

## Trabalho de Conclusão de Curso

# **Aspectos epidemiológicos dos carcinomas basocelular e espinocelular no estado da Paraíba**

*(Epidemiological aspects of basal cell and squamous cell carcinomas at the state of Paraíba)*

Olga Maria Santana de Lacerda Mariz, acadêmica de Medicina do 6º ano da Universidade Federal da Paraíba

Glauco José Paiva Trajano, médico titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, João Pessoa, PB, Brasil

Trabalho realizado no Hospital Napoleão Laureano, João Pessoa, Paraíba.

Autores:

**Discente: Olga Maria Santana de Lacerda Mariz**

**Endereço:** Rua Agente Fiscal Amadeu de Castro – 124 Ed Itaguara AP 203 Aeroclub  
– João Pessoa

**Fone:** (083) 99689-5096      **email:** olgalacerdamariz@gmail.com

**Orientador: Glauco José Paiva Trajano**

**Endereço:** Rua Vicente Barbosa Santos – 221 Jardim Oceania – João Pessoa

**Fone:** (083) 3247-5601      **email:** glaucotrajano@gmail.com

Declaro não haver conflitos de interesse ou fontes de financiamento para o presente estudo.

**Resumo: Introdução:** As neoplasias de pele não melanoma são o tipo mais comum de neoplasia em homens e mulheres. No ano de 2014, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou o surgimento de 182.130 novos casos. O presente trabalho tem por objetivo avaliar a epidemiologia do câncer de pele não melanoma no estado da Paraíba no ano de 2014. **Método:** Foi feito um estudo observacional retrospectivo, utilizando fichas cadastrais de pacientes submetidos a biopsias de lesões de pele no laboratório de Anatomopatologia do Hospital Napoleão Laureano, referência no tratamento de neoplasias na Paraíba, no ano de 2014. **Resultados:** Foram encontrados 332 (87,8 %) Carcinomas Basocelulares (CBC) e 46 (12,2 %) Carcinoma Espinocelulares (CEC). Sexo feminino correspondeu a 51,9% das lesões. A raça branca representou 91,9% dos casos. A faixa etária de maior prevalência foi a 7ª década. Em 64,8% dos casos não havia exposição solar ocupacional, presente em 35,1% dos pacientes. História de tabagismo foi positiva em 41,3% dos casos de CEC. Quanto à topografia, 257 (68%) lesões se encontravam na cabeça, 34% delas na região nasal, 80 (21,2%) no tronco e 36 (9,5%) nos membros. Dos subtipos histológicos, o mais frequente foi o basocelular nodular ou sólido (26,6%), seguido do pigmentado (18,5%). Dos espinocelulares o mais frequente foi o moderadamente diferenciado (7,1%). **Conclusão:** Este estudo apresentou dados epidemiológicos das neoplasias de pele não melanoma no estado da Paraíba, onde a exposição solar é uma constante no dia a dia dos seus habitantes, independente da sua ocupação.

**Descritores:** carcinoma basocelular, carcinoma escamoso, carcinoma espinocelular, epidemiologia, prevenção

**Abstract: Background:** the non-melanom skin cancer is the most common kind of cancer amongst men and women. In the year of 2014, The National Cancer Institute (INCA) has foreseen the outcome of 182.130 new cases. The current paper has the goal to evaluate the epidemiology of nom-melanom skin cancer at the state of Paraíba, in the year 2014. **Methods:** It has been made an observational retrospective study, using registration forms of patients submitted to skin lesions biopsies at Hospital Napoleão Laureano's laboratory of pathology, reference for the treatment of cancer at Paraíba, in the year of 2014. **Results:** There were found 332 (87,8 %) basal cell carcinomas (BCC) and 46 (12,2 %) squamous cell carcinomas (SCC). 51,9% of the lesions belonged to females. The Caucasians represented 91,9% of the cases. The age range between 61 e

