

Comparação do perfil epidemiológico de pacientes com neoplasias cutâneas malignas não melanoma atendidos em ambulatório no interior de São Paulo

Comparison of the epidemiological profile of patients with non-melanoma malignant cutaneous neoplasms treated at an outpatient clinic in the interior of São Paulo

Decio Luis Portella,¹ Thaisa Regagnin Trauzola,¹ Cinthia Nardy Paula Razuck¹

RESUMO

Introdução: os tumores cutâneos estão inseridos entre os mais incidentes e prevalentes no Brasil. Os tumores cutâneos podem ser divididos em melanoma e não melanoma. O não melanoma é composto principalmente pelo carcinoma espinocelular ou epidermoide (CEC) e pelo basocelular (CBC). Esses tumores geram grande morbidade devido à destruição tecidual adjacente. As opções de tratamento podem ser cirúrgicas ou não cirúrgicas. A identificação e apresentação de dados estatísticos poderão servir de referência para estudos epidemiológicos, auxiliar na adoção de políticas públicas envolvidas na prevenção primária e secundária bem como possibilitar uma melhor provisão de recursos necessários para uma assistência adequada. **Objetivos:** identificar o perfil epidemiológico dos pacientes com tumores cutâneos malignos, descrever a prevalência dos não melanoma, avaliar a margem cirúrgica e comparar os achados do perfil epidemiológico com a literatura. **Métodos:** estudo observacional, longitudinal e retrospectivo de pacientes submetidos à ressecção de lesões suspeitas em ambulatório no interior de São Paulo. **Resultados:** foram identificadas 774 lesões em 748 pacientes, com média de idade de 65,7 anos, predominância (53,1%) do gênero masculino e faixa etária superior a 60 anos (74,2%). O segmento mais acometido foi cabeça e pescoço (74,7%), sendo que 74,0% dos tumores eram constituídos por CBC e 26,0% por CEC. Após a excisão, 96,0% informaram margens livres e 4,0% registraram comprometimento. Constatamos associação estatisticamente significativa entre gênero feminino e presença de lesões < 5 mm, com razão de 9:1 em relação ao gênero masculino. **Conclusão:** as margens livres indicam eficácia terapêutica da excisão cirúrgica simples. A adoção de margens macroscópicas favorece a eficácia, reservando a cirurgia de Mōhs para recidivas ou comprometimento de margem.

Palavras-chave: neoplasias cutâneas; carcinoma espinocelular; carcinoma basocelular; perfil de saúde.

ABSTRACT

Introduction: skin tumors are among the most incident and prevalent in Brazil. They can be divided into melanoma and non-melanoma. Non-melanoma is mainly composed of squamous cell or epidermoid carcinoma (SCC) and basal cell carcinoma (BCC). These tumors generate great morbidity due to adjacent tissue destruction. Treatment options can be surgical or non-surgical. The identification and presentation of statistical data may serve as a reference for epidemiological studies, assist in the adoption of public policies involved in primary and secondary prevention, as well as enable a better provision of resources necessary for adequate care. **Objectives:** to identify the epidemiological profile of patients with malignant skin tumors; to describe the prevalence of non-melanoma carcinomas; to assess the surgical margin; and to compare the epidemiological profile findings with the literature. **Methods:** observational, longitudinal and retrospective study of patients that underwent resection of suspicious lesions in an outpatient clinic in the interior of São Paulo. **Results:** 774 lesions were identified in 748 patients, with mean age of 65.7 years, male predominance (53.1%) and 74.2% were over 60 years old. The most affected segment was the head and neck (74.7%); 74.0% were BCC and

¹Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – Sorocaba (SP), Brasil.

Autor correspondente: Thaisa Regagnin Trauzola

PUC-SP/FCMS Departamento de Cirurgia

Rua Joubert Wey, 290, CEP.: 18030-070 - Sorocaba (SP), Brasil.

E-mail: thaissatrauzola@hotmail.com

Recebido em 04/08/2022. Aceito para publicação em 19/12/2022



26.0% SCC. After excision 96.0% reported free margins and 4.0% indicated affected margins. We found significant association between female gender and the presence of lesions < 5 mm, with 9:1 relation compared with male sex. **Conclusion:** free margins indicate therapeutic efficacy of simple surgical excision. The adoption of macroscopic margins favors efficacy, reserving the Mōhs surgery for relapses or margin affect.

