

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES
– UNIPTAN**

CURSO DE MEDICINA

GUSTAVO CALDEIRA DE FIGUEIREDO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM CARCINOMA
BASOCELULAR (CBC) E CARCINOMA ESPINOCELULAR (CEC)
DA CIDADE DE SÃO JOÃO DEL REI**

SÃO JOÃO DEL REI, JUNHO DE 2020

GUSTAVO CALDEIRA DE FIGUEIREDO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM CARCINOMA
BASOCELULAR (CBC) E CARCINOMA ESPINOCELULAR (CEC)
DA CIDADE DE SÃO JOÃO DEL REI**

Trabalho de Conclusão do Curso,
apresentado para obtenção do grau de
médico no Curso de Medicina do Centro
Universitário Presidente Tancredo de
Almeida Neves, UNIPTAN.

ORIENTADOR: Prof.º. ESP. JUAREZ LEITE CORREA

SÃO JOÃO DEL REI, JUNHO DE 2020

GUSTAVO CALDEIRA DE FIGUEIREDO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM CARCINOMA
BASOCELULAR (CBC) E CARCINOMA ESPINOCELULAR (CEC)
DA CIDADE DE SÃO JOÃO DEL REI**

Trabalho de Conclusão de Curso
aprovado pela Banca Examinadora para
obtenção do Grau de médico, no Curso
de Medicina do Centro Universitário
Presidente Tancredo de Almeida Neves,
UNIPTAN.

São João Del Rei, xx dede 2020. (data da defesa)

BANCA EXAMINADORA

Prof. Fulano de Tal - Titulação - (Instituição) – Orientador

Prof. Fulano de Tal - Titulação - (Instituição)

Prof. Fulano de Tal - Titulação - (Instituição)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser essencial em minha vida, autor do meu destino.

A minha família, pelo apoio e incentivo.

Aos meus professores Juarez Leite Correa e Luiz Eduardo Canton Santos, pelo apoio, ensinamentos e aprendizado.

RESUMO

O câncer de pele não melanoma é a neoplasia maligna mais comum no Brasil. Possui uma etiologia multifatorial, sendo que a exposição solar excessiva e prolongada representa o maior fator de risco para o câncer de pele. A redução à exposição solar e uso de fotoproteção constituem ações de prevenção do câncer de pele. Entre as neoplasias da pele, o carcinoma basocelular e o espinocelular são os tipos histológicos mais comuns. O carcinoma basocelular constitui o tipo mais comum de câncer de pele. A neoplasia da pele é sabidamente mais prevalente em leucodérmicos do que em melanodérmicos, e nas áreas fotoexpostas. A face, couro cabeludo e membros superiores são os locais mais acometidos. Esses carcinomas têm baixa letalidade, porém o número de casos é alto. Se diagnosticado e tratado precocemente tem grandes chances de cura, apesar de poder ser recidivante.

Palavras-chave: Carcinoma. Espinocelular. Basocelular. Pele. Epidemiologia.

ABSTRACT

Non-melanoma skin cancer is the most common malignancy in Brazil. It has a multifactorial etiology, and excessive and prolonged sun exposure represents the biggest risk factor for skin cancer. Reducing sun exposure and using photoprotection are actions to prevent skin cancer. Among skin neoplasms, basal cell and squamous cell carcinoma are the most common histological types. Basal cell carcinoma is the most common type of skin cancer. The neoplasm of the skin is known to be more prevalent in leukoderms than in melanoderms, and in photoexposed areas. The face, scalp and upper limbs are the most affected areas. These carcinomas have low lethality, but the number of cases is high. If diagnosed and treated early, it has great chances of cure, although it can be recurrent.

