikvist K, Rogers G, Dahl P.A. Incidence of residual basal cell carcinoma in patients who appear free after biopsy. *J Am Acad Dermatol.* 2002;41(4):600-5.
13. Quintas RCS, Coutinho ALF. Fatores de risco para o comprometimento de margens cirúrgicas nas ressecções de carcinomas basocelular. *Rev Bras Cir Plást.* 2008;23(2):116-9.
14. Duz GL, Chagas JF, Faria JCM. Pesquisa de linfonodo sentinela em pacientes com melanoma cutâneo: correlação clínica e cintilográfica. *Rev Bras Cir Plást.* 2007;22(2):76-80.
15. Hayes AJ, Maynard L, Coombes G, Newton-Bishop J, Timmons M, Cook M, et al. Wide versus narrow excision margins for high-risk, primary cutaneous melanomas: long-term follow-up of survival in a randomized trial. *Lancet Oncol.* 2016 Fev;17(2):184-92.
16. Gershenwald JE, Scolyer RA, Hess KR, Sondak VK, Ling GV, Ross MI, et al. Melanoma of the skin. In: Amin MB, Edge SB, Greene FL, eds. *AJCC Cancer Staging Manual.* 8th ed. New York: Springer International Publishing; 2017. p. 563-85.
17. Gershenwald JE, Scolyer RA, Hess KR et al. American Joint Committee on Cancer (AJCC) on Cancer Staging Manual [Internet]. 8th Edition, 2016; [acesso em 2019 Ago 10]. Disponível em: <http://www.cancerstaging.org>
18. Gomes MWS, Galvão M, Moreira M, Caiado B, Chelidid R, Graziosi G. Perfil das reconstruções microcirúrgicas no INCA: análise retrospectiva de 46 casos. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(3):35.

*Autor correspondente:

Altino Vieira de Rezende Filho Neto

SMAS Trecho 1, Lote C, Bloco J, Apart. 703, Park Sul Guara, Brasília, DF, Brasil.

CEP: 71218-010

E-mail: altinofn@hotmail.com