



Surgical & Cosmetic Dermatology

www.surgicalcosmetic.org.br/

Prevalência dos diagnósticos anatomopatológicos e perfil epidemiológico dos pacientes com lesões suspeitas de câncer de pele não melanoma

Prevalence of pathological diagnoses and epidemiological profile of patients with non-melanoma skin cancer suspicious lesions

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.2021130031>

ABSTRACT

Introduction: o câncer cutâneo apresenta alta incidência, pode ser rastreado com exame clínico dermatológico e confirmado por biópsia cutânea.

Objetivo: verificar a prevalência dos diagnósticos anatomopatológicos por lesões suspeitas de câncer de pele não melanoma (CPNM) em um Serviço de Referência.

Métodos: estudo observacional e transversal. Incluídos pacientes com indicação de biópsia cutânea por suspeita de CPNM. Variáveis analisadas: idade, gênero, história pessoal de câncer de pele, número de biópsias, local da biópsia e resultado anatomopatológico, este dividido em grupo 1 (lesões neoplásicas); grupo 2 (lesões pré-malignas) e grupo 3 (lesões benignas).

Resultados: um total de 287 pacientes, com média de 1,33 biópsia por paciente. A idade mediana na amostra foi 71 anos, sendo que 56,1% eram mulheres. História pessoal de câncer de pele: 44,95%. Amostra geral: grupo 1: 62%; grupo 2: 21% e grupo 3: 17%. Neoplasias encontradas: 68% eram CBC, 30% eram CEC; e 2%, outras neoplasias. No grupo de lesões pré-malignas: principalmente queratoses actínicas; no grupo de lesões benignas: variedade diagnóstica. O segmento cefálico foi a topografia mais frequentemente biopsiada (58%).

Conclusões: neste estudo, evidenciamos uma maior incidência de câncer de pele em mulheres, sendo a maioria dos pacientes idosos, e o diagnóstico mais frequente o CBC.

Palavras-chave: Biópsia; Carcinoma basocelular; Carcinoma de células escamosas; Neoplasias cutâneas

RESUMO

Introdução: Cutaneous cancer has a high incidence, can be screened with dermatological clinical examination and confirmed by cutaneous biopsy.

Objective: To verify the prevalence of pathological diagnoses for suspected non-melanoma skin cancer (NMSC) lesions in a Reference Service.

Methods: Observational and cross-sectional study. Patients with indication of skin biopsy for suspected NMSC were included. Variables analyzed: age, gender, personal history of skin cancer, number of biopsies, biopsy site, and pathological outcome, divided into Group 1 (neoplastic lesions); Group 2 (pre-malignant lesions), and Group 3 (benign lesions).

Results: A total of 287 patients, with an average of 1.33 biopsies per patient. The median age in the sample was 71 years, and 56.1% were women. Personal history of skin cancer: 44.95%. General sample: group 1: 62%; group 2: 21% and group 3: 17%. Neoplasms found: 68% were BCC, 30% were SCC, and other neoplasms: 2%. In the group of premalignant lesions: mainly actinic keratosis; in the group of benign lesions: diagnostic variety. The cephalic segment was the most frequently biopsied topography (58%).

Conclusions: In this study, we showed a higher incidence of skin cancer in women, with the majority of elderly patients being the most frequent diagnosis of BCC.

Keywords: Basal Cell; Biopsy; Carcinoma; Neoplasms; Skin neoplasms; Squamous cell.

Artigo Original

Autores:

Thessaly Puel de Oliveira¹
Hillani da Silva Andrade¹
José Roberto Pegas¹
Cristina Santos Ribeiro Bechara¹

¹ Serviço de Dermatologia, Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos, Guarulhos (SP), Brasil.

Correspondência:

Cristina Santos Ribeiro Bechara
Email: csrmedica@gmail.com

Fonte de financiamento: Nenhuma.

Conflito de interesses: Nenhum.

Data de submissão: 15/04/2021

Decisão final: 12/07/2021

Como citar este artigo:

Oliveira TP, Andrade HS, Pegas JR, Bechara CSR. Prevalência dos diagnósticos anatomopatológicos e perfil epidemiológico dos pacientes com lesões suspeitas de câncer de pele não melanoma. Surg Cosmet Dermatol. 2021;13:e20210031.



