

# Impacto da implantação do Instituto do Câncer no tratamento das neoplasias de pele na Região Noroeste Paulista

*Impact of the Cancer Institute implantation in the treatment of skin cancer in Northwest São Paulo State Area*

JOSÉ RENATO BARBIERI GALLO<sup>1</sup>  
 EDUARDO HENRIQUE FARIAS  
 MONTEIRO<sup>1</sup>  
 RODRIGO HUMBERTO PIRES  
 ROSSI<sup>1</sup>  
 FELIPE PIRES SILVEIRA  
 BICUDO<sup>1</sup>  
 JORGE LUIZ VANZELLA SEBA<sup>1</sup>  
 GIANNI MATEUS ZUANAZZI<sup>1</sup>  
 RODRIGO MARTINS ALVES<sup>2</sup>  
 MARCELLO PERON ROSA<sup>3</sup>  
 ANTÔNIO ROBERTO BOZOLA<sup>4</sup>

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP - Hospital de Base, São José do Rio Preto, SP.

Este artigo foi submetido pelo SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 24/3/2009  
 Artigo aceito: 30/5/2009

## RESUMO

**Introdução:** Os números crescentes das neoplasias de pele têm valorizado o conhecimento e a capacidade dos profissionais em Cirurgia Plástica acerca da realização de procedimentos terapêuticos envolvendo a retirada cirúrgica dessas lesões malignas e a reconstrução das áreas afetadas. A implantação do Instituto do Câncer (ICA), junto ao complexo ambulatorial e hospitalar de São José do Rio Preto - SP, promoveu uma reestruturação que atingiu desde a captação até o acompanhamento pós-operatório dos pacientes portadores de neoplasias de pele da região noroeste paulista. **Objetivo:** Dois anos após o início das atividades do ICA, foi realizado um estudo com o objetivo de definir o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos, observar mudanças nas condutas terapêuticas realizadas e nos resultados obtidos após seguimento, procurando quantificar o real impacto da implantação deste serviço no panorama das neoplasias de pele nesta região. **Método:** O estudo foi dividido em duas etapas: na primeira, retrospectiva, foram analisados 93 prontuários de pacientes com diagnóstico histopatológico de câncer cutâneo não-melanoma, tratados antes do início das atividades do ICA. Na segunda, prospectiva, foram aplicados protocolos de atendimento, conduta e seguimento aos pacientes encaminhados ao Serviço de Cirurgia Plástica do ICA, sendo 102 pacientes submetidos a análise. **Resultados:** Os resultados demonstraram que o perfil epidemiológico é semelhante ao encontrado em outras regiões do país e que o real impacto da implantação do ICA foi promover uma queda significativa no número de ressecções incompletas, redução brutal dos custos para o SUS, padronização no seguimento pós-operatório e expressiva melhora das práticas de prevenção do câncer de pele.

**Descritores:** Neoplasias cutâneas. Carcinoma basocelular. Carcinoma de células escamosas. Institutos de Câncer.

## SUMMARY

**Introduction:** The growing numbers of the skin neoplasms have been appreciating the knowledge and the capacity of Plastic Surgery professionals concerning the accomplishment of therapeutic procedures that involves the surgical remove of those malignant lesions and the affected areas reconstruction. The Cancer Institute (ICA) implantation, close to the clinical compound of São José do Rio Preto - SP, promoted a complete restructuring that reached as from the reception to the postoperative monitoring of the skin cancer bearers of São Paulo northwest state area. **Objective:** Two years later the ICA activities beginning, it was achieved a study with the scope of define the assisted patients' epidemiological profile, to observe changes in the accomplished therapeutic conducts and postoperative continuation results obtained, trying to measure the real impact of the implantation of this service in the context of the skin cancer in our region. **Methods:** The research was divided in two stages: first - retrospective 93 patients' handbooks were analyzed, only in relation to the patients who had histopathological diagnosis of cutaneous cancer (non-melanoma) and who were treated before the ICA activities had started. Second - prospective protocols of consultation, conduct and following were applied to the patients leaded to the ICA Plastic Surgery Service, being 102 submitted to the analysis. **Results:** The results showed that the epidemiological profile is similar than the other places and that the real impact of ICA was to promote a significant decrease of incomplete resections, a rude cost reduction, follow up standardization and increase of prevention attitudes.

