

NEOPLASIAS MALIGNAS CUTÂNEAS: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

*Carlos D'Aparecida S. Machado Filho*¹ *Fabianne Lucas de Andrade*²
*Lilian Mayumi Odo*² *Luiz Henrique Camargo Paschoal*³
*Nelson da Cruz Gouveia*⁴ *Vítor Jun Kurita*²

RESUMO

Fundamentos: O câncer mais frequente no mundo, atualmente é o de pele. Sua incidência vem aumentando significativamente, porém o número de casos exatos não é conhecido, especialmente no Brasil.

Objetivo: Atualização do levantamento estatístico de câncer de pele feito no Serviço de Dermatologia da Faculdade de Medicina do ABC em 1987¹.

Material e Métodos: Em um levantamento de 50.000 prontuários correspondentes ao período de janeiro de 1987 a Dezembro de 1998, realizou-se um estudo retrospectivo de 1040 pacientes que apresentavam 1194 neoplasias malignas de pele, diagnosticadas por exame anátomo-patológico e posteriormente submetidas a tratamento cirúrgico no Serviço de Dermatologia da Faculdade de Medicina do ABC.

Resultados: O tumor de pele mais encontrado foi o Carcinoma basocelular (CBC) 73,3%, seguido pelo carcinoma espinocelular (CEC) 18,8%, doença de Bowen 4,86% e melanoma 3,0%.

Conclusões: Os resultados encontrados foram compatíveis com os relatados na literatura, exceto pelo predomínio do sexo feminino nos casos de carcinoma basocelular em nosso estudo.

Palavra chave: Epidemiologia; neoplasias cutâneas.

INTRODUÇÃO

O câncer mais frequente no mundo, atualmente é o de pele. Sua incidência vem aumentando significativamente nos últimos anos e isso se deve a vários fatores, alguns ainda não identificados e outros como o hábito de exposição solar^{2,3}, culturalmente valorizado pelas civilizações ocidentais modernas.

A incidência exata não é conhecida porque muitos caos

não são reportados pelo próprio médico ao paciente, alguns são subdiagnosticados e não tratados, além de não haver obrigatoriedade de notificação aos órgãos de Vigilância Sanitária. Estima-se que aproximadamente 50% das pessoas com mais de 65 anos desenvolverão câncer de pele⁴.

As pessoas com exposição solar crônica constituem o grupo de maior risco para apresentar câncer de pele, visto que a maior parte dos tumores é causada pela radiação solar na faixa do ultravioleta². Devido a isso as regiões do corpo mais expostas à luz solar (cabeça , pescoço) são as mais acometidas⁵.

Apesar de serem, na maioria das vezes, tumores de baixa mortalidade, a morbidade pode ser grande, impedindo o bem estar social do paciente e impondo enorme custo para o Sistema de Saúde⁶.

O estudo estatístico de atualização realizado no Serviço de Dermatologia da FMABC mostra o perfil dos pacientes com neoplasias cutâneas que frequentam esta instituição. Relacionando os tipos de tumores com sexo, idade, principais sintomas associados, além de relatar a aderência dos pacientes no seguimento pós tratamento cirúrgico.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um estudo de 1.040 pacientes que apresentaram 1.194 neoplasias malignas de pele, diagnosticadas por exame anatomopatológico e submetidas a tratamento cirúrgico, no Serviço de Dermatologia da Faculdade de Medicina do ABC, no período de janeiro de 1987 a dezembro de 1998, por meio de levantamento de todos prontuários correspondentes a este intervalo de tempo em arquivo médico.

1 – Chefe do Setor de Cirúrgica Dermatológica da Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Medicina do ABC (FM ABC).

2 – Estagiário de dermatologia.

3 – Titular da Disciplina de Dermatologia da FM ABC.

4 – Professor Doutor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia da Faculdade de Medicina do ABC – FM ABC.

