

TUMORES MALIGNOS DE PELE: ESTUDO SECCIONAL
E ANALÍTICO DE 83 CASOS

MALIGNANTY SKIN TUMORS: SECTIONAL
AND ANALYTICAL STUDY OF 83 CASES

Jair José PEREIRA¹
Luiz Henrique TRILLO¹
Adriana Cantoni²
Sérgio Mourão Magalhães PINTO³
Gabriela Pedro PIERRO⁴
Maura BRESSAN⁴
Thiago Mussato CARCINONI⁴
Maria Cristina Nobrega LEAL⁴

RESUMO

O câncer primário da pele é mais freqüente em indivíduos caucasóides, sendo o melanoma maligno a principal causa de morte dentre todas as doenças originadas da pele. Foram analisados 83 casos de câncer de pele com comprovação anatomopatológica, submetidos à tratamento operatório no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital e Maternidade Celso Pierro, PUC-Campinas entre o período de maio de 1996 e maio de 1997. Dos 83 pacientes analisados, 44 (53,0%) eram do sexo masculino, 39 (47,0%) do sexo feminino, e 46,6% dos casos encontraram-se na faixa etária acima dos 70 anos. Quanto ao diagnóstico histológico, 65 pacientes (72,2%) apresentavam carcinoma basocelular, 16 (17,7%) carcinoma espinocelular, 4 (4,3%) melanoma maligno e 5 (5,5%) constituíram outras neoplasias. Considerando o diagnóstico anatomopatológico, analisou-se a distribuição dos tumores de pele nas variantes: sexo, faixa etária, tipo de pele e exposição solar, localização do tumor e localização do carcinoma basocelular na face e confirmação anatomopatológico do diagnóstico pré-operatório. Concluiu-se que a incidência quanto ao sexo, faixa etária, tipo histológico e topografia das lesões é coincidente com a literatura, ainda que a estatística nacional seja subestimada por perda de dados.

Unitermos: neoplasias cutâneas, carcinoma basocelular, carcinoma de células escamosas, melanoma.

ABSTRACT

The primary skin cancer is more frequent in Caucasian people, being the malignant melanoma the principal death cause among all the diseases originated from the skin. Eighty-three cases of skin cancer with anatomic-pathological proof have been investigated. Patients were submitted to operative treatment at Plastic Surgery Service of Hospital e Maternidade Celso Pierro, Puc-Campinas from May 1996 to May 1997. From the total of patients analyzed, 44 (53.0%) were male, 39 (47.0%) female and

⁽¹⁾ Curso de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas, PUC-Campinas, Serviço de Cirurgia Plástica, Hospital e Maternidade Celso Pierro. Av. John Boyd Dunlop, s/n, Jd. Ipaussurama, 13059-900, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: L.H. TRILLO.

⁽²⁾ Serviço de Cirurgia Plástica, Hospital e Maternidade Celso Pierro, PUC-Campinas.

⁽³⁾ Residente de Cirurgia Plástica, Hospital e Maternidade Celso Pierro, PUC-Campinas.

⁽⁴⁾ Acadêmicos do Curso de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas, PUC-Campinas.

46,6% of the cases were in the age group above 70 years old. About the histological diagnosis, 65 patients (72.2%) presented basal cell carcinoma, 16 (17.7%) squamous cell carcinoma, 4 (4.3%) melanoma and 5 (5.5%) other neoplasms. Considering the anatomic-pathological diagnosis, the distribution of the skin tumors was analyzed in the variants: sex, age group, type of skin and sunlight exposure, tumor and basal cell carcinoma location in the face and anatomic-pathological confirmation of preoperative diagnosis. It was concluded that the incidence regarding sex, age group, histological type and lesions topography is in accordance with the literature, although the national statistics is undere stimated by data losses.

INTRODUÇÃO

O câncer primário da pele é mais freqüente em indivíduos caucasóides¹³, sendo o melanoma maligno a principal causa de morte dentre todas as doenças originadas da pele^{2,6,14}. A exposição crônica à radiação eletromagnética em pacientes não protegidos por intensa pigmentação melânica constitui o fator etiológico de maior importância na carcinogênese dos tumores de pele. Conseqüentemente, estes são encontrados geralmente em indivíduos de tez clara, com ocupação ao ar livre e em áreas descobertas, expostas ao sol, principalmente face, pescoço e braços^{4,7,12,23}.