Keywords: skin neoplasms; squamous cell carcinoma; basal cell carcinoma; health profile.

INTRODUÇÃO

Os tumores cutâneos estão inseridos entre os mais incidentes e prevalentes no Brasil. Estimam-se 85.170 novos casos de câncer de pele não melanoma entre homens e 80.410 entre mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Já para o triênio 2020-2022 estimam-se 176.930 novos casos, sendo 83.770 em homens e 93.170 em mulheres, o que demonstra um aumento nas estimativas no país.¹

Os tumores cutâneos podem ser divididos em benignos, pré-neoplásicos e malignos, sendo esses subdivididos em melanoma e não melanoma. O não melanoma é o de maior prevalência e incidência no Brasil, tanto em homens quanto em mulheres, e é composto pelo carcinoma espinocelular ou epidermoide (CEC) e pelo basocelular (CBC). Embora apresentem baixa mortalidade, esses tumores geram grande morbidade devido à destruição tecidual adjacente, com mutilação e prejuízo estético e/ou funcional ao paciente.²

A etiologia dos tumores de pele é multifatorial,³ na qual os principais fatores de risco para a gênese das lesões são divididos em: elementos genéticos e ambientais. Os fatores genéticos são formados pela história familiar de câncer de pele, raça, idade e gênero, o que os tornam relevantes para a avaliação e classificação desses pacientes. Já os fatores ambientais, muito mais relevantes, são constituídos principalmente pela radiação ultravioleta, que intensifica o fotoenvelhecimento, condição propícia para mutações genéticas e com efeito supressor no sistema imune cutâneo, evidenciando o local anatômico acometido.^{4,6}

As opções de tratamento para os cânceres de pele não melanoma continuam sendo, como padrão ouro, as remoções cirúrgicas, mas existem opções não cirúrgicas,⁷ como radioterapia, eletrodiseção e curetagem (EC&D), quimioterapia tópica com 5-fluorouracil, imunoterapia com imiquimode, crioterapia, fototerapia, nitrogênio líquido e laserterapia. Entre as técnicas cirúrgicas estão a excisão cirúrgica com margens de segurança e a cirurgia micrográfica de Mōhs (CMM).⁸ A técnica escolhida vai depender da localização anatômica do câncer, idade do paciente, seu estado de saúde e dos fatores de risco de recorrência da doença.⁷

Em Sorocaba, município em que se deu o presente estudo, para ser atendido por algum especialista da Policlínica Municipal Dr. Edward Maluf, ou pelos programas da unidade, o atendimento inicial é feito na Unidade Básica de Saúde (UBS), que possui médicos generalistas para examinarem o paciente e, se necessário, encaminhá-lo à especialidade.⁹ Considerando que o diagnóstico e o tratamento precoces dependem do encaminhamento da UBS, tornam-se imprescindíveis a identificação adequada e apresentação de

dados estatísticos que poderão servir de referência para estudos epidemiológicos, auxiliando na adoção de políticas públicas envolvidas na prevenção primária, assim como uma melhor provisão de recursos necessários para uma assistência adequada.¹⁰ Por conseguinte, ocorrerá uma menor morbidade e mortalidade pelo controle factível da prevenção primária e secundária.¹¹

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, longitudinal, retrospectivo e de abordagem quantitativa, aprovado pelo Comitê de Ética sob o certificado número 10461019.9.0000.5373. Foi analisada parte dos resultados dos laudos dos estudos anatomopatológicos dos pacientes atendidos na Policlínica Municipal Dr. Edward Maluf, no município de Sorocaba, São Paulo, que foi submetida à ressecção cirúrgica de lesões suspeitas pelo mesmo cirurgião plástico, no período de 1º de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2019. Os exames foram divididos segundo suas variáveis: características dos pacientes e características tumorais. As características dos pacientes foram: gênero, feminino e masculino, e faixa etária, sendo a primeira de 20 a 29 anos e a última a partir de 80 anos.

As características tumorais foram divididas em localização anatômica subdividida em quatro grandes regiões: cabeça e pescoço, tronco e dorso, membros superiores e inferiores e não especificadas. A região da cabeça e pescoço, por reunir a maior parte das lesões, foi subdividida para melhor detalhamento dos achados em nariz, lábio, orelha/região periauricular, região malar, fronte, pálpebra/supercílio, mandíbula, região temporal, região periorbitária, mento, pescoço e couro cabeludo.

