

## Carcinoma basocelular - Análise de 300 casos observados em Uberlândia - MG\*

### *Basal cell Carcinoma - Analysis of 300 cases observed in Uberlândia - MG, Brazil\**

Sônia Antunes Oliveira Mantese<sup>1</sup>  
Mabel Duarte Alves Gomides<sup>3</sup>

Alceu Luiz Camargo V. Berbert<sup>2</sup>  
Ademir Rocha<sup>4</sup>

**Resumo:** FUNDAMENTO – O carcinoma basocelular é o câncer da pele mais comum, compreendendo 75% dos tumores epiteliais malignos. Localiza-se na face e acomete indivíduos brancos, acima de 40 anos de idade, com história de exposição repetitiva à luz solar.

OBJETIVO – Descrever o carcinoma basocelular em suas variáveis epidemiológica, clínica e histopatológica.

CASUÍSTICA – Realizou-se estudo transversal de 300 pacientes com carcinoma basocelular atendidos no Serviço de Dermatologia do Hospital de Clínicas, no período de 1999 a 2003. Foram preenchidos protocolos com identificação do paciente, história de exposição solar e caracterização do carcinoma basocelular.

RESULTADOS – Foram identificadas 447 lesões de carcinoma basocelular nos 300 pacientes estudados, cuja maioria era do sexo feminino (59,3%) e da raça branca (93%), com história de exposição solar (90,3%), apresentando lesão única (74%), predominantemente facial (77% das lesões). O tipo histopatológico mais freqüente foi o nodular (46,3% das lesões), com predomínio do superficial no tronco.

CONCLUSÕES – Observou-se predomínio do carcinoma basocelular no sexo feminino, demonstrando a tendência atual desse tumor. A presença de vários tumores sucessivos ou simultâneos em um mesmo paciente salienta a importância de exames periódicos nesses doentes. Não se estabeleceu correlação entre os tipos clínicos e histopatológicos. Confirmou-se que o tipo superficial é mais freqüente no tronco.

Palavras-chave: Carcinoma basocelular; Epidemiologia; Neoplasias cutâneas

**Abstract:** BACKGROUND - Basal cell Carcinoma is the most common type of skin cancer and represents 75% of malignant epithelial tumors. It usually occurs on the face of white individuals aged over 40 years, with history of repetitive exposure to sunlight.

OBJECTIVE - To describe the epidemiological data, clinical presentation and histopathological findings of 300 patients with basal cell carcinoma.

CASUISTIC - A cross-sectional study of 300 patients with Basal cell Carcinoma seen at the outpatient Dermatology clinic from 1999 to 2003. Information was obtained on identification, exposure to sunlight and characterization of Basal cell Carcinoma.

RESULTS - The pathological examinations confirmed the clinical diagnoses of 447 tumor lesions of 300 patients. Most patients were female (59.3%), white (93%), had exposure to sunlight (90.3%), with a single lesion (74%), involving predominantly the face (77% of the lesions). The most frequent pathological type was nodular carcinoma (46.3% of the lesions) and the superficial type predominated on the trunk.

CONCLUSION - There was a predominance of female patients showing the current tendency of Basal cell Carcinoma. The presence of several successive or simultaneous tumors in the same patient emphasizes the importance of periodical exams in these patients. No exact correlation between exact clinical and pathological findings was established. The superficial type was confirmed as more frequent on the trunk.

Keywords: Basal cell Carcinoma; Epidemiology; Skin neoplasms

Recebido em 16.12.2005.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 20.02.2006.

\* Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia – HC/UFU- Uberlândia (MG), Brasil.

Conflito de interesse declarado: Nenhum

<sup>1</sup> Professora-adjunto IV de Dermatologia, Universidade Federal de Uberlândia – UFU - Uberlândia (MG), Brasil.

<sup>2</sup> Professor-assistente de Dermatologia, Universidade Federal de Uberlândia – UFU - Uberlândia (MG), Brasil.

<sup>3</sup> Médica dermatologista, Universidade Federal de Uberlândia – UFU - Uberlândia (MG), Brasil. Título de especialista pela Sociedade Brasileira de Dermatologia - SBD.

<sup>4</sup> Professor titular de Anatomia Patológica, Universidade Federal de Uberlândia – UFU - Uberlândia (MG), Brasil.

