

CANCRO CUTÂNEO NÃO-MELANOMA NO SERVIÇO DE DERMATOLOGIA DOS HUC – REVISÃO DE 5 ANOS

Pedro Andrade¹, Maria Manuel Brites², Ricardo Vieira², Angelina Mariano³, José Pedro Reis³, Óscar Tellechea⁴, Américo Figueiredo⁵

¹Interno do Internato Complementar de Dermatologia e Venereologia/Resident, Dermatology and Venereology

²Assistente Hospitalar de Dermatologia e Venereologia/Consultant, Dermatology and Venereology

³Assistente Hospitalar Graduada de Dermatologia e Venereologia/ Graduated Consultant, Dermatology and Venereology

⁴Chefe de Serviço; Professor Doutor de Dermatologia e Venereologia/ Consultant Chief, Professor of Dermatology and Venereology

⁵Director de Serviço; Professor Doutor de Dermatologia e Venereologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra/ Head of Dermatology Department; Professor of Dermatology and Venereology of Coimbra University
Serviço de Dermatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, Coimbra, Portugal

RESUMO – O cancro cutâneo não-melanoma (CCNM), designação conjunta para os carcinomas basocelulares (CBC) e espinhocelulares (CEC), é o tipo de neoplasia cutânea maligna mais frequente. Com vista à caracterização epidemiológica deste grupo de tumores, foi realizada uma análise retrospectiva dos doentes portadores de CCNM identificados por análise histológica de todas as biopsias cutâneas incisionais ou excisionais ao longo de 5 anos (2004-2008) num serviço de Dermatologia. Foram identificados 3075 CCNM, representando 88% do total de neoplasias malignas diagnosticadas no mesmo período (n=3493). Destes, 68,3% eram CBC. No seu conjunto, a população de CCNM era predominantemente constituída por indivíduos idosos e do sexo feminino, tendo sido observado um aumento consistente de frequência ao longo do período avaliado (5,25%/ano). A maioria dos CCNM (n=1443, 81,7%) foi identificada nas áreas de pele foto-exposta, representando 95,1% de todas as neoplasias malignas em áreas foto-expostas. O CCNM foi a neoplasia mais representativa na generalidade das áreas topográficas, à excepção do abdómen e da pélvis, representando, em particular, mais de 95% das neoplasias malignas da face, da região cervical e do couro cabeludo. O CBC foi o CCNM predominante em todas as localizações, à excepção dos membros inferiores e superiores, lábio inferior e da área genital, onde o CEC representou, respectivamente, 77,7%, 77,4%, 94,7% e 95,3% dos casos.

O CCNM, como neoplasia maligna cutânea mais frequente, deverá ser alvo de uma monitorização regular, com vista à determinação da sua dinâmica epidemiológica, da eficácia das medidas preventivas e adequação dos recursos de saúde.

PALAVRAS-CHAVE – Neoplasias da Pele; Carcinoma Basocelular, Carcinoma Espinhocelular.

NON-MELANOMA SKIN CANCER IN A DEPARTMENT OF DERMATOLOGY – A 5-YEAR REVIEW

ABSTRACT – Non-melanoma skin cancer (NMSC), common designation for both basal cell carcinomas (BCC) and squamous cell carcinomas (SCC), is the most frequent malignant skin neoplasm. The authors have performed a retrospective analysis of all patients diagnosed with NMSC based on histopathologic analysis of all incisional or excisional skin biopsies performed between 2004 and 2008 in a Department of Dermatology. A total of 3075 NMSC were identified, representing 88% of all malignant skin neoplasms (n=3493) diagnosed in the same period. Of those, 68,3% were BCC. Most NMSC patients were female and over 60 years old. Of all NMSC, 81,7% (n=1443) were located in sun-exposed skin, and represented 95,1% of malignant skin neoplasms in sun-exposed skin. NMSC was the most frequent malignant skin neoplasm in most topographic locations, except for abdomen and pelvis – over 95% of all malignant skin neoplasms in the face, neck and scalp were NMSC. BCC was clearly predominant in all locations, except in

Artigo Original

upper and lower limbs, lower lip and genitals, where SCC represented respectively 77,7%, 77,4%, 94,7% and 95,3% of NMSC.

Being the most common skin cancer, NMSC should be under constant surveillance, in order to monitor its epidemiologic dynamics, the efficiency of preventive measures and the adaptation of the healthcare resources.

KEY-WORDS – Skin Neoplasms; Carcinoma, Basal Cell; Carcinoma, Squamous Cell.

Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.
No conflicts of interest.

Correspondência:

Dr. Pedro Andrade

Serviço de Dermatologia e Venereologia
Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE
Praceta Mota Pinto
3000-075 Coimbra, Portugal
Tel: 00351 239400420
Fax: 00351 239400490
E-mail: pedro.andrade@portugalmail.com

INTRODUÇÃO

As neoplasias cutâneas malignas representam um grupo muito heterogéneo de patologias com diferentes naturezas e prognósticos, que, no seu conjunto, ocupam uma grande fracção do tempo dispendido pela generalidade dos médicos dermatologistas na sua prática clínica. Ao mesmo tempo, são responsáveis pelo consumo de uma grande parte dos recursos técnicos disponíveis, na medida em que implicam terapêuticas cirúrgicas potencialmente complexas, abordagens médicas complementares e inserção em protocolos de vigilância regular.