O diagnóstico anatomopatológico foi dividido em CBC e CEC. Os diâmetros das lesões foram divididos em intervalos de 5 milímetros, sendo o primeiro menor que 5 mm e o último a partir de 20 milímetros. As margens podem ser livres ou comprometidas, e ainda foi analisada a média das margens livres.

Os resultados foram interpretados com auxílio da estatística pela técnica ANOVA®, teste do qui-quadrado de Pearson com nível de significância adotado de 5% (p<0,05).

RESULTADOS

Foram identificadas 774 lesões em 748 pacientes, sendo 397 (53,1%) homens e 351 (46,9%) mulheres. Quanto à distribuição por faixa etária, 74,2% dos pacientes mais acometidos tinham idades iguais ou superiores a 60 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição etária dos pacientes submetidos à ressecção de lesões suspeitas em ambulatório no interior de São Paulo por faixa etária.

Anos	Nº de pacientes	%
20 a 29	13	1,7
30 a 39	26	3,5
40 a 49	54	7,2
50 a 59	100	13,4
60 a 69	163	21,8
70 a 79	212	28,3
80 ou +	180	24,1
Total	748	100

A maioria dos pacientes (87,3%) apresentou apenas uma lesão, enquanto o restante (12,7%) apresentou duas lesões ou mais. Quanto à localização das lesões, houve predomínio (74,7%) na região da cabeça e pescoço (Tabela 2), e dentre essas, a maioria (31,0%) se encontrava na região do nariz (Tabela 3).

Tabela 2. Distribuição das lesões dos pacientes submetidos à ressecção de lesões suspeitas, em ambulatório no interior de São Paulo, segundo sua localização

Localização	Nº de lesões	%
Cabeça e pescoço	578	74,7
Tronco e dorso	76	9,8
Membros superiores	66	8,5
Membros inferiores	14	1,8
Não especificado	40	5,2
Total	774	100

Tabela 3. Distribuição das lesões da cabeça e pescoço dos pacientes submetidos à ressecção de lesões suspeitas em ambulatório no interior de São Paulo, segundo sua localização.

Local	Nº de lesões	%
Nariz	179	31,0
Orelhas/região periauricular	72	12,5
Região periorbitária	64	11,1
Lábio	60	10,3
Região malar	47	8,1
Pescoço	35	6,1
Região temporal	33	5,7
Fronte	27	4,7
Couro cabeludo	19	3,3
Mandíbula	17	2,9
Mento	11	1,9
Glabela	8	1,4
Não especificado	6	1,0
Total	578	100

Referente às margens cirúrgicas, 95,5% dos laudos dos estudos anatomopatológicos informavam margens livres, 4,0% informavam margens comprometidas e 0,5% não informava sobre comprometimento. Dentre os pacientes com margens comprometidas 54,8% eram homens e 45,2% mulheres, e apresentavam idade média de 65,7 anos. Quanto ao diagnóstico histopatológico, 74,0% das lesões tiveram diagnóstico de CBC e 26,0% de CEC (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição dos tumores dos pacientes submetidos à ressecção de lesões suspeitas em ambulatório no interior de São Paulo, segundo o comprometimento das margens.

Diagnóstico	Comprometidas	Livres	Total (%)	Extensão média das bordas livres (mm)
Carcinoma basocelular	23	547	570 (74,0)	5,2
Carcinoma espinocelular	8	192	200 (26,0)	5,6
Total	31 (4,0)	739 (96,0)	770 (100)	5,4

Dentre as 774 lesões, apenas 586 (75,7%) continham todas as informações dimensionais no laudo do estudo anatomopatológico e, considerando a maior medida fornecida pelo laudo, tiveram a distribuição conforme o gênero, demonstrada na Tabela 5. Constatou-se associação

significante ($p < 0,05$) entre o gênero feminino e a presença de lesões menores que 5 mm, com proporção de 9:1 em relação aos homens. A maioria (90%) das lesões com diâmetro inferior a 5 mm foi identificada em mulheres, com grande parte das lesões (70,9%) inferior a 15 mm neste grupo.

Tabela 5. Diâmetro das lesões por gênero dos pacientes submetidos à ressecção de lesões suspeitas em ambulatório no interior de São Paulo.