## INTRODUÇÃO

As neoplasias cutâneas têm, nas últimas décadas, adquirido especial relevância devido à sua crescente incidência. Dentre elas, destaca-se o carcinoma basocelular (CBC), correspondendo a cerca de 75% do total dos tumores malignos cutâneos.<sup>1</sup> O CBC acomete principalmente pacientes do sexo masculino, acima de 40 anos de idade, brancos, com relato de exposição solar repetitiva e, freqüentemente, localiza-se na face.<sup>2-8</sup> Além do aumento da incidência,<sup>2,9-11</sup> o CBC tem demonstrado, nos últimos tempos, alterações em sua apresentação, como o comprometimento de áreas fotoprotégidas<sup>12</sup> e tendência a maior ocorrência no sexo feminino.<sup>11</sup>

O CBC deriva de células basais da epiderme e do aparelho folicular. É um tumor de baixo grau de malignidade, com capacidade de invasão local, destruição tecidual, recidivante e com limitado poder de metastatização. A taxa de mortalidade é baixa devido à precocidade do diagnóstico do CBC nas áreas expostas e ao crescimento lento das lesões.

O papel da exposição solar como fator de risco no CBC está muito bem definido.<sup>2,4,7,9,13-15</sup> A ação dos raios ultravioleta (UV) B produz inúmeros fotoprodutos mutagênicos no DNA, que precisam ser reparados antes da divisão celular;<sup>7</sup> caso contrário pode promover a mutação no gen PTC, que induz o desenvolvimento do CBC.<sup>16-17</sup>

Esta pesquisa representa uma contribuição ao estudo do CBC, já que o assunto é de grande importância e são poucos os trabalhos publicados com avaliação estatística.

O presente estudo tem como objetivo a realização de uma análise prospectiva dos casos de CBC com resultados estatísticos de suas variáveis epidemiológica, clínica e histopatológica.

## CASUÍSTICA

Foram estudados prospectivamente (estudo observacional transversal) 300 pacientes com CBC atendidos no Serviço de Dermatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU), no período de março de 1999 a julho de 2003.

O protocolo incluiu os seguintes dados: identificação do paciente (nome, idade, sexo, cor da pele de acordo com a classificação de Fitzpatrick,<sup>18</sup> naturalidade, procedência, ocupação, estado civil), hábito de exposição solar e caracterização do CBC (tempo de início, tamanho, localização, tipos clínico e histopatológico).

Clinicamente, o CBC foi classificado<sup>19</sup> em pápulo-nodular, nódulo-ulcerado, superficial, terebrante, vegetante, pigmentado, esclerodermiforme, plano-cicatricial e cístico. Para facilitar a análise comparati-

va, optou-se por agrupar os vários tipos clínicos em quatro principais:<sup>20</sup> nódulo-ulcerativo (pápulo-nodular, nódulo-ulcerado, vegetante, terebrante e cístico), pigmentado, fibrosante (plano-cicatricial e esclerodermiforme) e superficial.

A confirmação da hipótese diagnóstica de CBC deu-se por biópsia ou exérese do(s) tumor(es), com posterior descrição dos tipos histopatológicos das amostras, que foi realizada pelo Serviço de Anatomia Patológica do HC/UFU, de acordo com as classificações de Kirkham<sup>20</sup> e de Rippey,<sup>21</sup> confirmando a presença de 447 CBCs nos 300 pacientes estudados.

Tendo esta pesquisa o objetivo de analisar dados epidemiológicos e as apresentações clínicas e histopatológicas do CBC primário nos pacientes atendidos no HC/UFU, foram excluídas as lesões de CBC recidivado, tumores ligados a outras doenças (síndrome do nevo basocelular, xeroderma pigmentoso e albinismo) e certos fatores de risco para câncer cutâneo (radiodermite crônica, úlceras crônicas, imunodepressão e arsenicismo crônico).

## Técnicas estatísticas

Para análise estatística dos dados foram utilizados: tabelas, porcentagens, teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ), teste do sinal (Z), teste U de Mann-Whitney (U) e correlação de Pearson (r). Considerou-se nível de significância p menor ou igual a 0,05.