O **carcinoma basocelular** (CBC) é a neoplasia maligna mais frequente nos indivíduos caucasianos, e, logicamente, a mais representativa de todas as neoplasias malignas cutâneas¹⁻⁵, detendo caracteristicamente um comportamento localmente invasivo. O **carcinoma espinhocelular** (CEC) é uma neoplasia maligna cutânea menos frequente, mas ainda assim muito comum, com um carácter mais agressivo e potencialmente fatal. Apesar da reconhecida frequência, as suas verdadeiras incidências revelam-se habitualmente de difícil avaliação e interpretação, por um lado devido à importante

variabilidade determinada pelo fototipo da população avaliada e pela sua localização geográfica (em relação com a latitude), e por outro devido à frequente desvalorização em termos de registo oncológico, em que são muitas vezes considerados conjuntamente como **cancro cutâneo não-melanoma (CCNM)**^{1,2,4}.

Apesar de serem entidades clínicas distintas, partilham factores de risco comuns, sendo que o mais relevante é a exposição a **radiação ultravioleta**, particularmente UVB^{2,6,7}. As alterações carcinogénicas induzidas pela radiação UV são cumulativas, traduzindo-se clinicamente após um período de latência de anos a várias décadas após a primeira exposição^{1,5,7}. Por motivos que ainda não são totalmente esclarecidos, o padrão de fotoexposição parece ser relevante no desenvolvimento de CCNM: o desenvolvimento de CEC está frequentemente associado a uma fotoexposição crónica de longa duração, mesmo que pouco intensa, ao passo que o CBC parece surgir preferencialmente associado a exposições UV intensas e intermitentes^{1,4,5}. Várias outras variáveis parecem potenciar os efeitos deletérios da exposição UV, sendo mais susceptíveis os indivíduos com fototipo baixo, que residem ou que permanecem temporariamente em áreas geográficas

de baixa latitude e/ou de altitude elevada, que se expõem frequentemente à radiação solar nas suas actividades profissionais ou de lazer desde idades jovens e não fazendo uso de vestuário protector¹. A exposição terapêutica ou cosmética a radiação ultravioleta artificial, a exposição a radiação ionizante ou a outros carcinogénios ambientais e a imunossupressão são também factores que potenciam o risco de desenvolvimento de CCNM^{1,2,4-7}. No caso do CEC, são também factores relevantes a infecção por genotipos oncogénicos de HPV e o tabagismo⁶. De forma mais rara, algumas doenças de transmissão genética como o xeroderma pigmentoso, o albinismo oculocutâneo, a epidermodisplasia verruciforme e o síndrome de Gorlin-Goltz, por exemplo, podem estar na origem de alguns casos de CCNM^{5,6}. O uso de cremes fotoprotectores permanece envolto em controvérsia, já que alguns estudos permitem afirmar que o seu uso, particularmente na presença de factores de protecção baixos e sem protecção UVA adequada, poderá de alguma forma potenciar o tempo de exposição à radiação solar e comportamentos fotonegligentes sob um sentimento de “falsa” segurança⁸. Por outro lado, a utilização de cremes fotoprotectores de forma regular parece não ter efeito significativo na prevenção de CBC, mas sobretudo de CEC e queratoses actínicas⁴.

Atendendo à elevada incidência deste tipo de neoplasias malignas e ao peso inequívoco de factores de risco evitáveis como a exposição solar, várias têm sido as campanhas de sensibilização da população, com vista a difusão de alertas sobre comportamentos de risco e medidas preventivas. Mesmo assim, e apesar dos importantes avanços logísticos e tecnológicos que possibilitaram não só uma maior precocidade diagnóstica mas também um aumento claro da eficácia terapêutica, tem-se assistido a um aumento geral da frequência de CCNM na população mundial^{1,3,5,6}.

Nesse sentido, com vista à adequação dos recursos disponíveis e monitorização da eficácia das medidas preventivas em curso, importa ter conhecimento das características epidemiológicas dos vários tipos de tumores cutâneos malignos e da sua evolução ao longo do tempo.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma análise retrospectiva descritiva incidindo sobre todos os doentes portadores de CBC ou CEC identificados através da revisão histológica de todas as biopsias incisionais e excisionais realizadas du-

rante um período de 5 anos (entre 2004 e 2008) no Serviço de Dermatologia e Venereologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE. Foram excluídas todas as análises histológicas em que se evidenciava recidiva ou persistência de CBC ou CEC previamente diagnosticados. Os doentes seleccionados foram caracterizados de acordo com as variáveis idade, sexo, localização e tipo de neoplasia. Neste último parâmetro, e em relação aos CEC, foram discriminadas todas neoplasias caracterizadas histologicamente como *in situ*.

Em relação à localização da neoplasia, foram consideradas onze áreas de referência: face, couro cabeludo, região cervical, face anterior do tórax, abdómen, dorso, região lombar, pélvis, área genital, e membros superiores e inferiores. A nível da face foram individualizadas algumas áreas topográficas para efeitos descritivos e comparativos, em particular fronte, nariz, região malar, região geniana, região mandibular, lábio superior, lábio inferior, pálpebra superior, pálpebra inferior, canto interno do olho e pavilhão auricular. Da mesma forma, nos membros foram também considerados os respectivos segmentos proximal, médio e distal, correspondendo no membro superior a ombro/braço, cotovelo/antebraço, e mão/punho e, no membro inferior a coxa, joelho/perna, e tornozelo/pé.

As áreas cutâneas correspondentes à face (incluindo pavilhões auriculares), região cervical, antebraços, punhos e mãos correspondem aproximadamente a 16% da superfície corporal total e foram definidas em conjunto como áreas foto-expostas.

A análise estatística dos dados foi realizada através do software SPSS® versão 19.0, tendo sido as relações entre as variáveis consideradas estatisticamente significativas quando $p < 0,05$.

