



CÂNCER DE PELE: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO E ANÁLISE DA PROTEÇÃO SOLAR DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS EM UM AMBULATÓRIO DE SÃO PAULO

Beatriz de Sales Koja¹

Camila Ono Demarchi Silva²

Profa. Dra. Fernanda Rytenband³

Resumo

Fundamentos: O câncer de pele é a neoplasia de maior incidência no mundo, sendo o principal fator de risco a exposição prolongada à radiação solar. O câncer de pele não melanoma é considerado menos agressivo e com baixo risco de metástases, enquanto o câncer de pele melanoma caracteriza-se por ser mais agressivo, com alta letalidade e pior prognóstico associados. **Objetivo:** Caracterizar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes diagnosticados com câncer de pele em um serviço secundário de dermatologia. **Métodos:** Estudo observacional retrospectivo a partir da coleta de dados em 150 prontuários de pacientes em um ambulatório secundário de dermatologia em São Paulo entre os anos de 2023 e 2024, levando em consideração os fatores de inclusão e exclusão. **Resultados:** A faixa etária dos 70 aos 79 anos foi a mais acometida pelas neoplasias cutâneas em ambos os sexos (34%), ainda que o pico de incidência tenha ocorrido igualmente na faixa etária dos 60 aos 69 anos no sexo masculino (35,11%). Dentre o total de casos avaliados, 76,6 envolviam o diagnóstico de carcinoma basocelular, de modo que 74% dos pacientes apresentaram lesão única no exame físico descrito (n = 111). A região da superfície cutânea mais acometida foi a região nasal (16,42% dos casos). **Limitações do Estudo:** Incluem a dificuldade de acesso aos prontuários de 2023, especialmente os de caráter físi-

co. **Conclusões:** O câncer de pele possui alta incidência e grande impacto na saúde pública, de modo que sua prevenção e detecção precoce resultam em diminuição da incidência e da mortalidade.

Palavras-chave: Neoplasia cutânea; Perfil de saúde; Fator de proteção-solar; Melanoma; Fatores de risco.

Introdução

O câncer de pele é a malignidade de maior incidência no mundo¹, de forma que o aumento da incidência e da mortalidade por esta neoplasia está relacionada ao envelhecimento e crescimento populacional, assim como pela alteração na distribuição e prevalência dos fatores de risco e ao desenvolvimento socioeconômico². Os tumores cutâneos representam impacto direto tanto na saúde pública¹ quanto nas dimensões psicossocial e econômica dos pacientes acometidos por tais doenças, de forma que o conhecimento a respeito da prevenção, da detecção precoce e do tratamento imediato do câncer de pele é essencial para a diminuição da incidência e da mortalidade de tal neoplasia³.

De forma geral, o câncer de pele é mais incidente em pacientes com fototipos baixos e com idade superior a 40 anos, além do antecedente de alta exposição solar durante a vida estar presente como importante fator de

¹Graduanda em Medicina, Universidade Santo Amaro.

²Graduanda em Medicina, Universidade Santo Amaro.

³Professora, Orientadora, Universidade Santo Amaro.



risco. Entretanto, a exposição frequente aos raios solares entre jovens está promovendo uma diminuição na idade do perfil de pacientes diagnosticados com neoplasias cutâneas².

As neoplasias cutâneas podem ser classificadas como câncer de pele não melanoma (CPNM), considerado menos agressivo, de baixa letalidade e de baixo risco para promover metástases^{2,4,5} (incluindo os subtipos carcinoma basocelular e carcinoma espinocelular¹), e câncer de pele melanoma (CPM), sendo este mais agressivo, de elevada letalidade e de pior prognóstico^{2,4,5}.

No ano de 2020, o CPNM foi a quinta neoplasia maligna de maior incidência no mundo, correspondendo a 1,2 milhão de casos novos (722 mil casos novos em homens e 476 mil casos novos em mulheres), enquanto o CPM correspondeu a 324 mil casos novos (175 mil casos novos em homens e 151 mil casos novos em mulheres). Já em âmbito nacional, considerando a proporcionalidade de incidência entre os tumores CPNM e CPM na população, ocorreram cerca de 2.653 óbitos por CPNM e, aproximadamente, 1.923 óbitos decorrentes do CPM no ano de 2020, sendo incidente em todas as regiões brasileiras (principalmente na região Sul e Sudeste) entre pacientes do sexo feminino e nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste para os pacientes do sexo masculino².

O carcinoma basocelular (CBC) é o tumor cutâneo mais incidente no mundo, correspondendo ao subtipo de câncer mais comum no Estados Unidos, com acometimento estimado para 2 milhões de americanos anualmente, excedendo a incidência de todos os outros tipos de câncer combinados⁶. De acordo com a organização americana "American Cancer Society", dos

5,4 milhões de casos de câncer de pele não melanoma (incluindo os casos de CBC e CEC) diagnosticados anualmente nos Estados Unidos, 80% são cânceres basocelulares⁷. A prevalência do CBC é maior em indivíduos de pele clara¹, com o acometimento de regiões de pele comumente expostas ao sol (como orelhas, face, pescoço e antebraço)^{2,6}, sendo caracterizado frequentemente pela ausência de proliferação tumoral rápida e metástase^{4,6}, ainda que possa produzir destruição local substancial com desfiguração, podendo acometer áreas extensas de diferentes tecidos, entre eles os tecidos moles, a cartilagem e o osso da região⁶.