## RESULTADOS

A idade dos pacientes variou de 30 a 88 anos, com média de 64,2 anos (64,8 anos no sexo masculino e 63,7 anos no feminino). A faixa etária mais acometida foi a de 70 a 79 anos (86 pacientes; 28,7%), seguida pela de 50 a 59 anos (64 pacientes; 21,3%), de 60 a 69 anos (63 pacientes; 21%), de 40 a 49 anos (39 pacientes; 13%), de 80 a 89 anos (37 pacientes; 12,3%) e de 30 a 39 anos (11 pacientes; 3,7%).

Dos 300 pacientes, 178 (59,3%) eram do sexo feminino, e 122 (40,7%), do masculino na proporção de 1,4:1 e com significância estatística ( $\chi^2 = 10,453$ ;  $p < 0,01$ ).

A correlação entre os sexos e a faixa etária não demonstrou significância ( $\chi^2 = 3,87$ ;  $p = 0,5682$ ), indicando que essas são variáveis independentes.

Quanto à cor, 279 (93%) pacientes eram brancos (fototipos I, II e III), 18 (6%) pardos (fototipos IV e V) e três (1%) negros (fototipo VI).

Em relação à procedência dos pacientes com CBC, observou-se que 225 (75%) eram da cidade de origem do estudo e 75 (25%) de outras cidades.

A procedência urbana foi referida por 88% dos pacientes deste estudo, sendo apenas 12% de procedência rural. Entretanto, observou-se que 63,7% dos

pacientes moraram ou trabalharam na zona rural em algum momento de suas vidas.

As ocupações foram bastante diversificadas, sendo as mais comuns: do lar (29,6%), lavrador(a) (16,9%), do lar/lavradora (13,3%), vendedor (5%), comerciante (3,6%), pedreiro (3,3%), motorista (2,6%) e costureira (2,3%).

Do total de 300 pacientes com CBC, 271 (90,3%) declararam grande exposição solar no decorrer de suas vidas, principalmente nas atividades diárias de trabalho.

O período médio de duração das lesões, desde o surgimento até o diagnóstico, foi de 37,1 meses, sendo de 36,3 meses para o sexo masculino, com desvio padrão de 54,6, e de 37,7 meses para o sexo feminino, com desvio padrão de 52,6. As diferenças entre os períodos médios de duração das lesões dos dois sexos não foram estatisticamente significantes ( $U = 10182.5$ ;  $p = 0,4203$ ).

A área média dos tumores foi de  $4,3\text{mm}^2$ , sendo que no sexo masculino foi de  $5,7\text{mm}^2$ , com desvio padrão de 12,8, e nos pacientes do sexo feminino foi de  $2,9\text{mm}^2$ , com desvio padrão de 5,6. A diferença entre as áreas médias dos dois sexos foi significativa (teste U de Mann-Whitney;  $p < 0,05$ ).

Analisando-se o tamanho das lesões em relação ao tempo do diagnóstico, por meio do teste de Pearson, não se observou nenhuma tendência de associação entre essas variáveis, o que pode ser confirmado pela pequena correlação entre tais valores ( $r = 0,23$ ;  $p > 0,05$ ).

O diagnóstico do total de lesões tumorais ocorreu na primeira consulta do paciente ou durante o período de quatro anos de coleta do trabalho. Encontraram-se 447 lesões de CBC nos 300 pacientes estudados; o número de tumores por paciente variou de um (74% dos pacientes) a oito, e não houve significância estatística entre os sexos em relação ao número de pacientes e ao de lesões ( $\chi^2 = 1,026$ ;  $p = 0,311$  e  $\chi^2 = 3,19$ ;  $p = 0,074$ , respectivamente). A média de lesões por paciente foi de 1,5; a diferença entre os

números médios de tumores dos pacientes de um sexo e de outro não foi estatisticamente significativa ( $Z = 1,102$ ;  $p = 0,2585$ ).

Quanto à localização, as lesões tumorais foram observadas na cabeça (344 lesões; 77%), no tronco (53 lesões; 11,8%), nos membros (34 lesões; 7,6%) e na região cervical (16 lesões; 3,6%). As lesões da região cefálica predominaram sobre as demais ( $\chi^2 = 649.7$ ;  $p < 0,01$ ); houve correlação de local e sexo ( $p < 0,05$ ), sendo maior a ocorrência de CBC na região cefálica no sexo feminino, e no tronco e cervical no sexo masculino.

