



Localizador: 17060

Incidência de câncer de pele em ambulatório de dermatologia na Região Sul de São Paulo

Incidence of skin cancer in dermatology ambulatory in the South Region of São Paulo

Juliana Carvalho Tavares Alves,* Raissa Paulino Da Costa Figueiredo,*
Rossana C Farias De Vasconcelos[†]

Palavras-chave:

Carcinoma basocelular,
carcinoma espinocelular,
melanoma, neoplasias
cutânea.

Key words:

Basal cell carcinoma,
squamous cell
carcinoma, melanoma,
skin neoplasms.

RESUMO

O Câncer de pele é o mais prevalente no Brasil. De acordo com o INCA – Instituto Nacional do Câncer – as estimativas de câncer de pele não melanoma chegavam a 175.760 casos novos em 2016 para ambos os sexos. Diante disso, objetivou-se avaliar e caracterizar o padrão de câncer de pele e a incidência em população atendida em ambulatório de dermatologia na zona sul de São Paulo. Para isso, realizou-se uma análise retrospectiva dos pacientes que apresentaram câncer de pele nos anos de 2015 e 2016 no serviço ambulatorial de Dermatologia de Universidade de Medicina nesta mesma região. Foram identificados 61 pacientes com câncer de pele, sendo a maioria acometida por CBC – Carcinoma basocelular. Constituía-se majoritariamente de população do sexo feminino, de etnia caucasiana, idosos, com uma lesão maligna ou duas concomitantes, provenientes de áreas expostas ao sol, com predominância na região da face. Alguns casos de melanoma foram encontrados. O subtipo histológico mais encontrado foi o ulcerado. Acredita-se que haja um sub-notificação dos casos no Brasil. Ressalta-se a importância da prevenção do câncer de pele com a monitorização regular dos pacientes em serviços de saúde, sendo esta uma doença prevenível e de alta prevalência no mundo.

ABSTRACT

Skin cancer is the most prevalent in Brazil. According to the INCA - National Cancer Institute - estimates of non-melanoma skin cancer reached 175,760 new cases in 2016 for both sexes. The aim of this study was to evaluate and characterize the pattern of skin cancer and the incidence in a population attended at a dermatology clinic in the south of the city of São Paulo. For that, a retrospective analysis of the patients who presented skin cancer in the years 2015 and 2016 was carried out in the outpatient Department of Dermatology of the University of Medicine in this same region. Sixty - one patients with skin cancer were identified, most of them being affected by CBC - Basal Cell Carcinoma. It consisted mainly of female, Caucasian, elderly, with a malignant lesion or two concomitants, coming from areas exposed to the sun, with predominance in the face region. Some cases of melanoma were found. The most common histological subtype was ulcerated. It is believed that there is an underreporting of cases in Brazil. The importance of skin cancer prevention with the regular monitoring of patients in health services is emphasized, being a preventable disease and of high prevalence in the world.

INTRODUÇÃO

Em países como os EUA o número de procedimentos cirúrgico-dermatológicos devido ao câncer de pele aumentou sua incidência em 72% nos anos de 1992 a 2006.¹⁻³ De acordo com o INCA – Instituto Nacional do Câncer no Brasil– as estimativas de câncer de pele não melanoma chegavam a 175.760 casos novos em 2016 em ambos os sexos (80.850 casos nos homens e 94.910 nas mulheres). Esses valores corresponderiam a um risco estimado de 81,66 casos novos a cada 100 mil homens e 91,98 para cada 100 mil mulheres.^{4,5} O câncer de pele apresenta-se como: melanoma e não

melanoma. Entre os cânceres do tipo não melanoma, os carcinomas basocelular (CBC) e espinocelular (CEC) são os mais freqüentes.³ O subtipo clínico mais frequente descrito é o nodular-ulcerativo.¹ Enquanto os CBCs são mais localizados e apresentam menor risco para metástases, os CECs são mais agressivos com maior risco para se disseminar e letalidade.⁶ Para os cânceres não melânomicos o principal fator de risco é a exposição crônica a radiação ultravioleta, sendo o principal o UV-B. Outros fatores de risco são: o fototipo da pele, locais de alta incidência de luz solar, doenças de pele prévias como xeroderma pigmentoso, fatores irritadiços crônicos como úlceras

* Acadêmico de Medicina na Universidade de Santo Amaro –SP.

