

Recidivas e recorrências de carcinomas basocelulares da face^{*}

Relapses and recurrences of basal cell face carcinomas

Juliana Polizel Ocanha¹

Hélio Amante Miot²

Mariângela Esther Alencar Marques³

Juliana Tedesco Dias¹

Hamilton Ometto Stolf²

Luciana Patricia Fernandes Abbade²

Resumo: Para avaliar fatores relacionados ao seguimento oncológico dos carcinomas basocelulares da face, foi realizada a análise de série de casos. Avaliaram-se 465 pacientes, com 834 carcinomas basocelulares de face; 3,1% apresentaram recidivas. Nos tumores incompletamente excisados, a recidiva foi 14,7% contra 2,3% dos tumores, com margens livres. Ocorreram mais na região nasal. As taxas de recorrência evidenciaram risco cumulativo. Estes achados reforçam a importância do seguimento oncológico após a cirurgia do carcinoma basocelular.
Palavras-chave: Carcinoma basocelular; Cirurgia geral; Neoplasias cutâneas; Patologia; Recidiva local de neoplasia

Abstract: To evaluate factors related to oncological follow-up of basal cell face carcinomas it was carried out the analysis of a series of cases. Four hundred sixty-five patients with 834 basal cell face carcinomas were evaluated; 3,1% presented recurrences. There was 14.7% of recurrence in incompletely excised tumors against 2.3% of the tumors with clear margins. Recurrences were more prevalent on the nose. Relapse rates showed a cumulative risk. These findings reinforce the importance of oncological follow-up after surgery of basal cell carcinoma.
Keywords: Carcinoma, basal cell; General surgery; Neoplasm recurrence, local; Pathology; skin neoplasms

As recidivas e as recorrências do carcinoma basocelular (CBC) são problemas no acompanhamento dos pacientes.^{1,2} Para dimensionar esse aspecto, foi realizada a análise de série de casos dos pacientes com CBCs faciais. As variáveis clínicas, demográficas e histopatológicas foram obtidas dos prontuários. Dados categóricos foram comparados bivariadamente pelo teste G (de Willians) e análise de resíduos. Posteriormente, as variáveis foram ajustadas por um modelo de regressão logística múltipla. Foi considerado como significativo valor de $p < 0,05$, bicaudal.

Incluíram-se todos os pacientes provenientes do Hospital das Clínicas da FMB-Unesp, com diagnóstico de CBC facial, confirmados anatomopatologicamente, no período de 1999 a 2005.

Avaliaram-se 465 pacientes com 834 CBCs de face, 727 deles tiveram seguimento (87,2%), com tempo médio de 33,2 meses.

Dados gerais dos pacientes estão dispostos na tabela 1, evidenciando prevalência feminina e

surgimento do primeiro CBC entre 38 e 84 anos (95% dos casos). Houve recidiva de 25 tumores (3,1%) e as características relacionadas às margens cirúrgicas são expostas na tabela 2, sendo significativa associação entre o acometimento da margem lateral pelo tumor ($p < 0,01$), assim como lateral e profundo ($p < 0,01$). Quando considerados todos os 34 tumores com margens comprometidas (laterais e/ou profundas), a taxa de recidiva foi de 14,7% (IC 95% 2,4% a 27,1%) ($p < 0,01$). O tempo médio até a recidiva foi de 2,4 anos, variando de dois meses a seis anos (Tabela 1). Recidivas ocorreram, mais frequentemente, nas áreas de risco da face (Tabela 2). Houve proporção significativa, na região nasal ($p < 0,05$), e ausência de recidivas, na região zigomática/malar. Não houve diferença significativa entre recidivas e o tipo histológico do CBC nessa amostra (Tabela 2). A análise multivariada demonstrou que o comprometimento de margem se associou significativamente com o risco de recidiva, independentemente do tipo histológico e topografia ($p < 0,05$).

Recebido em 28.10.2009.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 11.03.10.

^{*} Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual de São Paulo (UNESP) – Botucatu (SP), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / *Conflict of interest: None*

Suporte financeiro / *Financial funding*: Projeto submetido a financiamento FAPESP Processos: 2008/54627-6 e 2008/55565-4

¹ Estudante do sexto ano de graduação de Medicina. Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual de São Paulo (UNESP) - Botucatu (SP) Brasil.
² Doutor (a) – Professor (a) Assistente Doutor (a). Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual de São Paulo (UNESP) - Botucatu (SP) Brasil.