RESULTADOS

No período de 5 anos avaliado, foi diagnosticado no Serviço de Dermatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra – EPE um total de 3493 neoplasias cutâneas malignas. O movimento assistencial do mesmo serviço para o mesmo período traduziu-se num total de 99.311 consultas externas, revelando um ratio de 1 neoplasia maligna diagnosticada de novo em cada 28,4 consultas realizadas. De todos estas neoplasias, 52,4% (n=1832) foram identificadas em doentes do sexo feminino e 47,6% (n=1661) em doentes do sexo masculino. A idade média da população total foi 70,8(±13,8) anos, sendo que 80,3% da população total apresentava idade superior a 60 anos e 58,1%

Artigo Original

superior a 70 anos. A idade média dos indivíduos de sexo feminino foi $71,6 \pm 14,2$ anos e dos de sexo masculino foi $70,1 \pm 22,1$ anos.

Entre todos os tipos de neoplasias malignas identificadas, os mais representativos foram o CBC ($n=2100$), correspondendo a 60,1% dos tumores, e o CEC ($n=975$), correspondendo a 27,9% dos mesmos – Tabela 1 –, seguindo-se o melanoma maligno ($n=225$, 6,4%), as doenças linfoproliferativas ($n=63$, 1,8%), as metástases cutâneas (MC, $n=60$, 1,7%), o sarcoma de Kaposi ($n=23$, 0,7%), o dermatofibrossarcoma ($n=11$, 0,3%), os tumores anexiais malignos ($n=9$, 0,3%), o carcinoma de células de Merkel ($n=2$, 0,1%) e outras ($n=25$, 0,7%). O CCNM representou, assim, 88% de todas as neoplasias malignas diagnosticadas.

Carcinomas basocelulares

Na população de doentes portadores de CBC observou-se predomínio dos indivíduos do sexo feminino ($n=1131$, 53,8%), que, apesar de discreto, foi estatisticamente significativo em relação à população geral ($p=0,04$). A idade média do grupo foi de 70,3 anos ($\pm 13,6$), sem variação significativa quando considerando apenas os doentes do sexo masculino ($70,6 \pm 12,8$ anos) e feminino ($70,0 \pm 14,2$ anos). Estes valores traduzem um claro predomínio de doentes idosos, com significância estatística em relação à população total ($p < 0,001$ para idade superior a 70 anos), pelo que apenas 19,8% dos doentes apresentavam idade inferior ou igual a 60 anos à data do diagnóstico.

A grande maioria dos CBC foi identificada a nível da face ($n=1321$, 62,9%) – Tabela 1. Destes, mais de metade estavam localizados em três áreas particulares: o nariz ($n=388$, 29,4%), a região malar ($n=283$, 21,4%) e a fronte ($n=194$, 14,7%). Estes tumores localizavam-se também na região geniana ($n=114$, 8,6%), no canto interno do olho ($n=98$, 7,4%), no pavilhão auricular ($n=64$, 4,8%), no lábio superior ($n=53$, 4,0%), na região mandibular ($n=45$, 3,4%), na pálpebra inferior ($n=43$, 3,3%), na pálpebra superior ($n=6$, 0,4%) e no lábio inferior ($n=5$, 0,4%), sendo 2,1% ($n=28$) de localização facial indeterminada.

A localização extra-facial com maior número de CBC identificados foi o couro cabeludo ($n=379$, 18,0%), seguida pela região cervical ($n=98$, 4,7%), dorso ($n=90$, 4,3%), parede anterior do tórax ($n=67$, 3,2%), membro superior ($n=45$, 2,1%), membro inferior ($n=35$, 1,7%), região lombar ($n=29$, 1,4%), abdómen ($n=20$, 0,9%), pélvis ($n=6$, 0,3%) e área genital ($n=2$, 0,1%). Em 8 casos (0,4%) não foi possível determinar a localização do tumor pela análise dos

registos clínicos. Relativamente aos CBC do membro superior, 46,7% dos casos ($n=21$) localizavam-se a nível do segmento proximal, 40,0% ($n=18$) no médio e 13,3% ($n=6$) no distal; no membro inferior, 91,4% ($n=32$) localizavam-se no segmento médio, 5,7% ($n=2$) no proximal e 2,9% ($n=1$) no distal.

A proporção entre os sexos feminino e masculino em cada uma das áreas topográficas consideradas foi variável (Fig. 1), tendo sido observado predomínio estatisticamente significativo do sexo feminino no nariz ($p=0,01$), lábio superior ($p=0,005$) e da pálpebra inferior ($p=0,02$), e do sexo masculino na face anterior do tórax ($p=0,001$), dorso ($p=0,03$) e região malar ($p < 0,001$).

No seu total, 68,8% dos CBC estavam localizados em áreas foto-expostas ($n=1443$) - Tabela 1, sendo esta associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

De todos os CBC contabilizados, 594 (28,3%) foram identificados em doentes já com diagnóstico prévio de CBC em outra localização. Destes, 293 foram diagnosticados em homens e 301 em mulheres. O número médio de CBC diagnosticados por doente foi $1,4 \pm 1,1$.

Carcinomas espinhocelulares

A população correspondente aos 975 casos identificados de CEC apresentava uma distribuição por sexos bastante homogênea, com discreto predomínio do sexo masculino ($n=495$, 50,8%), sem significância estatística ($p=0,52$). A idade média do grupo foi de $74,4 \pm 12,4$ anos, existindo uma relação estatisticamente significativa com a idade avançada ($p < 0,001$ para idades superiores a 60 e 70 anos). A idade média da subpopulação masculina ($71,3 \pm 13,3$ anos) foi, no entanto, um pouco inferior à da feminina ($78,8 \pm 10,1$ anos). Apenas 13,0% dos doentes apresentavam idade inferior ou igual a 60 anos.