70 years old had the biggest amount of cases. In 64,8% of the cases, solar exposition related to work was not found, which was the case of 35,1% of the patients. Smoking history was positive in 41,3% of the SCC cases. Regarding location, 257 (68%) of the lesions were found in the head, 34% of them at the nose region, 80 (21,2%) in the upper body e 36 (9,5%) in the arms and legs. Of the histological subtypes, the most frequent was the solid BCC (26,6%), followed by the pigmented (18,5%). Of the SCC, the most frequent was the moderately differentiated (7,1%). **Conclusion:** This study has presented epidemiological data of the non-melanoma skin cancer at the state of Paraíba, where the solar exposition is in everyday life of its residents, regardless their work life.

## INTRODUÇÃO:

As neoplasias de pele não melanoma são o tipo mais comum de neoplasia, tanto em homens como em mulheres. No ano de 2014, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou o surgimento de 98.420 novos casos de neoplasia de pele não melanoma em homens e 83.710 casos novos em mulheres<sup>1</sup>.

No Brasil, o câncer de pele não melanoma tem sua maior prevalência na região Sul, seguida da região Sudeste e Centro-Oeste, estando o Nordeste na quarta posição, onde são esperados 40,37 novos casos para cada 100 mil habitantes<sup>1</sup>. Apesar de já se observar uma alta prevalência desse tipo de câncer, o INCA recomenda que essas estimativas sejam consideradas

mínimas, devido ao sub-registro das mesmas, decorrente do subdiagnóstico.

Hoje em dia, com o aumento progressivo na frequência das neoplasias de pele, estima-se que 50% das pessoas brancas com mais de 60 anos desenvolverão algum tipo de neoplasia cutânea<sup>2</sup>.

As neoplasias de pele não melanoma se dividem em dois tipos: carcinoma basocelular (CBC) e carcinoma espinocelular ou epidermoide (CEC), as quais podem ser distinguidas clinicamente e histopatologicamente. Dentre elas, o CBC é a mais comum, representando 70-75% dos casos, enquanto o CEC representa cerca de 20% dos casos<sup>2,3</sup>.

## FATORES DE RISCO

Todos os tipos de câncer de pele têm como fator de risco bem estabelecido a exposição solar (radiação UV) de forma contínua e excessiva, justificando o aparecimento de lesões de pele mais frequente em regiões expostas ao sol, como cabeça e ombros. Oitenta e seis por cento dos CBCs se encontram na cabeça e 7% no tronco e extremidades, enquanto o CEC ocorre com maior frequência em face, mãos e antebraço<sup>4,5</sup>.

A exposição solar tem caráter cumulativo com o passar dos anos, justificando a maior prevalência em pacientes de maior idade. Metade dos casos de CBC se encontram em pacientes entre 50 e 80 anos de idade, enquanto o CEC acomete uma faixa etária mais elevada<sup>2</sup>.

A sensibilidade aumentada da pele ao sol (pessoas de pele clara), doenças imunossupressoras e exposição ocupacional, como trabalhadores rurais, da construção civil ou carteiros, constituem outros importantes fatores de risco.

Alguns fatores de risco normalmente associados a outros tipos de câncer também podem se correlacionar com as neoplasias de pele. História familiar de CBC eleva o risco

em 30-60%<sup>2</sup>. O tabagismo é tido como fator de risco independente para CEC, porém não se mostrou importante para o desenvolvimento de CBC<sup>3</sup>. A maioria dos autores não encontrou associação significativa com o consumo de álcool<sup>2</sup>.

## CARCINOMA BASOCELULAR

Clinicamente, o CBC se apresenta como lesão única, sendo um nódulo ou pápula de aspecto perolado, muitas vezes com telangiectasias, que posteriormente ulcera, podendo invadir tecidos subjacentes<sup>2</sup>.

