

Distribuição corporal e situação das margens em cirurgias de carcinomas cutâneos - 331 casos

Body placement and situation of the margins in surgeries of cutaneous carcinomas - 331 cases

Humberto David Menezes de Siqueira Brito¹
Lincoln Santos Souza²
Priscilla Kelly Soares Torres Brito³
Daniel Rubens Menezes de Siqueira Brito⁴
Jônatas Catunda de Freitas⁵

RESUMO

Introdução: Carcinomas cutâneos constituem o tipo mais comum de câncer que acomete a humanidade. O tratamento cirúrgico é o considerado padrão e envolve o sacrifício de uma faixa de pele aparentemente normal ao redor da lesão a fim de erradicar possíveis invasões tumorais. **Objetivos:** Quantificar qualitativa e topograficamente os casos de câncer de pele não melanoma e fazer análise pormenorizada do acometimento das margens cirúrgicas. **Método:** Estudo retrospectivo, transversal e descritivo (n=331). Os casos foram tratados no serviço de cirurgia geral do Hospital Universitário Alcides Carneiro, no período de Jan/2007 a Ago/2008. **Resultados:** Encontrou-se que as lesões ocorreram principalmente em pólo cefálico (n=234) seguidos por tronco (n=51) e membros (n=46). Houve predominância do CBC no pólo cefálico e em dorso, já o CEC predominou em lábio inferior, pescoço e membros e ambos aparecem em quantidades semelhantes em tórax e ombros. No pólo cefálico foi onde ocorreu mais frequentemente a remoção incompleta do tumor (n=61). A margem mais acometida foi a lateral (n=43) seguida pela profunda (n=17) e ambas (n=12). O nariz foi o local com o maior número de margens positivas (n=22). **Conclusão:** Faz-se necessário especial cuidado no tratamento das lesões do polo cefálico a fim de evitar margens positivas diminuindo as recorrências.

Descritores: Neoplasias Cutâneas; Cirurgia Geral; Procedimentos Cirúrgicos Ambulatórios

ABSTRACT

Introduction: Cutaneous carcinomas are the most common cancers affecting mankind. Surgery is the standard treatment, it involves the removal of a skin band apparently normal around the lesion aiming eradicate the tumoral invasion in the surrounding tissue. **Objective:** Quantify qualitative and topographically cases of nonmelanoma skin cancer and analyze its surgical margins. **Method:** retrospective, cross-sectional and descriptive study, (n=331). The cases were operated in general surgery service of the University Hospital Alcides Carneiro, from Jan/2007 to Aug/2008. **Results:** The lesions occurred mainly in cephalic pole (n = 234) followed by the trunk (n = 51) and members (n = 46). CBC predominated in the head and back, the CEC has prevailed in the lower lip, neck and limbs and both appear in similar amounts in the chest and shoulders. In the head occurred more frequently incomplete removal of the tumor (n = 61). The lateral margin was the most affected (n = 43) followed by the deep (n = 17) and both (n = 12). The nose was the location with the highest number of positive margins (n = 22). **Conclusion:** It is necessary have special care in the lesions of the cephalic pole, to avoid positive margins and recurrences. **Key words:** Skin Neoplasms; Ambulatory Surgical Procedures; General Surgery.

INTRODUÇÃO

O câncer de pele não-melanoma é a neoplasia maligna mais frequente do ser humano. Segundo o INCa, No Brasil, figura como o tumor mais incidente em ambos os sexos e é bastante provável que exista um sub-registro devido ao subdiagnóstico¹. São estimados 134.170 novos casos para o Brasil no de 2012, correspondendo a 23% do total de casos de câncer estimados para este ano¹.