Diâmetro	Feminino [n (%)]	Masculino [n (%)]
< 5 mm	9 (3,3)	1 (0,3)
5 - 9 mm	40 (14,8)	9 (2,9)
10 - 14 mm	84 (31,0)	99 (31,4)
15 - 19 mm	59 (21,8)	90 (28,6)
20 mm e +	79 (29,2)	116 (36,8)
Total	271	315

DISCUSSÃO

Antigamente, a prevalência das neoplasias cutâneas era maior no sexo masculino que no feminino.¹² No entanto, atualmente as mulheres são as mais afetadas pela doença.¹³ Esse perfil epidemiológico não tem resultado compatível com o encontrado no presente estudo, no qual 53,07% dos pacientes são homens. A maior prevalência da doença se dá na faixa etária de maiores de 60 anos,¹⁴ sendo a mesma nesta pesquisa. Essa condição está diretamente relacionada ao maior tempo de exposição aos raios ultravioleta, intensificando o fotoenvelhecimento e mutações genéticas.¹⁵

Os fatores ambientais também estão relacionados com o local de aparecimento das lesões, sendo a cabeça e o pescoço os locais mais acometidos, principalmente na região do nariz,¹⁴ fato também encontrado neste trabalho.

Assim como na presente pesquisa, a incidência de CBC é a maior entre os tumores malignos de pele, seguida por CEC e, por último, os melanomas.¹⁶

O tamanho das lesões está associado ao gênero; mulheres têm neoplasias cutâneas menores que os homens,^{17,18} o que também foi observado neste estudo. Isso está relacionado com o fato de os homens terem uma tendência menor a procurar atendimento médico e ao autocuidado, como uso regular de filtro solar. Devido a esse fator cultural, o diagnóstico de tumor cutâneo é feito mais tardiamente nos homens, o que resulta em lesões de dimensões maiores.^{17,18}

A CMM, por mais que providenciem margens mais precisas e excisões menores, devido ao seu tempo e custo elevados, não está disponível em todos os casos, especialmente quando se tratam de casos do sistema público de saúde. Além disso, por ser mais demorada, aumenta o desconforto do paciente e pode ser necessário algum tipo de sedação.¹⁹ É por esse motivo que se utilizou, neste ambulatório, apenas marcações de margens de segurança macroscópicas, o que explicam os 4% de margens comprometidas, principalmente em áreas nobres. No entanto, pode-se observar que, mesmo com margens macroscópicas, obtiveram-se mais de 98% de cura.

CONCLUSÃO

O presente estudo mostra que nem sempre as margens de segurança da cirurgia macroscópica são maiores que as da CMM, vide que foi encontrada uma média de 5,4 mm nas margens livres. Além disso, é uma cirurgia mais rápida, que oferece menos desconforto aos pacientes; e mais econômica, o que a torna mais adequada para ser ofertada no sistema público de saúde. Pode-se, assim, reservar a CMM para casos de recidiva, comprometimento de margem ou para áreas nobres com dificuldade para reconstrução.^{20,21}

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer. Câncer de pele não melanoma [Internet]. 2022 [acesso em 22 fev. 2022]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pele-nao-melanoma>