INTRODUÇÃO

O câncer da pele tem adquirido importância especial, nas últimas décadas, em virtude de sua crescente incidência, sendo considerado um problema de saúde pública em áreas geográficas de intensa exposição à radiação ultravioleta.^{1,2,3} O câncer da pele do tipo não melanoma (CPNM), representado pelo carcinoma basocelular (CBC) e pelo carcinoma escamocelular (CEC), corresponde a 30% de todos os tumores malignos registrados no país. O CBC é responsável por 70% dos diagnósticos de câncer da pele, seguido pelo CEC, diagnosticado em 25% dos casos.¹

Acredita-se que 90% dos cânceres de pele não melanocíticos possam ser atribuídos à exposição solar,⁴ sendo o CBC associado à exposição de caráter acumulativo. Esse fato reforça a importância da fotoproteção, que deve ser introduzida desde a infância e é considerada a medida de escolha mundial como forma de prevenção do CPNM.⁵ Outras causas relacionadas ao desenvolvimento do câncer de pele são a história familiar, exposição a produtos químicos e radioterapias, fatores fenotípicos, imunossupressão, além de algumas síndromes genéticas hereditárias.⁶

O diagnóstico do câncer de pele envolve principalmente o exame clínico, feito por meio da inspeção visual da pele do paciente, e a análise histopatológica após biópsia da lesão, que está indicada quando, ao exame clínico, houver suspeita de CPNM ou de melanoma.⁷ O exame físico deve ser minucioso e realizado por profissional especializado, identificando lesões suspeitas de malignidade por meio de suas características clínicas. O avanço nos estudos dermatoscópicos destas lesões permitiu maior precisão na indicação das biópsias cutâneas para confirmação diagnóstica.^{8,9,10}

Quando detectado precocemente, o CBC apresenta altos percentuais de cura.^{2,6} De acordo com a National Comprehensive Cancer Network (NCCN), o tratamento do CPNM deverá priorizar a cura completa do tumor e recomenda-se que todos os CPNMs devam ser biopsiados anteriormente a qualquer procedimento, permitindo a escolha mais apropriada do seu tratamento.¹¹ Apesar da baixa taxa de mortalidade, esse tipo de tumor tem uma alta morbidade porque causa desfiguramento no paciente, resultando em deficiência física e psicológica.¹² Em alguns casos, entretanto, existe recidiva desse tumor após a exérese. Dentre as razões apontadas para essa ocorrência, são destacadas, em alguns estudos, a relação com o local, extensão da lesão, margens cirúrgicas comprometidas, dentre outras.¹³ Em vista disso, é de suma importância a triagem dos pacientes que já tiveram tumores de pele a fim de monitorar a recorrência ou persistência dos tumores e para detectar novas lesões.¹⁴

Diante do exposto, imaginando-se que exista um considerável sub-registro devido ao subdiagnóstico, e ainda por ser uma neoplasia de bom prognóstico se tratada de forma adequada e oportuna, esse estudo tem como objetivo verificar a prevalência dos resultados anatomopatológicos e perfil epidemiológico/clínico dos pacientes biopsiados por suspeita de CPNM no Serviço de Dermatologia do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos-SP (CHPBG), no período entre junho e dezembro de 2019, promovendo maior discussão e análise acerca desse assunto.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional transversal e retrospectivo, por meio da análise de prontuários de pacientes que foram submetidos à biópsia de pele por haver suspeita de CPNM no Serviço de Dermatologia do CHPBG, no período de junho a dezembro de 2019. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do CHPBG (CEP 245/2025) por meio da Plataforma Brasil e aprovado com parecer número 3.929.819.

As variáveis analisadas no estudo foram: idade, sexo, histórico pessoal de câncer de pele, número de biópsias, local da biópsia e resultado anatomopatológico. Após finalizar a coleta de dados, foi traçado o perfil epidemiológico geral da amostra (número total de pacientes do estudo) por meio da observação da média, do máximo e mínimo das idades e sexo, além de observada a frequência do histórico pessoal de câncer de pele.

Em seguida, os pacientes foram agrupados de acordo com o resultado anatomopatológico formando três grupos distintos: grupo 1, composto por pacientes que confirmaram lesões neoplásicas na análise anatomopatológica; grupo 2, pacientes que apresentaram lesões pré-malignas na análise anatomopatológica; grupo 3, pacientes que mostraram lesões benignas no exame anatomopatológico; e, posteriormente, foi analisado o perfil epidemiológico de cada grupo. Para possibilitar a avaliação individual de cada tipo histológico de neoplasia encontrada, subdividimos o grupo 1 em CBC, CEC e outras neoplasias, permitindo a análise da localização topográfica em cada um desses subgrupos.

