

INCIDÊNCIA DE CARCINOMA ESPINOCELULAR EM UM LABORATÓRIO DE DERMATOPATOLOGIA EM CURITIBA, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2005 A DEZEMBRO DE 2010

INCIDENCE OF SQUAMOUS CELL CARCINOMA IN A DERMATOPATHOLOGY LABORATORY IN CURITIBA, FROM JANUARY 2005 TO DECEMBER 2010

Anelise Roskamp **BUDEL**¹, Sarah **SANCHES**², Chiara Maria Thá **CREMA**²,
Paula Cenira **SENGER**², Carolina Kleine **ALBERS**².

Rev.Méd.Paraná/1325

Budel AR, Sanches S, Crema CMT, Senger PC, Albers CK. Incidência de Carcinoma Espinocelular em um Laboratório de Dermatopatologia em Curitiba, no Período de Janeiro de 2005 a Dezembro de 2010. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2012;70(2):22-6.

RESUMO - O câncer de pele é o mais frequente no Brasil, correspondendo a 25% de todos os tumores malignos registrados. O carcinoma escamocelular representa 20% dos casos de câncer de pele não melanoma. O objetivo deste estudo foi avaliar a incidência do carcinoma espinocelular em pacientes de um laboratório de dermatopatologia de Curitiba, comparando as variáveis idade, sexo, localização e característica do tumor. Durante o período de janeiro de 2005 a dezembro de 2010, analisaram-se 1.060 prontuários anatomopatológicos de pacientes com carcinoma espinocelular, sendo avaliadas as variáveis citadas. Encontrou-se uma prevalência de 50,40% de pacientes do gênero feminino e 49,60% de pacientes do gênero masculino; a idade variou de 21 a 96 anos, com média de 68,83 anos; o local mais comum acometido foi face; a característica do tumor mais frequente foi in situ e o bem diferenciado e infiltrativo (75,54%). O perfil epidemiológico dos pacientes foi estudado bem como suas características.

DESCRITORES - Carcinoma Espinocelular, Epidemiologia, Incidência.

INTRODUÇÃO

O câncer de pele é o mais frequente no Brasil, correspondendo a 25% de todos os tumores malignos registrados no país. O percentual de cura é alto, principalmente se for detectado precocemente⁶.

O carcinoma escamocelular (CEC) representa 20% de todos os casos de câncer de pele não melanoma, tendo um comportamento agressivo^{6,9,11}.

A histopatologia do CEC de pele consiste na proliferação e na diferenciação atípicas de células espinhosas de caráter invasivo, o que o torna mais agressivo que o basocelular, tanto localmente quanto na capacidade de produzir metástases^{9,14}. A ceratose actínica é considerada uma forma incipiente de CEC. Ela aparece como máculas hiperkeratóticas ásperas e escamosas ou pápulas com bordos discretos. A ceratose torna-se sensível e inflamada antes da progressão para CEC. Quando aparece endurecida, palpável ou ulcerada pode ser considerada

como tendo sofrido transformação maligna^{4,5}. Em geral, ela é dividida na forma não verrucosa e verrucosa, baseado na biologia e histologia do tumor. A forma verrucosa tem efeito mais compressivo, sendo pouco provável metastatizar¹¹.

É uma doença multifatorial, relacionada principalmente à exposição à radiação ultravioleta B (UVB) e também a outros fatores como: tipos pele I e II (segundo a classificação de Fitzpatrick); radiação ionizante; queimaduras na infância; agentes químicos; como o alcatrão e o arsênio; lesões cutâneas crônicas; genodermatoses; imunossupressão e infecção por cepas oncogênicas do papiloma vírus humano (HPV)^{9,14}.

Tem incidência de 100 a 150 por 100.000 habitantes, sendo 10 vezes mais incidente nos indivíduos com mais de 75 anos de idade¹⁴. Consequentemente, o CEC de pele é mais comum em idosos,

resultado de radiação solar cumulativa^{9,11}. A incidência é maior no gênero masculino, provavelmente relacionada a atividades ocupacionais com exposição solar, que é mais comum predominar nesse gênero⁹.