[†] Médica; Dermatologista; Membro da Sociedade Brasileira de Dermatologia; Docente em Dermatologia na Universidade de Santo Amaro-SP.

Conflito de interesses:
Nenhum.

Recebido:
12/Novembro/2017.
Aceito:
15/Abril/2018.



angiodérmicas, cicatrizes de queimadura e exposição a fatores químicos, e iatrogenias causadas por máquinas que realizam bronzeamento artificial.^{2,6,7}

O diagnóstico é clínico, confirmado por biópsia com avaliação histopatológica para análise do subtipo, o estágio do tumor e o grau de invasão. Alguns casos da doença estão associados a feridas crônicas e cicatrizes na pele, uso de drogas imunossupressoras de órgãos transplantados e exposição a certos agentes químicos ou à radiação, sendo os locais mais comuns: orelhas, rosto, couro cabeludo, pescoço.⁸

Já o tipo melânomico é formado a partir de mutações nos melanócitos e pode ser encontrado além da pele em olhos, orelhas, trato gastrointestinal, leptomeninges, mucosa oral e genitália. Apresenta-se sob diferentes formas clínicas: extensivo superficial, lentigo maligno, acral e nodular? Quando diagnosticado precocemente tem melhor prognóstico, mas caso não seja, tem grande capacidade de metástase. A sobrevida se relaciona diretamente com a espessura do tumor, presença ou não de ulcerações e o acometimento linfonodal.

MATERIAL E MÉTODOS

Objetivos

Avaliar e caracterizar o padrão de câncer de pele e a incidência em população atendida em ambulatório de dermatologia na zona sul do município de São Paulo.

Métodos

O presente estudo consiste em análise retrospectiva e descritiva de todos os pacientes com cânceres de pele

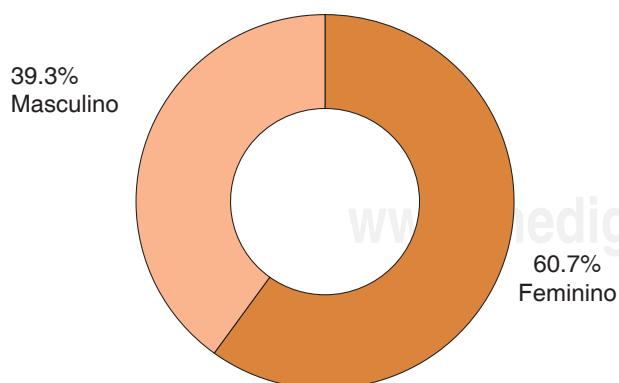


Figura 1. Sexo dos pacientes.

diagnosticados através de laudo histopatológico de todas as biópsias realizadas de 01 Janeiro 2015 a 31 Novembro 2016 no serviço ambulatorial de Dermatologia de Universidade de Medicina na região sul de São Paulo. Estes pacientes foram identificados através de cadastro realizado na unidade para realização das biópsias cutâneas incisionais ou excisionais, agendadas após avaliação e suspeita clínica das lesões por médicos dermatologistas do serviço. Foram avaliados 69 casos. Dentre eles, apenas 61 foram selecionados para o estudo. O critério de exclusão foi o não retorno à consulta com o resultado do laudo histopatológico. Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, de todas as idades. As variáveis avaliadas no estudo incluem sexo, local de nascimento, raça/cor, diagnóstico do laudo histopatológico, regiões acometidas, quantidade de lesões encontradas simultaneamente e histórico de câncer de pele prévio.