No estudo, foram incluídos os prontuários dos pacientes com lesões cutâneas sugestivas de CPNM, cujas biópsias já tinham resultado histopatológico, sendo que as biópsias foram realizadas no Serviço de Dermatologia do CHPBG de junho a dezembro de 2019. Foram excluídos os prontuários dos pacientes com solicitações de biópsia de lesões cutâneas não sugestivas de malignidade, além de pacientes com lesões cutâneas sugestivas de malignidade que já haviam sido abordadas cirurgicamente, mesmo que com indicação de nova biópsia. Da mesma forma, excluíram-se os pacientes que não compareceram ou que não possuíam ainda o laudo anatomopatológico no período da pesquisa. Também não participaram da pesquisa os pacientes com diagnóstico prévio de CPNM já conhecido como Síndrome de Gorlin, xeroderma pigmentoso e micose fungoide nem os pacientes que foram atendidos fora do período estabelecido no estudo.

RESULTADOS

Para esse estudo, incluíram-se todas as amostras de biópsias de pele indicadas por suspeita clínica de CPNM, totalizando 382 pontos de biópsias cutâneas em um total de 287 pacientes, que corresponde em média a 1,33 biópsia por paciente, com número máximo de sete biópsias num mesmo paciente.

Na amostra geral (287 pacientes), a idade dos pacientes variou entre 20 e 97 anos, obtendo-se uma mediana de 71 anos, sendo que 126 (43,9%) eram do sexo masculino e 161 (56,1%) do sexo feminino. Dentre os pacientes avaliados, 129 (44,95%) apresentavam antecedentes pessoais de câncer de pele e 158 (55,05%) não o possuíam.

A fim de conhecer os diagnósticos das lesões suspeitas na amostra geral, três grandes grupos foram formados de acordo com os resultados anatomopatológicos obtidos das amostras:

- Grupo 1: composto por amostras com resultados anatomopatológicos que confirmaram lesões neoplásicas;
- Grupo 2: composto por amostras com resultados anatomopatológicos de lesões pré-malignas;
- Grupo 3: composto por amostras com resultados anatomopatológicos de lesões benignas.

No que diz respeito ao grupo 1, este compreendeu 62% (238 casos) da amostra geral, sendo a maioria (52%) do sexo feminino. Este grupo apresentou uma mediana das idades de 71 anos, com idade mínima de 40 anos e máxima de 97 anos. O grupo 2 correspondeu a 21% (81 casos) da amostra geral, sendo 64% do sexo feminino e 36% do sexo masculino. A mediana das idades deste grupo foi de 72 anos, com idade mínima de 43 anos e máxima de 94 anos. Já o grupo 3 representou 17% (63 casos) da amostra total, sendo 52% do sexo feminino e 48% do sexo masculino. A idade mediana deste grupo foi de 67 anos, com idade mínima de 20 anos e máxima de 90 anos (Tabela 1).

Com relação ao histórico pessoal de câncer de pele, notamos que o mesmo foi encontrado em 45% (n=107) das biópsias positivas para câncer de pele (238 amostras). Para o grupo das biópsias positivas para lesões pré-malignas (81 amostras), 54% (n=44) já apresentavam diagnóstico prévio de câncer de pele. No grupo de biópsias positivas para lesões benignas (63 amostras), 37% (n=23) possuíam história prévia de câncer de pele (Tabela 2).

Após essa classificação inicial em três grandes grupos, as amostras do grupo 1 foram subdivididas conforme o tipo histológico de câncer de pele, em que foram encontrados: 163 casos de CBC (68% do grupo 1), 71 casos de CEC (30% do grupo 1) e quatro casos com outras neoplasias (2% do grupo 1). Neste último grupo, as neoplasias encontradas foram: melanoma (1), carcinoma indiferenciado (1), neoplasia epitelióide (1) e adenocarcinoma (1) (Figura 1).