O CBC não tem lesão precursora conhecida, embora hamartomas ou nevos sebáceos possam se transformar nesse tipo de carcinoma.

Podemos dividi-lo, clínica e histopatologicamente, em subtipos mais ou menos agressivos. A saber:

- ✓ *Nodular/ulcerado/sólido*: lesão típica, mais comum;
- ✓ *Pigmentado*: mais comumente encontrado em melanodérmicos; menores taxas de margens comprometidas;
- ✓ *Superficial*: mais comum em tronco e ombros;
- ✓ *Escleroderiforme*;
- ✓ *Micronodular*;

Os subtipos escleroderiforme e micronodular são mais agressivos e de crescimento infiltrativo, enquanto as formas sólidas, superficiais e pigmentadas são de crescimento expansivo e lento<sup>2,7</sup>.

Estudo realizado no Brasil em 2008 mostrou que as prevalências dos subtipos sólido e pigmentado somadas representavam 61,4% dos CBCs, enquanto o escleroderiforme somado ao micronodular representava 8,7% e o superficial, 22,8%<sup>8</sup>.

## CARCINOMA ESPINOCELULAR

Clinicamente, se apresenta como uma lesão que mostra uma placa nodular rígida sobre uma base eritematosa de bordos elevados, podendo estar presente uma área central ulcerada. Lesões maiores podem se associar a infecção. O CEC possui lesão precursora conhecida: a ceratose actínica<sup>3,9</sup>.

Podemos classificar histopatologicamente o CEC quanto ao seu grau de diferenciação celular, baseado na classificação de Broder, onde o grau 1 representa mais de 75% de células bem diferenciadas, no grau 2 temos de 50-75% de células bem

diferenciadas e no grau 3, menos de 50% de células bem diferenciadas, tratados nesse texto como bem diferenciados, moderadamente diferenciados e pouco diferenciados, respectivamente<sup>10</sup>.

Apesar de menos frequente, o CEC podem migrar para gânglios linfáticos regionais, assim como para outros locais como osso, cérebro e pulmão<sup>3,11</sup>.

## PROGNÓSTICO E TRATAMENTO

Na abordagem terapêutica do câncer de pele não melanoma, 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. É importante ressaltar que, na abordagem do CEC, deve ser acrescida a avaliação do risco de metástase, no intuito de incluir na terapêutica a retirada de gânglios satélites<sup>3</sup>.

No nosso meio a principal modalidade de tratamento empregada é a excisão cirúrgica da lesão com margem de segurança apropriada e análise histopatológica para

confirmação de que as margens se encontram livres de neoplasia, sendo o paciente considerado curado em casos positivos.

A principal morbidade da neoplasia de pele se relaciona ao dano estético que pode causar, principalmente pelo fato de se localizar com maior frequência na face e por apresentar, em geral, capacidade de disseminação local em profundidade e em extensão. Por isso, na grande maioria dos casos, o tratamento cirúrgico deverá ser complementado com um reparo da ferida por retalhos ou enxertos, sendo os primeiros preferíveis pelos melhores resultados estéticos<sup>3</sup>.

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 perivascular<sup>3</sup>.

## **OBJETIVO**

O presente trabalho tem por objetivo avaliar a epidemiologia do câncer de pele não melanoma no estado

da Paraíba no ano de 2014, comparando os seus achados com os da literatura.

## **MÉTODO**

Foi feito um estudo observacional retrospectivo, utilizando fichas cadastrais de pacientes submetidos a biopsias incisionais e excisionais de lesões de pele no laboratório de Anatomopatologia do Hospital Napoleão Laureano, referência no tratamento de neoplasias na Paraíba, no ano de 2014.

Foram analisadas as fichas preenchidas para cada laudo de anatomopatológico, assim como o próprio laudo, quanto ao sexo, idade, raça, ocupação, história de tabagismo ou alcoolismo, localização da lesão, tipo e subtipo histológico e tamanho e situação das margens.