O fator de risco carcinogênico de maior importância ambiental para o desenvolvimento do CBC corresponde à exposição à luz ultravioleta (UV)¹, de forma que o risco é aumentado tanto pela radiação Ultravioleta-A (UVA) quanto pela Ultravioleta B (UVB), assim como pela radiação ionizante, variando a partir do padrão e da quantidade de Radiação UV. Destaca-se, portanto, que a terapia de radiação (RT) como tratamento para outras condições, especialmente quando em idade jovem, pode estar associada ao aumento do risco de surgimento de CBC e CEC⁶. Ademais, outros fatores de risco incluem exposição crônica ao arsênio, imunossupressão de longo prazo¹, uso de medicamentos diuréticos² e causas genéticas, sendo estas relacionadas a via de sinalização hedgehog, incluindo mutações no gene PTCH1 (patched 1) no cromossomo 9q que codifica o receptor hedgehog (causa da síndrome do nevo basocelular, além de estarem presente de 30 a 90% dos casos de CBCs esporádicos) e no gene supressor de tumor p53 induzidas pela radiação ultravioleta, comumente presente no



desenvolvimento do CBC. Destaca-se também que pacientes de pele clara, com cabelos ruivos ou loiros e com cor clara dos olhos são mais propensos ao desenvolvimento de CBC, sendo estes fatores de risco independentes associados à maior susceptibilidade ao dano ultravioleta, assim como a presença de determinadas síndromes genéticas que predisõem à formação de câncer de pele entre estes indivíduos, incluindo o Albinismo e o Xeroderma Pigmentoso, devido a defeitos na reparação do DNA induzidos pela radiação UV⁶.

Os CBCs podem ser classificados como pápulas rosadas e peroladas, de modo que caracterizam-se por serem ligeiramente diferentes da pele normal, nodulares (úlceras centrais, com bordas peroladas e elevadas e com telangiectasias), superficiais/multifocais (mácula plana e escamosa rosada/avermelhada) ou esclerosantes (textura endurecida com a presença de telangiectasias), podendo algumas variantes serem pigmentadas (de coloração marrom ou preto-azulada). As metástases do CBC correspondem a 2% dos casos quando as lesões iniciais tenham diâmetro superior a 3 cm¹.

Uma biópsia de pele deve ser realizada caso haja qualquer lesão suspeita, incluindo a derme reticular profunda, pois uma histologia infiltrativa pode estar presente exclusivamente nas margens mais profundas e avançadas de um tumor. Após a confirmação diagnóstica do CBC, recomenda-se a avaliação completa da pele destes pacientes, pois indivíduos com câncer de pele frequentemente possuem múltiplas lesões pré-cancerosas ou cânceres adicionais localizados em outros locais da pele. Em determinadas situações, podem ser utilizados exames de imagem, como a ressonância magnética (RM), para auxílio no

planejamento operatório, especialmente quando há suspeita de doença extensa, com envolvimento ósseo, invasão perineural ou envolvimento profundo de tecidos moles⁶.

Os critérios de alto risco para o desenvolvimento e recorrência do CBC são: lesão com diâmetro maior ou igual a 2 cm em tronco e extremidades ou lesão de qualquer tamanho nas regiões de cabeça, pescoço, mãos, pés, pré-tibial e anogenital; bordas mal delimitadas; tumor recorrente; condição de supressão imunológica nos pacientes; radioterapia prévia no local acometido; histopatologia com padrão de crescimento agressivo (apresentando esclerosantes/morfeiformes, características micronodulares basoescamosas, e CBC infiltrativas, com diferenciação carcinosarcomatosa em qualquer porção do tumor); e envolvimento perineural⁸. Qualquer fator de risco presente classifica o respectivo paciente na categoria de alto risco⁸. O tratamento indicado pode ser variado dependendo do local acometido pelo CBC, além do gênero, idade e fototipo de pele do paciente, o que influencia na escolha e na resposta dos pacientes frente aos tratamentos⁴. A cirurgia micrográfica de Mohs é o método terapêutico adequado para o CBC de alto risco, o qual permite avaliar a margem histológica total das lesões, a fim de garantir a remoção completa do tecido maligno e limitar a ressecção do tecido não envolvido⁴.

Podem ser considerados como terapêuticas alternativas o uso de lasers que induzem uma necrose coagulativa, ablação e hipertermia, resultando na destruição do tumor, a terapia fotodinâmica, a terapia oral (Vismodegib e o Sonidegib, utilizada principalmente no tratamento de pacientes com doenças agressivas que não conseguem tolerar outras terapias, ou de retinóides, por interferirem na proliferação e diferenciação



celular) e a terapia tópica (terapêutica menos invasiva que abrange maiores áreas da pele e não causa lesões hipertróficas), sendo esta última utilizada exclusivamente para o tratamento dos CBCs superficiais. Além disso, existem estudos que apresentam novas formas de tratamento com o uso de terapia de alvo molecular, além da terapia combinada com diferentes medicamentos e da imunoterapia⁴.

Destaca-se ainda que a presença de determinados fatores de risco no quadro clínico dos pacientes diagnosticados com CBC aumenta a probabilidade de recorrência pós-tratamento, incluindo localização anatômica e o tamanho dos CBCs (tumores que desenvolvem-se na região da cabeça e pescoço possuem maiores chances de recorrência quando comparados aos de tronco e membros, assim como em locais de radioterapia prévia), situações de imunossupressão (como o transplante de órgãos, que pode elevar a incidência de CBC de 5 a 10 vezes quando comparado à população geral), subtipos com "padrão de crescimento agressivo" (como os padrões micronodular, infiltrativo, esclerosante e morfeiforme) e envolvimento perineural. A relação entre a idade dos pacientes e o maior risco de recorrência do CBC ainda não está bem esclarecido⁶.