Aproximadamente um quarto ($n=251$, 25,7%) dos CEC diagnosticados era histologicamente *in situ*. A idade média destes doentes em particular foi de $72,7 \pm 12,1$ anos, sendo $70,1 \pm 12,7$ anos para os indivíduos do sexo masculino e $74,7 \pm 11,3$ anos para os do sexo feminino.

A maioria dos CEC estava localizada a nível da face ($n=506$, 51,9%) - Tabela 1, tendo sido afectada de forma mais significativa a região malar ($n=157$, 31%), o lábio inferior ($n=90$, 17,8%), o pavilhão auricular ($n=59$, 11,7%), a fronte ($n=58$, 11,5%) e o nariz ($n=51$, 10,1%). Um menor número de lesões foi identificado nas restantes áreas faciais, em particular na região mandibular ($n=32$, 6,3%), na região geniana ($n=22$, 4,4%), no lábio superior ($n=4$, 0,8%), na pálpebra inferior ($n=4$, 0,8%), no canto interno do olho

Artigo Original

Tabela 1 - Distribuição dos carcinomas basocelulares (CBC) e espinhocelulares (CEC) por idade, sexo e área topográfica, no contexto das populações com cancro cutâneo não melanoma (CCNM) e com neoplasias cutâneas malignas (Total) avaliada entre 2004-2008

	CBC ¹	%CBC ²	CEC ³	%CEC ⁴	CCNM ⁵	%CCNM ⁶	%CBC ⁷	TOTAL ⁸	%TOTAL ⁹	%CCNM ¹⁰
Total	2100	100,0%	975	100,0%	3075	100,0%	68,3%	3493	100,00%	88,0%
SEXO										
Masculino	969	46,2%	495	50,8%	1464	47,6%	66,2%	1661	47,56%	88,1%
Feminino	1131	53,8%	480	49,1%	1611	52,4%	70,2%	1832	52,44%	87,9%
IDADE (anos)										
0-10	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	-	1	0,03%	0,0%
11-20	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	-	2	0,06%	0,0%
21-30	37	1,8%	7	0,7%	44	1,4%	84,1%	59	1,69%	74,6%
31-40	27	1,3%	15	1,5%	42	1,4%	64,3%	64	1,83%	65,6%
41-50	103	4,9%	25	2,6%	128	4,2%	80,5%	168	4,81%	76,2%
51-60	248	11,8%	80	8,2%	328	10,7%	75,6%	385	11,02%	85,2%
61-70	504	24,0%	182	18,7%	686	22,3%	73,5%	773	22,13%	88,7%
71-80	682	32,5%	329	33,7%	1011	32,9%	67,5%	1130	32,35%	89,5%
81-90	442	21,1%	291	29,9%	733	23,8%	60,3%	803	22,99%	91,3%
91-100	47	2,2%	45	4,6%	92	3,0%	51,1%	97	2,78%	94,8%
Não especificada	10	0,5%	1	0,1%	11	0,3%	90,9%	11	0,31%	100,0%
LOCALIZAÇÃO										
Face	1321	62,9%	506	51,9%	1827	59,6%	72,3%	1906	54,6%	95,9%
Fronte	194	14,7%	58	11,5%	252	13,8%	77,0%			
Nariz	388	29,4%	51	10,1	439	24,0%	88,4%			
Região malar	283	21,4%	157	31,0%	440	24,1%	64,3%			
Região geniana	114	8,6%	22	4,4%	136	7,4%	83,8%			
Região mandibular	45	3,4%	32	6,3%	77	4,2%	58,4%			
Pálpebra superior	6	0,4%	1	0,2%	7	0,4%	85,7%			
Pálpebra inferior	43	3,3%	4	0,8%	47	2,6%	91,5%			
Canto interno do olho	98	7,4%	3	0,6%	101	5,5%	97,0%			
Lábio superior	53	4,0%	4	0,8%	57	3,1%	93,0%			
Lábio inferior	5	0,4%	90	17,8%	95	5,2%	5,3%			
Pavilhão auricular	64	4,8%	59	11,7%	123	6,7%	52,0%			
Não especificada	28	2,1%	25	4,9%	53	2,9%	52,8%			
Couro Cabeludo	379	18,0%	81	8,3%	460	15,0%	82,4%	485	13,9%	94,8%
Região cervical	98	4,7%	40	4,1%	138	4,5%	71,0%	146	4,2%	94,5%
Face Anterior do Tórax	67	3,2%	11	1,1%	78	2,6%	85,9%	107	3,1%	72,9%
Dorso	90	4,3%	4	0,4%	94	3,1%	95,7%	133	3,8%	70,7%
Abdomen	20	0,9%	2	0,3%	22	0,7%	90,9%	47	1,3%	46,8%
Região Lombar	29	1,4%	2	0,3%	31	1,0%	93,5%	37	1,1%	83,8%
Pélvis	6	0,3%	1	0,1%	7	0,2%	85,7%	23	0,6%	30,4%
Área genital	2	0,1%	41	4,2%	43	1,4%	4,7%	49	1,4%	87,8%
Membro superior	45	2,1%	154	15,7%	199	6,2%	22,6%	237	6,8%	84,0%
Ombro/Braço	21	46,7%	11	7,2%	32	16,1%	67,7%			
Cotovelo/Antebraço	18	40,0%	31	20,1%	49	24,6%	36,7%			
Punho/Mão	6	13,3%	112	72,7%	118	59,3%	5,0%			
Membro inferior	35	1,7%	122	12,5%	157	5,1%	22,3%	274	7,8%	57,3%
Coxa	2	5,7%	1	0,8%	3	1,9%	66,7%			
Joelho/Perna	32	91,4%	100	82,0%	132	84,1%	24,2%			
Tornozelo/Pé	1	2,9%	21	17,2%	22	14,0%	4,5%			
Não especificada	8	0,4%	11	1,1%	19	0,6%	42,1%	49	1,4%	38,8%
ÁREAS FOTO-EXPOSTAS	1143	68,7%	689	70,7%	1832	59,6%	62,4%	2241	64,2%	95,0%