Endereço do autor principal: **Dr. Carlos D'aparecida S. Machado Filho**

R: Vieira de Moraes, 196 / cep: 04617- 003 / São Paulo – SP

Tel: 542 – 0114 / Fax: 5313271 / e-mail: carlos.machado@originet.com.br

Sobre os prontuários destes pacientes foi aplicado um protocolo pré- definido que analisou os casos segundo seguintes parâmetros (figura 1):

Figura 1: Protocolo

Protocolo

Identificação
Nome: Sexo: Idade: Raça: Procedência:

Sintomas associados a neoplasia
Crescimento
Alteração de cor
Prurido
Dor
Ulceração
Sangramento
Secreção purulenta

Local da lesão:
Tipo histológico do tumor:
Tumor de pele anteriormente tratado: sim não

Doenças associadas
Melanose solar
Queratose actínica

Seguimento
3 meses:
6 meses:
12 meses:
24 meses:

➤ A - ausência de recidivas
➤ B - recidiva
➤ C - novo tumor

As estatísticas estudadas foram obtidas através do relato e descrição em prontuários médicos e com base do laudo no exame anatomopatológico incluídos nestes documentos.

Foram excluídos do levantamento estatístico os pacientes que não apresentavam diagnóstico confirmado por exame anatomopatológico e os que não foram submetidos a tratamento cirúrgico.

Os prontuários dos pacientes que abandonaram o seguimento foram incluídos neste trabalho, pois a maioria dos pacientes não retornou ao serviço para

reavaliação clínica.

O Serviço de Dermatologia de Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) preconiza o acompanhamento dos pacientes com diagnóstico do câncer de pele por 5 anos, sendo os retornos aos 3,6,12 meses e após esta data anualmente.

RESULTADOS

Nos 50.000 prontuários levantados, foram encontrados 1194 casos de câncer de pele em 1040 pacientes, com média de 1,2 lesões por pessoa.

A tabela 1 mostra que 71,5% dos pacientes eram procedentes do ABCD paulista, sendo em sua maioria 586 (56,3%) de Santo André.

Com relação ao sexo, encontramos um predomínio do sexo feminino(58,7%) e a raça mais acometida foi a branca (82,9%).

Tabela 1: Perfil dos pacientes

Sexo	Frequência	%
Feminino	610	58,7
Masculino	430	41,3
Total	1040	100,0

Raça	Frequência	%
Branca	862	82,9
Negra	3	0,3
Parda	48	4,6
Sem dados	127	12,2
Total	1040	100,0

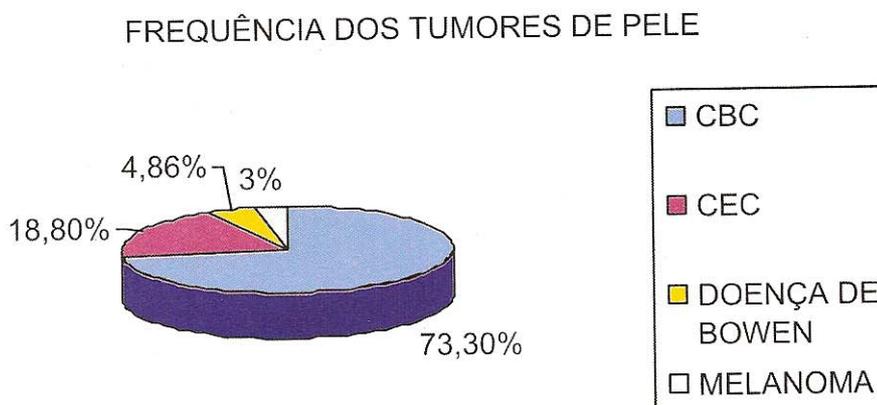
Os sinais e sintomas descritos pelos pacientes, mostraram que as características mais comuns das neoplasias de pele eram crescimento da lesão (29,8%), seguido de sangramento (15,1%) e prurido (12,3%). Chama a nossa atenção que grande parte desses tumores são assintomáticos (23,1%),conforme tabela 2.