Keywords: Carcinoma. Spinocellular. Basal cell. Skin. Epidemiology.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição frequência e percentual dos casos de CBC, de acordo com gênero, idade e etnia	20
Tabela 2 – Distribuição das topografias corporais acometidas pelo CBC.....	20
Tabela 3 - Distribuição frequência e percentual dos casos de CEC, de acordo com gênero, idade e etnia.....	20
Tabela 4 - Distribuição das topografias corporais acometidas pelo CEC	20

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CBC – Carcinoma Basocelular

CEC – Carcinoma Espinocelular

UV – Radiação Ultravioleta

UVB – Radiação Ultravioleta do tipo B

DNA – Ácido desoxirribonucleico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	17
2.1	Objetivo Geral.....	17
2.2	Objetivos Específicos	17
3	METODOLOGIA	18
4	RESULTADOS:.....	19
5	DISCUSSÃO:.....	21
6	CONCLUSÃO:	23
	REFERÊNCIAS.....	24

1 INTRODUÇÃO

O carcinoma basocelular (CBC) é o tipo mais comum de câncer de pele, sendo que cerca de 8 em cada 10 cânceres de pele são carcinomas basocelulares (1). Além disso, é a neoplasia maligna mais comum em humanos, principalmente, em indivíduos de pele clara. A proporção de ocorrência na população é de quatro a cinco CBCs para cada carcinoma de células escamosas (CEC), e oito a dez para cada melanoma diagnosticado (2).

Esse câncer tem origem das células basais, situadas na camada mais profunda da epiderme. Os CBCs cursam com baixa mortalidade e, ao contrário do carcinoma de células escamosas, não costumam se disseminar para tecidos adjacentes (3). Apresenta comportamento invasivo local e baixo potencial metastático, sendo facilmente tratável pela excisão cirúrgica, desde que diagnosticado precocemente (2). Tanto a exposição solar acumulada ao longo da vida, como a intensa, contribui para os danos que resultam em CBC (3). Exposição à radiação ultravioleta (RUV) é o principal fator de risco associado à gênese do CBC, o que se evidencia pela maior ocorrência em áreas fotoexpostas, pelas frequências populacionais relacionadas à latitude, por associações com doenças genéticas com fotossensibilidade e por padrões de exposição solar entre os pacientes. Acredita-se que o surgimento dos CBCs ocorra em um período de dez a 50 anos após o dano solar (2). Em alguns casos, o contato com arsênico, a exposição à radiação, a existência de lesões abertas que não cicatrizam, a existência de doenças de pele inflamatórias crônicas, bem como complicações decorrentes de cicatrizes, queimaduras, infecções, vacinas

e até mesmo de tatuagens são outros fatores que contribuem para o desenvolvimento da doença (3).

O CBC acomete mais homens do que mulheres. A recente elevação da proporção de pacientes do sexo feminino deve-se pelo fato das mulheres procurarem mais os cuidados dermatológicos, e uso de câmaras de bronzamento e laser fotoexposto, que são potenciais fatores de risco. Mais da metade dos casos acometem pessoas entre 50 e 80 anos, e sua incidência acentua-se com a idade. Tem-se observado o crescente aparecimento de CBC na população menor de 40 anos, sendo raro na infância e juventude. Os fatores de risco constitucionais mais importantes para o desenvolvimento de CBC são: fotótipos claros (I e II, pela classificação de Fitzpatrick), história familiar positiva de CBC (30-60%); sardas na infância, pele, olhos ou cabelos claros. Peles claras têm risco dez a vinte vezes maior de desenvolver CBC do que peles escuras, mesmo quando vivem na mesma região. Negros apresentam menor ocorrência de CBC em áreas fotoexpostas, porém, nas áreas não expostas, a incidência é semelhante à dos brancos (2).

Os fatores comportamentais e de exposição mais relevantes são: exercício profissional exposto à RUV sem proteção (atividade rural, pescadores e construtores civis), atividades esportivas e de lazer ao ar livre, queimaduras solares na juventude, tratamentos radioterápicos, fototerapia e exposição ao arsênico.

Os CBCs podem apresentar tamanhos variados. O típico crescimento lento e assintomático faz com que seja comumente referido pelos pacientes como uma ferida que não cicatriza ou uma lesão de acne. Clinicamente, os CBCs são divididos em cinco tipos: nódulo-ulcerativo, pigmentado, esclerodermiforme

ou fibrosante, superficial e fibroepitelioma. A forma nódulo-ulcerativa é mais comum, geralmente única, e acomete, sobretudo, cabeça e pescoço. O CBC privilegia áreas fotoexpostas do tegumento. Localiza-se em aproximadamente 80% dos casos na face (30% na região nasal) e região cervical. O acometimento do tronco ocorre em 15-43% dos casos.