O CEC localiza-se mais comumente em lábio inferior, orelha, face, dorso das mãos, mucosas, provavelmente também relacionado às atividades ocupacionais. É raro se encontrar tumores de colisão, ou seja, CEC em contiguidade com o CBC³.

Os sinais e sintomas mais comuns relacionados ao câncer da pele são: mancha que coça, dói, sangra ou descama; ferida que não cicatriza em quatro semanas; sinal que muda de cor, textura, tamanho, espessura ou contornos e elevação ou nódulo circunscrito e adquirido da pele que aumenta de tamanho. A prevenção fundamenta-se no aconselhamento para a proteção contra a radiação solar por meio da utilização de filtros solares (FPS 15 ou mais), vestimentas adequadas e acessórios protetores (camiseta, chapéu, guarda-sol e óculos escuros), evitando-se a exposição solar entre 10h e 16h6.

O CEC, por ser uma doença prevalente na Região Sul do Brasil⁹, que pode evoluir com deformidades e metástases, ^{4,9} torna-se um problema de saúde pública, acometendo uma faixa etária mais prevalente a partir de 40 anos. Ao traçar o perfil dos pacientes com CEC nessa microrregião (população de Curitiba), buscamos estabelecer uma relação entre os dados por nós analisados com os da literatura do restante do Brasil e com a literatura mundial, para afirmar o que já existe e também levantar mais dados epidemiológicos sobre a doença.

O trabalho possui como objetivo avaliar a incidência do CEC em pacientes de um laboratório de dermatopatologia de Curitiba, comparando as variáveis de idade, sexo, localização e comportamento do tumor.

METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado em um laboratório de anatomopatologia de Curitiba, avaliando-se os prontuários anatomopatológicos de CEC de janeiro de 2005 a dezembro de 2010. Trata-se de um estudo retrospectivo.

A casuística foi constituída de análise de prontuários de pacientes com carcinoma espinocelular. O estudo iniciou-se com 1.060 prontuários do laboratório de Anatomopatologia de Curitiba, sendo incluídos na pesquisa 732. A idade mínima foi de 21 e máxima de 96 anos (média de 68,83 anos). Desses, 369 eram mulheres (50,40%) e 363 eram homens (49,60%).

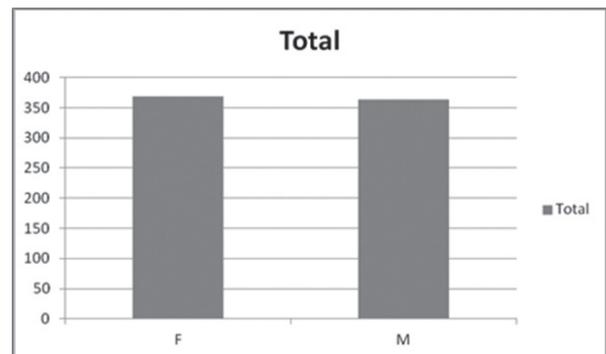
Foram considerados elegíveis para o estudo os prontuários que continham as seguintes variáveis: sexo, idade, localização e característica do tumor de acordo com sua diferenciação (bem, moderadamente ou pouco diferenciado) e infiltração (não infiltrativo, superficialmente infiltrativo ou infiltrativo).

Os dados obtidos foram coletados em planilhas, sendo submetidos a análise estatística descritiva com o programa Excel.