³ Livre docente - Professora Adjunta. Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual de São Paulo (UNESP) - Botucatu (SP) Brasil.

©2011 by Anais Brasileiros de Dermatologia

TABELA 1: Principais dados clínicos e demográficos dos pacientes

		IC 95%
Pacientes avaliados	465	
Sexo Feminino	270 (58,1%)	54,7% a 61,4%
Idade do primeiro CBC (anos)	65,1±13,1	
Tumores	834	
Tumores por paciente	1,8	
Risco cumulativo de novo CBC		
2 CBCs (entre os que tiveram 1)	161 (34,6%)	30,3% a 39,0%
3 CBCs (entre os que tiveram 2)	77 (47,8%)	40,1% a 55,6%
> 3 CBCs (entre os que tiveram 3)	45 (58,4%)	47,3% a 69,6%
Tempo de seguimento dos pacientes (meses)	33,2±30,1	
Recidivas durante o seguimento	25 (3,1%)*	1,9% a 4,3%
<1 ano	8 (32,0%)**	12,7% a 51,3%
1-3 anos	6 (24,0%)	6,3% a 41,7%
3-5 anos	4 (16,0%)	0,8% a 31,2%
>5 anos	7 (28,0%)	9,4% a 46,6%

*Referente ao total de CBCs; ** Referente às recidivas

TABELA 2: Relação entre recidivas e margens histológicas, localização e tipo histológico dos tumores

	Recidiva			Total
	Não	Sim	%	
Margens				
Livres	736	17*	2,3%	753
Laterais comprometidas	7	3*	42,9%	10
Profundas comprometidas	17	0	0,0%	17
Laterais e Profundas comprometidas	10	2*	20,0%	12
Exíguas	13	2*	15,4%	15
Sem informação	26	1	3,8%	27
Topografia				
Nasal	227	13*	5,7%	240
Epicanto/Sulco	78	3	3,8%	81
Periocular	69	2	2,9%	71
Frontal	91	2	2,2%	93
Perilabial	50	2	4,0%	52
Maxila/Mandíbula	39	1	2,6%	40
Auricular	99	1	1,0%	100
Temporal	29	1	3,4%	30
Zigomático/Malar	112	0*	0,0%	112
Sem informação	15	0	0,0%	15
Tipo histológico				
Nodular	545	20	3,7%	565
Esclerodermiforme	140	4	2,9%	144
Superficial	19	1	5,3%	20
Micronodular	8	0	0,0%	8
Outros	97	0	0,0%	97
Total	809	25	3,1%	834

* p<0,01 (Análise de Resíduos)

O risco de ter múltiplos tumores foi cumulativamente maior (Tabela 1), à medida que surgiram novas lesões, sendo que 65,5% dos pacientes apresentaram lesão única.

A taxa de recidiva foi próxima a de outros trabalhos, em que se observaram índices de 1,3% a 3,8%.^{3,5} O tempo de recidiva ocorreu em, até seis anos, o que reforça a necessidade de seguimento prolongado para evitar complicações, decorrentes da própria recidiva ou da necessidade de nova excisão ampla. Outros trabalhos também recomendam seguimento longo, apesar de não haver consenso sobre esse tema.^{3,6,7} Além disso, o seguimento anual posterior favorece a detecção de novos CBCs, em estágios menos avançados.

Nas recidivas, a segunda lesão ocorre em uma área até um centímetro da lesão primária, o que reflete a dificuldade de se diferenciar de uma lesão “de novo” na vizinhança fotoexposta.⁴

As lesões incompletamente excisadas corresponderam a 4,2% do total de tumores, valor comparável à literatura, que varia de 4% a 16,6%.^{5,8,9} Nestes tumores, verificaram-se 14,7% de recidivas, e 15,4%, nos tumores com margem exígua (menor que 1 mm) contra 2,3% dos tumores com margens livres. Estas informações mostram a importância do seguimento e a relevância do exame anatomopatológico quanto ao prognóstico.