O CBC, normalmente, se comporta cineticamente como um tumor benigno, apresenta crescimento lento e demora mais de seis meses para atingir o tamanho de um centímetro. As taxas de cura superam 90%, com tratamento cirúrgico excisional, e a mortalidade específica pelo CBC é menor do que 0,1% (2).

O CEC da pele aparece como a segunda neoplasia maligna da pele mais comum, representando 20% dos casos de câncer de pele no mundo. Eles têm origem na camada mais superficial da epiderme. O tratamento dermatológico padrão é a excisão completa da lesão. Mesmo que de fácil tratamento em fase inicial e de rara mortalidade, as consequências do CEC da pele não tratado ou tardiamente diagnosticado têm importante impacto na saúde pública e individual. Apesar de existirem fatores de risco ainda desconhecidos para seu desenvolvimento, há unanimidade entre diversos estudos epidemiológicos de que existe associação significativa entre a exposição solar crônica e o desenvolvimento dessa neoplasia (4). Também há estudos relacionando o CEC com a presença do papiloma vírus humano (HPV) e com a imunossupressão (5).

A maioria dos CECs de pele provém da evolução de ceratose actínica. É considerada fator de risco adicional para o desenvolvimento desse tipo de câncer da pele a presença de fenótipos desfavoráveis, representados pelos tipos de pele I e II (segundo a classificação de Fitzpatrick), cor clara dos olhos e presença

de sardas e nevos. Além do fenótipo, mais dois fatores de risco são descritos: a história familiar de câncer da pele e a exposição ocupacional (4).

A incidência do carcinoma de células escamosas da pele é maior no gênero masculino, podendo afetar os homens até duas vezes mais que as mulheres. A maioria dos CECs da pele são encontrados na cabeça (face e pescoço). Os carcinomas espinocelulares (CEC) são mais propensos a crescerem nas camadas mais profundas da pele e a se disseminarem para outros órgãos comparado aos cânceres basocelulares, embora isso ainda seja raro (1). A elevada frequência do CBC e CEC no país, constitui importante problema de saúde pública. Em posse do conhecimento da epidemiologia dessa neoplasia, acredita-se que haveria maior valorização e incremento na suspeição diagnóstica por parte de médicos e outros profissionais da saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes com carcinoma basocelular (CBC) ou carcinoma espinocelular (CEC) da cidade de São João Del Rei.

2.2 Objetivos Específicos

- Análise de prontuários;
- Descrição do perfil epidemiológico dos casos de carcinoma basocelular (CBC) e carcinoma espinocelular (CEC) no período de janeiro de 2017 a x de 2020 do Centro de Tratamento Oncológico (CTO) em São João Del Rei.

3 METODOLOGIA

Este estudo epidemiológico observacional e transversal compreendeu a análise retrospectiva de prontuários de 300 pacientes. Foram avaliadas lesões de CBCs e de CECs, operadas no Centro de Tratamentos Oncológicos de São João Del Rei no período de janeiro de 2017 a fevereiro de 2020. Os critérios de inclusão foram: 1) Pacientes com CBC, CEC ou ambos; 2) maiores de 18 anos; 3) Diagnóstico de CBC ou CEC após 1 de janeiro de 2017. Os critérios de exclusão foram: 1) pacientes com outros tipos de neoplasias cutâneas e/ou tipos histológicos.

A análise dos prontuários buscou dados como identificação dos pacientes (idade e sexo), etnia, tipo de câncer e localização do câncer. Os dados foram armazenados em forma de tabelas para relacionar as variáveis de interesse. Em seguida, os resultados foram utilizados para efetuar cálculos de prevalência da idade, sexo, etnia, tipo de câncer e localização do câncer. Este estudo foi submetido e realizado após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa, obedecendo-se a todas as recomendações formais necessárias.

4 RESULTADOS

Foram analisados 82 prontuários, do ano de 2017 a 2020. Como demonstrado nas tabelas 1 e 3, destes prontuários analisados, 45 pacientes eram do sexo masculino (54,88%), e 37 do sexo feminino (45,12%). As faixas etárias que apresentaram as maiores incidências no CBC foram entre 50 e 79 anos, totalizando aproximadamente (77,42%). Cerca de 24,19% tinham idade entre 50 e 59 anos, 25,80% entre 60 e 69 anos e 27,42% entre 70 e 79 anos. Já no CEC, a faixa etária mais acometida foi de 60 a 89 anos, totalizando aproximadamente 85%. Cerca de 30% tinha idade entre 60 e 69 anos, 30% entre 70 e 79 anos e 25% entre 80 e 89 anos.