**Descriptors:** Skin neoplasms. Carcinoma, basal cell. Carcinoma, squamous cell. Cancer care facilities.

1. Médico Residente de Cirurgia Plástica.
2. Médico Residente de Cirurgia Geral.
3. Cirurgião Plástico. Assistente voluntário do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Base - FAMERP.
4. Professor Doutor. Membro titular da SBCP. Regente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Base - FAMERP.

## INTRODUÇÃO

As estimativas da incidência do câncer de pele não-melanoma para o ano de 2008 em nosso país têm mostrado a mesma tendência de crescimento exponencial que ocorre em todo o mundo, com destaque para os países das regiões tropicais<sup>1</sup>. O Instituto Nacional do Câncer (INCA), órgão oficial do Ministério da Saúde, divulgou números que mostram as neoplasias de pele como as de maior incidência, com taxas brutas nacionais chegando a aproximadamente 60 casos / 100.000 habitantes em ambos os sexos em 2008<sup>2</sup>. Neste panorama, o Estado de São Paulo aparece em um incômodo lugar de destaque. Ainda faltam estudos que mostrem os perfis epidemiológicos regionais do Estado, os quais têm fundamental importância no planejamento de estratégias de prevenção e de tratamento mais perfeitamente adaptadas a cada realidade regional.

Os dados apresentados mostram a grande importância desta verdadeira população de pacientes portadores de neoplasias de pele, a qual necessita cada vez mais de cuidados altamente especializados. Considerando que, na quase totalidade dos casos, o tratamento do câncer de pele não-melanoma [carcinoma basocelular (CBC) e carcinoma espinocelular (CEC)] envolve a extirpação cirúrgica da lesão e esta traz consigo a necessidade de reconstrução das áreas afetadas, a Cirurgia Plástica, indivisível em sua essência tanto reparadora quanto estética, apresenta-se como especialidade médica adequada para o tratamento desses pacientes.

A análise dos números citados e as considerações feitas sinalizam para um evidente problema de saúde pública, que deve ser tratado com a máxima atenção e responsabilidade. É papel fundamental dos Serviços Credenciados de Cirurgia Plástica planejarem e executarem o treinamento integral dos profissionais que deverão ser encarregados de oferecer aos portadores de câncer cutâneo o tratamento e os cuidados adequados. Contudo, esta responsabilidade muitas vezes é delegada a outras especialidades, sob pena de gerar a esses pacientes o ônus de uma conduta inadequada ou tecnicamente incompleta.

Em março de 2006, foi inaugurado o Instituto do Câncer (ICA) de São José do Rio Preto, sendo incorporado ao complexo ambulatorial e hospitalar do Hospital de Base - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (HB - FAMERP). As atividades do ICA promoveram uma reestruturação completa em todos os níveis de atendimento dos pacientes portadores de neoplasias. O Serviço de Cirurgia Plástica assumiu a responsabilidade do tratamento cirúrgico dos pacientes com de câncer de pele.

São objetivos deste estudo descrever o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de neoplasias de pele da região noroeste do Estado de São Paulo e comparar a eficácia e a qualidade do tratamento dado aos portadores de câncer de pele não-melanoma antes e após a implantação da unidade regional do ICA.

## MÉTODO

Após reuniões e discussões com a participação dos integrantes (residentes e preceptores) do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Base - FAMERP, foi elaborado um protocolo de atendimento para os pacientes encaminhados com suspeita ou diagnóstico de neoplasia de pele. Este protocolo agrega informações epidemiológicas e clínicas que vêm atender à padronização de condutas e ao enfoque prioritário que o Serviço de Cirurgia Plástica propôs-se a dar a estes pacientes. Os dados obtidos por meio dele foram utilizados para a realização deste estudo.