Fatores genéticos, carcinógenos químicos (por exemplo os arsênicos) e imunossupressão (transplantados, AIDS) são causas adicionais das neoplasias cutâneas^{3,15,17,19,26,27}.

O câncer de pele pode derivar-se de qualquer tipo de célula cutânea. Dentre os tipos histológicos, os mais comuns são os carcinomas basocelular (CBC), carcinoma espinocelular (CEC) e mais raramente melanoma maligno, que dentre os tumores de pele apresenta o maior índice de mortalidade, o que justifica nossa atenção especial^{11,16}.

O CBC corresponde a aproximadamente 70% das neoplasias cutâneas, origina-se das células basais da epiderme e raramente metastatiza; no entanto, possui considerável potencial de destruição local, com crescimento lento e indolor^{1,9,21,22}.

O CEC origina-se nos queratinócitos, portanto produz queratina, é menos comum que o CBC, porém é mais agressivo, podendo levar a metástase para linfonodos regionais. As lesões *in situ*, que apresentam-se como placas eritemato-escamosas, caracterizam a Doença de Bowen.

Aproximadamente 5% dos tumores de pele correspondem ao melanoma maligno. Decorre da proliferação de melanócitos atípicos na epiderme, tem caráter invasivo podendo dar metástase via linfática e hematogênica acometendo pulmões, fígado e cérebro. Cinquenta por cento dos pacientes com diagnóstico de melanoma tem menos de 50 anos^{2,21}.

Levando-se em conta a escassez de dados estatísticos sobre os tumores de pele no Brasil²⁵, o objetivo deste trabalho é analisar os aspectos

epidemiológicos dos casos de neoplasia maligna de pele, diagnosticados e operados no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP), PUC-Campinas, bem como avaliar a eficácia do diagnóstico clínico pré-operatório, comprovado pelo exame anatomopatológico.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram analisados 83 casos de pacientes com lesões de pele sugestivas de neoplasia, operados ambulatorialmente no Serviço do HMCP, no período de maio de 1996 a maio de 1997.

Os pacientes que apresentavam mais de uma lesão neoplásica em uma mesma topografia foram considerados como portadores de uma só lesão, enquanto os que apresentavam mais de um tipo histológico de câncer de pele foram analisados separadamente perfazendo 90 neoplasias.

Todos os pacientes foram submetidos à análise clínica das lesões, devidamente fotografados e protocolados, estabelecendo-se o diagnóstico clínico pré-operatório.

Foram consideradas as seguintes variantes: sexo, idade, profissão (exposição solar), tipo de pele (segundo classificação de McKee), localização e número de lesões, tipo histológico, tempo de evolução da doença, concordância diagnóstica pré e pós-operatória e tempo decorrido entre o aparecimento das lesões e o tratamento operatório.

Em seguida foi realizada excisão cirúrgica das lesões, respeitando-se as margens de segurança preconizadas. Todo material retirado foi enviado ao exame anatomopatológico para comprovação diagnóstica.

Foram excluídos do estudo, casos sem comprovação histopatológica da lesão ou pacientes cujo prontuário apresentava-se incompleto, com conseqüente subestimação dos dados.

RESULTADOS

Do total de pacientes analisados, 44 (53,0%) eram do sexo masculino, 39 (47,0%) do sexo feminino, e 46,6%

dos casos encontraram-se na faixa etária acima dos 70 anos. Quanto ao diagnóstico histológico, 65 pacientes (72,2%) apresentavam CBC, 16 (17,7%) CEC, 4 (4,3%) melanoma e 5 (5,5%) constituíram outras neoplasias (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1. Distribuição por sexo nos diferentes tipos histológicos e no total dos tumores de pele.

Tipo histológico	Sexo Feminino		Sexo Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
CBC*	25	38,4	40	61,5	65	72,2
CEC*	6	37,5	10	62,5	16	17,7
Melanoma	4	100,0	-	-	4	4,3
Outros	5	100,0	-	-	5	5,5
Sub-total	40	44,4	50	55,5	90	100,0

(*) CBC = Carcinoma Basocelular; CEC = Carcinoma Espinocelular.

Observou-se que 7 casos (8,9%) apresentavam associação de dois tipos histológicos, dos quais 6 casos (6,5%) correspondiam a CBC + CEC e 1 (1,0%) a CBC + Melanoma.