O câncer de pele não-melanoma é bastante curável quando tratado precocemente, porém, se negligenciado, é necessário tratamento mais agressivo, resultando em maiores índices de recidivas e piores resultados estéticos e funcionais². Exposição solar excessiva é o principal fator de risco, principalmente em países localizados na faixa tropical e subtropical do globo, como o Brasil. Contudo, existem vários outros fatores que podem estar relacionados: doenças cutâneas prévias (genodermatose), irritação crônica (úlceras angiodérmica e cicatriz de

- 1) Médico. Cirurgião Geral pelo Hospital Universitário Alcides Carneiro - Universidade Federal de Campina Grande / PB, Residente em Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza / CE.
- 2) Mestre em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Campinas / SP. Cirurgião de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande / PB.
- 3) Médica. Formada pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte / MG.
- 4) Acadêmico de Medicina. Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas - FACISA, Campina Grande / PB.
- 5) Acadêmico de Medicina. Presidente da Liga de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza / CE.

Instituição: Hospital Universitário Alcides Carneiro - Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande / PB - Brasil.

Correspondência: Humberto David Menezes de Siqueira Brito - Rua Capitão Francisco Pedro, 1016 - Apto 303 - Rodolfo Teófilo - Fortaleza / CE - Brasil - CEP: 60430-372 - humberto_david_med@hotmail.com

Recebido em 05/07/2012; aceito para publicação em 13/09/2012; publicado online em 17/12/2012.

Conflito de interesse: não há. Fonte de fomento: não há.

queimadura), doenças imunossupressoras, raça caucasiana e exposição a fatores químicos, como o arsênico³.

Os indivíduos com mais de 40 anos são os mais acometidos pelo câncer de pele não melanoma, sendo relativamente raro em crianças e negros⁴. O tipo histológico mais frequente de câncer de pele é o carcinoma basocelular (CBC), responsável por 74,2% seguido do carcinoma espinocelular (CEC), responsável por 22,8%⁵. O CEC apresenta comportamento mais agressivo do que o CBC, podendo invadir estruturas profundas e originar metástases principalmente linfonodais⁶. Devido à maior exposição solar, a região da cabeça e pescoço é a mais acometida⁵. A excisão cirúrgica com margens de segurança é o melhor tratamento⁷.

Devido a alta incidência do câncer de pele no contexto nacional e a pequena quantidade de publicações mostrando casuísticas da região Nordeste, o objetivo do trabalho é analisar 331 casos de câncer de pele, em sua maioria situados no segmento cabeça/pescoço, atendidos no Serviço de cirurgia geral do HUAC - UFCG no período de 1 ano e 6 meses, avaliando dados epidemiológicos, tipo histológico, áreas do corpo mais acometidas, assim como demonstrar em quais locais a excisão cirúrgica foi tecnicamente menos exitosa em retirar por completo o tumor na primeira abordagem cirúrgica.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo em que foram incluídos todos os casos de câncer de pele não melanoma tratados com intenção curativa no HUAC - UFCG no período de janeiro de 2007 a agosto de 2008. Todas as biópsias foram realizadas pelos residentes de cirurgia geral do HUAC-UFCG, na sala de pequenas cirurgias ou no centro cirúrgico, sob supervisão da preceptoria de cirurgia plástica do Serviço. Foram excluídos do estudo todos os casos em que as fichas dos pacientes estavam preenchidas de modo incompleto (Figuras 1, 2, 3 e 4).

Foram avaliadas variáveis como: idade, sexo, localização da lesão, tipo histológico, situação das margens laterais e profundas. Os dados coletados foram classificados e tabulados em um planilha eletrônica utilizando o programa EpiInfo, versão 6.0. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro em Dezembro de 2010 (processo 2010211-45).

RESULTADOS

Foram realizadas 331 excisões de câncer de pele não melanoma no período compreendido. A idade dos pacientes variou de 22 a 95 anos, com média de 64,8 anos e mediana de 68 anos de idade. A faixa etária mais acometida foi a dos 61-70 anos em 27,6% (91/331) dos casos (Gráfico 1). O CBC foi o tipo histológico mais prevalente, acometendo 73,4% (243/331) dos casos, e o CEC 26,6% (88/331). O CBC predominou no gênero feminino, com 54,3% (132/243) dos casos, e o CEC no gênero masculino, em 58% (51/88) (Gráfico 2).