Os resultados anatomopatológicos compatíveis com o

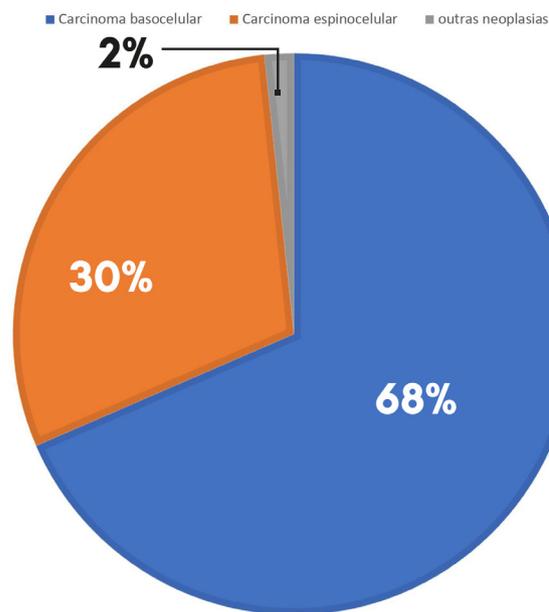


FIGURE 1: Neoplasias

diagnóstico de queratoses actínicas (81 amostras) justificaram a formação do grupo 2, já que compõem o espectro de lesões pré-malignas cutâneas não classificadas como neoplásicas nem como benignas.

Com relação ao grupo 3, nos resultados anatomopatológicos, as lesões benignas encontradas, em sua maioria, foram o processo inflamatório inespecífico (15), seguido da queratose seborreica (11), o nevo melanocítico intradérmico e composto (9), além da verruga viral (7), dentre outras com menor frequência.

Também foram avaliadas as frequências das localizações topográficas das biópsias realizadas, sendo o segmento cefálico a região prevalente com 221 amostras (58%), seguida por 161 amostras (42%) no tronco e nos membros. No que se refere à localização topográfica da lesão biopsiada, analisando-se indivi-

TABELA 1: Perfil epidemiológico da amostra geral e dos grupos formados com relação aos resultados anatomopatológicos

	Grupo 1 Lesões neoplásicas n=238		Grupo 2 Lesões pré-malignas n=81		Grupo 3 Lesões benignas n=63		Amostra geral N=382	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Idade	71 anos (40-97 anos)		72 anos (43-94 anos)		67 anos (20-90 anos)		70 anos (20-97 anos)	
Gênero	124 (52%)	114 (48%)	52 (64%)	29 (36%)	33 (52%)	30 (48%)	161 (56,1%)	126 (43,9%)

TABELA 2: Histórico pessoal de câncer de pele na amostra geral e nos grupos formados com relação ao resultado anatomopatológico

Histórico de câncer de pele	Grupo 1 Lesões neoplásicas n=238		Grupo 2 Lesões pré-malignas n=81		Grupo 3 Lesões benignas n=63		Amostra geral N = 382	
	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo
	107 (45%)	131 (55%)	44 (54%)	37 (46%)	23 (37%)	40 (63%)	129 (44,95%)	158 (55,05%)

dualmente cada grupo, notamos que o grupo 1 apresentou 61% das amostras localizadas no segmento cefálico. No grupo 2, a maioria (53% das amostras) também se localizou nesse segmento corporal. O mesmo ocorreu no grupo 3, em que 54% ocorreram no segmento cefálico (Tabela 3).

No que tange às localizações topográficas das lesões neoplásicas (grupo 1), nos diferentes tipos histológicos, observamos que a maioria dos pontos de biópsia para o CBC (71%) estava localizada no segmento cefálico; em contrapartida, o CEC foi mais biopsiado em tronco e membros (63%) (Tabela 4).

Por fim, devido à importância prognóstica que as zonas de risco (zona H e zona M)⁸ do segmento cefálico podem determinar, esta região foi subdividida nas regiões anatômicas a seguir: nasal, periauricular/temporal, periorbital, frontal, malar, mandibular, mentoniana, labial e couro cabeludo. Assim, foi possível identificar as frequências das biópsias em cada uma dessas subunidades anatômicas.