¹Número absoluto de CBC; ²Percentagem relativa à população total de CBC; ³Número absoluto de CEC; ⁴Percentagem relativa à população total de CEC; ⁵Número absoluto de CCNM; ⁶Percentagem relativa à população total de CCNM; ⁷Percentagem de CBC relativa à população total de CCNM; ⁸Número absoluto de neoplasias cutâneas malignas; ⁹Percentagem relativa à população total de neoplasias cutâneas malignas; ¹⁰Percentagem de CCNM relativa à população total de neoplasias malignas.

Artigo Original

(n=3, 0,6%) e na pálpebra superior (n=1, 0,2%). Nos restantes 25 casos (4,9%) não foi possível especificar a localização facial exacta.

No que diz respeito aos restantes CEC, o membro superior foi a segunda localização mais importante (n=154, 15,7%), seguido pelo membro inferior (n=122, 12,5%), couro cabeludo (n=81, 8,3%), área genital (n=41, 4,2%) e região cervical (n=40, 4,1%). No membro superior, 73,2% dos casos (n=112) foram identificados no seu segmento distal, 20,3% (n=31) no médio e 6,5% dos casos (n=10) no proximal. No membro inferior, 82,0% dos casos (n=100) diziam respeito ao segmento médio, 17,2% (n=21) ao distal e 0,8% (n=1) ao proximal.

A proporção entre os sexos feminino e masculino em cada uma das áreas topográficas consideradas foi variável (Fig. 1), tendo sido observado predomínio estatisticamente significativo do sexo feminino na região malar ($p<0,001$), região mandibular ($p=0,04$) e no membro inferior ($p<0,001$), particularmente nos seus segmentos distal e médio, e do sexo masculino no lábio inferior ($p<0,001$), pavilhão auricular ($p<0,001$), couro cabeludo ($p<0,001$), região cervical ($p=0,045$) e área genital ($p<0,001$).

No seu conjunto, 70,7% dos CEC (n=689) estavam localizados em áreas foto-expostas, sendo esta relação estatisticamente significativa ($p<0,001$).