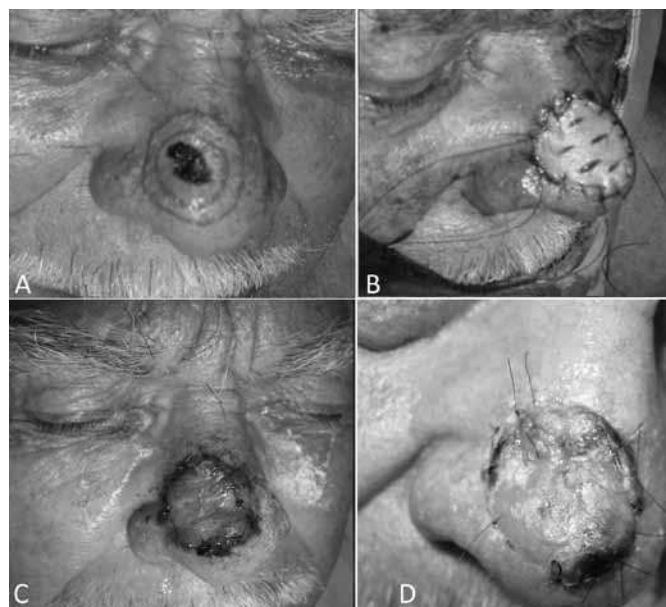


Figura 1. CBC no nariz. A – Lesão e planejamento cirúrgico. B – PO imediato. C – PO de uma semana. D – PO de duas semanas.



Figura 2. CBC em região pré-auricular. A- lesão. B – planejamento cirúrgico. C – PO imediato.

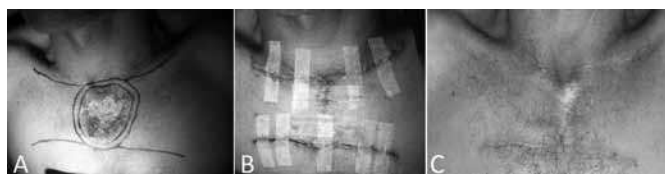


Figura 3. CBC no tórax. A – Lesão e planejamento cirúrgico. B – PO imediato. C – PO de um mês.

A região mais acometida por lesões foi o pólo céfálico 70,4% (233/331), seguidos por tronco 16% (53/331) e membros 13,6% (45/331) (Tabela 1). Considerando o tipo histológico, o CBC foi mais prevalente no pólo céfálico 84,1% (196/233) e no tronco 60,3% (32/53), enquanto que o CEC predominou nos membros 66,6% (30/45). Porém, mesmo em polo céfálico, o CEC predominou em couro cabeludo 100% (2/2), lábio inferior 75% (6/8) e pescoço 60% (3/5), conforme Tabela 1.

Quanto às margens cirúrgicas, 21,8% dos casos apresentaram ao exame histopatológico ao menos uma