Tabela 2: Sintomas apresentados

Sintomas	Frequência	%
Crescimento	512	29,8
Sangramento	259	15,1
Prurido	211	12,3
Ulceração	153	8,9
Dor	101	5,9
Secreção Purulenta	58	3,4
Alteração da Cor	26	1,5
Assintomáticos	397	23,1
Total	1717	100,0

O gráfico 1 ilustra a frequência dos tumores malignos de pele, sendo que o mais encontrado foi o carcinoma basocelular (CBC) (73,3%). O carcinoma espinocelular (CEC) (18,8%), doença de Bowen (4,86%) e melanoma (3,0%) apresentam-se a seguir nesta sequência.

Gráfico 1:



Observando-se a tabela 3 de faixa etária, nota-se que a partir da sexta década houve um aumento na frequência dos tumores, exceto pelo melanoma, apresentando uma média de idade de 65 anos. Analisando a idade dos portadores de melanoma, encontramos uma maior incidência antes da sexta década (20 casos), contra 16 após os 60 anos.

Tabela 3: Distribuição dos tumores em relação a idade

Idade	Dç. Bowen	CBC	CEC	Melanoma	Frequência	(%)
0 ---/ 20	0	3	1	3	7	0,7
20 ---/ 40	1	53	8	5	65	6,3
40 ---/ 60	12	232	50	12	263	24,7
60 ---/ 80	40	482	121	13	579	48,4
80 ---/ 100	5	100	43	3	119	19,9
Total	58	870	223	36	1033	100,0

*7 prontuários não apresentavam dados sobre a idade.

*A média da idade = 65 anos.

O CBC é o mais frequente no sexo feminino (57,4%), da mesma forma que o melanoma e doença de Bowen. O CEC apresenta a mesma incidência nos dois sexos (tabela 4), essa diferença na distribuição dos tumores em relação ao sexo é estatisticamente significativa ($p=0,005$).

Tabela 4: Distribuição dos tumores em relação ao sexo

Sexo	Dç. Bowen		CBC		CEC		Melanoma		Total	
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Feminino	41	70,7	502	57,4	112	50,0	27	73,0	682	57,1
Masculino	17	29,3	373	42,6	112	50,0	10	27,0	512	42,9
Total	58	100,0	875	100,0	224	100,0	37	100,0	1194	100,0

$X^2=12,8 - p=0,005$

A frequência dos tipos histológicos de câncer de pele em relação a localização é demonstrada na tabela 5. Observou-se que dos 875 casos de CBC, 715 (81,7 %) localizaram-se na extremidade cefálica, sendo que a maior parcela 296 (33,8%) eram da região nasal. Dos 224 casos de CEC, 160 (71,4%) eram da extremidade cefálica, apresentando 48 (21,3%) na região labial inferior. Dos 58 casos de doença de Bowen, 25 (43,1%) situavam-se na extremidade cefálica, sendo que 11 (19%) na região malar. Dos 37 casos de melanoma, 9 (24,4%) eram do tronco e 8 (21,6%) dos membros inferiores.

Tabela 5: Localização dos tumores

LOCAL	CBC		CEC		Bowen		Melanoma		Total	
	freq.	%	freq.	%	freq.	%	freq.	%	freq.	%
EXTREMIDADE CEFÁLICA	715	81,7	160	71,4	25	43,1	12	32,4	912	76,4
* FRONTAL	88	10,1	14	6,3	6	10,3	2	5,4	110	92,0
* PERI-ORBITAL	87	9,8	10	4,5	2	3,5	1	2,7	100	8,4
* AURICULAR	53	6,1	17	7,6	4	6,8	1	2,7	75	6,3
* NASAL	296	33,8	31	13,8	0	0	1	2,7	328	27,5
* MALAR	116	13,3	24	10,7	11	19,0	5	13,5	156	13,1
* ZIGOMÁTICO	11	1,3	4	1,8	0	0	0	0	15	1,2
* LABIAL SUPERIOR	19	2,1	6	2,7	0	0	0	0	25	2,1
* LABIAL INFERIOR	12	1,4	48	21,3	0	0	0	0	60	5,0
* MANDIBULAR	33	3,8	6	2,7	2	3,5	2	5,4	43	3,6
TRONCO	102	11,7	20	8,9	10	17,2	9	24,4	141	11,7
MEMBROS SUPERIORES	37	4,2	32	14,4	12	20,8	7	18,9	88	7,4
MEMBROS INFERIORES	21	2,4	12	5,3	10	17,2	8	21,6	51	4,3
SEM DADOS	0	0	0	0	1	1,7	1	2,7	2	0,2
TOTAL	875	100,0	224	100,0	58	100,0	37	100,0	1194	100,0