Quanto a localização do tumor, 72,2% dos pacientes tinham lesão em cabeça e pescoço, 32,3% no nariz e 17% no pavilhão auditivo (Tabela 3).

Outro importante achado relaciona-se ao tipo de pele, (51%) eram do tipo I (classificação de Mckee), enquanto que menos de 5% eram do tipo V. Confirmando o que tem sido postulado na literatura, observou-se que 81% dos casos de câncer de peles estão relacionados com a exposição solar crônica (Tabelas 4 e 5).

Na face, o CBC teve uma incidência de 32,3% no nariz, 21,5% nas pálpebras, 17,0% no pavilhão auditivo e 15,3% nos lábios. Foi realizado também a

Tabela 2. Distribuição por faixa etária nos diferentes tipos histológicos e no total de tumores de pele.

Tipo histológico	Faixa Etária (anos)		< 50 anos		51 - 60		61 - 70		> 70		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CBC*	12	18,4	13	20,0	12	18,4	28	43,0	65	72,2		
CEC*	-	-	-	-	5	31,2	11	68,7	16	17,7		
Melanoma	3	75,0	1	25,0	-	-	-	-	4	4,5		
Outros	1	20,0	1	20,0	-	-	3	60,0	5	5,5		
Sub-total	16	17,7	15	16,6	17	18,8	42	46,6	90	100,0		

(*) CBC = Carcinoma Basocelular; CEC = Carcinoma Espinocelular.

Tabela 3. Localização do tumor nos diferentes tipos histológicos.

Tipo histológico	Localização do Tumor		Cabeça e pescoço		Tronco		Membro Superior		Membro Inferior		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CBC*	51	78,4	5	7,6	8	12,3	1	1,5	65	72,2		
CEC*	9	56,2	4	25,0	3	18,7	-	-	16	17,7		
Melanoma	1	25,0	-	-	1	25,0	2	50,0	4	4,5		
Outros	4	80,0	1	20,0	-	-	-	-	5	5,5		
Sub-total	65	72,2	10	11,0	12	13,3	3	3,3	90	100,0		

(*) CBC = Carcinoma Basocelular; CEC = Carcinoma Espinocelular.

Tabela 4. Distribuição por tipo de pele nos diferentes tipos histológicos e no total de tumores de pele (ocupacional).

Tipo histológico	Tipo de pele (Mckee)		I		II		III		IV		V		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CBC*	29	44,6	15	23,0	15	23,0	2	3,0	4	6,1	65	72,2		
CEC*	11	68,7	2	12,5	3	87,0	-	-	-	-	16	17,7		
Melanoma	2	50,0	1	25,0	-	-	1	25,0	-	-	4	4,5		
Outros	4	80,0	1	20,0	-	-	-	-	-	-	5	5,5		
Sub-total	46	51,1	19	21,1	18	20,0	3,3	3,3	4	4,4	90	100,0		

(*) CBC = Carcinoma Basocelular; CEC = Carcinoma Espinocelular.

Tabela 5. Distribuição por exposição solar nos diferentes tipos histológicos e no total de tumores de pele (ocupacional).

Tipo histológico	Exposição solar		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
CBC*	50	76,9	15	23,0	58	69,0
CEC*	16	100,0	-	-	10	12,0
Melanoma	2	50,0	2	50,0	3	100,0
Outros	5	100,0	-	-	5	6,0
Sub-total	73	81,1	17	18,9	90	100,0

(*) CBC = Carcinoma Basocelular; CEC = Carcinoma Espinocelular.

confirmação anatomopatológico do diagnóstico pré-operatório (Tabela 6).

No CBC observou-se que 40 (61,5%) dos casos eram do sexo masculino, 28 (43%) tinham mais de 70 anos. Quanto ao tipo de pele, 29 (44,6%) eram do tipo I e 76,9% estavam expostos a radiação solar crônica (atividade profissional).

No CEC verificou-se que 10 (62,5%) dos casos eram do sexo masculino e 11 (68,7%) tinham mais de 70 anos. 70,0% dos pacientes tinham pele do tipo I e 100,0% deles estavam expostos ao sol.

No melanoma maligno todos os pacientes eram do sexo feminino e 3 (75%) tinham menos de 50 anos. O tipo de pele variou muito.