Em contrapartida, o carcinoma espinocelular (CEC) é considerado o segundo tumor cutâneo de maior incidência no mundo^{4,9}, de forma que esta vem aumentando consideravelmente nos últimos anos mundialmente^{1,9}. Embora os CBCs sejam mais incidentes quando comparados aos CECs em uma proporção de 4:1, o CEC cutâneo possui maior taxa de letalidade (responsável por aproximadamente 2.500 mortes nos Estados Unidos a cada ano). A

prevalência do CEC é maior em indivíduos de pele clara, podendo desenvolver-se em qualquer região cutânea, com maior prevalência para os locais com maior exposição solar, enquanto em indivíduos de pele escura há predominância do CEC em áreas de cicatrizes crônicas ou inflamação¹. Pacientes diagnosticados com CEC geralmente possuem um bom prognóstico, com taxa de sobrevivência superior a 90% em 5 anos⁹.

Ainda que o CEC tenha etiologia multifatorial, o fator de risco de maior destaque é a exposição solar cumulativa (em especial a luz UVB, que atua como iniciadora e promotora de tumores quando comparada à luz UVA), que produz mutações no gene supressor de tumor p53 e, conseqüentemente, resulta na proliferação de queratinócitos anormais. Ademais, demais fatores que contribuem para o desenvolvimento de CEC correspondem a presença de cicatrizes e dermatoses crônicas, a exposição a diferentes compostos químicos, o tratamento prévio com radiação e a infecção pelo papilomavírus humano, assim como a imunossupressão crônica (causada por diversas doenças, como o vírus da imunodeficiência humana [HIV]) e o tratamento anti rejeição ao enxerto nos casos de transplante de órgãos¹.

A respeito das lesões precursoras do CEC, destacam-se as queratoses actínicas como lesões pré-malignas⁹ que resultam da proliferação atípica dos queratinócitos restrita à epiderme¹, correspondendo a pápulas e placas escamosas, eritematosas e de coloração marrom-avermelhadas¹. A partir do surgimento destas lesões pré cancerígenas, pode-se fazer o tratamento adequado como primeira conduta, com auxílio da crioterapia, especialmente em pacientes com histórico de



múltiplas e difusas queratoses actínicas, por possuírem alto risco de desenvolver múltiplos CECs primários mais invasivos⁹.

Além disso, ainda pode-se destacar o CEC invasivo, caracterizado como pápulas e placas escamosas mal definidas e ligeiramente elevadas até nódulos hiperqueratóticos, que podem apresentar sinais de ulceração e sintomas neurológicos, sendo esta última uma indicação de possível invasão perineural¹.

O tratamento do CEC é cirúrgico, de forma que a cirurgia micrográfica de Mohs pode ser realizada em casos de doença localizada tanto de baixo quanto de alto risco (sendo feita de maneira semelhante ao CBC), a fim que haja a preservação do tecido cutâneo para estética e funcionalidade. A excisão cirúrgica padrão também pode ser utilizada para o tratamento do CEC de baixo risco, com margem histológica de 4 a 6 mm associado em lesões sem características de alto risco, devendo ser realizada a avaliação das margens no período pós-operatório¹⁰. Outrora, o CEC de alto risco deve ser tratado de forma agressiva, considerando a possibilidade de metástase para linfonodos adjacentes e demais tecidos¹.

Além dos procedimentos cirúrgicos, deve-se fazer o acompanhamento destes pacientes, a fim de avaliar a pele e os linfonodos a cada 3 a 6 meses durante os 2 primeiros anos e seguir anualmente, evitando assim as complicações relacionadas ao tratamento, recorrência e desenvolvimento de novas lesões (a incidência de um segundo câncer de pele nestes pacientes equivale a 18% em 3 anos e 50% em 5 anos)¹.

O câncer de pele do tipo melanoma é a neoplasia cutânea responsável por, aproximadamente, 4,6% dos casos e 1,7%

dos óbitos por câncer nos Estados Unidos, com etiologia nos melanócitos (células produtoras de melanina)². A incidência deste câncer aumenta proporcionalmente com a idade dos pacientes, atingindo um pico de 91,2 casos por 100.000 habitantes entre os 80 e 84 anos, principalmente em indivíduos de pele clara, cabelos ruivos ou loiros, olhos claros e com sardas. Alguns fatores de risco correlacionados com o desenvolvimento de melanoma correspondem a interação de múltiplos componentes genéticos com fatores ambientais¹, além da exposição prolongada à radiação ultravioleta (UV) natural ou não natural⁵, da presença anterior de nevos atípicos e de episódios anteriores de bronzeamento artificial nestes pacientes¹. Portanto, o uso de protetores solares possui uma grande influência na prevenção do CPM¹¹.

As lesões do melanoma costumam ser pigmentadas e podem manifestar-se em diferentes regiões, como nas mucosas, nos olhos e em qualquer parte da superfície cutânea¹ (como na cabeça e no pescoço, nos membros superiores e ombros, nos membros inferiores e no quadril)⁵. As lesões devem ser triadas através da regra do ABCDE, a fim de analisar a assimetria, as bordas, a coloração, o diâmetro e a evolução destas lesões, juntamente com a presença de sinais de irritação, vermelhidão, sangramento ou dor em qualquer área com suspeita de melanoma¹. A classificação histopatológica pode ser dividida entre extensiva superficial (ES), lentigo maligno ou melanoma lentigo maligno (LM/MLM), lentiginoso acral (LA)⁵ e melanoma nodular/spitzóide.

Ademais, o acompanhamento dos pacientes é de extrema importância para o diagnóstico precoce do melanoma. A Academia Americana de Dermatologia



recomenda o acompanhamento anual dos pacientes de alto risco, enquanto a Sociedade Americana do Câncer recomenda a inspeção cutânea a cada 3 anos para aqueles entre 20 e 39 anos de idade e anualmente após os 40 anos de idade¹.