Na cabeça, em ordem decrescente de frequência, as lesões tumorais apresentaram-se nas seguintes localizações: nasal (26%), malar/zigomática (18,1%), frontal (10,1%), auricular (8,5%), bucinadora (5,8%), orbitária (4,7%), couro cabeludo (2,5%) e mandibular (1,3%). O teste qui-quadrado mostrou dependência significativa ( $\chi^2 = 16,39$ ;  $p < 0,05$ ) entre as variáveis local da lesão na região cefálica e sexo dos pacientes.

No tocante ao tipo clínico do CBC, o predominante foi o nódulo-ulcerativo, com 297 lesões (66,5%;  $\chi^2 = 406,55$ ;  $p < 0,01$ ), seguido pelos tipos pigmentado com 61 (13,6%), fibrosante com 56 (12,5%) e superficial com 33 (7,4%).

Os tipos clínicos dos carcinomas foram distribuídos de acordo com a região do corpo acometida (Tabela 1); essa distribuição foi independente do local do tumor ( $\chi^2 = 9,55$ ;  $p = 0,374$ ).

Os tipos histopatológicos de CBC foram inicialmente distribuídos conforme a classificação de Kirkham,<sup>21</sup> com as seguintes frequências: sólido (39,8%), misto (37,1%), fibrosante (8,7%), superficial (7,8%), adenóide (5,1%), cístico (0,7%), ceratósico (0,2%), basoescamoso (0,2%) e células claras (0,2%). O tipo chamado misto corresponde às observações, num mesmo caso, de dois ou mais padrões histológicos (por exemplo, sólido e adenóide), sem predomínio de um sobre o(s) outro(s). A análise estatística entre tipo histopatológico e sexo não mostrou correlação significativa ( $\chi^2 = 4,52$ ;  $p = 0,2104$ ).

TABELA 1: Distribuição dos tipos clínicos dos tumores conforme a região acometida

Região	TIPO CLÍNICO							
	Nódulo-ulcerativo		Pigmentado		Fibrosante		Superficial	
	N	% (447)	N	% (447)	N	% (447)	N	% (447)
Cabeça	227	50,8	50	11,2	45	10	22	4,9
Tronco	36	8,1	5	1,1	4	0,9	8	1,8
Membros	24	5,4	5	1,1	4	0,9	1	0,2
Cervical	10	2,2	1	0,2	3	0,7	2	0,4
Total	297	66,5	61	13,6	56	12,5	33	7,4

Resultado de independência: ( $\chi^2 = 9,55$ ,  $p = 0,374$ )

TABELA 2: Distribuição dos tipos clínicos dos tumores conforme tipos histopatológicos (Rippey, 1998)

Tipo histopatológico	TIPO CLÍNICO							
	Nódulo-ulcerativo		Pigmentado		Fibrosante		Superficial	
	N	% (447)	N	% (447)	N	% (447)	N	% (447)
Nodular	146	32,7	28	6,3	19	4,3	14	3,2
Misto	111	24,8	20	4,5	25	5,6	10	2,2
Infiltrativo	26	5,8	3	0,7	7	1,6	3	0,7
Superficial	14	3,2	10	2,2	5	1,1	6	1,3
Total	297	66,5	61	13,6	56	12,5	33	7,4

Resultado de independência: ( $\chi^2 = 19,93$ ,  $p < 0,05$ )

Para melhor comparação com a literatura utilizou-se a proposta resumida de Rippey,<sup>20</sup> classificando os tipos histopatológicos em nodular (46,3%), misto (37,1%), infiltrativo, incluindo esclerodermiforme (8,7%) e superficial (7,8%). Essas diferenças entre os tipos histopatológicos foram estatisticamente significantes ( $\chi^2 = 206,88$ ;  $p < 0,01$ ).

Os tipos clínicos foram correlacionados aos tipos histopatológicos (Tabela 2). A distribuição de um determinado tipo histopatológico não foi a mesma para todos os tipos clínicos ( $\chi^2 = 19,93$ ;  $p < 0,05$ ).