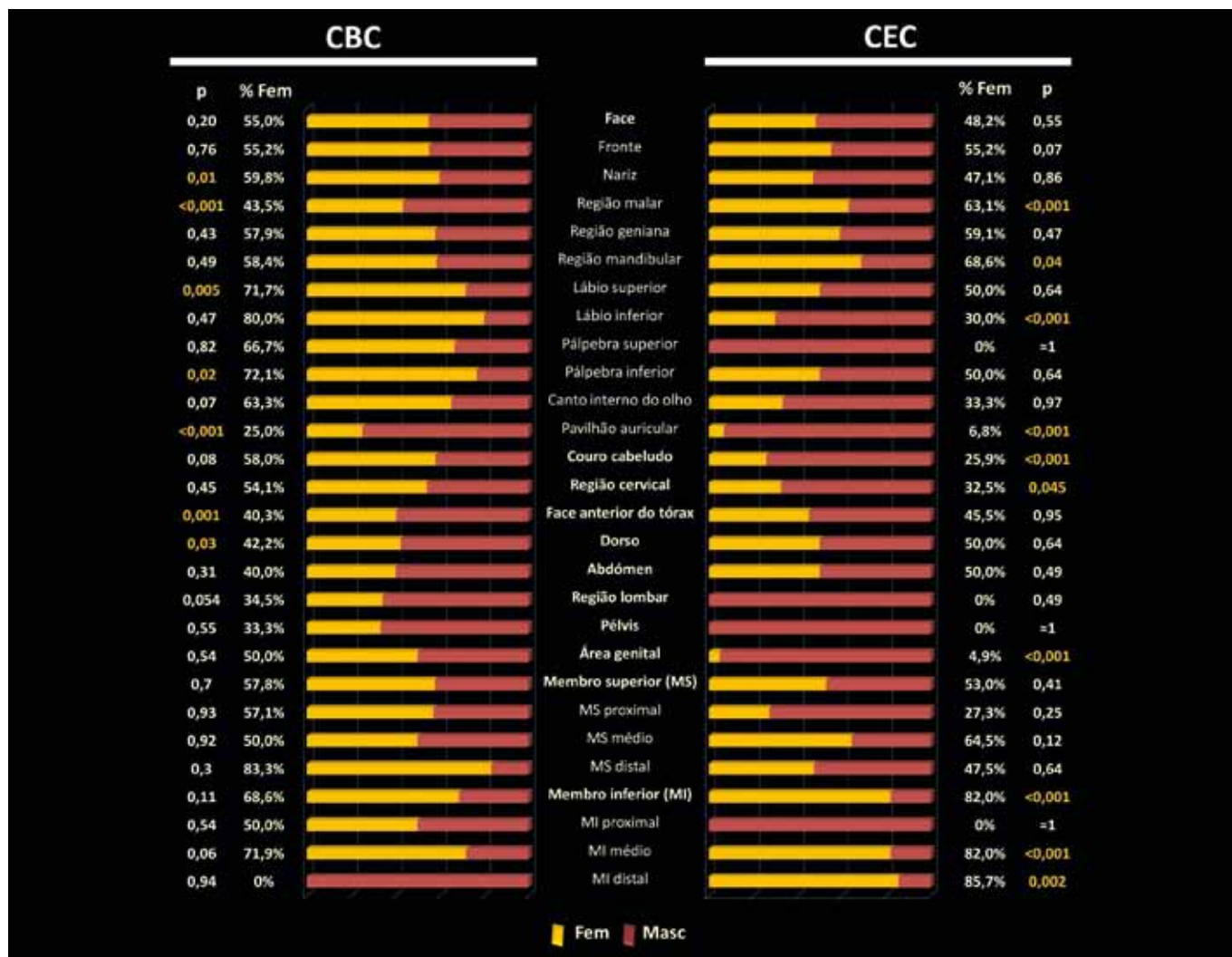


Fig. 1 - Distribuição relativa por sexos para cada área topográfica, relativamente a CBC e CEC. % Fem: percentagem de indivíduos do sexo feminino; p: valor de p (significância estatística).

Artigo Original

De todos os CEC contabilizados, 178 (18,3%) foram identificados em doentes já com diagnóstico prévio de CEC em outra localização. Destes, 95 foram diagnosticados em homens e 83 em mulheres. O número médio de CEC diagnosticado por doente foi $1,2 \pm 0,7$.

Distribuição por sexo

Em relação ao conjunto de CCNM, observou-se predominância de indivíduos do sexo feminino com significância estatística ($p=0,04$) em relação à população total.

Distribuição por área topográfica

Considerando todo o conjunto de 3493 neoplasias malignas diagnosticadas, e independentemente do tipo histológico, a grande maioria das lesões localizou-se a nível da face ($n=1906$, 54,6%) e do couro cabeludo ($n=485$, 13,9%) – Tabela 1. Os restantes distribuíram-se pelo membro inferior ($n=274$, 7,8%), membro superior ($n=237$, 6,8%), região cervical ($n=146$, 4,2%), dorso

($n=133$, 3,8%), face anterior do tórax ($n=107$, 3,1%), área genital ($n=49$, 1,4%), abdómen ($n=47$, 1,3%), região lombar ($n=37$, 1,1%), e pélvis ($n=23$, 0,6%). Em 49 casos (1,4%) não foi possível identificar a localização das neoplasias pela consulta dos registos clínicos.

Conforme representado no Tabela 1, o CCNM foi claramente o grupo de neoplasias malignas mais representativas na grande maioria das áreas topográficas consideradas, em particular a nível da face, couro cabeludo e região cervical, onde representou 95,9%, 94,8% e 94,5% das neoplasias malignas, respectivamente. Em todas as restantes áreas topográficas representou pelo menos metade das neoplasias malignas diagnosticadas, à excepção do abdómen e da pélvis, onde foi responsável por apenas 46,8% e 30,4% dos casos, respectivamente.

No contexto da população portadora de CCNM, o CBC foi o tipo histológico predominante na face, couro cabeludo e todo o tronco, representando entre 71% e