RESULTADOS

Foram analisados 61 casos, dentre os quais 60.7% (n = 37) pertenciam ao sexo feminino, e 39.3% (n = 24) eram do sexo masculino. Com relação ao local de nascimento, 44.3% (n = 27) nascidos em São Paulo, 11.5% (n = 7) nascidos na Bahia, 11.5% (n = 7) não continham esta informação em seus dados cadastrais; 8.2% (n = 5) nascidos em Minas Gerais; 3.3% (n = 2) nascidos no Rio grande do Norte; 4.9% (n = 3) nascidos em Alagoas; 1.6% (n = 1) nascidos em Goiás ou Mato Grosso; 3.3% (n = 2) nascidos em Ceará, Paraíba, Piauí, ou Pernambuco. Não houve nenhum paciente com idade inferior a 30 anos. 6.6% (n = 4) estavam na faixa etária de 30-39 anos; 9.8% (n = 6) na idade de 40-49 anos; 19.7% (n = 12) com idade entre

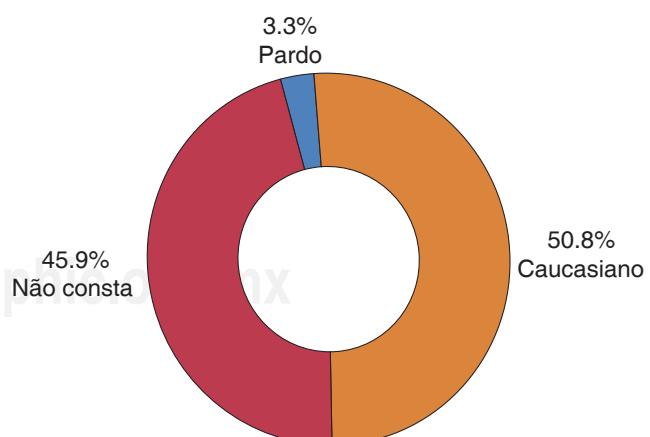


Figura 2. Etnia dos pacientes.

50-59 anos ou com idade entre 70-80 anos; 23% (n = 14) na faixa etária de 60-69 anos; 21.3% (n = 13) com mais de 80 anos na data em que foi realizada a biopsia de pele. Caucasianos representam metade dos pacientes, sendo 50.8% do total (n = 31); Em 45.9% (n = 28) dos casos não foi possível obter esta informação com os dados do cadastro ambulatorial; 3.3% (n = 2) eram pardos. O tipo histológico mais comum foi o CBC - carcinoma basocelular sendo 64.7% (n = 55) dos casos. O segundo mais freqüentemente encontrado foi o CEC - Carcinoma espinocelular com 30.6% (n = 26); 3.5% (n = 3) dos casos eram melanoma e 1.2% (n = 3) dermatofibrosarcoma. Em relação ao numero de cânceres de pele simultâneos, 60.7% (n = 37) haviam

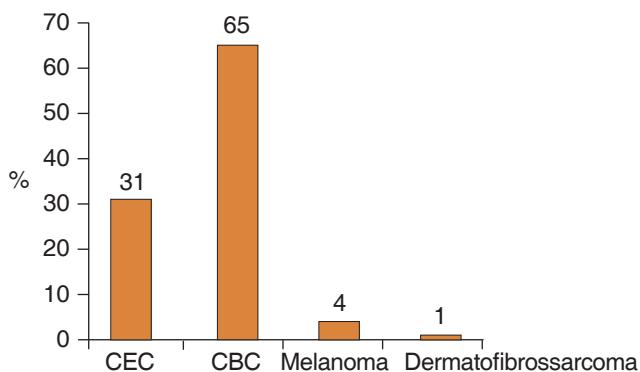


Figura 3. Tipo histológico das lesões.

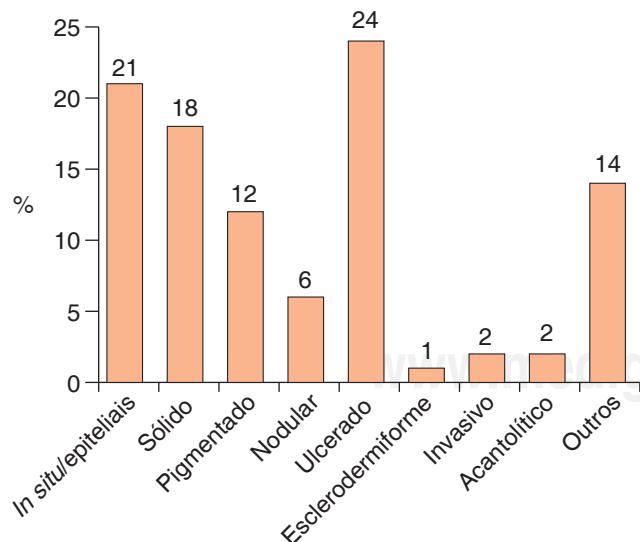


Figura 4. Subtipo histológico das lesões.