Os tipos histopatológicos dos tumores foram correlacionados às regiões afetadas (Tabela 3), demonstrando elevada dependência ( $\chi^2 = 24,1397$ ;  $p < 0,01$ ). Observou-se que o tipo nodular preponderou na região cervical (62,5%), tendo ocorrido na cabeça em 47,3%, no tronco em 39,6% e nos membros em 35,3% dos casos. O tipo superficial apresentou frequência elevada (20,7%) no tronco.

## DISCUSSÃO

As idades dos pacientes desta pesquisa variaram de 30 a 88 anos, com média de 64,2 anos, concordando com dados similares encontrados por outros autores.<sup>1,3,6,11,14-17,19,21,22</sup> A faixa etária de maior comprometimento do CBC foi a de 70 a 79 anos, achado semelhante aos de Bastiaens et al.<sup>3</sup> Tem-se res-

saltado o crescente aparecimento do CBC na população jovem;<sup>8,11</sup> entretanto, a média de idade ainda permanece elevada, sendo provavelmente explicada pela ação cumulativa da radiação ultravioleta ao longo da vida e pela redução da camada de ozônio.<sup>4,7,8</sup>

Observou-se neste estudo maior ocorrência do CBC no sexo feminino. Esse achado poderia ser, ao menos parcialmente, explicado pelo fato de a população feminina constituir o público-alvo de várias campanhas educacionais contra o câncer, tornando as mulheres mais conscientes e atentas ao próprio corpo.

Na literatura pesquisada, a maioria dos autores observou maior incidência de CBC nos pacientes do sexo masculino.<sup>2,3,5,9,22,23</sup> Prado,<sup>14</sup> Machado Filho et al.<sup>13</sup> e Maffs et al.<sup>5</sup> encontraram predomínio no sexo feminino e Dahl et al. (1992)<sup>24</sup> e Betti et al. (1995)<sup>12</sup> relataram frequência similar em ambos os sexos. Trabalhos recentes têm apontado discreta tendência para o predomínio no sexo feminino.<sup>11</sup>

Nesta pesquisa houve maior frequência de CBC nos pacientes brancos de fototipos I, II e III,<sup>18</sup> o que está de acordo com diversos autores, devido à suscetibilidade comprovada desses fototipos à irradiação UV.<sup>10,13,15,23</sup>

Houve predominância da procedência urbana, apesar de grande parte dos pacientes estudados ter

TABELA 3: Distribuição dos tipos histopatológicos (Rippey, 1998) de acordo com a localização

Sede	TIPO HISTOPATOLÓGICO							
	Nodular		Misto		Infiltrativo		Superficial	
	N	% (447)	N	% (447)	N	% (447)	N	% (447)
Cabeça	164	36,7	131	29,4	27	6,3	22	4,9
Tronco	21	4,7	17	3,8	4	0,9	11	2,5
Membros	12	2,7	16	3,6	5	1,1	0	-
Cervical	10	2,2	2	0,4	2	0,4	2	0,4
Total	207	46,3	166	37,2	39	8,7	35	7,8

Resultado de independência: ( $\chi^2 = 24,1397$ ,  $p < 0,01$ )

morado ou trabalhado na zona rural durante um período de suas vidas. Prado<sup>14</sup> relatou maior incidência de CBC nos pacientes de zona rural. Machado Filho et al.<sup>13</sup> citaram a origem urbana de todos os seus pacientes.

Dos pacientes da presente pesquisa, 90,3% relataram exposição solar no decorrer de suas vidas, principalmente nas atividades diárias de trabalho. Cento e trinta e uma mulheres (43,7%) declararam exposição solar freqüente, sem proteção adequada, enquanto exerciam as atividades do lar. A análise da ocupação dos pacientes demonstrou que 68,1% estavam sujeitos a radiações UV repetidas e/ou prolongadas. Alguns autores também consideraram a exposição solar prolongada e continuada, relacionada ou não com as atividades profissionais, responsável pela elevada incidência de CBC.<sup>3,8,10,11,23</sup> Contrariamente a essa teoria, English et al.<sup>15</sup> não encontraram correlação entre CBC e exposição solar diária durante as atividades ocupacionais, diferente do que ocorre com o carcinoma espinocelular. Segundo esses autores, os lavradores sujeitos à exposição solar prolongada protegem-se com roupas e chapéus; enquanto os expositores intermitentes, de final de semana, além de ficar ao sol durante longos períodos do dia dispensavam a proteção de vestuário adequado, correndo o risco de queimadura solar.