O protocolo prevê, na consulta inicial, a abertura de uma ficha de identificação detalhada do paciente contendo nome, sexo, idade, raça, ocupação, hábitos, história de exposição solar, uso de protetor solar, características da lesão, presença ou não de biópsia, comorbidades e uso de medicamentos. Essas informações são obtidas por meio de questionamento direto ao próprio paciente e pela avaliação do médico examinador. Ainda na primeira consulta, o caso é discutido e é proposta a conduta cirúrgica. Esta inclui a extirpação da lesão (com margens de segurança) e a reconstrução da área antes ocupada pela lesão. As margens variam de 4 mm (CBCs com formato bem definido e de tamanho menor que 2 cm de diâmetro) a 6 mm (CBCs infiltrativos com contornos indefinidos e/ou com diâmetro maior que 2 cm, CECs de qualquer natureza e lesões recidivadas), cabendo ao cirurgião a decisão de ampliar essas medidas de acordo com sua experiência pessoal e características individuais observadas no intra-operatório. As reconstruções podem ser feitas por meio de síntese primária, retalhos, enxertos ou técnicas combinadas. Também é definido o tipo de anestesia a ser empregada e o local para a realização do procedimento (ambulatorio ou centro cirúrgico). Terminada a primeira consulta, o paciente tem a data de sua cirurgia marcada em intervalo curto de tempo (no máximo 15 dias).

Após a realização do procedimento cirúrgico, todos os produtos extirpados são enviados ao Serviço de Patologia do Hospital de Base, onde é feito o diagnóstico histopatológico da lesão e a avaliação de suas margens microscópicas.

No retorno pós-cirúrgico é feita a análise dos resultados da Patologia e definida a conduta pós-operatória. Quando a lesão foi completamente retirada com margens de segurança adequadas, o paciente passa a ser acompanhado mensalmente por meio de exame clínico e, se houver necessidade, métodos auxiliares de imagem. Nos casos de exérese incompleta ou margens insuficientes, a conduta é a reoperação (com ampliação das margens), salvo em situações de exceção. Durante o primeiro ano pós-operatório, o paciente tem seus retornos mensais registrados no protocolo. Estes retornos passam a ser trimestrais no segundo ano e semestrais do terceiro ao quinto ano de acompanhamento.

O presente estudo foi dividido em duas fases, sendo que

em ambas foi aplicado o mesmo protocolo citado. No total, 195 pacientes foram incluídos na geração dos dados com 266 lesões operadas. Os pacientes representam a amostra de uma população de aproximadamente 2 milhões de habitantes moradores das mais de 30 cidades da região noroeste paulista atendidas pelo ICA do Hospital de Base de São José do Rio Preto. Detalhes de cada fase serão descritos a seguir.

### Primeira fase (retrospectiva)

Entre os meses de março e agosto de 2008, foram realizadas revisões sistemáticas dos prontuários médicos de pacientes com diagnóstico histopatológico de câncer de pele (não-melanoma), atendidos e operados no complexo ambulatorial e hospitalar da Faculdade de Medicina (FAMERP)/Hospital de Base de São José do Rio Preto - SP.

Foram incluídos no protocolo de análise apenas os casos de CBC e CEC confirmados por meio de exame histopatológico das peças cirúrgicas avaliadas pelo Serviço de Patologia do Hospital de Base. Todos os pacientes participantes desta fase da pesquisa tiveram seus atendimentos e procedimentos cirúrgicos realizados em período anterior a março de 2006 (data da implantação do ICA). Dentre os 93 prontuários selecionados havia pacientes tratados cirurgicamente pelas equipes de Cirurgia Plástica, Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Dermatologia, sendo todas as peças cirúrgicas avaliadas pela equipe de Patologia. As informações obtidas foram submetidas a análise estatística.

### Segunda fase (prospectiva)

Entre os meses de março de 2006 e julho de 2008, os mesmos protocolos de atendimento utilizados para a análise retrospectiva da primeira fase do trabalho foram aplicados, de forma prospectiva, nos pacientes atendidos no Ambulatório de Cirurgia Plástica do ICA-Hospital de Base.