DISCUSSÃO

Embora saibamos da alta incidência de tumores de pele em locais em que os raios solares são mais perpendiculares e penetrantes, a exemplo das regiões cortadas pelo Equador, a literatura retrata maior número de casos novos por ano de cânceres de pele na Região Sul do país, possivelmente em virtude do perfil populacional de pele clara nesta região^{20,21}.

A Austrália apresenta a maior incidência mundial. São relatados cerca de 140 mil casos novos por ano,

culminando com a morte de 1 000 australianos/ano, devido a neoplasias cutâneas^{6,18}, sendo o melanoma maligno responsável por 80% destes óbitos.

Infelizmente, os dados estatísticos nacionais sobre o câncer de pele são escassos o que é, pelo menos em parte, consequência da falta de dados registrados nos prontuários, limitando o valor da análise retrospectiva. Isto também foi observado em outros estudos^{2,18,22,24}.

Segundo dados da Escola Paulista de Medicina, o CBC é a neoplasia mais comum da população branca, incidindo em 75-80% dos casos, especialmente em indivíduos de pele clara, faixa etária avançada, com história de exposição crônica à luz solar².

Na nossa casuística foi constatado o CBC em 72,2% dos casos, concordando com a literatura quanto à faixa etária, hábitos de exposição e características de pele. Foi observado discreta prevalência do sexo masculino sobre o feminino.

O CEC ocupa o segundo lugar em frequência dentre os tumores malignos de pele (20 a 25% dos tumores), acometendo preferencialmente homens com idade avançada. Relaciona-se também com pessoas de pele clara, e fatores de risco como radiação UV, ionizante, arsênico e derivados de combustão (carbono) e petróleo, além de doenças como xeroderma pigmentoso, albinismo e imunossupressão¹.

Quanto aos novos índices, o CEC ocupa a casa dos 17,7%, sendo 62,2% homens com idade avançada, pele clara e 100,0% de história de exposição solar crônica.

Já o melanoma maligno resulta da transformação maligna dos melanócitos intra-epidérmicos em áreas expostas ao sol decorrendo ou não de lesões precursoras prévias.

Sabe-se que a exposição solar e a genética são fatores relacionados, prevalecendo em caucasianos com exposição intensa e esporádica ao sol.

Tabela 6. Confirmação anátomo-patológica da hipótese diagnóstica (H.D.) pré-operatória.

Tipo histológico	H.D. pré-operatória correta		Não		Total	
	N	%	n	%	n	%
CBC*	60	92,3	5	7,6	65	72,2
CEC*	10	62,5	6	37,5	16	17,7
Melanoma	4	100,0	-	-	4	4,5
Outros	-	-	5	100,0	5	5,5
Sub-total	74	82,2	16	17,7	90	100,0

(*) CBC = Carcinoma Basocelular; CEC = Carcinoma Espinocelular.

O melanoma maligno perfaz 4,3% de nossa estatística, acometendo apenas mulheres (lembrando de que se trata de um estudo seccional), acometendo faixa etária abaixo dos 50 anos em 75,0% dos casos (contra 50,0% segundo dados literários), de acordo com a literatura quanto à localização destas lesões⁸.