A extremidade cefálica foi a localização mais acometida pelas neoplasias de pele em ambos os sexos, sendo no feminino 514 casos (75,4%) e no masculino 398 casos (77,7%) (tabela 6).

Tabela 6: Localização dos tumores em relação ao sexo

Local	FEMININO		MASCULINO	
	Frequência	%	Frequência	%
EXTREMIDADE CEFÁLICA	514	75,4	398	77,7
FRONTAL	65	9,5	45	8,8
PERI-ORBITAL	59	8,7	41	8,0
AURICULAR	25	3,7	50	9,8
NASAL	205	30,0	123	24,0
MALAR	93	13,7	63	12,2
ZIGOMÁTICO	11	1,6	4	0,8
LABIAL SUPERIOR	15	2,2	10	2,0
LABIAL INFERIOR	17	2,5	43	8,4
MANDIBULAR	24	3,5	19	3,7
TRONCO	63	9,2	78	15,2
MEMBROS SUPERIORES	61	8,9	27	5,3
MEMBROS INFERIORES	42	6,2	9	1,8
SEM DADOS	2	0,3	0	0
TOTAL	682	100,0	512	100,0

$X^2 = 27,71 - p < 0,0001$ (relacionando extremidade cefálica, tronco e membros)

Dos 1040 pacientes, 940 (90,4%) apresentaram 1 lesão e 130 (9,6%) apresentaram 2 ou mais lesões. A avaliação de doenças dermatológicas associadas ao câncer de pele revela a presença de melanose solar em 25,2% dos casos, queratose actínica em 17,3% e ambas em 25,6% (tabela 7).

Tabela 7: Relação dos tumores de pele com queratose actínica e melanose solar

Doenças Associadas	Frequência	%
Queratose Actínica	180	17,3
Melanose Solar	262	25,2
Ambas acima	266	25,6
Nenhuma	332	31,9
Total	1040	100,0

A tabela 8 demonstra que 176 (16,9%) pacientes apresentaram neoplasia maligna de pele tratada anteriormente.

Tabela 8: Presença de tumor de pele anteriormente tratado

Tumor de pele anteriormente tratado	Frequência	%
Não	864	83,1
Sim	176	16,9
Total	1040	100,0

Do total de pacientes incluídos no trabalho (1040), 627 (44,3%) retornaram para reavaliação após 3 meses do tratamento cirúrgico, 614 (98%) apresentando ausência de recidivas. No sexto mês 393 (27,7%) compareceram ao seguimento, sendo que 385 (98%) não apresentaram recidivas. O retorno no décimo segundo mês foi aderido por 256 (18,1%) pacientes dos quais 243 (95%) não apresentaram recidivas e no vigésimo quarto mês de reavaliação, 140 (9,9%) pessoas apresentaram-se em consulta médica, em 132 (94%) não havia recidiva da lesão neoplásica (tabela 9 e 10).

Tabela 9: Número de retornos após tratamento cirúrgico

Retornos no seguimento	Frequência	%
3 meses	627	44,3
6 meses	393	27,7
12 meses	256	18,1
24 meses	140	9,9
Total	1416	100,0

Tabela 10: Avaliação dos pacientes após o tratamento cirúrgico

Seguimento	3 meses		6 meses		12 meses		24 meses	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Ausência de recidivas	614	98	385	98	243	95	132	94
Recidivas	13	2	8	2	13	5	8	6
Total	627	100	393	100	256	100	140	100

Muitos pacientes apresentavam novas lesões malignas durante o acompanhamento do tratamento, aos 3 meses houve aparecimento de 49 novos tumores, aos 6 meses 36, aos 12 meses 43 e aos 24 meses 36.