Os pacientes desta fase tiveram suas lesões clinicamente avaliadas e operadas somente pelo Serviço de Cirurgia Plástica que, após a implantação ICA, tornou-se o único responsável pelas condutas cirúrgicas realizadas nos portadores de neoplasias de pele. Desta maneira, as informações contidas no protocolo puderam ser todas anotadas de maneira similar à realizada na fase anterior da pesquisa, a fim de permitir comparações.

Foram incluídos no estudo os protocolos prospectivos de 102 pacientes; apenas aqueles cujo resultado da análise histopatológica das lesões extirpadas foi confirmado como CBC ou CEC. Estes pacientes foram acompanhados por um período médio de 24 meses, seguindo as condutas e as reavaliações periódicas previstas no protocolo.

### Método estatístico

Os resultados foram analisados por testes estatísticos isoladamente em cada fase e em comparações entre as fases. A idade está representada por média (desvio padrão), e variáveis qualitativas por percentuais e intervalos de confiança

de 95%. Comparações das fases foram feitas por teste t de Student (idade) e teste qui ou o teste exato de Fisher, quando recomendado. Diferenças nas comparações entre as fases foram consideradas significantes se valor  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

### Perfil epidemiológico

A distribuição dos pacientes de acordo com o sexo foi similar entre os sexos e entre as fases com 44% e 56% para mulheres e homens, respectivamente, na primeira fase. Na segunda fase, observou-se uma frequência quase igualitária, com 49% para o sexo masculino e 51% para o feminino. A idade média foi de 68 anos em ambas as fases. Quando as faixas etárias foram avaliadas, foi constatada uma concentração de quase 70% dos casos da fase retrospectiva entre a sétima e oitava décadas de vida. Após o início das atividades do ICA, apesar das maiores concentrações ainda se localizarem nas mesmas faixas etárias da primeira fase (aproximadamente 60%), surgiu uma representatividade mais significativa dos extremos de idade, com 4% dos pacientes estando na quarta década de vida e aproximadamente 18% de casos ocorrendo em indivíduos acima dos 80 anos de idade (Figura 1).

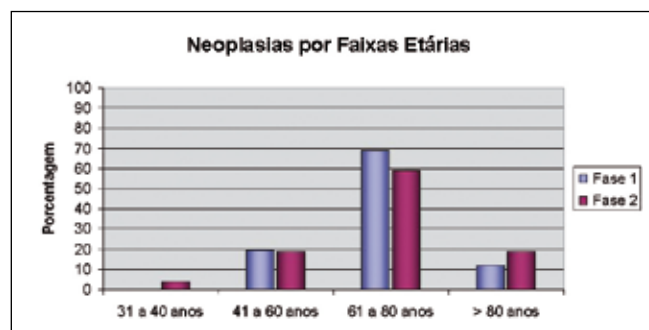


Figura 1 - Distribuição das neoplasias de pele por faixas etárias nas fases do estudo.

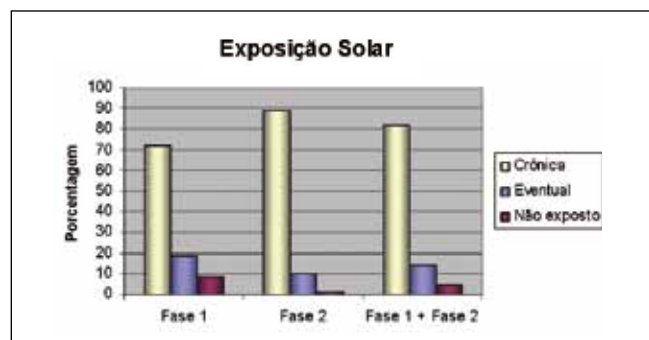


Figura 2 - Distribuição dos pacientes de acordo com a frequência da exposição solar nas diferentes fases do estudo.