apenas uma lesão maligna; 24.6% (n = 15) possuíam duas lesões malignas; 4.9% apresentavam três ou quatro lesões malignas; 3.3% (n = 2) apresentavam cinco lesões e 1.6% (n = 1) com seis lesões. Os subtipos histológicos mais encontrados foram 23.5% (n = 20) de ulcerados, 21.2% (n = 18) *in situ/epiteliais*, 17.6% (n = 15) sólidos, 14.1% (n = 12) outros tipos. Os menos freqüentes foram 11.8% (n = 10) pigmentados, 5.9% (n = 5) nodulares, 2.4% (n = 2) de invasivos ou acantolíticos e 1.2% (n = 1) esclerodermiforme. Dentre as regiões acometidas encontram-se: 30.6% (n = 26) em face; 14.1% (n = 12) em membros superiores ou nariz;

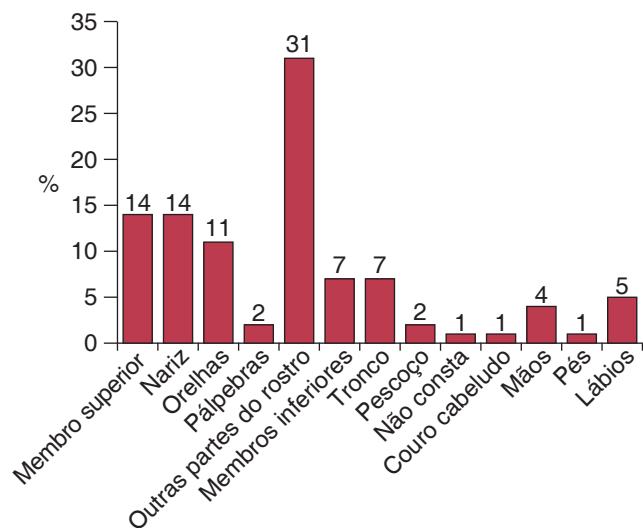


Figura 5. Local do corpo mais acometido.

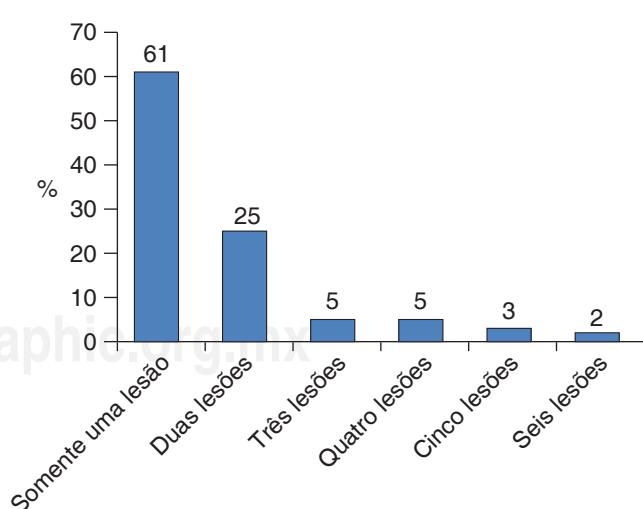


Figura 6. Número de lesões concomitantes no dia da biópsia.

10.6% (n = 9) em orelhas; 2.4% (n = 2) em pálpebras ou pescoço; 7.1% (n = 6) em membros inferiores ou tronco, 1.2% (n = 1) em couro cabeludo ou pés, 3.5% em mãos (n = 3) e 4.7% (n = 4) em lábios. Em 1.2% (n = 1) não foi possível colher este dado. O lado direito do corpo foi o menos acometido com 31.8% (n = 27) e o esquerdo o mais prevalente com 42.4% (n = 36) dos casos. Este dado não constava em 25.9% (n = 22) dos dados. Referiram em consulta ter sido diagnosticado com câncer de pele previamente 29.5% (n = 18); e em 26.2% (n = 16) dos casos negaram lesões malignas de pele prévias. Em 44.3% (n = 27) dos casos não foi possível definir histórico prévio de câncer de pele.