Esse estudo mostrou que as subunidades anatômicas do segmento cefálico prevalentes no grupo 1 foram a periauricular/temporal (42 - 29,1%) e nasal (40 - 27,7%). Em relação ao grupo 2, em ordem decrescente, as subunidades anatômicas do segmento cefálico mais frequentes foram: malar (25,5%), periauricular/temporal (23,2%), nasal (18,6%) e periorbital (13,9%). Não houve biópsias na região mentoniana com resultado de lesões pré-malignas. Já no grupo 3, as regiões malar (29,4%), nasal (23,5%) e periorbital (14,7%) corresponderam às subunidades anatômicas onde mais se realizaram biópsias. Vale ressaltar que não ocorreram biópsias nas regiões mentoniana e labial representando lesões benignas (Tabela 5).

Quando analisamos somente a frequência da localização das biópsias nas subunidades anatômicas do segmento cefálico que obtiveram como resultado CBC, verificamos que as mais

frequentes em ordem decrescente foram as regiões nasal (32%) e periauricular/temporal (29%). Do mesmo modo, em relação ao CEC no segmento cefálico, quando se analisou essa frequência, notamos que as localizações mais frequentes foram nas regiões periauricular/temporal e malar, ambas com a mesma frequência (30,7%), seguidas da região frontal (4-15,3%). Cabe destacar que, em toda a amostra, as regiões mentoniana e labial não apresentaram laudos compatíveis com CEC (Tabela 6).

DISCUSSÃO

Esse estudo avaliou os resultados anatomopatológicos de todas as lesões de pele que tiveram indicação de biópsia por suspeita de malignidade em um período de sete meses (junho a dezembro de 2019) no Serviço de Dermatologia do CHPBG. Foram obtidas 382 biópsias de um total de 271 pacientes, das quais 62% resultaram em diagnóstico de câncer de pele, 21% indicaram lesões pré-malignas e somente 17% excluíram neoplasia. Um estudo realizado em um Serviço de Referência do Sul do Brasil constatou uma similaridade na ordem de frequência dos diagnósticos, sendo que, naquele estudo, foram avaliados 531 resultados anatomopatológicos de câncer de pele e queratoses actínicas, em que 39,74% eram CBC, 18,27% eram CEC, 4,89% eram melanoma e 31,1% eram queratoses actínicas.¹⁵

De acordo com os dados desse estudo, a média de idade da amostra geral dos pacientes com suspeita de câncer de pele foi de 70 anos e, para o grupo que confirmou neoplasia cutânea, foi de 71 anos, isto é, médias semelhantes às encontradas em outros estudos, os quais indicam maior prevalência de neoplasia cutânea em pacientes acima de 40 anos devido ao fato de a alta carga de exposição solar recebida ao longo da vida ser o fator de risco mais importante.^{1,8,9,16,17}

TABELA 3: Localização topográfica das biópsias realizadas na amostra geral e nos grupos formados com relação aos resultados anatomopatológicos

	Grupo 1 Lesões neoplásicas n=238	Grupo 2 Lesões pré-malignas n=81	Grupo 3 Lesões benignas n=63	Amostra geral N=382
Segmento cefálico	144 (61%)	43 (53%)	34 (54%)	221 (58%)
Tronco/Membros	94 (39%)	38 (47%)	29 (46%)	161 (42%)

TABELA 4: Frequência da localização topográfica das biópsias do Grupo 1 com os diferentes diagnósticos

	Grupo 1 n=238	Carcinoma basocelular n=163	Carcinoma espinocelular n=71	Outras neoplasias n=4
Segmento cefálico	144 (61%)	116 (71%)	26 (37%)	2 (50%)
Tronco/Membros	94 (39%)	47 (29%)	45 (63%)	2 (50%)

No Brasil, foram estimados cerca de 176.930 novos casos de câncer de pele no ano de 2020. O estado de São Paulo possui uma taxa estimada de incidência de câncer de pele não melanoma, em 2020, maior para mulheres (101,84 casos para cada 100 mil mulheres) e menor para homens (72,31 casos para cada 100 mil homens).¹ Segundo os achados do estudo em questão, a prevalência também foi aumentada para as mulheres quando demonstrado que 56,1% dos pacientes com indicação de biópsia foram do sexo feminino. Do mesmo modo, repetiu-se esta prevalência aumentada nas mulheres quando avaliamos somente os pacientes com confirmação de neoplasia cutânea, sendo 52% do sexo feminino.