A excisão cirúrgica do melanoma deve ser feita de forma completa para diagnóstico desta neoplasia, denominada biópsia excisional, com a remoção das margens de 1 a 3 mm, através da derme até a gordura subcutânea, a fim de medir a profundidade da lesão, podendo considerar a biópsia do linfonodo sentinela associada à ampliação de margens. Nesse sentido, o tratamento é feito a partir das características clínicas e histopatológicas do tumor de cada indivíduo, juntamente com a avaliação da presença de linfonodos envolvidos e metástases locais e/ou distantes. Devem ser consideradas também a imunoterapia ou a terapia alvo em pacientes com alto risco de recorrência tumoral ou com doença localmente avançada ou metastática¹.

Há também a existência de outras neoplasias cutâneas, desencadeadas pelo crescimento desordenado de células cutâneas, sendo necessário em cada neoplasia a avaliação clínica, a biópsia e o tratamento imediato¹. Destacam-se o carcinoma sebáceo, o sarcoma de kaposi, o carcinoma de células de merkel (CCM), o tumor anexial, os linfomas cutâneos, os angiosarcomas e o dermatofibrossarcoma protuberans^{1,4}.

Logo, considerando que o câncer de pele é a malignidade de maior incidência no mundo¹ e que os tumores cutâneos foram responsáveis por, aproximadamente, 2.653 óbitos por CPNM e 1.923 óbitos por CPM no ano de 2020 em território brasileiro², além das alterações na distribuição e na prevalência

dos fatores de risco nos últimos anos², estabeleceu-se a necessidade de caracterização do perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com diagnóstico de câncer de pele como principal objetivo para a formulação desta pesquisa, assim como o estabelecimento da relação do desenvolvimento de tumores cutâneos com a proteção solar nestes indivíduos, devido ao impacto direto desta neoplasia tanto na saúde pública¹ quanto nas dimensões psicossocial e econômica dos pacientes acometidos³, e o risco de reincidência do câncer de pele a partir da análise dos seus respectivos fatores de risco, proteção solar e quadro clínico.

A conscientização dos profissionais de saúde em relação a compreensão do quadro clínico, dos métodos diagnósticos e da conduta terapêutica de cada um dos tipos de câncer de pele (seja CPNM ou CPM), em especial os profissionais médicos, possibilita a caracterização do perfil clínico e epidemiológico adequada dos pacientes diagnosticados com câncer de pele, permitindo que haja diminuição das taxas de incidência, prevalência e letalidade causadas pelas neoplasias cutâneas através do diagnóstico precoce e da prevenção contra o câncer de pele (especialmente o risco relacionado a exposição excessiva à luz UV).

Metodologia

O estudo elaborado trata-se de um estudo observacional retrospectivo, realizado através da inspeção e da coleta de dados em 150 prontuários de pacientes diagnosticados com câncer de pele no Hospital Escola Wladimir Arruda (HEWA), ambulatório de medicina da Universidade Santo Amaro (UNISA), durante os anos de 2023 e 2024, a fim de determinar as principais características clínicas e epi-



miológicas destes indivíduos, com posterior análise de artigos científicos que abordam a caracterização do perfil clínico e epidemiológico do câncer de pele em outros locais.

Os critérios de inclusão utilizados para seleção dos sujeitos elegíveis para participação deste estudo foram: pacientes atendidos no HEWA, diagnosticados com câncer de pele nos últimos 2 anos (entre 2023 e 2024), com idade superior a 18 anos, de qualquer sexo e/ou etnia. Já os critérios utilizados para exclusão dos sujeitos inelegíveis para participação deste estudo foram: pacientes diagnosticados com câncer de pele que não tenham sido atendidos no HEWA, além de pacientes com prontuários incompletos, com diagnóstico anterior ao ano de 2023 ou posterior ao ano de 2024 e com idade inferior a 18 anos.

A partir da seleção dos sujeitos elegíveis e da inspeção dos prontuários selecionados, foram avaliadas as seguintes variáveis: idade, sexo e etnia; diagnóstico e tipo de câncer de pele; local acometido pela neoplasia; características da neoplasia cutânea; fatores de risco; uso e frequência de proteção solar; ocupação; antecedentes pessoais de lesões cutâneas por exposição solar; antecedentes familiares para desenvolvimento de neoplasias e grau de parentesco (em especial história familiar para neoplasias cutâneas); fototipo e cor dos cabelos e olhos; uso de medicamentos; evolução do quadro; método diagnóstico; e conduta terapêutica.

Resultados

A quantidade de pacientes diagnosticados com câncer de pele entre os anos de 2023 e 2024 correspondeu ao valor de 150, de modo que 19,33% dos diagnósticos (n = 29) foram referentes ao ano de 2023,

enquanto 80,67% dos diagnósticos (n = 121) foram referentes ao ano de 2024.

Tal amostra (n = 150) foi composta por 62,67% de indivíduos do sexo feminino (n = 94) e 37,33% de indivíduos do sexo masculino (n = 56). A faixa etária com a maior quantidade de casos diagnosticados com alguma neoplasia cutânea foi a dos 70 aos 79 anos para ambos os sexos, correspondendo a 34% dos casos analisados (n = 51), de modo que o pico de incidência destes tumores no sexo feminino deu-se nesta faixa etária, correspondendo a 35,11% dos casos (n = 33). Entretanto, o pico de incidência destes tumores no sexo masculino deu-se igualmente nas faixas etárias dos 60 aos 69 anos e dos 70 aos 79 anos, configurando 32,14% dos casos (n = 18) em ambas. Apenas 1 caso entre os 150 analisados ocorreu na faixa etária mais jovem analisada (entre as idades de 18 e 29 anos).