Foram excluídos do estudo laudos de anatomopatológico incompletos ou revelando lesão não neoplásica ou melanoma.

Os CBCs foram classificados em nodular ou sólido, superficial, adenoide, pigmentado e escleroderiforme. Os CECs foram classificados quanto a sua diferenciação celular em bem diferenciados, moderadamente diferenciados ou pouco diferenciados.

## RESULTADOS

Dos 378 laudos de anatomopatológico analisados, foram encontrados 332 (87,8 %) CBCs e 46 (12,2 %) CECs.

Quanto ao sexo, houve predominância do sexo feminino, correspondendo a 51,9% das lesões. A raça mais prevalente foi a branca com 91,9%.

A média de idade no diagnóstico foi de 63,94, sendo a idade mínima de 30 anos e a máxima de 102. A faixa etária de maior prevalência foi a 7ª década (61-70 anos), correspondendo a 26,1% dos pacientes, seguida da 8ª década com 20,9%. (Tabela 1)

Dos pacientes cuja ocupação estava informada, vimos que em 64,8% dos casos não havia maior risco ocupacional, contra apenas 35,1% que apresentava exposição solar aumentada no trabalho, estando dentre elas agricultores, pescadores, e trabalhadores dos correios e da construção civil.

Quanto aos demais fatores de risco analisados, em 67,7% dos casos não havia história de tabagismo e 62,4% deles não relatava história de consumo de álcool. Sendo a história de tabagismo

positiva em 41,3% dos casos de CEC isolados e em apenas 20,4% dos CBCs.

Da topografia dos tumores, 257 (68%) se encontravam na cabeça, sendo sua maior parte (34%) na região nasal, 80 (21,2%) no tronco (tórax e dorso) e 36 (9,5%) nos membros superiores e inferiores, onde apenas 2 estavam no membro inferior. Os demais 1,3% foram encontrados em região de mucosa.

Analisando os subtipos histológicos, o mais frequente foi o basocelular nodular ou sólido (26,6%), seguido do pigmentado (18,5%). (Figura 1)

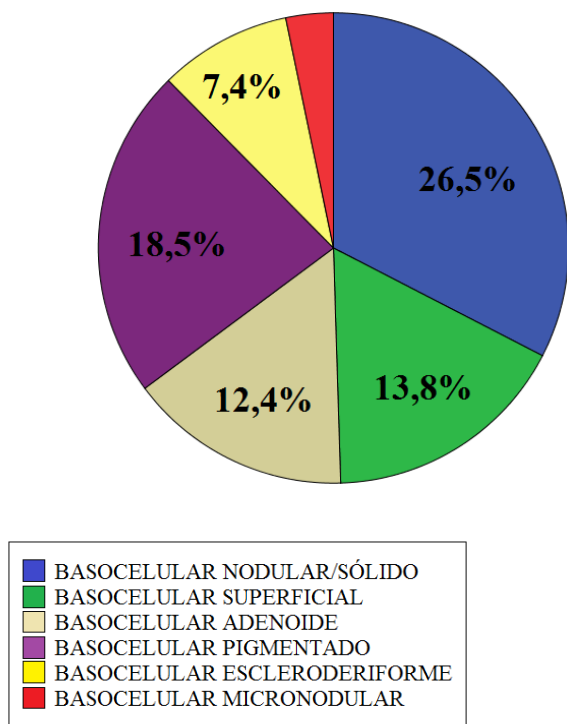
Dos espinocelulares o mais frequente foi o subtipo moderadamente diferenciado (7,1%), seguido do bem diferenciado (3,4%). (Figura 2)

Na avaliação das margens encontramos 319 laudos de margens livres, 31 biópsias incisionais e 28 casos de margens comprometidas, dos quais o subtipo mais frequentemente associado foi o basocelular escleroderiforme (32,1%) e o tamanho de margem mais associado foi o de 0 cm (35,7%).