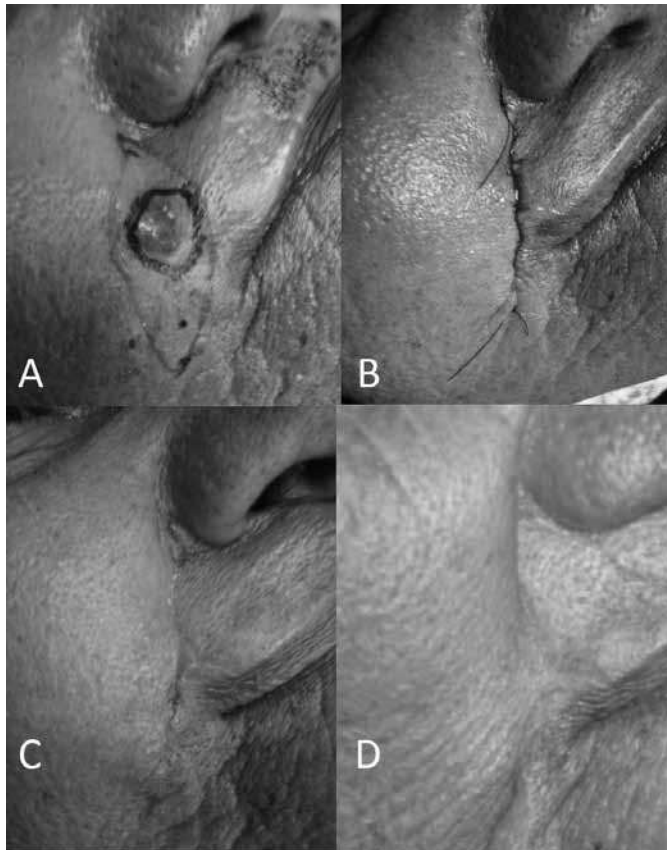


Figura 4. CBC em sulco nasogeniano. A- Lesão e planejamento cirúrgico. B - PO imediato. C - PO de uma semana. D - PO de um mês.

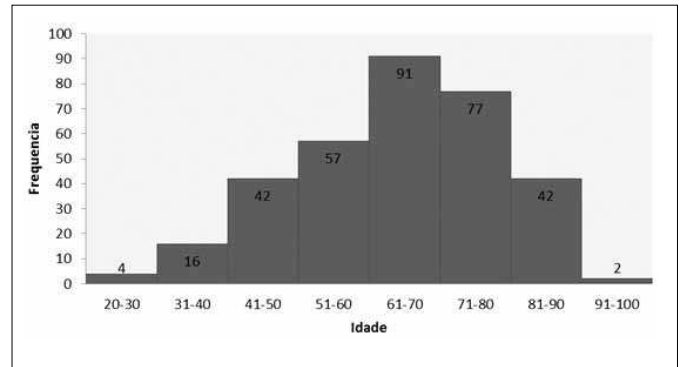


Gráfico 1. Distribuição dos casos de acordo com a faixa etária.

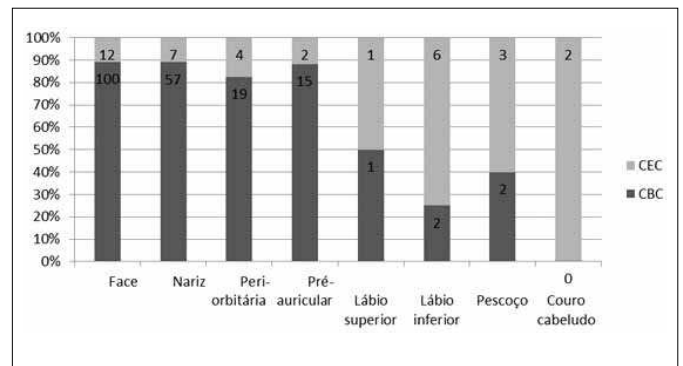


Gráfico 2. Distribuição dos casos de acordo com o tipo histológico por localização na região cefálica.

margem comprometida (Tabela 2). A maior taxa de comprometimento das margens se deu em lesões retiradas do polo cefálico 26,2%, seguidas por membros, 15,6%, e tronco, 7,6%. O nariz apresentou o maior número de margens comprometidas, em 34,4% (22/64) dos casos, seguida da face e região pré auricular, em 25,9% (29/112) e 23,6% (4/17) dos casos, respectivamente. O comprometimento apenas das margens laterais foi mais frequente, em 59,7% dos casos (43/72). Comprometimento de ambas as margens ocorreu em 12 dos 72 casos de margens comprometidas (16,6%), exclusivamente no polo cefálico.

DISCUSSÃO

O câncer de pele não melanoma é causado pelo acúmulo de exposição a certos fatores como físicos (radiação solar), químicos (alcatrão) e biológicos (vírus) versus a pré-disponibilidade de cada indivíduo³. Os carcinomas são mais comuns depois dos 40 anos, com um pico em torno dos 60 anos de idade⁴. Neste estudo foi visto que existiu aumento progressivo da prevalência à medida que aumentou a idade, até a faixa etária dos 61-70 anos.