O período médio de duração das lesões, do surgimento até o diagnóstico, foi de 37,1 meses para ambos os sexos, o que concorda com a idéia geral de que o CBC é um tumor de crescimento lento.

A área das lesões tumorais variou de um a 240mm<sup>2</sup>. A área média geral foi de 4,3mm<sup>2</sup>, sendo significativamente maior no sexo masculino do que no feminino. Esse dado provavelmente se deve à procura mais rápida de ajuda médica pelas mulheres.

Na literatura a área média tumoral obtida teve a variação de 1,7 a 3,9mm<sup>2</sup>.<sup>5,9</sup> Concordando com Holme et al.,<sup>25</sup> o tamanho reduzido do tumor talvez se deva à busca precoce de atendimento médico e adequada preparação do profissional da área da saúde em identificar lesões iniciais.

Nesta pesquisa não houve correlação entre tempo de evolução e área das lesões tumorais. Bandeira et al.<sup>11</sup> relataram crescimento lento do CBC nos dois primeiros anos, sendo seu tamanho independente do tempo de evolução.

Quanto ao número de tumores diagnosticados por paciente, observou-se que 26% da amostragem apresentaram lesões múltiplas, com média de 1,5 lesão por paciente. O surgimento de mais de uma lesão não apresentou correlação com sexo; entretanto, sugere estar relacionado com fatores ambientais e/ou à predisposição genética. Nos trabalhos analisados a média geral de tumores por paciente variou de

1,3 a 1,7; e os percentuais de pacientes com mais de uma lesão variaram de 6,6 a 32%.<sup>2,5,9</sup> A possibilidade acumulada em três anos de um paciente com diagnóstico prévio de CBC apresentar outro basalioma é de 44%, ou seja, 10 vezes maior do que na população geral.<sup>26</sup>

Na presente pesquisa, houve predomínio das lesões de CBC na região cefálica ( $p < 0,01$ ), sendo a face responsável por 66% das lesões; a região nasal esteve comprometida em 39,3% delas e em 260% do total de lesões do corpo. Esses resultados refletem, provavelmente, áreas que recebem maior intensidade de raios solares. Os dados da literatura referem maior freqüência do CBC na face (de 27,5% a 91,1%),<sup>6,14,23</sup> na face e no pescoço (de 30,9% a 80%)<sup>2,7,24</sup> e na região nasal (de 30,1% a 35,9%).<sup>14,23</sup>

Os homens e as mulheres deste estudo tiveram predominância de suas lesões tumorais na face; mas, quando se comparou segmento acometido e sexo observou-se que o CBC foi mais freqüente no tronco, na região cervical e no pavilhão auricular do sexo masculino. Possivelmente esses achados se devem ao fato de essas regiões estarem comumente expostas nos trabalhadores do sexo masculino.<sup>9,27</sup>

O tipo clínico de CBC mais encontrado nesta pesquisa foi o nódulo-ulcerativo (66,5%), concordando com achados de alguns autores (de 53,4% a 70,6%).<sup>2,27</sup>

Correlacionou-se tipo clínico com localização dos tumores, observando-se que o segmento cefálico predominou em todos os tipos clínicos, com maior freqüência do tipo nódulo-ulcerativo. Contudo, análises estatísticas demonstraram que o tipo clínico distribuiu-se independentemente da localização do tumor.

Neste estudo, as análises histopatológicas do CBC demonstraram, pela classificação geral de Kirkham,<sup>21</sup> predomínio do tipo sólido (39,6%) e, pela classificação resumida de Rippey,<sup>20</sup> do tipo nodular (46,1%), concordando com os dados da literatura, que mostram predomínio do tipo sólido (de 27,4% a 69,1%) e do nodular (de 40 a 63,8%).<sup>9,11,12,20,27</sup>

Para um determinado tipo histopatológico analisado não houve diferença entre os sexos. Scrivener et al.<sup>28</sup> demonstraram que o tipo superficial e o fibroso foram mais freqüentes no sexo feminino do que no masculino.