Quanto à cor da pele, verificou-se que todos os pacientes eram leucodérmicos. Foram encontradas 122 lesões nestes pacientes. O tipo de câncer mais encontrado foi o carcinoma basocelular, resultando em 81,96%. Aproximadamente 17,5% foram carcinomas espinocelulares e foi encontrado um caso de carcinoma basoescamoso (0,83%).

Nesse estudo, houve predomínio das lesões em face. Na análise da distribuição das topografias corporais, demonstrada nas tabelas 2 e 4, o local mais acometido nos casos de CBC foi o nariz (29,0%), seguido da região periorbital (13,0%), orelha (9%) e frontal (9%). Em seguida, percebeu-se uma menor prevalência das lesões no couro cabeludo (6%), região malar (6%), tórax (5%), mandíbula (4%), cervical (4%), pré-auricular (2%), lábio superior (2%), dorso (2%), ombro (2%), perna (2%), pé (2%), retroauricular (1%), braço (1%) e sem especificação (1%). No CEC, o local mais acometido foi a região malar (28,5%), antebraço (19,0%) e orelha (14,3%). Em seguida, ombro (9,52%), mão

(9,52%), nariz (4,76%), lábio superior (4,76%), tórax (4,76%) e braço (4,76%).

Tabela 1: Distribuição frequência e percentual dos casos de CBC, de acordo com gênero, idade e etnia

Variáveis	n	%
Gênero		
Masculino	27	43,54
Feminino	35	56,45
Idade		
30 a 49 anos	02	3,23
50 a 59 anos	15	24,19
60 a 69 anos	16	25,80
70 a 79 anos	17	27,43
80 a 89 anos	08	12,90
≥ 90 anos	04	6,45
Etnia		
Leucodérmico	69	100,0
Melanodérmico	0	0,0

CBC: carcinoma basocelular

Tabela 2: Distribuição das topografias corporais acometidas pelo CBC

Variáveis	n	%
Tipo de câncer		
CBC	100	81,96
Localização		
Couro cabeludo	6	6,00
Orelha	9	9,00
Pré auricular	2	2,00
Retro auricular	1	1,00
Frontal	9	9,00
Periorbital	13	13,00
Nariz	29	29,00
Malar	6	6,00
Lábio Superior	2	2,00
Mandíbula	4	4,00
Cervical	4	4,00
Tórax	5	5,00
Dorso	2	2,00
Membros superiores		
Ombro	2	2,00
Braço	1	1,00
Membros inferiores		
Perna	2	2,00
Pé	2	2,00
Sem especificações	1	1,00

CBC: carcinoma basocelular

Tabela 3: Distribuição frequência e percentual dos casos de CEC, de acordo com gênero, idade e etnia

Variáveis	n	%
Gênero		
Masculino	10	50,0
Feminino	10	50,0
Idade		
50 a 59 anos	3	15,0
60 a 69 anos	6	30,0
70 a 79 anos	6	30,0
80 a 89 anos	5	25,0
Etnia		
Leucodérmico	20	100
Melanodérmico	0	0

CEC: carcinoma espinocelular

Tabela 4: Distribuição das topografias corporais acometidas pelo CEC

Variáveis	n	%
Tipos de câncer		
CEC	21	18,58
Localização		
Orelha	3	14,29
Nariz	1	4,76
Malar	6	28,57
Lábio Superior	1	4,76
Tórax	1	4,76
Membros superiores		
Ombro	2	9,52
Braço	1	4,76
Antebraço	4	19,06
Mão	2	9,52

CEC: carcinoma espinocelular;