Concluimos que a incidência quanto ao sexo, faixa etária, tipo histológico e topografia das lesões, são coincidentes com a literatura ainda que a estatística nacional seja subestimada por perda de dados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANESSI, G., BALIVA, G. Basal cell and squamous cell carcinomas- clinical histological features. *Ann Ist Surg Sanita*, Roma, v.32, n.1, p.29-36, 1996.
2. ARMSTRONG, B. K. The epidemiology and prevention of cancer in Australia. *Aust NZ J Surg*, Victoria, v.58, p.179-187, 1998.
3. BONI, R. *et al.* Concordance of genetic changes in basal cell carcinoma and associated clusters of squamous cells. *J Invest Dermatol*, New York, v.111, n.1, p.173-174, 1998.
4. BRASH, D.E. Sunlight and the onset of skin cancer. *Trends Genet*, Barking, v.13, n.10, p.410-414, 1997.
5. CALVERT, G.M. *et al.* Cancer risks among workers exposed to metal working fluids: a systematic review. *Am J Ind Med*, New York, v.33, n.3, p.282-292, 1998.
6. ENGLISH, D.R. *et al.* Incidence of non-melanocytic skin cancer in Geraldton, Western Australia. *In J Cancer*, New York, v.73, n.5, p.629-633, 1997a.
7. ENGLISH, D.R. *et al.* Sunlight and cancer. *Cancer Causes Control*, Oxford, v.8, n.3, p.271-83, 1997b.
8. FRIEDAMN, R.J. *et al.* The continued importance of early detection of malignant melanoma. *CA: Cancer J Clin*, New York, n.41, p.201-226, 1991.
9. GARCIA, G.E. *et al.* Carcinoma basocelular: evaluación clínico-patológica de 150 casos. *An Soc Mex Oftalmol*, v.60, n.1, p.20-28, 1986.
10. GOBATTO, G.E., TREZ, E.G., FARDO, R.G. Câncer de pele: análise de 435 casos. *Rev Cient AMECS*, Caxias do Sul, v.5, n.2, p.117-122, 1996.
11. GONÇALVES, M.P.P. *et al.* Epidemiologia e tratamento do câncer de pele. *Rev Med Minas Gerais*, Belo Horizonte, v.6, n.1, p.8-11, 1996.
12. GUTIERREZ-STEIL, C. *et al.* Sunlight induced basal cell carcinoma tumor cells and ultraviolet-B irradiated psoriatic plaques express Fas ligand (CD95L). *J Clin Invest*, New York, v.101, n.1, p.33-39, 1998.
13. LEAR, J.T., SMITH, A.G. Basal cell carcinoma. *Postgrad Med J*, London, v.73, n.863, p.538-542, 1997.
14. LEAR, J.T. *et al.* A comparison of risk factors for malignant melanoma, squamous cell carcinoma and basal cell carcinoma in the UK. *Int J Clin Pract*, London, v.52, n.3, p.145-149, 1998.
15. LEAR, J.T. *et al.* Risk factor for basal cell carcinoma in the UK: a case control study in 806 patients. *JR Soc Med*, London, v.90, n.7, p.371-374, 1997.
16. MACHADO FILHO, C.A.S. *et al.* Neoplasias malignas cutâneas: estudo epidemiológico. *An Bras Dermatol*, Rio de Janeiro, v.71, n.6, p.479-484, 1996.
17. MAIA, M., PROENÇA, N.G., MORAES, J.C. Risk factors for basal cell carcinoma: a case control study. *Rev Saúde Públ*, São Paulo, n.29, v.1, p.27-37, 1995.
18. MARKS, R. *et al.* The incidence of non-melanocytic skin cancer in Australian population: results of a five years prospective study. *Med J Aust*, Sydney, v.150, p.475-478, 1989.
19. MAURER, T.A. *et al.* Cutaneous squamous cell carcinoma in human immunodeficiency virus-infected patients. A study of epidemiologic risk factors, human papillomavirus, and p53 expression. *Arch Dermatol*, Chicago IL, v.133, n.5, p.577-583, 1997.
20. MIGLIAVACCA, A. *et al.* Carcinoma basocelular: revisão de 381 casos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev HCPA & Fac Med Univ Fed Rio Gd do Sul*, Porto Alegre, v.10, n.2, p.95-98, 1990.
21. NASSER, N. Incidência de câncer de pele em Blumenau, SC, 1980-1990. *An Bras Dermatol*, Rio de Janeiro, v.68, n.2, p.77-78, 1993.
22. PRADO, H. Câncer de pele: Piauí, 1964-1984. I. Carcinoma basocelular. *An Bras Dermatol*, Rio de Janeiro, v.62, n.3, p.143-146, 1987.
23. QUINN, A.G. Ultraviolet radiation and skin carcinogenesis. *Br J Hosp Med*, London, v.58, n.6, p.261-264, 1997.
24. RAMOS-LUNA, L.A. *et al.* Cancer de piel in el Hospital Universitario 1986-1990. *Dermatol Rev Mex*, v.38, n.4, p.253-259, 1994.

25. SANTOS, I.D.A.O. *et al.* Neoplasias malignas de pele. Análise epidemiológica de 1242 pacientes operados. *JBM*, Rio de Janeiro, v.71, n.2, p.61-68, 1998.
26. WALSH, D.S. Molecular genetics of skin cancer. *Adv Dermatol*, Chicago IL, v.13, p.167-204, 1997.
27. YOUNG, S.R. *et al.* Basic principles of cancer genetics. *JSC Med Assoc*, Columbia SC, v.94, n.7, p.299-305, 1998.

Recebido para publicação em 24 de fevereiro e aceito em 8 de setembro de 2000.