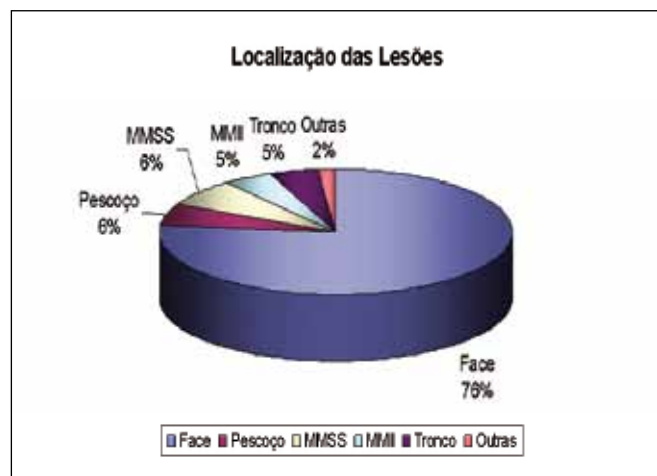
Foi registrado um único caso de CBC em indivíduo de pele negra. A quase totalidade dos casos (mais de 95%) pertencem à raça branca, existindo ainda pequena porcentagem de asiáticos (raça amarela). Entre os hábitos pesquisados, o tabagismo e o etilismo não apresentaram significância estatística como possíveis fatores pré-disponentes de neoplasias de pele. De maneira oposta, a análise da exposição solar (tanto profissional quanto para lazer) mostrou a forte relação existente entre os raios solares e o surgimento de lesões malignas na pele. Dentre os 195 indivíduos avaliados, aproximadamente 82% confirmaram histórico de exposição solar crônica, 14% exposição eventual, e apenas 4% negaram exposição (Figura 2).

Os dados mostraram ainda que, aproximadamente 40% dos pacientes tratados possuem atividades laborais com exposição solar direta (lavradores, pedreiros, trabalhadores braçais, entre outros).

O uso do protetor solar revelou diferenças significativas ( $p = 0,0008$ ) entre as duas fases da pesquisa, com quase 16% dos pacientes da fase prospectiva referindo uso rotineiro do

**Tabela 1. Distribuição dos pacientes de acordo com a frequência do uso do protetor solar nas diferentes fases da pesquisa.**

	Uso do Protetor Solar			
	Não	Eventual	Rotineiro	Não informado
Fase 1	78%	0	5,4%	16,6%
Fase 2	73,53%	10,78%	15,69%	0



**Figura 3 - Distribuição da localização das lesões por segmentos corporais em ambas as fases do estudo.**

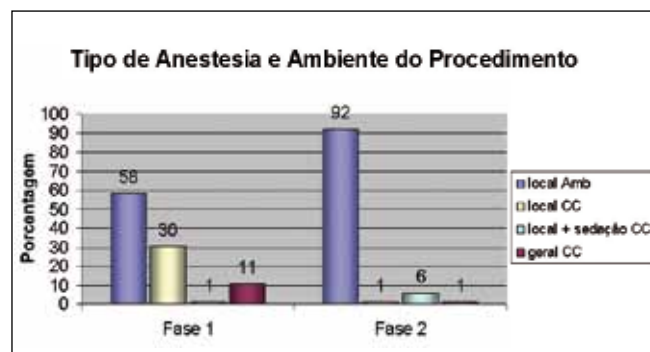
produto contra apenas 5,4% dos avaliados na fase retrospectiva (Tabela 1).

Os critérios de avaliação clínica dos pacientes deste estudo mostraram uma grande predominância de lesões primárias (88% do total) sobre as recidivadas (12%), sendo esta característica uma ocorrência muito similar em ambas as fases da pesquisa. As lesões únicas aparecem em 63% dos pacientes da primeira fase e em 75% dos casos da fase prospectiva. Dentre as 266 lesões tratadas cirurgicamente, aproximadamente 75% (208 lesões) localizavam-se na face, sendo o nariz (com 68 tumores) o local mais frequentemente acometido na face (Figura 3).