O CBC foi o tipo histológico predominante no gênero feminino 54,3% (132/243) e o CEC predominou no mas-

Tabela 1. Distribuição das lesões de acordo com a localização e o tipo histológico.

Localização	Total	%	Tipo histológico	
			CBC	CEC
Polo cefálico	233	100%	196 (84,1%)	37 (15,9%)
Face*	112	48,06%	100 (89,3%)	12 (10,7%)
Nariz	64	27,47%	57 (89%)	7 (11%)
Peri-orbitária	23	9,87%	19 (82,6%)	4 (17,4%)
Pré-auricular	17	7,29%	15 (88,2%)	2 (11,8%)
Lábio superior	2	0,86%	1 (50%)	1 (50%)
Lábio inferior	8	3,43%	2 (25%)	6 (75%)
Pescoço	5	2,14%	2 (40%)	3 (60%)
Couro cabeludo	2	0,86%	0 (0%)	2 (100%)
Tronco	53	100%	32 (60,3%)	21 (39,7%)
Tórax	23	43,4%	12 (52,1%)	11 (47,9%)
Dorso	16	30,2%	13 (81,2%)	3 (18,8%)
Ombro	14	25,4%	7 (50%)	7 (50%)
Membros	45	100%	15 (33,4%)	30 (66,6%)
Mão	14	31,2%	4 (28,5%)	10 (71,5%)
Antebraço	13	28,8%	6 (46,1%)	7 (53,9%)
Braço	11	24,5%	3 (27,2%)	8 (72,8%)
Perna	7	15,6%	2 (28,5%)	5 (71,5%)
Total	331		243 (73,4%)	88 (26,6%)

*Face é a região localizada acima de uma linha imaginária que vai das comissuras labiais ao lobulo das orelhas em cada lado, excetuando-se regiões de nariz, peri-orbital e pré-auricular.

Tabela 2. Distribuição das lesões de acordo com a localização e o comprometimento das margens cirúrgicas.

Localização	Margens livres	Margens comprometidas			Total	
		Total	Laterais	Profundas		Ambas
Polo cefálico	172 (73,8%)	61 (26,2%)	36	13	12	233
Face*	83 (74,1%)	29 (25,9%)	18	5	6	112
Nariz	42 (65,6%)	22 (34,4%)	11	6	5	64
Peri-orbitária	18 (78,2%)	5 (21,8%)	4	1	0	23
Pré-auricular	13 (76,4%)	4 (23,6%)	2	1	1	17
Lábio superior	2 (100%)	0 (0%)	0	0	0	2
Lábio inferior	7 (87,5%)	1 (12,5%)	1	0	0	8
Pescoço	5 (100%)	0 (0%)	0	0	0	5
Couro cabeludo	2 (100%)	0 (0%)	0	0	0	2
Tronco	49 (92,4%)	4 (7,6%)	2	2	0	53
Tórax	22 (95,6%)	1 (4,4%)	1	0	0	23
Dorso	14 (87,5%)	2 (12,5%)	0	2	0	16
Ombro	13 (92,8%)	1 (7,2%)	1	0	0	14
Membros	38 (84,4%)	7 (15,6%)	5	2	0	45
Braço	9 (81,8%)	2 (18,2%)	2	0	0	11
Antebraço	11 (84,6%)	2 (15,4%)	1	1	0	13
Mão	13 (92,8%)	1 (7,2%)	0	1	0	14
Perna	5 (71,4%)	2 (28,6%)	2	0	0	7
Total	259 (78,2%)	72 (21,8%)	43	17	12	331

culino 58% (51/88). Souza et al.⁸ encontraram 70% dos CBCs em região cefálica, sendo a região nasal a mais atingida, em 33,4%. Em nosso estudo a região cefálica foi também a mais atingida em 80,6% (196/243) dos casos, preferencialmente em face 41% (100/243) e nariz 23,4% (57/243).