RESULTADOS

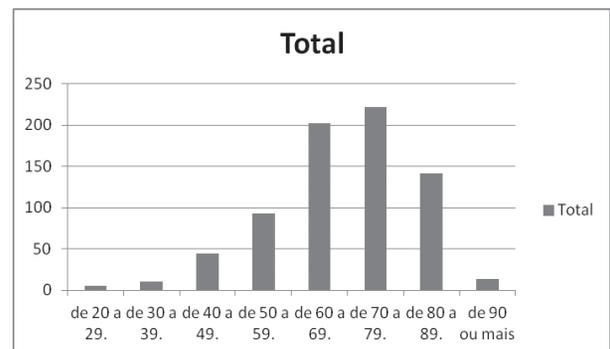
Foram encontrados 732 prontuários positivos para CEC da pele no laboratório anatomopatológico do município de Curitiba (PR). Dos laudos positivos para CEC de pele, 369 (50,40%) eram de pacientes do gênero feminino e 363 (49,60%) eram de pacientes do gênero masculino, como demonstrado no Gráfico 1.

GRÁFICO 1 - PERCENTUAL SEXO



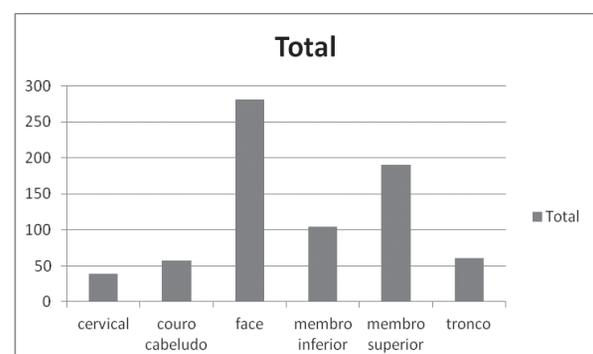
A idade variou de 21 a 96 anos, com média de 68,83 anos, mediana de 70 anos com desvio padrão de 12,46. No Gráfico 2, é exposta a distribuição por faixa etária, que mostrou maior número de casos nos pacientes acima de 60 anos com 579 casos (79,08%).

GRÁFICO 2 - PERCENTUAL CLASSE DE IDADES



No Gráfico 3, verifica-se a distribuição dos CECs de pele, conforme a localização da lesão. O local de ocorrência mais comum foi face com 281 casos, correspondendo a 38,38% dos 732 laudos que informavam esse dado.

GRÁFICO 3 - PERCENTUAL LOCALIZAÇÃO



DISCUSSÃO

Os prontuários no método que não continham sexo, idade, localização e característica do tumor foram excluídos do trabalho, ou seja, dos 1.060, 328 foram excluídos, totalizando para a pesquisa 732 laudos positivos para CEC.

O CEC é responsável por aproximadamente 20% de todos os cânceres de pele não melanoma⁹.

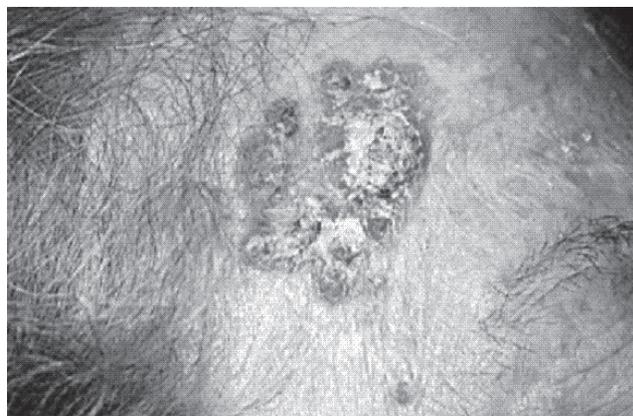
Em nosso estudo, 50,4% dos pacientes eram do sexo feminino, variando com o que é encontrado na literatura, no qual o mais acometido é o sexo masculino^{1,15}. Esse fato encontrado em nossa pesquisa pode ser atribuído à maior procura por atendimento médico pelo gênero feminino.

Os dados relativos à idade foram divididos por décadas. Neste, estudo a média de idade foi de 68,83 anos, corroborando com o que é encontrado na literatura, em que a maior incidência se encontra em pacientes acima de 60 anos. Conforme Dal et al. (2008), o CEC é idade dependente. Nunes, Vieira, Back (2009) encontraram uma média de idade de 65,6 anos. Zamanian, Farshchian, Meheralian (2006) uma média de idade de 59,84 e Arranz et al. (2004) de 77,32 anos.