DISCUSSÃO

A mudança do estilo de vida no século XIX, trouxe maior exposição ao sol para ambos os sexos.⁷ O sexo feminino foi prevalente no presente estudo (60.7%), o que difere de alguns artigos na literatura atual onde o sexo masculino é maioria, em especial nos casos de CBC.⁶ Este dado sugere uma maior vigilância da pele pelas mulheres que procuram mais freqüentemente os serviços de saúde para diagnóstico precoce de lesões cutâneas. Além disso, mulheres são mais suscetíveis a seguir ideais de beleza expostos em propagandas por mídias sociais.¹

No presente estudo muitos pacientes eram provenientes de áreas muito expostas ao sol. Se somados, os estados do Nordeste brasileiro neste estudo totalizam 32.9%. O maior fator de risco para os cânceres de pele é o excesso de exposição a radiação solar, em especial a exposição prolongada aos raios ultra violetas.^{6,7} O número crescente de cânceres de pele em populações como a dos EUA, e a do Brasil sugere um epidemia subdiagnosticada.² Em 29.5% dos casos havia histórico de câncer de pele prévio, sugerindo uma exposição mais crônica ao sol e possível associação com outros fatores de risco carcinogênicos.

Há crescente exposição solar, em especial dentre os jovens.⁷ Porém não é nesta faixa etária que predominam as lesões malignas de pele, uma vez que a radiação recebida ao longo da vida é cumulativa e crônica⁷ e por isso há maior prevalência em pessoas idosas. Além disso, esta faixa etária vem aumentando com a expectativa de vida e possui maiores dificuldades para diagnosticar lesões precocemente.⁹ A faixa etária mais prevalente em nosso estudo foi de 60-69 anos no serviço ambulatorial (23%), o que condiz com o descrito na literatura.^{1,6}

O câncer de pele é mais prevalente em pessoas de etnia caucasiana, indivíduos com fototipo I e II segundo classificação de Fitzpatrick, e que têm tendência a

queimaduras solares quando expostos ao sol ao invés de bronzeamente da pele. Isto é praticamente um consenso em estudos nacionais e internacionais.¹ Metade (50.8%) dos pacientes no presente estudo eram caucasianos, correspondendo ao esperado.

Um número significante de 24.6% apresentava duas lesões malignas concomitantes. Reforçando portanto a necessidade de auto vigilância para diagnóstico precoce de novas lesões e exame dermatológico adequado de todas as partes do corpo do paciente por médico especialista com o uso da dermatoscopia que possui alta sensibilidade 98% e alta especificidade 91%.⁹

O tipo histológico mais encontrado foi o CBC (64.7% dos casos), seguido pelo CEC (30.6% do total), conforme literatura.^{1,4,6,7} Em estudos recentes, os subtipos de CBC mais comumente encontrados na região de cabeça e pescoço (exposição contínua ao sol) foram: nodular, nodular ulcerativo, esclerodermiforme, micronodular e miscelânea. O tipo superficial foi mais encontrado na região do tronco (regiões de intermitente exposição solar).² No ambulatório os subtipos mais encontrados foram (23.5%) ulcerados, (21.2%) *in situ*/epiteliais. Os nodulares apresentaram-se apenas em 5 casos (2.4%).²

Neste serviço, houve cerca de 4% (n = 3) casos de melanoma. Embora seja o menos freqüente dentre os cânceres de pele, o melanoma é o mais agressivo e com maior letalidade, chegando a apresentar 65% de óbitos na Europa, Oceania e América do Norte, sendo este um dado alarmante.^{2,4,10}