DISCUSSÃO

Os dados apresentados mostram que o serviço de Dermatologia da Faculdade de Medicina do ABC cumpre com o seu papel social atendendo predominantemente pacientes provenientes do ABCD Paulista. A presença de pacientes de outras cidades e estados indicam que o serviço vem se tornando uma referência nacional no tratamento de neoplasias cutâneas, sendo este multisetorial, abrangendo a dermatologia clínica, cirúrgica e oncológica.

A distribuição dos cânceres de pele segundo diagnóstico, assemelha-se aos dados encontrados na literatura^{7,8,9,10,11}. Classicamente houve um predomínio do CBC sobre os

CEC e doença de Bowen. A frequência de melanomas malignos (3%) também foi semelhante ao descrito pelo levantamento do Ministério da Saúde em 1993 que traz o valor de 3,7%.

As pessoas mais acometidas do CBC pertenciam ao sexo feminino, dado não encontrado na literatura, pois mostra em alguns estudos equitatividade¹² e em outros predomínios do sexo masculino¹³. Quanto aos CEC houve a mesma proporção entre homens e mulheres diferentemente dos trabalhos revisados que mostram maior incidência no sexo masculino.

Nosso estudo tem uma amostra significativa de pacientes, porém insuficientes para concluir que estão ocorrendo mudanças no perfil dos pacientes com câncer de pele. A presença neste trabalho de maior número de mulheres com CBC pode estar relacionado ao hábito de se expor ao sol e/ou a técnica de bronzeamento artificial

cada vez mais praticados por elas nos dias de hoje. A maioria dos pacientes que apresentaram câncer de pele eram brancos, estatística semelhante aos trabalhos científicos estudados ¹⁴.

A análise da idade média dos pacientes estudados revelou dados compatíveis com a literatura, apresentando idade média de 65 anos.

Nota-se que houve um predomínio das neoplasias cutâneas não melanoma em áreas expostas ao sol, como extremidade cefálica e tronco ⁵. O melanoma foi diagnosticado em maior número na região do tronco e extremidades inferiores, dados compatíveis com a literatura ¹².

Foram encontrados 81,7% dos CBC na extremidade cefálica, sendo que destes 33,8% eram da região nasal, um local de difícil abordagem terapêutica e que apresenta recidiva freqüente. Por isso o serviço de dermatologia da FMABC vem desenvolvendo ao longo dos últimos seis anos técnica de remoção de carcinomas lançando mão de margens micrograficamente controladas através de inclusão em parafina e exame anatomopatológico realizado pela rotina, deixando a cicatrização por segunda intenção ou em alguns casos enxertia imediata, ficando as reconstruções para uma outra etapa quando as margens cirúrgicas apresentam-se livres de neoplasia, procurando reestalecer ao máximo as características funcionais e estéticas da área afetada.

Quanto aos sintomas, observa-se um grande número de pacientes assintomáticos revelando que a população deve ser melhor orientada em relação aos aspectos clínicos que os tumores de pele podem causar. Isso acarretará no diagnóstico rápido e conseqüentemente melhor resultado terapêutico, pois lesões detectadas

precocemente têm um alto índice de cura.

A presença de pacientes com mais de um tumor de pele, tratamento anterior de neoplasias cutâneas ou surgimento de outras lesões oncológicas de pele ao longo do segmento, nos mostra a importância do acompanhamento clínico desses pacientes após o tratamento cirúrgico, como relatado na literatura ^{9,15}. Sabe-se que o indivíduo que teve um tumor não melanoma tem 40% de chance de apresentar novo carcinoma nos 12 primeiros meses do primeiro diagnóstico, sendo a recidiva do tumor outro dado relativamente comum.