Em alguns estudos, a taxa de recidiva nos tumores, com margens comprometidas, varia de 19,8 a 67%.^{4,5,8} Alguns especialistas recomendam a reabordagem cirúrgica imediata nestes casos, o que ainda é alvo de discussão.^{4,5,8} Observou-se que grande

parte das lesões com margens comprometidas não recidivaram, e muitas vezes, estas lesões ocorreram em áreas de difícil reabordagem. Mesmo as lesões com margens livres podem recidivar, mas isso não ocorre na maioria dos casos, e reforça a necessidade de seguimento oncológico.

A maioria das recidivas ocorreu nas áreas nasal e perilabial, não sendo encontradas na região zigomático-malar. A região nasal é susceptível à recidiva,^{8,10} provavelmente, pela dificuldade de se obter margens adequadas pela anatomia dessa região. Por outro lado, a região zigomática não apresentou recidivas, o que pode ser explicado pela conformação anatômica, que não impõe tantos obstáculos à abordagem cirúrgica inicial.

Não houve relação significativa entre o tipo histológico e recidiva de tumor, o que contraria outros estudos¹⁰ que mostram que os tipos infiltrativo e micronodular estão mais associados a recidivas. Isso pode ter ocorrido por conta do pequeno número de tumores com estas classificações neste estudo.

As taxas de recorrência de CBC evidenciaram risco cumulativo. Quanto mais lesões uma pessoa teve, maior a probabilidade de novo tumor. Estes dados reiteram a importância do acompanhamento oncológico, bem como a educação em saúde dos mesmos, promovendo medidas de fotoproteção e autoexame.

Finalmente, os dados avaliados se referem a CBCs faciais excisados e, submetidos ao controle histopatológico, não se podendo extrapolar para as demais terapêuticas e outras topografias. □

REFERÊNCIAS

- Graells J. The risk factors of a second non-melanoma skin cancer: a study in a Mediterranean population. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2004;18:142-7.
- Mantese SAO, Berbert ALCV, Gomides MDA, Rocha A. Carcinoma basocelular - Análise de 300 casos observados em Uberlândia - MG. *An Bras Dermatol*. 2006;81:136-42.
- Goh BK, Ang P, Wu YJ, Goh CL. Characteristics of basal cell carcinoma amongst Asians in Singapore and a comparison between completely and incompletely excised tumors. *Int J Dermatol*. 2006;45:561-4.
- Griffiths RW, Suvarna SK, Stone J. Do basal cell carcinomas recur after complete conventional surgical excision? *Br J Plast Surg*. 2005;58:795-805.
- Staub G, Revol M, May P, Bayol JC, Verola O, Servant JM. Excision skin margin and recurrence rate of skin cancer: a prospective study of 844 cases. *Ann Chir Plast Esthet*. 2008;53:389-98.
- Preston DS, Stern RS. Nonmelanoma cancers of the skin. *N Engl J Med*. 1992;327:1649-62.
- Robinson JK. Follow-up and prevention (basal cell carcinoma). In: *Cutaneous Oncology. Pathophysiology, Diagnosis, and Management* (Miller SJ, Maloney ME, eds). Malden: MA:Blackwell Science, 1998. p.695-8.
- Farhi D, Dupin N, Palangié A, Carlotti A, Avril MF. Incomplete excision of basal cell carcinoma: rate and associated factors among 362 consecutive cases. *Dermatol Surg*. 2007;33:1207-14.
- Rosso S, Zanetti R, Martinez C, Tormo MJ, Schraub S, Sancho-Garnier H, et al. The multicentre south European study 'Helios'. II: Different sun exposure patterns in the aetiology of basal cell and squamous cell carcinomas of the skin. *Br J Cancer*. 1996;73: 1447-54.
- Silverman MK, Kopf AW, Grin CM, Bart RS, Levenstein MJ. Recurrence rates of treated basal cell carcinomas. Part 1: Overview. *J Dermatol Surg Oncol*. 1991;17:713-8.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Luciana Patrícia Fernandes Abbade
 Departamento de Dermatologia e Radioterapia
 Faculdade de Medicina de Botucatu/ Universidade
 Julio de Mesquita Filho – (UNESP)
 Distrito Rubião Jr./ SN
 18618-000 Botucatu, SP
 Tel/Fax: (14) 38116015
 Email: lfabbade@fmb.unesp.br

Como citar este artigo/How to cite this article: Ocanha JP, Dias JT, Miot HA, Stolf HO, Marques MEA, Abbade LPF. Recidivas e recorrências de carcinomas basocelulares da face. *An Bras Dermatol*. 2011;86(2):386-8.