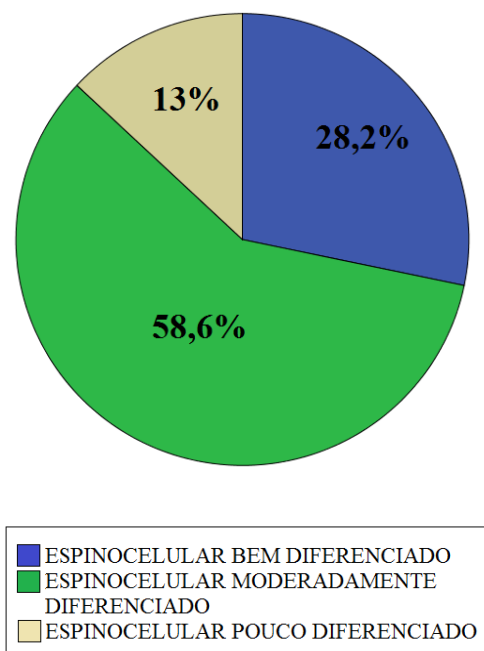
A maioria das biópsias incisionais foi realizada devido a

carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado (41,9%).

**Tabela 1** – Frequência por Faixa Etária



**Figura 1**- Classificação dos CBCs



**Figura 2**- Classificação dos CECs

## DISCUSSÃO

A prevalência de CBC em relação ao CEC se mostrou semelhante à encontrada na literatura<sup>1</sup>.

Faixa Etária	Frequência	Porcentual
30 - 40	22	5,8
41 - 50	61	16,2
51 - 60	65	17,2
61 - 70	99	26,1
71 - 80	79	20,9
81 - 90	43	11,4
> 91	9	2,4
Total	378	100,0

A frequência aumentada no sexo feminino discordou da estimativa do INCA, que esperava um número maior de casos no sexo masculino<sup>1</sup>. A raça branca prevaleceu sobre outras, como esperado<sup>1</sup>.

A média de idade encontrada foi de 63,9, enquanto o pico de incidência relatado na literatura é de 40 anos de idade<sup>3</sup>. A 6<sup>a</sup>, 7<sup>a</sup> e 8<sup>a</sup> décadas foram as faixas etárias encontradas mais frequentemente, agrupando mais da metade dos casos, em concordância com a literatura<sup>2</sup>.

Não foi encontrada boa relação com ocupações de maior exposição solar neste estudo, apesar de ser esta correlação comprovada pela literatura<sup>6</sup>. Este fato pode ser justificado pela exposição solar à qual todos os habitantes do estado da Paraíba estão



expostos diariamente, devido ao clima da região.

Outros fatores de risco como tabagismo e consumo de álcool, comumente relacionados a outros tipos de neoplasia, não se mostraram relacionados ao câncer de pele não melanoma neste trabalho.

Estudos anteriores encontraram relação do tabagismo como fator de risco independente para CEC, excluindo essa correlação para outros tipos de câncer de pele melanoma e não melanoma<sup>13</sup>. Pudemos encontrar uma prevalência de história positiva para tabagismo duas vezes maior nos casos de CEC isolado em relação aos casos de CBC.

Quanto à topografia, a grande maioria das lesões se localizava na cabeça, estando em segundo lugar de frequência o tórax e o dorso, e em terceiro os membros superiores, condizendo com os achados da literatura<sup>1</sup>.

A frequência dos subtipos histológicos de CBC esteve em acordo com trabalho realizado no Brasil em 2008<sup>8</sup>, mostrando a prevalência dos subtipos nodular ou sólido e pigmentado, estando o escleroderiforme

e micronodular como os menos frequentes.

O achado de margens comprometidas com maior frequência no escleroderiforme condiz com sua característica de ser um dos subtipos de pior prognóstico dos CBC, juntamente com o micronodular<sup>2</sup>.