Nosso estudo apresentou uma baixa aderência dos pacientes ao seguimento, já que o número de retornos foi diminuindo com o passar do tempo, sendo que nos primeiros 3 meses pós tratamento cirúrgico menos de 50% dos pacientes retornaram em consulta médica. Isto pode ser um reflexo de precárias condições de atendimento nos retornos.

Proporcionalmente as estatísticas encontradas no presente estudo são equivalentes aos valores relatados no trabalho realizado em 1987 no Serviço de Dermatologia da Faculdade de Medicina do ABC ¹.

CONCLUSÕES

A análise dos dados apresentados demonstra que, de um modo geral, não há grandes diferenças dos dados encontrados na literatura mundial. A única diferença encontrada foi uma maior incidência dos tumores no sexo feminino. O valor estatístico dessa desigualdade exige um estudo com maior amostra para a sua confirmação.

A baixa aderência dos pacientes ao tratamento, sugere que se deva criar estratégias que facilitem o acesso dos pacientes aos retornos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Filho CASM; Paschoal LHC; Sender F et al. Neoplasias malignas cutâneas: estudo epidemiológico. *An bras Dermatol*; 71(6):479-484,1996 Nov/Dez
2. Strom SS; Yamamura Y. Epidemiology of nonmelanoma skin cancer. *Clin Plast Surg*; 24(4):627-36,1997 Oct.
3. Gallagher PR; Hill GB; Baj de KCD et al. Sunlight exposure, pigmentary factors, and risk of nonmelanocytic skin cancer. *Arch Dermatol* 1995;131:157-69.
4. Fundação Oncocentro. Manual de Oncologia clínica. 2ª ed. São Paulo, 1993.
5. Marks R. The epidemiology of nonmelanoma skin cancer; who, why and what can we do about it. *J Dermatol*;22(11):853-7,1995 Nov.
6. Corona R. Epidemiology of nonmelanoma skin cancer: a review. *Ann Ist Super Sanita*;32(1):37-42,1996.
7. Staples M; Marks R; Gilles G. Trends in the incidence of non-melanocytic skin cancer (NMSC) treated in Australia 1985-1995; are primary prevention programs starting to have an effect?
8. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Controle de Câncer - Pró-Onco. Registro Nacional de Patologia Tumoral. Diagnóstico de Câncer, Brasil. 1986-90. Rio de Janeiro: Pró-Onco, 1993.
9. Robinson JK. Risk of developing another basal cell

carcinoma. *Cancer*.1987;60:118-20.

10. Schreiber MM; Moon TE; Fox SH; Davdison J. The skin of developing subsequent non melanoma skin cancers. *J Am Acad Dermatol* 1990; 23:1114-8.

11. Zacharias, Darwin Pinheiro Machado. Câncer de pele: controle no Estado de São Paulo; manual de orientação. São Paulo; 1994; Fundação Oncocentro de São Paulo; 1994. (13)p. ilus.

12. Oliveira, Iran Dunshee de Obranches; Brunstein, Flávia; Minami, Elisa; Yojo, Lucia Miiko; Andrade Filho, Eduardo Fausto de; Ferreira, Lydia Masako. Neoplasias malignas de pele: Análise Epidemiológica de 1.242 pacientes operados. *J. bras. med*; 71(2) : 61-2, 63, 66, passem, ago. 1996. tab, graf.

13. Castro, Luis Guilherme M; Freire, Maria Amélia; Toyama, Carmen L; Britto, Thales F de; Gomes, Ana Paula. Câncer de pele em clínica particular de São Paulo. *An.bras.dermatol*; 71(6):471-6,nov-dez.1996.ilus,tab.

14. Maia, Marcus; Proença, Nelson Guimarães; Moraes, José Cássio de. Risk factors for basal cell carcinoma: a case control study. *Rev. saúde pública*; 29(1):23-37, fev.1995.tab.

15. Epstein E. Value of follow-up after treatment of basal cell carcinoma. *Arch Dermatol* 1973; 108.798-800.