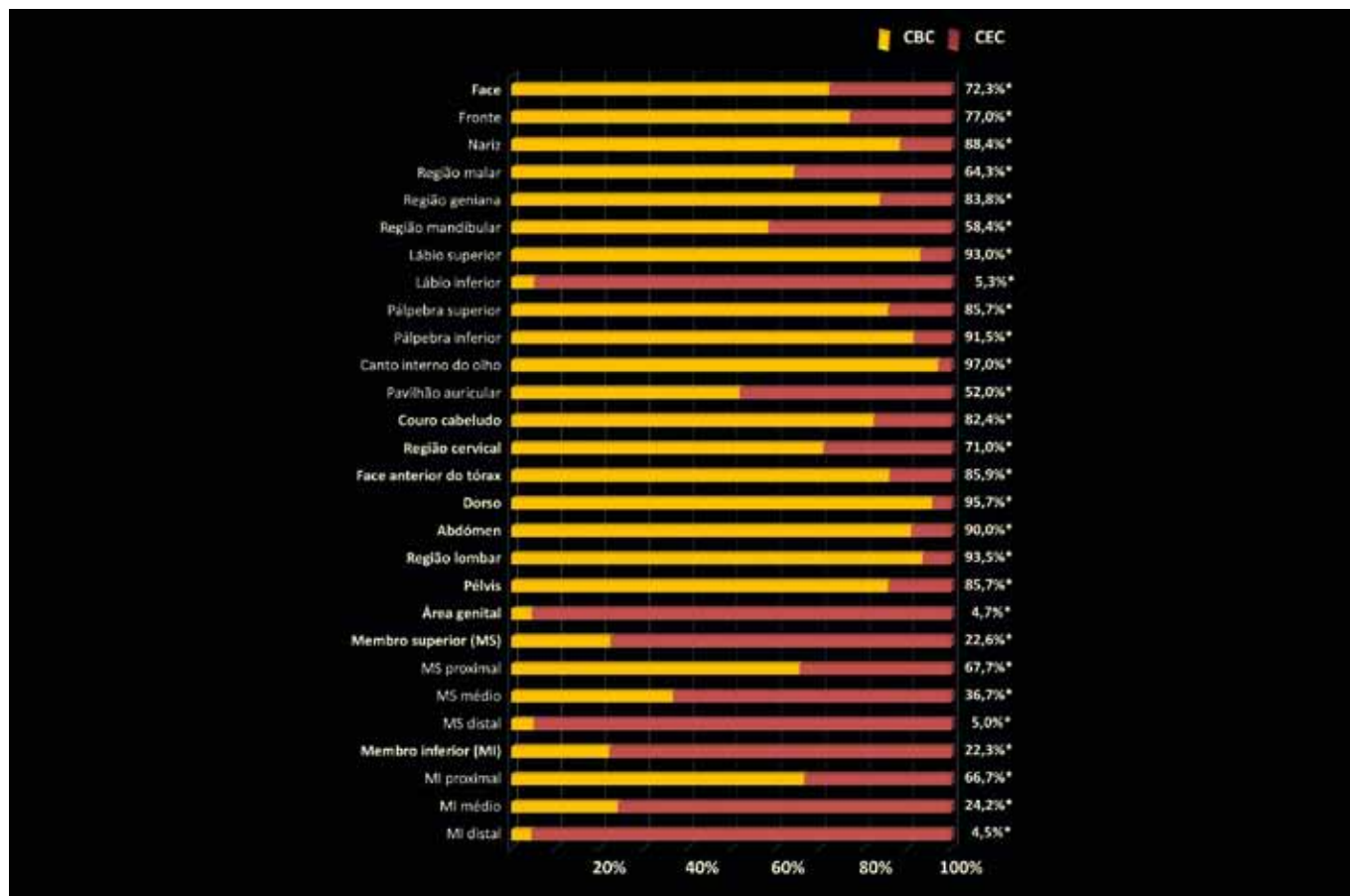


Fig. 2 - Distribuição relativa de CBC e CEC para cada área topográfica. As percentagens à direita (*) correspondem a CBC.

Artigo Original

95,7% dos casos – Fig. 2. Já nos membros, o CEC foi predominante, representando entre 76,3% e 77,7% dos casos. Na área genital em particular, é de realçar o facto de 95,1% dos CCNM diagnosticados serem CEC.

A nível da face, o CBC foi o tipo de neoplasia maligna predominante a nível das pálpebras e canto interno do olho, nariz, regiões malar, geniana e mandibular, fronte e lábio superior, ao passo que o CEC foi mais frequente a nível do lábio inferior – Fig. 2. No pavilhão auricular, a distribuição de CEC e CBC foi equitativa, embora com discreto predomínio de CBC.

Áreas foto-expostas

Independentemente do tipo histológico, verificou-se que 2241 (64,2%) de todos os 3493 tumores malignos localizaram-se nas áreas foto-expostas – Tabela 1.

No que diz respeito ao CCNM, observou-se que 68,7% dos CBC ($n=1443$) e 70,7% dos CEC ($n=689$) se localizaram em áreas foto-expostas. Assim, os CCNM representaram, no total, 95,1% de todas as neoplasias malignas em áreas fotoexpostas, sendo esta associação estatisticamente significativa ($p<0,001$).

Evolução temporal

De uma forma geral, observou-se um aumento gradual e mantido da frequência absoluta do conjunto de neoplasias malignas cutâneas ao longo dos 5 anos estudados: foram diagnosticadas 628 neoplasias malignas em 2004, 662 em 2005, 701 em 2006, 722 em 2007 e 780 em 2008, traduzindo um aumento médio de 38 tumores/ano (equivalente a 6%/ano).

Estes valores traduzem a tendência observada também para o CCNM. Em relação ao número de casos de CBC, observou-se um aumento médio anual de 21 casos (5,0%/ano) e em relação ao CEC, o aumento traduziu-se em 12,3 casos/ano (6,3%/ano). No seu conjunto, o aumento médio anual de CCNM foi de 31,8 casos (5,25%/ano).

Apesar do aumento progressivo de frequência absoluta de NNMC, a frequência relativa de NNMN em relação às demais neoplasias malignas não sofreu alterações significativas ao longo dos 5 anos avaliados. Da mesma forma, não se observaram alterações significativas da proporção anual relativa de CBC/CEC no contexto de CCNM ao longo do período avaliado.

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados traduzem a realidade da Oncologia Dermatológica no nosso serviço e de-

monstram que, como é já largamente conhecido, a incidência da generalidade das neoplasias cutâneas malignas tem sofrido, ao longo dos anos, um crescimento gradual significativo. Essa tendência parece, de facto, reflectir um aumento real do número de novos casos de neoplasias malignas, embora vários factores possam deturpar o seu valor real. A crescente facilidade de referenciação da população a centros hospitalares especializados e a maior precocidade diagnóstica resultante de diversas medidas de educação, sensibilização e de rastreio são exemplos de factores que podem dificultar a interpretação destes resultados.

No que diz respeito ao CCNM, esse aumento de incidência parece estar intimamente relacionado com um maior nível de exposição da população geral à radiação ultravioleta¹. A grande percentagem de casos de CBC e CEC identificados sobre áreas de pele foto-exposta – particularmente a nível da face e região cervical – corrobora, aliás, a já conhecida relação destas neoplasias malignas com a exposição a radiação ultravioleta a longo prazo^{1,9}.

Estes tumores, no seu conjunto, constituíram o grupo de neoplasias malignas cutâneas mais frequente, afectando sobretudo doentes idosos, de forma sobreponível ao descrito em outras séries¹⁰⁻¹³. A associação com o sexo masculino é frequentemente relatada^{5,7,12,14}, contrastando com a população de CCNM avaliada, em que se verificou um predomínio de indivíduos do sexo feminino.