Com relação à etnia dos indivíduos presentes na amostra, 94% (n = 141) dos prontuários não apresentavam tal informação descrita, de modo que entre os 6% (n = 9) que apresentavam a etnia definida foram descritos como brancos. Quanto à naturalidade dos indivíduos, apenas 38,66% (n = 58) apresentava tal informação descrita no prontuário, de modo que 18,67% do total (n = 28) possuía naturalidade proveniente da região sudeste, 17,33% (n = 26) da região nordeste e 1,33% (n = 2) tanto para a região sul quanto para países estrangeiros. Do total de casos provenientes da região sudeste (n = 28), 78,57% destes pacientes (n = 22) eram naturais do estado de São Paulo. Não houve casos descritos em prontuário com naturalidade das regiões norte e centro-oeste. Todos os pacientes incluídos na amostra possuíam procedência do estado de São Paulo (n = 150).



Já em relação à ocupação dos indivíduos, apenas 37,33% (n = 56) dos prontuários apresentavam tal informação descrita, de modo que 15,33% (n = 23) dos indivíduos eram aposentados, enquanto 6% (n = 9) possuíam ocupações com risco aumentado para a exposição solar, incluindo agricultores, comerciantes, trabalhadores de construção civil e motoristas).

No que se refere às comorbidades dos pacientes analisados, 36,67% (n = 55) dos pacientes possuíam o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica; 14,67% (n = 22) possuíam diagnóstico para dislipidemia ou hipercolesterolemia; 12,67% (n = 19) possuíam diagnóstico para diferentes condições dermatológicas, incluindo doenças como o xeroderma pigmentoso (n = 1) e a ictiose congênita (n = 1); 8,67% (n = 13) possuíam diagnóstico para diabetes ou pré-diabetes; 7,33% (n = 11) possuíam diagnóstico de hipotireoidismo; 6% (n = 9) possuíam diagnóstico de outras neoplasias, com destaque para as neoplasias de mama (n = 3), de endométrio (n = 2), hematológico (n = 2), de próstata (n = 1) e esofágico (n = 1); 6% (n = 9) possuíam diagnóstico de doenças neurológicas, assim como para doenças reumatológicas e para eventos cardiovasculares anteriores; 5,33% (n = 8) possuíam diagnóstico de condições/doenças renais; 4% (n = 6) possuíam diagnóstico de condições psiquiátricas, assim como para hiperplasia prostática benigna; e 7,33% (n = 11) possuíam diagnóstico para outras condições.

Quando avaliados os antecedentes pessoais dos pacientes em relação a um diagnóstico anterior de câncer de pele, 52% (n = 78) dos indivíduos obtinham tal informação descrita em seus prontuários, de modo que 64,1% (n = 50) eram do sexo feminino e

35,9% (n = 28) eram do sexo masculino entre estes. A faixa etária dos indivíduos que mais apresentavam tais antecedentes era entre os 60 e os 69 anos entre os homens, correspondendo a 35,71% (n = 10) do total de indivíduos do sexo masculino com antecedentes, e os 70 aos 79 anos entre as mulheres, correspondendo a 30% (n = 15) do total de indivíduos do sexo feminino com antecedentes. 67,95% (n = 53) dos pacientes possuía diagnóstico prévio de carcinoma basocelular, 32,05% (n = 25) para carcinoma espinocelular, 5,13% (n = 4) para melanoma, 2,56% (n = 2) para tumores cutâneos raros e 20,51% (n = 16) para algum tipo de câncer de pele, sem especificidade devido à ausência de laudo histopatológico comprobatório anterior. A média de lesões por indivíduo com antecedentes descritos foi de 2,92. Ademais, destaca-se que 55,26% do total de lesões anteriores descritas nos prontuários ocorreram em até 5 anos antes do ano do diagnóstico atual.

Em relação aos antecedentes familiares dos indivíduos da amostra, apenas 6% (n = 9) dos pacientes analisados possuíam qualquer antecedente familiar para câncer de pele descrito nos prontuários. Nesse sentido, 4% do total (n = 6) apresentou antecedentes familiares para parentes de 1º grau, 1,33% (n = 2) para parentes de 2º grau e 0,67% (n = 1) para parentes de 3º grau.

A respeito dos hábitos de proteção solar, apenas 10,67% dos pacientes (n = 16) apresentaram informações referentes ao uso de protetor solar, de modo que, entre os que possuíam tal informação em prontuário, 56,25% (n = 9) possuíam uso adequado de proteção solar anterior ao diagnóstico, 37,5% (n = 6) possuíam uso irregular e 6,25% (n = 1) possuíam completa ausência de uso de proteção solar.



As principais variáveis sociodemográficas avaliadas na população analisada, assim como os antecedentes familiares e os hábitos de fotoproteção, estão apresentadas na Tabela 1.

Acerca do quadro clínico dos pacientes incluídos na amostra (n = 150), 74% dos pacientes (n = 111) possuíam lesão neoplásica única ao exame físico, 16,67% (n = 25) possuíam 2 lesões neoplásicas, 4% (n = 6) possuíam 4 lesões neoplásicas, 2,67% (n = 4) possuíam 3 lesões neoplásicas e 2,67% (n = 4) possuíam 5 lesões ou mais. A presença de 5 ou mais lesões ao exame físico dermatológico foi um achado presente exclusivamente entre indivíduos do sexo masculino (n = 4).