Um estudo neo-zelandês demonstrou que a completude da excisão de cânceres cutâneos variou de acordo com o local da lesão e com a especialidade do cirurgião que realizou o procedimento⁹. Para o grupo onde estavam incluídos os cirurgiões gerais, a taxa de excisão completa em lesões malignas de cabeça/pescoço, nariz e tronco/membros foi de 67%, 70% e 91% respectivamente⁹. Em nosso estudo obtivemos as taxas de 73,8% (172/233), 65,6% (42/64) e 88,7% (87/98) de margens livres nas lesões malignas de cabeça/pescoço, nariz e tronco/membros, respectivamente.

Em estudo australiano foi visto que para os CECs as margens laterais foram as mais comprometidas 62% (18/29), seguidas pela profunda 34% (10/29) e ambas 3,4% (1/29)¹⁰. Em nosso estudo foram encontradas 72 margens comprometidas nas 331 biópsias excisionais de CBC e CEC realizadas. O comprometimento apenas lateral foi de 59,7% (43/72), principalmente em polo cefálico 50% (36/72), fato que pode ser compreendido pela provável pequena margem deixada pelo cirurgião, com o provável intuito de economizar tecido, facilitando o fechamento por primeira intenção e evitando o repuxamento de tecidos. Em locais onde há menor dificuldade de fechamento verifica-se acentuada diminuição do comprometimento lateral, como é o caso do tronco 1,4% (1/72). Em membros obtivemos 8,3% (6/72) de comprometimento.

A margem profunda foi comprometida em 23,6% dos casos (17/72). Na Tabela 2 vê-se que os locais de maior acometimento profundo foram no polo cefálico, mais especificamente em nariz 8,3% (6/72) e face 6,9% (5/72). Ambas as margens foram comprometidas em 16,6% (12/72) dos casos, sendo que a totalidade desse evento ocorreu no polo cefálico. No nariz, devido a quase inexistência de panículo adiposo, a excisão mais profunda pode levar a dano nas cartilagens nasais, desfigurando a sua aparência e até vir a comunicar a cavidade nasal com o local da cirurgia- fato que pode intimidar alguns cirurgiões. E na face, devido a ser local bastante irrigado com algumas artérias correndo junto à pele, porém de modo mais importante devido ao trajeto superficial em alguns locais, de alguns ramos de nervos cranianos sensitivos e principalmente motores, em cujos trauma pode levar a uma paralisia facial.

Tan et al citaram em seu trabalho que a taxa de excisão incompleta em cânceres de pele não melanoma variou de 5,8% a 15,9%¹¹. Salmon et al. evidenciaram que o sucesso em se obter todas as margens livres na excisão de lesões cutâneas malignas variou de acordo com a especialidade do profissional que executou a cirurgia e obteve taxas que variaram de 0% a 45% de margens comprometidas⁹. No grupo chamado de "specialist surgeons" (onde estavam incluídos cirurgiões gerais, otorrinos e oftalmologistas) ocorreu taxa 20% de margens comprometidas⁶. Pua, Huilgol e Hill encontraram taxa de 2,2% de margens comprometidas em carcinomas de pele não melanoma operados por dois dermatologistas¹⁰. Em nosso estudo, obtivemos 21,8% de comprometimento das margens cirúrgicas, em procedimentos realizados por médicos residentes em cirurgia geral, supervisionados por

preceptoria de cirurgia plástica. É sempre de bom tom ressaltar que a primeira tentativa é sempre a melhor chance de ressecar por completo um carcinoma cutâneo. Quando deixado tumor residual existe a possibilidade deste infiltrar tecidos moles e mesmo esqueleto ósseo, tornando uma segunda abordagem um procedimento por vezes extremamente complexo, principalmente quando o osso infiltrado é o Crânio. Um bom meio de se avaliar as margens de lesões mais extensas ou de limites imprecisos seria a congelação trans operatória, que é uma eficiente ferramenta principalmente na análise das margens próximas a estruturas nobres (p.ex.: órbita, crânio, nervo facial), porém não havia este serviço disponível no hospital à época destas 331 cirurgias. Estes pacientes são acompanhados no ambulatório de cirurgias ambulatoriais da cirurgia geral e na dermatologia e sempre que necessário é feita reabordagem cirúrgica dos casos. Por se tratar de um estudo retrospectivo não foram colhidos e analisados dados referentes ao seguimento dos pacientes.