Em nosso trabalho, os dados da localização do tumor foram divididos em couro cabeludo, região cervical, face, membro inferior, membro superior e tronco.

Com relação à localização do tumor, foi constatado pelos autores que a área mais afetada em ambos os sexos é a face, com 38,38% dos casos. (Figura 1)

FIGURA 1 - CARCINOMA ESPINOCELULAR EM FACE



Conforme Nunes, Vieira, Back 57,1% dos CEC se localizavam em face. Zamanian, Farshchian, Meheralian (2006) demonstrou que a maior parte das lesões eram em cabeça e face, a Arranz et al. (2004) encontraram uma prevalência em face de 73,9%.

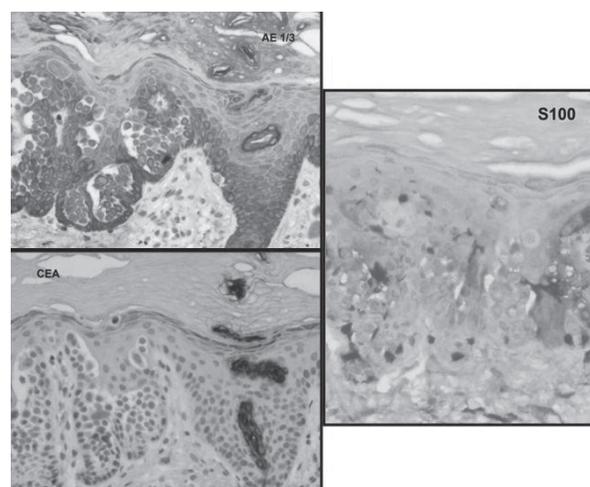
Em nosso, a estudo faixa etária de 70 a 79 obteve um maior número de casos de CEC em couro cabeludo (36,84%). Pacientes abaixo de 40 anos não apresentaram lesões em tronco e pacientes de 60 a 69 anos foram os mais acometidos em tronco, com 30,52%.

Dal, Boldemann, Lindelof (2008) demonstraram relação do câncer com área exposta ao sol, sendo este

o maior fator de risco. Em pacientes com menos de 70 anos ao diagnóstico, tumores em tronco e membros dominaram.

Os dados do comportamento do tumor nos prontuários foram classificados como: *in situ*, bem diferenciado e infiltrativo, bem diferenciado e superficialmente infiltrativo, moderadamente diferenciado e infiltrativo, moderadamente diferenciado e superficialmente infiltrativo, pouco diferenciado e infiltrativo, pouco diferenciado e superficialmente infiltrativo. Os classificados como acantolítico e infiltrativo e hiperkeratótico foram inseridos na classificação outros tipos, por totalizarem uma amostra pequena em relação às outras classificações.

FIGURA 2 - CARCINOMA ESPINOCELULAR IN SITU



Em nosso trabalho em relação à característica tumoral, identificou-se que o subtipo de CEC mais comum foi o *in situ* (38,66%) (figura 2) e o bem diferenciado e infiltrativo (36,88%) totalizando 75,54% dos casos.

Conforme Nunes, Vieira, Back (2009), o carcinoma *in situ* representava 83%.

As autoras encontraram neste trabalho que o menos frequente foi o classificado como pouco diferenciado, totalizando apenas 3,81% de todos os casos, corroborando com Nunes, Vieira, Back (2009), que encontraram somente 2% dos casos estudados sendo pouco diferenciados.

A literatura com relação aos subtipos de CEC é escassa.

CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico dos pacientes foi estudado bem como suas características.

Não houve predomínio importante de gênero quanto à incidência. A maior incidência foi encontrada nos pacientes acima de 60 anos de idade e houve predomínio de lesões na face.