Em relação ao diagnóstico dos pacientes analisados e dos principais tipos de câncer de pele, 76,67% dos casos avaliados envolviam o diagnóstico de carcinoma basocelular (n = 115), 24,67% para o carcinoma espinocelular (n = 37), 2,67% para o melanoma (n = 4) e 2,67% para outros tumores raros de pele (n = 4). Entre os tumores raros analisados, pode-se destacar a micose fungoide (n = 1), a papulose linfomatoide (n = 1), o carcinoma tricoblástico (n = 1) e o triquilemocarcinoma (n = 1). Destaca-se ainda que, do total de pacientes diagnosticados com carcinoma espinocelular (n = 37), 59,46% (n = 22) destes possuíam antecedente pessoal de queratoses actínicas ao exame físico dermatológico descrito em prontuário.

Acerca da incidência do carcinoma basocelular (CBC) na amostra analisada e os seus principais tipos histopatológicos, tal neoplasia ocorreu em 74,47% (n = 70) das pacientes do sexo feminino e em 80,36% (n = 45) dos pacientes do sexo masculino. Considerando o total de lesões caracterizadas como carcinoma basocelular em ambos os

sexos (n = 170) e a possibilidade de um paciente possuir mais de uma lesão associada, os principais tipos histopatológicos descritos foram: CBC sólido/nodular, com 67,68% (n = 67) no sexo feminino e 67,60% (n = 48) no sexo masculino; CBC superficial, com 19,19% (n = 19) no sexo feminino e 26,76% (n = 19) no sexo masculino; e CBC micronodular, com 4,04% (n = 4) no sexo feminino e 1,41% (n = 1) no sexo masculino.

Já em relação à incidência do carcinoma espinocelular (CEC) na amostra analisada e os seus principais tipos histopatológicos, tal neoplasia ocorreu em 25,53% (n = 24) das pacientes do sexo feminino e em 23,21% (n = 13) dos pacientes do sexo masculino. Considerando o total de lesões caracterizadas como carcinoma espinocelular em ambos os sexos (n = 40) e a possibilidade de um paciente possuir mais de uma lesão associada, os principais tipos histopatológicos descritos foram: doença de Bowen (CEC in situ), com 69,23% (n = 18) no sexo feminino e 71,43% (n = 10) no sexo masculino; e o CEC bem diferenciado acantolítico, com 26,92% (n = 7) no sexo feminino e 7,14% (n = 1) no sexo masculino. Enquanto o queratoacantoma, um dos subtipos histopatológicos do CEC, foi encontrado apenas nas pacientes do sexo feminino, com incidência de 3,85% (n = 1) na amostra avaliada, o CEC invasivo de células escamosas, outro subtipo histopatológico do CEC, foi encontrado exclusivamente nos pacientes do sexo masculino, com incidência de 7,14% (n = 1) na amostra analisada.

A respeito da incidência do melanoma na amostra analisada e os seus principais tipos histopatológicos, tal neoplasia ocorreu em 3,19% (n = 3) das pacientes do sexo feminino e em 1,79% (n = 1) dos pacientes do sexo masculino. Considerando o total de lesões caracterizadas como melanoma em ambos os



sexos (n = 4), o principal tipo histopatológico descrito foi o melanoma lentiginoso in situ, com 66,67% (n = 2) no sexo feminino e 100% (n = 1) no sexo masculino. O melanoma invasivo de padrão spitzóide, um dos subtipos histopatológicos do melanoma e com característica mais agressiva, foi encontrado apenas nas pacientes do sexo feminino, com incidência de 33,33% (n = 1) na amostra avaliada.

As regiões da superfície cutânea mais acometidas pelas neoplasias de pele foram a região nasal (com acometimento presente em 16,42% dos casos), os membros superiores (11,94% dos casos) e a região malar (10,94% dos casos). Outras regiões acometidas que podem ser destacadas são a região frontal (7,46% dos casos), o pavilhão auricular (7,46% dos casos), a região dorsal (6,96% dos casos), a região palpebral (6,96% dos casos), a região cervical (5,47% dos casos), a região anterior do tronco (4,97% dos casos), a região temporal (4,48% dos casos), os membros inferiores (3,98% dos casos), o dorso das mãos (2,98% dos casos), o sulco nasolabial (2,98% dos casos), a região labial (2,49% dos casos), a região zigomática (1,49% dos casos), o couro cabeludo (1,49% dos casos), os pés (0,99% dos casos) e a região mandibular (0,50% dos casos).

A quantidade de lesões cutânea por paciente e os principais sítios cutâneos acometidos pelas lesões (considerando ainda a possibilidade de um paciente possuir mais de uma lesão associada) estão demonstradas na Tabela 2, enquanto a relação entre o sexo e os principais tipos de câncer de pele e seus respectivos subtipos histológicos estão dispostos na Tabela 3.

Quanto a recidiva de lesões neoplásicas em pacientes com antecedente de diagnóstico e tratamento prévios para neoplasia anteriores

no mesmo local da superfície cutânea que as lesões atuais, 53,33% (n = 8) destas ocorreram no sexo feminino (n = 7), enquanto 46,67% ocorreram no sexo masculino. Dentre o total de lesões recidivadas observadas (n = 15), 66,67% (n = 10) foram associadas ao carcinoma basocelular, 26,67% (n = 4) com o carcinoma espinocelular e 6,67% (n = 1) com o melanoma.