O paciente portador de um câncer de pele passa a ser motivo de preocupação, tendo em vista o risco de desenvolvimento de outras neoplasias cutâneas como CBC, CEC e melanoma. Essa recomendação deriva da evidência de estudos de coorte e registros de casos em que o paciente portador de um câncer de pele passa a ter um risco relativo de 1,12-1,49 vezes maior para desenvolver um novo tumor cutâneo.¹⁸ Nesse sentido, cabe destacar que, em nosso estudo, 45% dos pacientes com neoplasia cutânea confirmada pelo exame anatomopatológico (grupo 1) apresentaram um segundo diagnóstico de câncer de pele na vida.

Dentre as neoplasias confirmadas pelo exame anatomopatológico, aquela de maior prevalência foi o CBC, com 68% do total de neoplasias diagnosticadas. Este percentual está de acordo com dados da literatura em que se observa que esse tipo histológico é o mais frequente, com taxas atingindo até 70% de todas as neoplasias cutâneas.^{8,16,17} Ressaltamos também, seguindo a ordem de prevalência das neoplasias, o segundo lugar do CEC, que representou 30% dos diagnósticos, valores bem próximos aos refe-

ridos no Consenso Europeu de 2015 em que o CEC representa aproximadamente 20% das neoplasias cutâneas.¹⁸

Os resultados anatomopatológicos compatíveis com o diagnóstico de queratoses actínicas representaram 21% do total dos casos do estudo em questão. Essas lesões compõem um espectro clássico de lesões pré-malignas cutâneas não categorizadas como malignas nem como benignas; contudo, alguns autores as classificam como neoplasias “in situ”, uma vez que derivam de modificações clonais do DNA de queratinócitos.⁹ Embora o diagnóstico da queratose actínica seja clínico, alguns critérios podem justificar a necessidade de biópsia devido à possibilidade de transformação neoplásica. São eles: lesões maiores que 1cm, sangramento, ulceração, induração, crescimento rápido e eritema intenso.⁹

O CPNM é tipicamente encontrado no segmento cefálico, cervical, tronco superior e em braços.^{8,9,18,19} Em nosso estudo, mais da metade (58%) das biópsias foram realizadas no segmento cefálico, em conformidade ao encontrado em outro Hospital de Referência, onde os autores daquele estudo evidenciaram que a maior parte das biópsias foram realizadas na extremidade cefálica, com 50,47% dos casos.²⁰

Um estudo que avaliou epidemiologicamente os pacientes que obtiveram biópsias cutâneas compatíveis com CBC observou que 67% delas foram identificadas no segmento cefálico, sendo as três subunidades anatômicas prevalentes o nariz (47,4%), a orelha (16,3%) e a fronte (14,9%).¹⁸ Nosso estudo demonstrou que, para os pacientes diagnosticados com CBC, as três subunidades anatômicas mais frequentemente biopsiadas foram as regiões nasal com 32%, periauricular/temporal com 29%, assim como relatado no estudo supracitado e, por fim, a região

TABELA 5: Frequência da localização das biópsias nas subunidades anatômicas do segmento cefálico na amostra geral e nos grupos formados com relação aos resultados anatomopatológicos

	Grupo 1 Lesões neoplásicas n=144	Grupo 2 Lesões pré-malignas n=43	Grupo 3 Lesões benignas n=34	Amostra geral N= 221
Nasal	40 (27,7%)	8 (18,6%)	8 (23,5%)	56 (25,3%)
Periauricular/ Temporal	42 (29,1%)	10 (23,2%)	4 (11,7%)	56 (25,3%)
Periorbital	9 (6,2%)	6 (13,9%)	5 (14,7%)	20 (9%)
Frontal	13 (9%)	2 (4,6%)	4 (11,7%)	19 (8,6%)
Malar	23 (16%)	11 (25,5%)	10 (29,4%)	44 (19,9%)
Mandibular	3 (2,1%)	2 (4,6%)	1 (2,9%)	6 (2,7%)
Mentoniana	3 (2,1%)	-	-	3 (1,3%)
Labial	5 (3,4%)	2 (4,6%)	-	7 (3,1%)
Couro cabeludo	6 (4,1%)	2 (4,6%)	2 (5,8%)	10 (4,5%)

TABELA 6: Frequência da localização das biópsias nas subunidades anatômicas do segmento cefálico para os resultados histológicos de carcinoma basocelular e carcinoma espinocelular

	Carcinoma basocelular n=116	Carcinoma espinocelular n=26
Nasal	38 (32%)	2 (7,6%)
Periauricular/Temporal	34 (29%)	8 (30,7%)
Periorbital	8 (6,8%)	1 (3,8%)
Frontal	9 (7,7%)	4 (15,3%)
Malar	14 (12%)	8 (30,7%)
Mandibular	2 (1,7%)	1 (3,8%)
Mentoniana	3 (2,5%)	-
Labial	5 (4,3%)	-
Couro cabeludo	3 (2,5%)	2 (7,6%)

malar com 12% das biópsias, diferindo do trabalho anterior.