Na presente pesquisa, correlacionando os tipos clínicos dos tumores com os tipos histopatológicos observou-se que houve concordância parcial entre a clínica e a histopatologia, com acerto de 49,1% para o nódulo-ulcerativo e 18,1% para o superficial. Rassner et al.<sup>29</sup> afirmaram não existir correlação estreita entre morfologia clínica e histopatologia no CBC. Por outro lado, Kopke & Schmidt<sup>30</sup> julgaram importante caracterizar a lesão tumoral como circunscrita ou difusa,

tanto clínica quanto histopatologicamente, a fim de se definir o prognóstico clínico-cirúrgico.

O tipo chamado misto, ou seja, dois ou mais padrões histopatológicos numa mesma lesão, sem predomínio de um sobre o(s) outro(s), foi o segundo tipo mais freqüente nesta casuística. Kopke & Schmidt<sup>30</sup> salientaram que no CBC comumente se encontram padrões histopatológicos distintos numa mesma lesão.

Observou-se freqüência elevada do tipo superficial no tronco (20,7%), concordando com achados anteriores,<sup>3,27,28</sup> ao serem relacionados os tipos histopatológicos dos tumores aos locais afetados.

### CONCLUSÕES

Confirmou-se a maior ocorrência do CBC em pacientes brancos e na faixa etária de 70 a 79 anos, provavelmente por efeito cumulativo da radiação solar após longo período de exposição, uma vez que exerciam suas profissões expostos às radiações solares.

O maior número de casos de CBC e a menor área média tumoral ocorreram em pacientes do sexo feminino. Esses fatos ainda não foram elucidados, mas podem ser ao menos parcialmente explicados

pela conscientização da população feminina em procurar assistência médica precocemente.

A presença de mais de uma lesão tumoral no mesmo paciente foi freqüente, justificando a avaliação periódica dos doentes com CBC prévio.

Demonstrou-se o freqüente acometimento da região cefálica, com destaque para o dorso nasal, provavelmente por sua maior exposição à luz solar. Pacientes do sexo masculino apresentaram predomínio do CBC no tronco, na região cervical e no pavilhão auricular, possivelmente pelo fato de essas serem localizações comumente expostas nos homens durante o trabalho ou o lazer e pelo hábito de cabelos curtos.

Os tipos clínicos e histopatológicos apresentaram grande variação, sendo o nódulo-ulcerativo e o nodular os mais freqüentes. Não houve correlação de tipo clínico com local de comprometimento e nem com tipo histopatológico. Confirmou-se que o tipo histopatológico superficial é mais freqüente no tronco do que em outras regiões do corpo.

Estudos posteriores, incluindo aumento da amostra, serão necessários para melhor avaliação epidemiológica e clínico-histopatológica do CBC. □