Por fim, todos os pacientes da amostra tiveram seus diagnósticos realizados através da biópsia cutânea. 72% (n = 108) dos pacientes realizaram biópsias do tipo incisional e 26,67% (n = 40) dos pacientes realizaram biópsias do tipo excisional, enquanto 11,33% (n = 17) dos indivíduos não possuíam detalhes da biópsia descritas em prontuário. O punch mais utilizado para a realização das biópsias foi o de 3mm, tendo sido usado em 46% (n = 69) dos pacientes. 80,67% (n = 121) dos pacientes foram encaminhados para a realização de cirurgia oncológica a fim de promover a ampliação das margens das lesões neoplásicas, sendo a conduta mais aplicada entre os pacientes, seguida por: 49,33% (n = 74) para orientação de fotoproteção; 14% (n = 21) para tratamento e acompanhamento clínico das lesões; 2% (n = 3) para realização de radioterapia; 1,33% (n = 2) para realização de biópsia do linfonodo sentinela, assim como para realização de exames de imagem e/ou laboratoriais e encaminhamento para serviços especializados em oncologia; e 0,66% (n = 1) para realização de testes genéticos e exames imunohistoquímicos.

Discussão

Em um estudo epidemiológico observacional e descritivo realizado em 2022 e que teve como objetivo determinar os



principais indicativos de câncer de pele no Brasil entre os anos de 2015 e 2021, identificou-se que o estado de São Paulo foi o local em que houve a maior quantidade de casos notificados para as neoplasias cutâneas (aproximadamente 25,69% dos casos), de modo que 90,64% dos casos correspondiam ao diagnóstico de câncer de pele não melanoma (n = 210.032 casos diagnósticos). Em relação à taxa de mortalidade relacionada ao câncer de pele, o estado de São Paulo obtém o maior número de mortes relacionadas a estes tumores, de modo que a faixa etária mais acometida corresponde entre as idades de 60 a 79 anos¹².

Nesse sentido, quando comparado aos dados obtidos no presente artigo, pode-se compreender que o estado de São Paulo é um dos locais do Brasil com maior número de diagnósticos de câncer de pele, considerando que 43,58% dos pacientes avaliados (n = 149) possuíam naturalidade proveniente da Região Sudeste (n = 25), especialmente do estado de São Paulo (n = 22), correspondendo a um total de 78,57%. Ademais, também pode-se afirmar que o câncer de pele do tipo não melanoma é o mais prevalente no estado de São Paulo e no país de forma geral, considerando que 75,84% dos casos avaliados neste presente estudo envolviam o diagnóstico de carcinoma basocelular e 25,5% para o carcinoma espinocelular, assim como no estudo em comparação (presentes em 90,64% dos casos). Ainda que no presente estudo não tenham sido observados casos de mortalidade decorrentes do câncer de pele, pode-se estabelecer uma inter relação entre um considerável número de óbitos e o diagnóstico de câncer de pele.

Outro estudo retrospectivo e descritivo desenvolvido também no ano de 2022 e que teve como objetivo principal analisar os

exames histopatológicos de 2336 pacientes diagnosticados com câncer de pele do tipo melanoma na cidade de Blumenau (Santa Catarina) entre os anos de 1980 a 2019, estabeleceu-se que 56% dos casos foram incidentes em indivíduos do sexo feminino (n = 1258), enquanto 44% foram incidentes no sexo masculino (n = 1078)¹³. Quando comparado ao presente estudo, 75% dos casos de câncer de pele melanoma ocorreram em indivíduos do sexo feminino (n = 3) e 63,09% do total de indivíduos diagnosticados com qualquer câncer de pele (n = 94) foram encontrados no sexo feminino, podendo tal fato estar associado a diferentes fatores, incluindo a busca maior por atendimento médico entre indivíduos do sexo feminino. Ademais, considerando que o pico de incidência do câncer de pele deu-se entre os 60 e os 69 anos para o sexo masculino neste estudo, enquanto o diagnóstico foi mais tardio para o sexo feminino (na faixa etária dos 70 aos 79 anos), pode-se entender que os homens acabam realizando menor proteção solar ao longo da vida, resultando em um maior risco de desenvolvimento precoce de tumores de pele quando comparado às mulheres.

Além disso, o estudo em comparação estabeleceu como faixa etária de maior incidência a partir dos 55 anos (57% dos casos)¹³, de modo que no presente estudo 75% dos casos ocorreram na faixa etária dos 70 aos 79 anos (n = 3) e 25% dos casos ocorreram abaixo da idade estabelecida dos 55 anos (n = 1), demonstrando que a maior incidência de casos de melanoma ocorre em faixas etárias mais idosas da população. Por fim, em relação ao subtipo histopatológico dos melanomas diagnosticados, o estudo realizado em Blumenau identificou o melanoma *in situ* como subtipo mais incidente (64,5% dos casos), seguidos pelos subtipos melanoma



nodular (22,80% dos casos), melanoma lentigo maligno (9,40% dos casos) e melanoma lentiginoso acral (3,30% dos casos)¹³. Entretanto, no presente estudo, foi estabelecido que o subtipo mais incidente na amostra analisada foi o melanoma lentiginoso in situ (n = 3), correspondendo a 75% dos casos. O outro subtipo de melanoma identificado no estudo foi o melanoma invasivo de padrão spitzóide (n = 1).

Por fim, um estudo retrospectivo e descritivo realizado com indivíduos no mesmo local que o presente estudo entre os anos de 2015 e 2016 determinou que a faixa etária com maior quantidade de casos de câncer de pele foi entre as idades de 60 a 69 anos (23%)¹⁴, enquanto no presente estudo a faixa etária mais acometida foi entre os 70 e os 79 anos de idade (34%). Além disso, não foram determinados casos de pacientes com idade inferior a 30 anos¹⁴, ao contrário do atual estudo, que classificou 0,67% (n = 1) dos pacientes abaixo da idade indicada, podendo representar uma possível redução no padrão de idade dos pacientes acometidos pelas neoplasias cutâneas e acometimento maior das faixas etárias mais jovens. Em ambos os estudos a amostra selecionada era majoritariamente feminina.