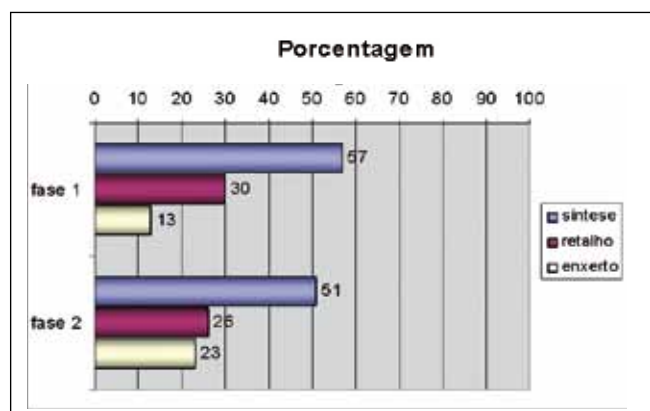
Os resultados dos exames histopatológicos das lesões extirpadas mostraram que 67% correspondiam a CBCs e 33% CECs.

**Qualidade e eficácia no tratamento**

No período entre os meses de março e julho de 2006, quando foram selecionados os pacientes para serem incluídos na fase prospectiva do estudo, apenas 1 caso, confirmado



**Figura 4 - Distribuição do tipo de anestesia utilizada e do local de realização do procedimento (estimativa indireta de custos).**



**Figura 5 - Distribuição segundo a técnica utilizada na reconstrução da área atingida pelo tumor de pele.**

por meio de biópsia, de múltiplos CBCs em face foi tratado paliativamente com radioterapia. Esta exceção foi devida às más condições clínicas do paciente.

A análise dos dados obtidos com os protocolos da fase retrospectiva demonstrou que 58% dos pacientes foram submetidos a cirurgia em ambiente ambulatorial, enquanto que, após a implantação do ICA e a padronização das condutas pelo Serviço de Cirurgia Plástica, este percentual saltou para aproximadamente 91%. A utilização de anestesia geral para a realização dos procedimentos caiu de 10% para apenas 1%. Estes números mostraram significância estatística em sua avaliação (Figura 4).

Quanto ao planejamento e à execução do tratamento cirúrgico, observou-se diferença significativa no percentual de casos tratados com enxertia de pele entre as fases do estudo (Figura 5).

Quando os critérios avaliados foram a presença de margens comprometidas e a conduta tomada nestes casos, aproximadamente 17% dos espécimes enviados ao Serviço de Patologia na fase retrospectiva do estudo apresentaram pelo menos uma margem comprometida por neoplasia em sua avaliação microscópica. Nos pacientes estudados prospectivamente esse percentual caiu para pouco menos de 7%, com significância estatística ( $p=0,005$ ). As condutas tomadas frente às margens positivas foram muito variadas na primeira fase, incluindo radioterapia, acompanhamento clínico e reintervenção cirúrgica para ampliação de margens. Na segunda fase, três dos cinco casos com margens positivas foram reoperados e os outros dois casos foram tratados paliativamente por meio de radioterapia devido à opção das famílias dos pacientes que não autorizaram novos procedimentos cirúrgicos.

## DISCUSSÃO

Neste estudo, os autores puderam verificar e registrar as características da população de pacientes portadores de neoplasias de pele não-melanoma da região noroeste do estado de São Paulo. Pesquisas como esta permitem identificar detalhes específicos de uma cidade<sup>3</sup> ou região, podendo orientar modificações nas condutas, com a finalidade de obter melhor adaptação a cada realidade regional.

A constatação mais importante desta pesquisa, no entanto, foi a da expressiva melhora na qualidade e eficácia do tratamento dado aos pacientes com câncer cutâneo após a implantação do ICA e a padronização de condutas realizada pelo Serviço de Cirurgia Plástica.

### Epidemiologia

A ocorrência, por gêneros, das neoplasias de pele tem mostrado modificações graduais. Os dados da literatura, que há duas ou três décadas mostravam uma predileção pelo

sexo masculino<sup>3,4</sup>, hoje apontam para uma distribuição mais equitativa entre homens e mulheres<sup>2,5</sup>, em concordância com achados deste estudo. A idade avançada, um dos fatores de risco bem conhecidos na patogênese do câncer de pele<sup>4</sup>, mostra sua importância a partir da análise dos resultados apresentados (Figura 1), onde a maioria dos casos concentra-se entre a sexta e a sétima décadas da vida. Diferenças entre as fases, com o aparecimento de percentuais mais significativos nos pacientes abaixo dos 40 anos e acima de 80 anos (4% e 18%, respectivamente) podem apontar para maior acesso a informação e tratamento e maior expectativa de vida. Na região noroeste do Estado de São Paulo, a marcante presença de descendentes europeus torna grande a porcentagem de indivíduos de pele clara, os quais são mais susceptíveis a desenvolver câncer de pele<sup>5,6</sup>.