### REFERÊNCIAS

1. Carucci JA, Leffell DJ. Basal cell carcinoma. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KE, Goldsmith LA, Katz SI, editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. USA: McGraw-Hill; 2003. p.747-54.
2. Naldi L, Dilandro A, D'Avanzo B, Parazzini F. Oncology cooperative group of the Italian group for epidemiological research in dermatology. Host-related and environmental risk factors for cutaneous basal cell carcinoma: Evidence from an Italian case-control study. *J Am Acad Dermatol.* 2000;42:446-52.
3. Bastiaens MT, Hoefnagel JJ, Bruijn JA, Westendorp RGJ, Bavinck VNB, Bavinck JNB. Differences in age, site distribution, and sex between nodular and superficial basal cell carcinomas indicate different types of tumors. *J Invest Dermatol.* 1998;110:880-4.
4. Katz M.H. Nonmelanoma skin cancer. *Maryl Med J.* 1997;46:238-42.
5. Maafs E, De La Barreda F, Delgado R, Mohar A, Alfeirán A. Basal cell carcinoma of trunk and extremities. *Int J Dermatol.* 1997;36:622-8.
6. Franceschi S, Levi F, Randimbison L, La Vecchia C. Site distribution of different types of skin cancer: new aetiological clues. *Int J Cancer.* 1996;67:24-8.
7. Corona R. Epidemiology of nonmelanoma skin cancer: review. *Ann Ist Super Sanità.* 1996;32:37-42.
8. Green A, Battistutta D, Hart V, Leslie D, Weedon D, Nambour Study Group. Skin cancer in a subtropical Australian population: incidence and lack of association with occupation. *Am J Epidemiol.* 1996;144:1034-40.
9. Castro LGM, Toyana CL, Gomes AP, Freire MA, Britto TF. Câncer de pele em clínica particular em São Paulo – SP. *An Bras Dermatol.* 1996;71:471-6.
10. Maia M, Proença NG, Moraes JC. Risk factors for basal cell carcinoma: a case-control study. *Rev Saude Publica.* 1995;29:27-37.
11. Bandeira AM, Bandeira V, Silva JF, Mazza E. Carcinoma basocelular: estudo clínico e anatomopatológico de 704 tumores. *An Bras Dermatol.* 2003;78:23-34.
12. 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.
13. Machado Filho CDA, Fagundes DS, Sender F, Saraiva GL, Paschoal LHC, Costa MCC, et al. Neoplasias malignas cutâneas: estudo epidemiológico. An Bras Dermatol. 1996;71:479-84.
  14. Prado H. Carcinoma basocelular. An Bras Dermatol. 1987;62:143-6.
  15. English DR, Armstrong BK, Krickler A, Fleming C. Sunlight and cancer. Cancer Causes Control. 1997;8:271-83.
  16. Saldanha G. The Hedgehog signaling pathway and cancer. J Pathol. 2001;193:427-32.
  17. Bale AE, Yu K. The Hedgehog pathway and basal cell carcinomas. Hum Mol Genet. 2001;10:757-62.
  18. Fitzpatrick TB. The validity and practicality of sun reactive skin types I-VI. Arch Dermatol. 1988;124:869-71.
  19. Odom RB, James WD, Berger TG. Andrew's diseases of the skin: clinical dermatology. 9th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000. p.800-68.
  20. Rippey JJ. Why classify basal cell carcinomas? Histopathology. 1998;32:393-8.
  21. Kirkham N. Tumors and cysts of the epidermis. In: Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson Jr, editors. B. Lever's histopathology of the skin. USA: Philadelphia; 1997. p.685-746.
  22. McKie RM. Epidermal skin tumors. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, editors. Rook/Wilkinson/Ebling: textbook of dermatology. London: Blackwell Science; 2004. p.1651-93.
  23. Minelli L. Estudo estatístico do carcinoma basocelular em Londrina, Paraná, Brasil. An Bras Dermatol. 1987; 62:321-5.
  24. Dahl E, Aberg M, Rausing A, Rausing EL. Basal cell carcinoma. Cancer. 1992;70:104-8.
  25. Holme AS, Malinovsky K, Roberts DL. Changing trends in non-melanoma skin cancer in South Wales, 1988-98. Br J Dermatol. 2000;143:1224-9.
  26. Marcil I, Stern RS. Risk of developing a subsequent nonmelanoma skin cancer in patients with a history of nonmelanoma skin cancer. A critical review of the literature and meta-analysis. Arch Dermatol. 2000;136:1524-30.
  27. McCormack CJ, Kelly JW, Dorevitch AP. Differences in age and body site distribution of the histological subtypes of basal cell carcinoma. Arch Dermatol. 1997; 133:593-6.
  28. Scrivener Y, Grosshans E, Cribier B. Variations of basal cell carcinomas according to gender, age, location and histopathological subtype. Br J Dermatol. 2002;147:41-7.
  29. Rassner G, Schlagenhauff B, Breuninger H. Der klinische variantenreichtum der basaliome und seine bedeutung. In: Petres J, Lohrisch I, editors. Das basaliom: klinik und therapie. Berlin: Springer-Verlag; 1993. p.3-11.
  30. Kopke LFF, Schmidt SM. Carcinoma basocelular. An Bras Dermatol. 2002;77:249-82.

---

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Sônia Antunes Oliveira Mantese  
Av. Pará, 1979, Bairro Umuarama  
38405-320 – Uberlândia - MG  
E-mail: dermat@bc.com.br

Como citar este artigo: Mantese SAO, Berbert ALCV, Gomides MDA, Rocha A. Carcinoma basocelular - Análise de 300 casos observados em Uberlândia - MG. An Bras Dermatol. 2006;81(2):136-42.