Homens em geral apresentam mais cânceres de pele do tipo CBC em área dorsal do corpo ou couro cabeludo, e mulheres em face, o que sugere a diferença importante de vestimenta nos diferentes sexos e a perda mais precocemente de cabelo em homens, em geral devido a alopecia androgênica.⁶ Neste estudo, as regiões: nasal (14.1%) e facial (30.6%) foram as mais acometidas em ambos os sexos, em especial os 2/3 superior da face, correspondente ao encontrado na literatura atual para o CBC.^{4,6} Alguns locais freqüentes, porém não expostos ao sol, como a região genital, por exemplo podem estar relacionados a outros fatores, que não a exposição solar como a infecção por papilomavírus humano-HPV por exemplo.^{1,2} Algumas lesões como ceratose actinica e nevo melanocítico podem estar envolvidas com o desenvolvimento de CEC e melanoma respectivamente.⁴

CONCLUSÃO

O câncer de pele, especialmente do tipo não melanoma, embora com baixa letalidade associa-se a altos custos

e morbidades sendo esta uma realidade mundial sub-notificada globalmente. É importante realizar a prevenção com a monitorização regular e adequada dos pacientes em serviços de saúde, e o incentivo às campanhas nacionais e internacionais contra o câncer de pele. Trata-se de doença prevenível, de diagnóstico clínico e que se diagnosticada tardeamente pode ser fatal.

Correspondência:

Rossana C Farias De Vasconcelos

Rua Barata Ribeiro 490,
Bela vista São Paulo- SP Brasil.
CEP 01308-000

Telefone: 0055 11 3255 7599

E-mail: rvasconcelos@clinicanomina.com.br

REFERÊNCIAS

1. Ferreira FR, Pevide Bda C, Rodrigues RF, Nascimento LF, Lira ML. Differences in age and topographic distribution of the different histological subtypes of basal cell carcinoma, Taubaté (SP), Brazil. *An Bras Dermatol.* 2013; 88 (5): 726-730.
2. Rogers HW, Weinstock MA, Harris AR, Hinckley MR, Feldman SR, Fleischer AB et al. Incidence estimate of nonmelanoma skin cancer in the United States, 2006. *Arch Dermatol.* 2010; 146 (3): 283-287.
3. Broettol J, Gonçalves JF, Edison SA, Won SS, Richter CA, de Toni RA. Tratamento cirúrgico dos carcinomas basocelular e espinocelular: experiência dos Serviços de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga. *Rev Bras Cir Plást.* 2012; 27 (4): 527-530.
4. Brasil, Ministério da Saúde, INCA-Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Tabela estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do numero de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária, 2016, Online.
5. Brasil, Ministério da Saúde, INCA-Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Estimativa 2016-Incidência de Câncer no Brasil, Online. 2016, pp. 53-54.
6. Andrade P, Brites MM, Vieira R, Mariano A, Reis JP, Tellechea O et al. Epidemiology of basal cell carcinomas and squamous cell carcinomas in a Department of Dermatology: a 5 year review. *An Bras Dermatol.* 2012; 87 (2): 212-219.
7. Duquia RP, Menezes AM, Almeida HL Jr, Reichert FF, Santos Ida S, Haack RL, et al. Duquia RP et al. Prevalence of sun exposure and its associated factors in southern Brazil: a population-based study. *An Bras Dermatol.* 2013; 88 (4): 554-561.
8. Sociedade Brasileira de Dermatologia, Doenças da pele-tipos de câncer de pele, 2016. Online. Acessado em: www.sbd.org.br/dermatologia/doencas-da-pele/sobre-o-cancer-da-pele/tipos-de-cancer-da-pele/
9. Versiani DA, Lopes LM, Viana SG, Freitas BF, Mayumi NA, Gondim CN. Melanoma maligno: estudo epidemiológico dos casos diagnosticados em unidade de referência em dermatologia em Bauru-sp de 2007 a 2014. *Surg Cosmet Dermatol.* 2015; 7 (2): 104-107.
10. Cucé LC, Vasconcelos RC, Silvino JR, Chammas DZ, Franzotti AM, Sandin J et al. Melanoma cutâneo: pacientes do complexo hospitalar Edmundo Vasconcelos em comparação com outros serviços de referência. *Rev Bras Med.* 2011; 68 (3 Supl): 27-31.