Budel AR, Sanches S, Crema CMT, Senger PC, Albers CK. Incidence of squamous cell carcinoma in a dermatopathology laboratory in Curitiba, from January 2005 to December 2010. *Rev. Méd. Paraná, Curitiba*, 2012;70(2):22-6.

ABSTRACT - Skin cancer is the most frequent in Brazil, accounting for 25% of all malignant tumors registered. The squamous cell carcinoma accounts for 20% of cancer of non-melanoma skin cases. The aim of this study was to evaluate the incidence of squamous cell carcinoma patients in a dermatopathology laboratory in Curitiba comparing the variables of age, sex, location and characteristics of the tumor. During the period January 2005 to December 2010, were analyzed pathological records of 1060 patients with squamous cell carcinoma being evaluated variables. We found a prevalence of 50.40% of female patients and 49.60% of male patients, ages 21-96 years, with an average of 68.83 years, the most common site involved was face, the characteristic of the tumor was usually well differentiated and in situ and infiltrative (75.54%). The epidemiological profile of patients was studied, as well as its features.

KEYWORDS - Squamous Cell Carcinoma, Epidemiology, Incidence.

REFERÊNCIAS

1. Arranz Revenga F, Paricio Rubio JF, Mar Vázquez Salvado M, del Villar Sordo V. Descriptive epidemiology of basal cell carcinoma and cutaneous squamous cell carcinoma in Soria (north-eastern Spain) 1998–2000: a hospital-based survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2004;18(2):137-41.
2. Dal, H, Boldemann, C, Lindelöf, B. Trends during a half century in relative squamous cell carcinoma distribution by body site in the Swedish population: Support for accumulated sun exposures the main risk factor. *J Dermatol*. 2008;35(2):55-62.
3. Dergham AP, Muraro CC, Ramos EA, et al. Distribuição dos diagnósticos de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de pele no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2004;79(5):555-9.
4. Dornelas MT, Ferreira AP, Rodrigues MF, Gollner ÂM. Expressão de marcadores de proliferação celular e apoptose no carcinoma espinocelular de pele e ceratose actínica. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2009;84(5):469-75.
5. Fuchs A, Marmur E. The kinetics of skin cancer: progression of actinic keratosis to squamous cell carcinoma. *Dermatologic Surgery: Official Publication For American Society For Dermatologic Surgery* (2007, Sep), [cited April 3, 2011];33(9):1099-101.
6. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Pele não melanoma. Ministério da Saúde. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/cancer_pele_2010.pdf. Acesso em 20 ago. 2011.
7. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Prevenção e controle do câncer: normas e recomendações do INCA. *Rev Bras Cancerol*. 2002;48(3):317-32.
8. Lourenço SQC, Schueler AF, Camisasca DR, Lindenblatt RC, Bernardo VG. Classificações histopatológicas para o carcinoma de células escamosas da cavidade oral: revisão de sistemas propostos. *Rev Bras Cancerol*. 2007; 53(3):325-33.
9. Nunes DH, Vieira R, Back L. Incidência do carcinoma de células escamosas da pele na. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2009;84(5):482-8.
10. Sampaio SAP. *Dermatologia*. 4.ed. São Paulo: Artes Médicas; 2007. cap.76, p. 842-5.
11. Schwartz RA, Stoll JRHL. Squamous cell carcinoma: In: Fitzpatrick, Thomas B. *Dermatology in general medicine*. 4. ed. New York: McGraw-Hill; 1993; 74,821-6.
12. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Câncer Pele Não Melanoma. Disponível em: <http://www.sbd.org.br/campanha/cancer/estatistica.aspx>. Acesso em 20 set. 2011.
13. Terzian LR, Neto CF, Pimentel ER. Fatores preditivos do maior número de estádios na cirurgia micrográfica de Mohs para o tratamento do carcinoma espinocelular da cabeça. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2008;83(3):221-26.
14. Zamanian A, Farshchian M, Meheralian A. A 10-year study of squamous cell carcinoma in Hamedan in the west of Iran (1993–2002). *International Journal of Dermatology*. 2006;45:37-39.