5 DISCUSSÃO

As idades dos pacientes dessa pesquisa variaram entre 30 e 100 anos, com média de 68,39 anos, correspondente com os resultados encontrados por outros autores (2,6). A faixa etária afetada pelo CBC variou entre 38 e 100 anos e o pico de ocorrência está entre a 5ª e 7ª décadas de vida. O CEC variou entre 54 e 88 anos e o pico está entre 6ª a 8ª décadas de vida. A distribuição de lesões encontradas de acordo com a faixa etária é explicada, provavelmente, pela ação acumulativa à radiação ultravioleta (UV) ao longo da vida, em especial a ultravioleta tipo B (UVB), aumentando o risco de desenvolver CBC e CEC (5). A exposição pode causar mutações genéticas no DNA dos queratinócitos, levando a falha no reparo dessas alterações, favorecendo o crescimento celular desordenado e a formação do tumor. A radiação afeta o sistema imune cutâneo, que induz um estado de imunossupressão local, impedindo a rejeição do tumor neoformado (10). Entre os fatores de risco constitucionais mais importante encontra-se a pele clara (2). Todos os pacientes dos prontuários analisados eram da raça branca.

O CBC é o mais frequente dos tipos de tumores malignos de pele ocorrendo em cerca de 75% dos tumores malignos cutâneos, dado confirmado pela pesquisa, que encontrou 83,3%. Como já citado anteriormente, os carcinomas de pele privilegiam áreas fotoexpostas a radiação ultravioleta B (6). No presente estudo houve predomínio do acometimento em face, o que vai de acordo com os achados na literatura (8).

A maioria dos estudos encontrados revelou uma maior prevalência das lesões no gênero masculino (2). O estudo revelou o gênero feminino como mais

incidente, o CBC com 56,45% de mulheres afetadas e CEC 50%, corroborando com alguns autores (5,7). Nos últimos anos a estética vem sendo cada vez mais evidenciada e com isso a população feminina está susceptível a alta exposição solar pelo bronzeamento natural, além do uso mais frequente do bronzeamento artificial. Essas exposições levam ao aumento da ocorrência dos carcinomas de pele. Por estarem mais conscientes e atentas ao próprio corpo, as mulheres identificam mais facilmente as alterações na pele e procuram um especialista para avaliação precocemente (6).

6 CONCLUSÃO

Com o presente estudo foi possível traçar um perfil do paciente portador e carcinoma de pele na cidade de São João del-Rei. Há maior incidência de carcinoma basocelular, em pacientes caucasianos, houve predomínio sutil do gênero feminino, a maior incidência foi em pacientes com idade entre 60 e 79 anos e há predominância importante de lesões na face. Conhecer o aumento da incidência desses tipos de cânceres e identificar os fatores de risco modificáveis nos possibilita planejar ações de prevenção primária e secundária dessa neoplasia.

REFERÊNCIAS

1. Chinem VP, Miot HA. Epidemiologia do carcinoma basocelular. *An Bras Dermatol.* 2011;86(2):292–305.
2. Nunes DH, Vieira R, Back L. Incidência do carcinoma de células escamosas da pele na. 2009;84(5):482–8.
3. Zink BS. Câncer de pele: a importância do seu diagnóstico, tratamento e prevenção. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto.* 2014;13(5):76–83.
4. Barella CS, Blanco LF de O, Yamane A. Análise dos dados epidemiológicos dos laudos de carcinoma espinocelular * Analysis of epidemiological data from the reports of squamous cell carcinoma. 2013;11(1):43–7.
5. Dergham AP. Distribuição dos diagnósticos de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de pele no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba * Distribution of diagnosis of neoplastic and preneoplastic skin lesions at Evangelical Hospital in Curitiba . *Ski Cancer.* 2002;79(5):555–9.
6. Mantese SAO, Berbert ALC V., Gomides MDA, Rocha A. Basal cell Carcinoma - Analysis of 300 cases observed in Uberlândia - MG, Brazil. *An Bras Dermatol.* 2006;81(2):136–42.
7. Koh D, Wang H, Lee J, Chia KS, Lee HP, Goh CL. Basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma and melanoma of the skin: Analysis of the Singapore Cancer Registry data 1968-97. *Br J Dermatol.* 2003;148(6):1161–6.

8. Pires CAA, Fayal AP, Cavalcante RH, Fayal SP, Lopes NS, Fayal FP, et al. Câncer de pele: caracterização do perfil e avaliação da proteção solar dos pacientes atendidos em serviço universitário. *J Heal Biol Sci.* 2017;6(1):54.
9. Walsh DS. Molecular genetics of skin cancer. *Adv Dermatol.* 1997;13(5):167–204.
10. Dermatologia SB de. Câncer de pele [Internet]. Available from: <https://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/cancer-da-pele/64/>