CONCLUSÃO

O pólo cefálico foi o local onde ocorreu mais frequentemente a remoção incompleta do tumor, com comprometimento das margens cirúrgicas em 26% dos casos. Destaca-se neste contexto particularmente o nariz e a face em 34,4% e 25,9% dos casos, respectivamente. No tronco, a região do dorso foi onde ocorreu maior comprometimento das margens (12,5%) e nos membros, a das pernas com taxa de persistência tumoral de 28,6% dos casos. A faixa etária mais acometida a dos 61-70 anos em 27,6% dos casos.

No grupo pesquisado verificou-se que essas neoplasias ocorreram de modo quase idêntico entre os sexos, sendo 49% homens e 51% mulheres, sendo que o CBC predominou no gênero feminino 54,3% e o CEC predominou no gênero masculino 58%.

Observou-se que o CBC predominou no pólo cefálico (84%), destacando-se a face (89,3%) e nariz (89%). Em tronco também prevaleceu o CBC (60%) destacando-

se o dorso (81,2%). Nos membros predominou o CEC (67%), principalmente em braço (72,8%), mãos (71,5%) e pernas (71,5%). O comprometimento apenas lateral foi o mais frequente (59,7%), seguido pelo acometimento apenas profundo (23,6%) e por fim ambas as margens comprometidas (16,6%).

REFERÊNCIAS

- 1) Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer. Rio de Janeiro (Brasil): INCa; 2012.
- 2) Yao M, Epstein JB, Modi BJ, Pytynia KB, Mundt AJ, Feldman LE. Current surgical treatment of squamous cell carcinoma of the head and neck. *Oral Oncol.* 2007;43(3):213-23.
- 3) Dergham AP, Maro CC, Ramos EA, Mesquita LAF, Collaço LM. Distribuição dos diagnósticos de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de pele no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. *An Bras Dermatol.* 2004;79(5):555-9.
- 4) Andrade NMM, Santos ABO, Lourenço SV, Neto CF, Cernea CR, Brandão LG. Perfil epidemiológico e histopatológico de 642 casos de carcinoma basocelular de cabeça e pescoço operados em uma instituição terciária. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, v.40, n° 3, p. 138-143, 2011
- 5) Ferreira FR, Nascimento LFC. Câncer cutâneo em Taubaté (SP) - Brasil, de 2001 a 2005: um estudo de prevalência. *An Bras Dermatol.* 2008;83:317-22
- 6) Cherpelis BS, Marcussen C, Lang PG. Prognostic factors for metastasis in squamous cell carcinoma of the skin. *Dermatol Surg.* 2002;28(3):268-73
- 7) Nagore E, Grau C, Molinero J, Fortea JM. Positive margins in basal cell carcinoma: relationship to clinical features and recurrence risk. A retrospective study of 248 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2003;17:167-70
- 8) Souza CFD, Thomé EP, Menegottoli PF, Schmitt III JV, Shibue JRT, Tarlé RG. Topografia do carcinoma basocelular e suas correlações com o gênero, a idade e o padrão histológico: um estudo retrospectivo de 1.042 lesões. *An Bras Dermatol.* 2011;86(2):272-7.
- 9) Salmon P, Mortimer N, Rademaker M, Adams L, Stanway A, Hill S. Surgical excision of skin cancer: the importance of training. *Br J Dermatol.* 2010 Jan;162(1):117-22. Epub 2009 Oct 10.
- 10) Pua, V. S. C., Huilgol, S., Hill, D. Evaluation of the treatment of non-melanoma skin cancers by surgical excision. *Australasian Journal of Dermatology*, 2009. P. 171-175
- 11) Tan PY, Ek E, Su S, Giorlando F, Dieu T. Incomplete excision of squamous cell carcinoma of the skin: a prospective observational study. *Plast Reconstr Surg.* 2007 Sep 15;120(4):910-6.