A exposição aos raios solares ultravioletas é o fator etiológico ambiental de maior importância<sup>6,7</sup>. Tanto a exposição laboral diária quanto a recreativa intermitente são nocivas para a pele<sup>5</sup>. Nesta pesquisa apenas pouco mais de 4% dos indivíduos negaram tanto a exposição crônica quanto a eventual, contudo houve grande diferença entre as porcentagens de não-expostos entre as duas fases (Figura 2). Este fato pode ser reflexo tanto do maior acesso a informação e campanhas de prevenção, quanto da diminuição gradual do número de trabalhadores rurais cuja presença é historicamente muito significativa em nossa região. Desde a implantação do ICA, a utilização rotineira de produtos de proteção solar tem sido incentivada tanto por orientação direta nas consultas quanto pela distribuição gratuita desses produtos. A ênfase dada a este assunto foi responsável por um número quase 2,5 vezes maior de pacientes referindo uso de protetor solar na fase prospectiva do trabalho (Tabela 1).

Considerando-se a grande relevância da exposição solar na etiopatogênese das neoplasias de pele, torna-se óbvia a conexão existente entre as áreas de pele expostas ao sol com os maiores sítios de ocorrência das lesões. A face aparece como localização preferencial (75%). Na Figura 3, vemos uma distribuição em acordo com os dados da literatura<sup>4,5,9</sup>.

### Condutas e qualidade do tratamento

Os autores acreditam ser a Cirurgia Plástica a especialidade médica que agrega conhecimento e recursos técnicos suficientes para planejar e executar as condutas terapêuticas mais completas e adequadas frente aos casos de neoplasias de pele. Os alicerces de formação, tanto reconstrutor quanto estético, fazem do cirurgião plástico o detentor do arsenal necessário para o tratamento integral do paciente portador de câncer de pele.

Após a implantação do ICA, com a elaboração e aplicação do protocolo de atendimento, foram geradas mudanças nas condutas e nos resultados alcançados no tratamento desses pacientes.

O primeiro grande impacto observado foi o da redução

substancial dos custos gerados. Esta economia pode ser medida indiretamente pela análise comparativa do número de procedimentos cirúrgicos realizados em ambiente hospitalar (centro cirúrgico) e ambulatorial (sala de pequenas cirurgias do ICA), nas diferentes fases da pesquisa. Na fase retrospectiva, 42% dos pacientes tiveram suas cirurgias realizadas no centro cirúrgico do HB contra apenas 8% na fase prospectiva ( $p=0,0005$ ). Os autores constataram ainda uma diminuição significativa no emprego da anestesia geral, de 10% para 1%, entre as fases do trabalho além de um acréscimo de 5% no montante de anestésias locais ( $p=0,003$ ). Estes dados ainda carregam consigo os custos de internação daqueles pacientes que foram operados em centro cirúrgico sob anestesia geral.

O tratamento cirúrgico das neoplasias de pele frequentemente requer conhecimentos e técnicas em confecção de retalhos locais e em transplantes de pele<sup>7</sup>. O aumento no percentual de enxertos de pele (de 13% para 23%) pode evidenciar o maior domínio desta técnica pelos profissionais da Cirurgia Plástica. Os transplantes autólogos de pele constituem um dos pilares do tratamento do câncer de pele.