Em relação às biópsias conclusivas de CEC, a maior parte deu-se em tronco e membros, com 63% destes resultados, e 37% na face, diferente do encontrado na literatura, em que se aponta a maior frequência desses tumores também em segmento cefálico. Consoante o Consenso Europeu (2015), 90% dos CECs apresentam-se em áreas fotoexpostas, como cabeça, pescoço, dorso de mãos e antebraços.¹⁹ Uma avaliação epidemiológica realizada em 2012 identificou que 25,9% das biópsias de CEC foram realizadas no tronco e membros e 32,6% em face, porém 41,5% dos laudos não demonstravam essa informação.¹²

De acordo com uma revisão de literatura acerca das queratoses actínicas, estas lesões localizam-se predominantemente em áreas fotoexpostas, como face, couro cabeludo principalmente de calvos, região cervical, ombros, antebraços e dorso das mãos.⁹ Embora o diagnóstico da queratose actínica seja clínico, alguns critérios podem justificar a necessidade de biópsia devido à possibilidade de transformação neoplásica. São eles: lesões maiores que 1cm, sangramento, ulceração, induração, crescimento rápido e eritema intenso.⁹ No presente estudo, as lesões biopsiadas estavam distribuídas principalmente no segmento cefálico, configurando 53% da amostra, sendo que a subunidade malar foi a mais biopsiada, e 47% das biópsias foram realizadas no tronco e membros. Outro fator relevante diz respeito ao potencial de malignização das queratoses actínicas; pois, conquanto apresente um percentual relativamente baixo (cerca de 10% em pacientes imunocompetentes e 20% em imunodeprimidos, considerando-se apenas uma lesão em 10 anos), como os pacientes com esse tipo de lesão possuem um histórico de exposição solar intenso e prolongado, quase sempre é diagnosticada mais de uma lesão

no mesmo paciente, o que aumenta a chance de haver alguma transformação maligna.⁹

Quando estamos diante de um possível diagnóstico clínico, conjuntamente, abre-se um leque de diagnósticos diferenciais possíveis. Com o câncer de pele não melanoma não é diferente. Assim, outras doenças neoplásicas de diferentes linhagens de células, como melanócitos, células fusiformes, fibras musculares, células glandulares e lesões não neoplásicas de diversas origens inflamatórias e até infecciosas, constituem parte dessas opções diagnósticas.²¹ Isso justifica o encontro das outras neoplasias (melanoma, carcinoma indiferenciado, neoplasia epitelióide e adenocarcinoma) e das diferentes lesões benignas como resultados nos anatomopatológicos de alguns pacientes do nosso estudo.

CONCLUSÕES

Devido à importância epidemiológica do CPNM e visto a crescente incidência dele na população mundial, impõe-se sua consideração como um problema de saúde pública. Neste estudo, evidenciamos uma maior incidência de câncer de pele em mulheres, um grupo com a maioria dos pacientes idosos e o diagnóstico mais frequente sendo o carcinoma basocelular. Logo, a maior compreensão acerca do perfil epidemiológico do câncer de pele nos pacientes atendidos em um Hospital de Referência, bem como o conhecimento da acurácia das biópsias realizadas, possibilitou uma melhor avaliação da prevalência e possíveis fatores de risco associados a este tipo de neoplasia nessa amostra da população. Desse modo, ressaltamos a necessidade de que mais estudos sejam realizados a fim de estabelecerem-se melhores estratégias de prevenção, com destaque para a realização de diagnóstico e tratamento precoces. ●

REFERÊNCIAS:

1. Instituto Nacional do Câncer (INCA). [Cited 2019 Jun 13]. Available from: <http://www.inca.gov.br>
2. Graffunder CM, Wyatt SW, Bewerse B, Hall I, Reilley B, Lee-Pethel R. Skin cancer prevention: the problem, responses, and lessons learned. *Health Educ Behav*. 1999;26(3):308-16.
3. Geller AC, Cantor M, Miller DR, et al. The environmental protection agency's national sun wise school program: sun protection education in US school (1999-2000). *J Am Acad Dermatol*. 2002;6(5):683-9.
4. Miller SJ. Biology of basal cell carcinoma (Part I). *J Am Acad Dermatol*. 1991;24(1):1-13.
5. Imanichi D, Gasparello Filho JL, Moraes CF, Soterol RC, Gomes LO. Fatores de risco do câncer de pele não melanoma em idosos no Brasil. *Diagn Tratamento*. 2017;22(1):3-7.
6. Acosta AE. Carcinoma basocelular. En: *Guias de prática clínica en enfermedades neoplásicas*. Instituto Nacional de Cancerologia. 2001;15-31.
7. Costa CS. Epidemiologia do câncer de pele no Brasil e evidências sobre a sua prevenção. *Diagn Tratamento*. 2012;17(4):206-8.
8. Bichakjian CK, Olencki T, Aasi SZ, Alam M, Andersen JS, Berg D, et al. Basal cell skin cancer, version 1.2016, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2016;14(5):574-97.
9. Reinehr CPH, Bakos RM. Ceratoses actínicas: revisão dos aspectos clínicos, dermatoscópicos e terapêuticos. *An Bras Dermatol*. 2019;94(6):637-57.
10. Stratigos A, Garbe C, Lebbe C, Malvehy J, del Marmol V, Pehamberger H, et al. Diagnosis and treatment of invasive squamous cell carcinoma of the skin: European consensus-based interdisciplinary guideline. *Eur J Cancer*. 2015;51(14):1989-2007.
11. Zink BS. Câncer de pele: a importância do seu diagnóstico, tratamento e prevenção. *Revista HUPE*. 2014;13(supl.1):76-83.
12. Corrêa LHL, Popoaski CP, Custódio G, Gonçalves CO, Trevisol FS. Epidemiologia dos carcinomas espinocelulares na população atendida em Tubarão (SC), entre 1999 e 2009. *An Bras Dermatol*. 2012;87(4):572-7.
13. Karagas MR. Occurrence of cutaneous basal cell and squamous cell malignancies among those with a prior history of skin cancer. The Skin Cancer Prevention Study Group. *J Invest Dermatol*. 1994;102(6):1051-3S.
14. Beralla CS, Blanco LFO, Yamane A. Análise dos dados epidemiológicos dos laudos de carcinoma espinocelular. *Rev Bras Clin Med São Paulo*. 2013;11(1):43-7.
15. Dergham AP, Muraro CC, Ramos EA, Mesquita LAF, Collaço LM. Distribuição dos diagnósticos de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de pele no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. *An Bras Dermatol*. 2004;79(5):555-9.
16. 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):815-26.
17. Nasser N. Epidemiologia dos cânceres espinocelulares - Blumenau (SC) - Brasil, de 1980 a 1999. *An Bras Dermatol*. 2004;79(6):669-677.
18. 18 - Work Group, Invited Reviewers, Kim JYS, Kozlow JH, Mittal B, Moyer J, Olencki T, Rodgers P. Guidelines of care for the management of cutaneous squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol*. 2018;78(3):560-78.
19. Peris K, Fargnoli MC, Garbe C, Kaufmann R, Bastholt L, Seguin NB, et al. Diagnosis and treatment of basal cell carcinoma: European consensus-based interdisciplinary guidelines. *Eur J Cancer*. 2019;118:10-34.
20. Simões JC, Campos ECR, Kamei DJ, et al. Análise do perfil epidemiológico, clínico e patológico de pacientes portadores de câncer de pele não melanoma no hospital evangélico de Curitiba. *Rev Med Res*. 2011;13(4):251-60.
21. Chinem VP, Miot HA. Epidemiologia do carcinoma basocelular. *An Bras Dermatol*. 2011;86(2):292-305.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Thessaly Puel de Oliveira  ORCID 0000-0002-8269-4266

Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta pediatra e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Hillani da Silva Andrade  ORCID 0000-0001-7466-1731

Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta pediatra e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

José Roberto Pegas  ORCID 0000-0002-2541-6008

Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta pediatra e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Cristina Santos Ribeiro Bechara  ORCID 0000-0002-7723-2980

Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta pediatra e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.