2. Broetto J, Freitas JOG, Sperli AE, Soh SW, Richter CA, Toni RA. Tratamento cirúrgico dos carcinomas basocelular e espinocelular: experiência dos Serviços de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga. *Rev Bras Cir Plást.* 2013;27(4):527-30. doi: 10.1590/S1983-51752012000400009
3. Terzian LR. Estudo retrospectivo da cirurgia micrográfica de Mohs nos portadores de carcinoma espinocelular cutâneo da cabeça para a determinação de fatores preditivos do número de fases cirúrgicas, acompanhados no ambulatório de cirurgia dermatológica da Divisão de Dermatologia do HC da FMUSP/SP [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2004. Simoneti F, Cunha LO, Gomes CTV, Novo NF, Portella DL, Gonella HA. Perfil epidemiológico de pacientes com tumores cutâneos malignos atendidos em ambulatório de cirurgia plástica de serviço secundário no interior de São Paulo. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba.* 2016;18(2):98-102. doi: 10.5327/z1984-4840201624713
4. Castilho IG, Sousa MAA, Leite RMS. Fotoexposição e fatores de risco para câncer da pele: uma avaliação de hábitos e conhecimentos entre estudantes universitários. *An Bras Dermatol.* 2010; 85(2):173-178. doi: 10.1590/S0365-05962010000200007
5. Pires CAA, Fayal AP, Cavalcante RH, Fayal SP, Lopes NS, Fayal FP, et al. Câncer de pele: caracterização do perfil e avaliação da proteção solar dos pacientes atendidos em serviço universitário. *J Health Biol Sci.* 2017;6(1):54. doi: 10.12662/2317-3076jhbs.v6i1.1433.p54-59.2018
6. Martinez JC, Otley CC. The management of melanoma and nonmelanoma skin cancer: a review for the primary care physician. *Mayo Clin Proc.* 2001;76(12):1253-65. doi: 10.4065/76.12.1253.
7. Habif TP. *Dermatologia clínica.* 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 810-20.
8. Almeida M. Policlínica Municipal realiza uma média de 13 mil consultas mensais em 36 especialidades médicas. Agência Sorocaba de Notícias [Internet]. 2018 [acesso em 22 fev. 2022]. Disponível em: <https://agencia.sorocaba.sp.gov.br/policlinica-municipal-realiza-uma-media-de-13-mil-consultas/>
9. Barreto ML. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. *Rev Bras Epidemiol.* 1998; 1(2):104-30. doi: 10.1590/S1415-790X1998000200003
10. Penna G. Análise de dados das campanhas de prevenção ao câncer da pele promovidas pela Sociedade Brasileira de Dermatologia de 1999 a 2005. *An Bras Dermatol.* 2006; 81(6):533-9. doi: 10.1590/S0365-05962006000600004
11. Firnhaber JM. Diagnosis and treatment of basal cell and squamous cell carcinoma. *Am Fam Physician.* 2012;86(2):161-8.
12. Santos MO. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. *Rev Bras Cancerol.* 2017;64(1):119-20. doi: 10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n1.115
13. Custódio G, Locks LH, Coan MF, Gonçalves CO, Trevisol DJ, Trevisol FS. Epidemiologia dos carcinomas basocelulares em Tubarão, Santa Catarina (SC), Brasil, entre 1999 e 2008. *An Bras Dermatol.* 2010;85(6):819-26. doi: 10.1590/S0365-05962010000600007
14. Andrade P, BritesMM, Vieira R, Mariano A, Reis JP, Tellechea O, Figueiredo A. Epidemiologia dos carcinomas basocelulares e espinocelulares em um Serviço de Dermatologia: revisão de 5 anos. *An Bras Dermatol.* 2012;87(2):212-9. doi: 10.1590/S0365-05962012000200004
15. Machado Filho CDS, Andrade FL, Odo LM, Paschoal LHC, Gouveia NC, Kurita VJ. Neoplasias malignas cutâneas: estudo epidemiológico. *Fundação ABC.* 2002; 26(3):10-17.



16. Alves RF, Silva RP, Ernesto VM, Lima AGB, Souza FM. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicol Teora Prát.* 2011;13(3):152-66.
17. Souza SRP, Fischer FM, Souza JMP. Bronzeamento e risco de melanoma cutâneo: revisão da literatura. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(4):588-98. doi: 10.1590/S0034-89102004000400018
18. Kopke LFF. Cirurgia micrográfica: o que ela significa e por que é tão pouco desenvolvida em nosso meio. *Rev Méd Mi nas Gerais.* 2006;16(3):154-9.
19. Terzian LR, Nogueira VMA, Paschoal FM, Barros JC, Machado Filho CAS. Cirurgia Micrográfica de Möhs para preservação tecidual nas cirurgias oncológicas da face. *Surg Cosmet Dermatol.* 2010;2(4):257-63.
20. Santos MF, Dal Magro A, Marques T, Cafrune F. Fatores preditores de maior número de estágios na cirurgia de Möhs: estudo de 256 casos. *Surg Cosmet Dermatol.* 2020;12(4):332-8.

Como citar este artigo:

Portella DL, Trauzola TR, Razuck CNP. Comparação do perfil epidemiológico de pacientes com neoplasias cutâneas malignas não melanoma atendidos em ambulatório no interior de São Paulo. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba.* 2021;23(3/4):69-74. doi: 10.23925/1984-4840.2021v23i3/4a2