Apesar do grande impacto nos custos, os autores acreditam que a grande conquista obtida através da associação ICA - Serviço de Cirurgia Plástica foi a indiscutível melhora nos resultados dados aos pacientes. Neste contexto, a comparação entre os 17% de peças cirúrgicas com margens microscópicas comprometidas contabilizados na fase retrospectiva da pesquisa e os 7% encontrados na fase prospectiva (valor  $p=0,005$ ), além de adequarem o Serviço aos padrões mais rigorosos encontrados na literatura mundial (13,7% na Inglaterra, 4,2% em Portugal e 15,4% no Brasil)<sup>4,5,11</sup>, mostram o maior impacto positivo deste novo sistema de atendimento e tratamento. Outro fato de grande importância é a uniformidade e o padrão de condutas tomadas diante dos casos de margens comprometidas. Enquanto na primeira fase da pesquisa, as condutas apresentaram grandes variações, desde radioterapia, reintervenção até acompanhamento clínico, podendo ser reflexo da variedade de equipes que prestaram assistência aos pacientes; na segunda fase, a reintervenção para ampliação de margens foi sempre a conduta de escolha.

## CONCLUSÕES

Os autores concluíram que o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de neoplasias de pele da Região Noroeste de São Paulo é semelhante àquele encontrado em outras

regiões do estado e do país, não havendo grandes alterações desse perfil após a implantação do ICA, em 2006. Contudo, a melhora na qualidade de atendimento e os maiores índices de eficácia no tratamento cirúrgico desses pacientes foram evidentes. Esta melhora promoveu, após o início das atividades do ICA, a equiparação deste Serviço aos mais respeitados centros de tratamento de câncer de pele do mundo. Também permitiu aos residentes de Cirurgia Plástica do Hospital de Base - FAMERP, desenvolverem um treinamento de alto padrão, com expressivos números de cirurgias realizadas, tendo como meta diminuir cada vez mais as taxas de recidiva e de cirurgias não curativas.

## AGRADECIMENTO

Os autores agradecem ao Dr. José Antônio Cordeiro, pelo auxílio na execução dos testes estatísticos do trabalho.

## REFERÊNCIAS

1. Strom SS, Yamamura Y. Epidemiology of nonmelanoma skin cancer. *Clin Plast Surg*. 1997;24(4): 627-36.
2. Estimativa 2008. Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008>.
3. Nasser N. Incidência de câncer de pele em Blumenau/SC - 1980-1990. *An Bras Dermatol*. 1993;68(3):77-8.
4. Magliavacca A, Guimarães JR, Melo LL, Vecino MCA, Araújo HM. Carcinoma basocelular: revisão de 381 casos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev HPCA*. 1990;10(2):95-8.
5. Bariani RL, Nahas FX, Barbosa MV, Farah AB, Ferreira LM. Basal cell carcinoma: an updated epidemiological and therapeutically profile of an urban population. *Acta Cir Bras*. 2006; 21(2):66-73.
6. Pimentel ERA, Góes LHF. 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.
7. Zanetti R, Rosso S, Martinez C, Navarro C, Schraub S, Sancho-Garnier H, et al. The multicentre south European study 'Helios'. I: Skin characteristics and sunburns in basal cell and squamous cell carcinomas of the skin. *Br J Cancer*. 1996;73(11):1440-6.
8. Machado CDS, Fagundes DS, Sender F, Saraiva GL, Paschoal LHC, Costa MCC, et al. Neoplasias malignas cutâneas: estudo epidemiológico. *An Bras Dermatol*. 1996;71(6):479-84.
9. Bandeira AM, Bandeira V, Silva JF, Mazza E. Carcinomas basocelulares: estudo clínico e anatomopatológico de 704 tumores. *An Bras Dermatol*. 2003;78(1):23-34.
10. Lofêgo Filho JA, Dadalti P, Souza DC, Souza PRC, Silva MAL, Takiya CM. Enxertia de pele em oncologia cutânea. *An Bras Dermatol*. 2006;81(5):465-72.
11. Kumar P, Watson S, Brain AN, Davenport PJ, McWilliam LJ, Banerjee SS. Incomplete excision of basal cell carcinoma: a prospective multicentre audit. *Br J Plast Surg*. 2002;55(8):616-22.

## Correspondência para:

CEPlástica - Centro de Estudos em Cirurgia Plástica A/C Prof. Dr. Antônio Roberto Bozola  
Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416 - Vila São Pedro - São José do Rio Preto, SP -CEP 15090-000  
E-mail: ceplastica@hotmail.com