Ademais, assim como no presente estudo, o subtipo mais comum de câncer de pele foi o carcinoma basocelular, com acometimento de 64,7% dos casos, sendo que 60,7% dos pacientes apresentavam lesão maligna única ao exame dermatológico e as áreas de maior acometimento da superfície cutânea foram a face (30,6%), os membros superiores/nariz (14,1%) e as orelhas (10,6%)¹⁴. Entretanto, enquanto neste estudo apenas 29,5% dos pacientes apresentavam diagnóstico de câncer de pele anterior¹⁴, no presente estudo determinou-se que 52%

possuíam tal antecedente, podendo representar a persistência de exposição solar crônica e a ausência de proteção solar adequada entre estes pacientes, o que faz necessário o reforço de tais orientações aos pacientes por parte dos profissionais de saúde.

Considerações finais

Diante do supracitado, pode-se concluir que o câncer de pele é uma das malignidades de elevada incidência no Brasil e no mundo, de forma que tais tumores estão diretamente relacionados ao envelhecimento e crescimento populacional, considerando que as faixas etárias idosas são as mais acometidas, especialmente entre as idades de 70 e 79 anos. Ademais, destaca-se que a incidência de câncer de pele foi maior entre indivíduos do sexo feminino na amostra avaliada, devendo ser levado em consideração a maior busca por atendimento médico entre mulheres.

Destaca-se ainda que a incidência do câncer de pele do tipo não melanoma foi significativamente maior nesta população, com destaque para o carcinoma basocelular, quando comparados a incidência do tipo melanoma e outros tumores cutâneos raros. As regiões da superfície cutânea mais acometidas foram a região nasal, os membros superiores e a região malar, considerando a alta exposição destas regiões à radiação ultravioleta, tornando tais áreas corporais mais suscetíveis ao fotodano e carcinogênese.

Em relação às informações presentes nos prontuários, destaca-se a ausência de informações epidemiológicas essenciais em quantidade considerável de registros médicos, como fototipo de pele, hábitos de proteção solar, ocupação, cor do cabelo, cor dos olhos, uso de medicamentos e etnia, impossibilitando a determinação da significância de tais fa-



tores de risco para o desenvolvimento dos tumores cutâneos.

Portanto, os tumores cutâneos representam um impacto direto na saúde pública, de forma que o conhecimento a respeito da prevenção, da detecção precoce e do tratamento imediato do câncer de pele é essencial para a diminuição da incidência e da mortalidade de tal neoplasia.

Referências

1. Gordon R. Skin Cancer: An Overview of Epidemiology and Risk Factors. *Seminars in Oncology Nursing* [Internet]. 2013 Aug 1;29(3):160–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749208113000326>
2. Ministério da Saúde Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva Ministério da Saúde Instituto Nacional de Câncer [Internet]. 2022. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>
3. Gandhi SA, Kampp J. Skin Cancer Epidemiology, Detection, and Management. *Medical Clinics of North America* [Internet]. 2015 Nov [cited 2020 Feb 10];99(6):1323–35. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26476255/skin-cancer-epidemiology-detection-and-management/>
4. Fernandes AR, Santos AC, Sanchez-Lopez E, Kovačević AB, Espina M, Calpena AC, et al. Neoplastic Multifocal Skin Lesions: Biology, Etiology, and Targeted Therapies for Nonmelanoma Skin Cancers. *Skin Pharmacology and Physiology*. 2017 Dec 21;31(2):59–73.
5. de Melo AC, Wainstein AJA, Buzaid AC, Thuler LCS. Melanoma signature in Brazil: epidemiology, incidence, mortality, and trend lessons from a continental mixed population country in the past 15 years. *Melanoma Research*. 2018 Dec;28(6):629–36.
6. Schmults CD, Blitzblau R, Aasi SZ, Alam M, Amini A, Bibee K, et al. Basal Cell Skin Cancer, Version 2.2024, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of The National Comprehensive Cancer Network*. 2023 Nov 1;21(11):1181–203.
7. American Cancer Society. Basal & Squamous Cell Skin Cancer Statistics [Internet]. [www.cancer.org](https://www.cancer.org/cancer/types/basal-and-squamous-cell-skin-cancer/about/key-statistics.html). 2023. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/types/basal-and-squamous-cell-skin-cancer/about/key-statistics.html>.
8. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Basal Cell Skin Cancer [Internet]. Version 3.2024, 03/01/2024. Available https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/nmsc.pdf. from:
9. Schmults CD, Blitzblau R, Aasi SZ, Alam M, Andersen JS, Baumann BC, et al. NCCN Guidelines® Insights: Squamous Cell Skin Cancer, Version 1.2022. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2021 Dec;19(12):1382–94.
10. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Squamous Cell Skin Cancer [Internet]. Version 1.2024, 11/09/2023. Available https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/squamous.pdf.



www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/squamous.pdf. from:

11. Ayres F, Gerardo Vasconcelos Mesquita, Viriato Campelo, Maria, Aparecida C, Regina Silva Rabelo, et al. Prevalence of photoprotection and its associated factors in risk group for skin cancer in Teresina, Piauí. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2017 Mar 1;92(2):206–10.
12. Dultra M, Gallotti S, Pegas JR. Epidemiological analysis of skin cancer in Brazil. *Portuguese Journal of Dermatology and Venereology*. 2022 Aug 10;80(2).
13. Nasser N, Laurindo J, Grazielle Corrêa. Epidemiology of cutaneous melanoma in Blumenau, Santa Catarina state, Brazil from 1980 to 2019. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2023 Apr 28;98(5):611–9.
14. Carvalho TAJ et al. Incidência de câncer de pele em ambulatório de dermatologia. *Med Cutan Iber Lat Am* 2018; 46 (1): 17-21. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2018/mc181d.pdf>