Foi encontrada uma maior frequência de CEC moderadamente diferenciado, seguido do bem diferenciado, que são de melhor prognóstico. O CEC pouco diferenciado representou apenas 1,6% dos casos.

## **CONCLUSÃO**

O estudo da epidemiologia permite a identificação de elementos comportamentais, fenotípicos e configuração de grupos de risco. Essas informações permitem medidas sanitárias de prevenção primária na população, aperfeiçoam as campanhas de detecção, incentivam a promoção de programas educacionais nas escolas e comunidades, otimizam as ações de saúde pública e saúde do trabalhador, diminuindo, conseqüentemente, morbidade e gastos do sistema de saúde pelo reconhecimento e tratamento precoce das lesões<sup>6,13</sup>.

Este estudo apresentou dados epidemiológicos das neoplasias de pele não melanoma no estado da Paraíba, onde a exposição solar é uma constante no dia a dia dos seus habitantes, independente da sua ocupação.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério Da Saúde, INCA e Silva JAG. *Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil*. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>
2. Chinem VP e Miot HA. *Epidemiologia do Carcinoma Basocelular*. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, 2011. 86(2): 292-305. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n2/v86n2a13>
3. Broetto J; Freitas JOG; Sperli AE; Soh SW, Richter CA e Toni RA. *Tratamento cirúrgico dos carcinomas basocelular e espinocelular: experiência dos Serviços de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga*. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, São Paulo, v. 27, n. 4, dez. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-51752012000400009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-51752012000400009&script=sci_arttext)
4. 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. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21364382>.
5. Brenner S, Jeunon FA, Barbora AA, Grandinetti HAM. *Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto*. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2007. 53(1): 63-69. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_53/v01/pdf/revisao4.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v01/pdf/revisao4.pdf)
6. Costa CS. *Epidemiologia Do Cancer de Pele no Brasil e Evidências Sobre Sua Prevenção*. **Revista Diagnóstico & Tratamento**, 2012. 17(4) 206-8. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n4/a3341.pdf>
7. Nunes DH, Silva RV, Back L e Medeiros VS. *Incidência do Carcinoma de Células*

- Escamosas da Pele na Cidade de Tubarão (SC) – Brasil nos anos de 2000, 2003 e 2006. Anais Brasileiros de Dermatologia*, 2009. 84(5): 482-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962009000500006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962009000500006&script=sci_arttext)
8. Gon AS. *Fatores de risco para o carcinoma basocelular: estudo de casos e controles*. In: Curso de Pós-graduação em medicina e ciências da saúde da Universidade Estadual de Londrina., Vol. PhD. Londrina-PR: Universidade Estadual de Londrina - UEL. 2008; 76.
9. Dergham AP, Muraro CC, Ramos EA, Mesquita LAF e Collaço LM. *Distribuição Dos Diagnósticos de Lesões Pré Neoplásicas e Neoplásicas de Pele no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, set/out 2004. 79(5): 555-559. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/abd/v79n5/en\\_v79n5a05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abd/v79n5/en_v79n5a05.pdf)
10. Terzian LR, Neto CF, Pimentel ERA. *Fatores preditivos do maior número de estádios na cirurgia micográfica de Mohs para o tratamento do carcinoma espinocelular da cabeça. Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2008; 83(3): 221-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v83n3/a05.pdf>
11. Costa ALL, Pereira JC, Nunes AAF e Arruda MLS. *Correlação entre a classificação TNM, gradação histológica e localização anatômica em carcinoma epidermoide oral. Pesqui Odontol Bras*. 2002; 16(3): 216-220. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pob/v16n3/a06v16n3.pdf>
12. 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.
13. A. LOMAS, J. LEONARDI-BEE and F, BATH-HEXTALL. *A Systematic Review of Worldwide Incidence of Nonmelanoma Skin Cancer. British Journal of Dermatology*, 2012.166, pp 1069-1080.