O CBC representou mais de dois terços dos CCNM e foi predominante na generalidade das áreas topográficas, à excepção do lábio inferior, segmentos médio e distal dos membros e área genital. No primeiro caso, o predomínio de CEC deve-se à disposição anatómica particular, que torna aquela região mais exposta aos ultravioletas solares, não sendo de negligenciar a provável associação com o tabagismo. No último caso a associação com a infecção genital por genotipos oncogénicos de papiloma-vírus humano (HPV) parece ser uma justificação plausível.

O grupo de doentes portadores de CBC era constituído maioritariamente por doentes do sexo feminino, sendo esta associação particularmente verdadeira para as lesões da face. É interessante verificar, no entanto, a existência de predomínio estatisticamente significativo de indivíduos do sexo masculino no que diz respeito aos portadores de lesões do tronco, o que poderá traduzir uma maior exposição local a radiação UV por condicionantes das diferenças de vestuário entre os sexos¹. Também no couro cabeludo foi observada essa situação, podendo igualmente traduzir as diferenças

sexuais em termos de comprimento do cabelo (sendo habitualmente mais longo nas mulheres, exercendo por esse motivo uma acção protectora)⁹ e possivelmente o uso preferencial de radioterapia do couro cabeludo nas crianças do sexo feminino para tratamento da *tinea capitis* no passado.

Relativamente aos doentes portadores de CEC, houve predomínio estatisticamente significativo do sexo masculino em algumas áreas topográficas, apesar de não ter sido demonstrado para a população total. É o caso da área genital e do lábio inferior, que associamos com a maior frequência de infecções por HPV nos genitais externos e de tabagismo nos indivíduos do sexo masculino. O couro cabeludo e o pavilhão auricular, ao contrário das áreas expostas da face (como a região malar e mandibular) são também mais frequentemente atingidas no sexo masculino, atendendo ao menor efeito protector do cabelo na maioria dos indivíduos⁹. Por outro lado, nos membros inferiores observa-se predomínio significativo do sexo feminino, consequência provável de uma maior exposição local à radiação condicionada pelo vestuário e calçado feminino.

CONCLUSÕES

As diferenças obtidas para as populações de doentes portadores de CBC e CEC permitem de alguma forma inferir que, apesar de frequentemente enquadrados numa mesma classificação, são entidades clínicas diferentes resultando de processos fisiopatológicos distintos.

O conhecimento das características epidemiológicas e da evolução temporal observada para a generalidade dos tumores malignos, e em particular para os CCNM, deverá ser ponto de reflexão relativamente à construção e aperfeiçoamento das medidas de sensibilização da população para factores de risco evitáveis, e justificar uma gestão previdente dos Serviços de Dermatologia com vista a assegurar capacidade de resposta em tempo útil à crescente população oncológica.

BIBLIOGRAFIA

1. Dessinioti C, Antoniou C, Katsambas A, Stratigos AJ. Basal Cell Carcinoma: what's new under the Sun. *Photochem Photobiol.* 2010;86(3):481-91.
2. Ferrándiz C, Fuente MJ, Ferrándiz L, Carrascosa JM. Basal Cell Carcinoma. *Cancer Treat Res.* 2009;146:263-78.
3. Kyrgidis A, Tzellos TG, Vahtsevanos K, Triaridis S. New concepts for basal cell carcinoma. Demographic, clinical, histological risk factors, and biomarkers. A systematic review of evidence regarding risk for tumor development, susceptibility for second primary and recurrence. *J Surg Res.* 2010;159(1):545-56.
4. Rubin AI, Chen EH, Ratner D. Basal-cell carcinoma. *N Engl J Med.* 2005;353(21):2262-9.
5. Situm M, Buljan M, Bulat V, Lugovic Mihic L, Bolanca Z, Simic D. The role of UV radiation in the development of basal cell carcinoma. *Coll Antropol.* 2008;32 Supp I2:167-70.
6. Diepgen TL, Mahler V. The epidemiology of skin cancer. *Cr J Dermatol.* 2002;146 Suppl 61:1-6.
7. Roewert-Huber J, Lange-Asschenfeldt B, Stockfleth E, Kerl H. Epidemiology and aetiology of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol.* 2007;157 Supp I2:47-51.
8. Autier P, Boniol M, Doré JF. Sunscreen use and increased duration of intentional sun exposure : still a burning issue. *Int J Cancer.* 2007;122(1):1-5.
9. Rigel DS. Cutaneous ultraviolet exposure and its relationship to the development of skin cancer. *J Am Acad Dermatol.* 2008;58(5 Suppl 2): S129-32.
10. Betti R, Inselvini E, Carducci M, Crosti C. Age and site prevalence of histologic subtypes of basal cell carcinomas. *Int J Dermatol.* 1995;34:174-6.
11. Harris RB, Griffith K, Moon TE. Trends in the incidence of nonmelanoma skin cancers in southeastern Arizona, 1985-1996. *J Am Acad Dermatol.* 2001;45:528-36.
12. Seretis K, Thomaidis V, Karpouzis A, Tamiolakis D, Tsamis I. Epidemiology of surgical treatment of nonmelanoma skin cancer of the head and neck in Greece. *Dermatol Surg.* 2010;36(1):15-22.
13. Staples MP, Elwood M, Burton RC, Williams JL, Marks R, Giles GG. Non-melanoma skin cancer in Australia: the 2002 national survey and trends since 1985. *Med J Aus.* 2006;184(1):6-10.
14. Weinstock MA. Death from skin cancer among the elderly: epidemiological patterns. *Arch Dermatol.* 1997;133(10):1207-9.