

**UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR**

Faculdade de Ciências da Saúde



Casuística do Carcinoma Espinocelular num Período de Cinco  
Anos (2005-2009) do Serviço de Dermatovenereologia da  
Unidade Local de Saúde da Guarda. Uma Análise Crítica.

**Ana Luísa de Castro Bento Gomes**

Dissertação de Mestrado

Covilhã – Junho de 2010

**UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR**

Faculdade de Ciências da Saúde



Casuística do Carcinoma Espinocelular num Período de Cinco Anos (2005-2009) do Serviço de Dermatovenereologia da Unidade Local de Saúde da Guarda. Uma Análise Crítica.

Ana Luísa de Castro Bento Gomes

Orientada por:

Professora Doutora Isabel Cristina de Albuquerque Epifânio da Franca

Dissertação apresentada à Universidade da Beira Interior  
para obtenção do grau de Mestre em Medicina

Covilhã - Junho de 2010

## DA VIOLÊNCIA

*Do rio que tudo arrasta se diz que é violento.*

*Mas ninguém diz violentas*

*As margens que o comprimem.*

Bertolt Brecht

***Aos meus pais.***

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Isabel da Franca, pelo exemplo, pela paciência e pelas palavras motivadoras que me fizeram querer ir mais além. Muito obrigada.

A todos os elementos do Serviço de Dermatovenereologia do Hospital de Sousa Martins, obrigada pela simpatia, disponibilidade e apoio científico.

À Doutora Fátima Cabral pelo apoio, pelas conversas e pelo encorajamento ao longo deste percurso.

À Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> Odete Mingacho e ao Sr. Filipe Gonçalves, pela ajuda prestada na recolha dos processos e pela simpatia constante.

Às Enfermeiras Marisa Almeida e Paula Coutinho, e ao Doutor Pedro Caldes, pela força e apoio durante todo este percurso.

À Joana, por sempre acreditar que eu sou capaz.

Ao André, pela paciência, apoio, companheirismo e dedicação.

Aos meus pais, pela constante motivação.

À Angela, à Carla, à Laura e à Ines, por tudo.

À Rita Damas, pelos conselhos.

À Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> Lucília Amaral e à Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> Ana Maria Valente.

## RESUMO

**Introdução:** O carcinoma espinocelular é a segunda neoplasia maligna cutânea mais frequente, cuja incidência tem vindo a aumentar. Apresenta uma etiologia multifactorial e o principal factor de risco é a exposição solar crónica, sendo as localizações mais afectadas as relacionadas com as áreas foto expostas.

**Objectivos e Métodos:** Este trabalho teve como objectivo efectuar uma análise crítica do carcinoma espinocelular no Serviço de Dermatovenereologia da Unidade Local de Saúde da Guarda no período compreendido entre 2005 e 2009. Foram estudadas várias características, tais como a sua distribuição por sexo, idade, locais mais atingidos da superfície corporal e factores de risco associados, de forma a podermos estabelecer futuramente algumas normas preventivas desta neoplasia cutânea. Todos os casos incluídos foram confirmados por diagnóstico histopatológico. Realizou-se uma análise documental retrospectiva por revisão dos processos clínicos dos doentes com este diagnóstico. Os dados obtidos foram submetidos a uma análise estatística descritiva através do cálculo de medidas como frequências, percentagens e médias.

**Resultados:** Foram incluídos no estudo 259 casos de carcinoma espinocelular, compreendendo 159 mulheres (61,4%) e 100 homens (38,6%) com idade média de 78 anos ( $\pm 11,6$  [30-99]). Relativamente ao diagnóstico histopatológico, 81,5% foram descritos como carcinoma espinocelular e 8,1% foram classificados histopatologicamente como carcinoma *in situ*. A região da

cabeça e pescoço (zonas foto expostas) foi a mais afectada com 182 casos (70,3%), sendo a localização específica predominante o lábio inferior com 38 casos (14,7%). O tipo de lesão mais frequente foi a ulceração. A dimensão média foi de 17,4 mm ( $\pm 12,6$  [2,5-120]) e o período médio de evolução das lesões foi de 6,75 meses ( $\pm 6,5$  [1-36]). Relativamente aos antecedentes de outras neoplasias cutâneas ou de lesões pré-carcinomas, observámos queratoses actínicas em 40,5% dos casos, carcinoma basocelular em 18,5% e 1 caso de melanoma múltiplo. Quanto às recidivas, estas foram encontradas em 26 casos (10,0%). Em 29 casos (11,2%) foi diagnosticado um segundo tumor e em 2 casos (0,8%) um terceiro tumor. A abordagem terapêutica mais usada foi a exérese cirúrgica em ambulatório.

**Discussão e Conclusões:** Nos últimos cinco anos, o diagnóstico de carcinoma espinocelular observado nos doentes que recorreram ao Serviço de Dermatovenereologia da Unidade Local de Saúde da Guarda, foi mais frequente em indivíduos do sexo feminino. O grupo etário afectado e a localização mais frequente estão de acordo com a literatura. A exposição solar crónica encontra-se intimamente relacionada com a localização do tumor, com o tipo de profissão desempenhada pelo indivíduo e com as medidas de fotoprotecção que utiliza, sendo de grande importância as estratégias preventivas e o diagnóstico precoce.

**Palavras-chave:** carcinoma espinocelular; casuística; factores de risco; região da Guarda; Portugal.

## ABSTRACT

**Introduction:** Squamous cell carcinoma is the second most common skin malignancy whose incidence has been increasing. It presents with a multifactorial etiology and the main risk factor is chronic sun exposure, with sun-exposed areas being the most affected.

**Objective and Methods:** The aim of this study was to conduct a critical analysis of squamous cell carcinomas at the Unidade Local de Saúde da Guarda Dermatology Department between 2005 and 2009. We studied various features, such as their distribution according to gender, age, the most frequent type of lesion and associated risk factors, so that we could establish certain standards regarding skin cancer prevention. All cases were confirmed histopathologically. We conducted a retrospective study, by reviewing the medical files of patients with this diagnosis. A descriptive statistical analysis was performed through the calculation of measures such as frequencies, percentages and means.

**Results and Discussion:** The study comprised of 259 cases of squamous cell carcinoma, including 159 women (61.4%) and 100 men (38.6%) with a mean age of 78 years ( $\pm 11.6$  [30-99]). With respect to the histopathological diagnosis, 81.5% were described as squamous cell carcinoma, and 8.1% were diagnosed as carcinoma *in situ*. The head and neck region (photo-exposed areas) was the most affected, with 182 cases (70.3%), with the predominant specific location being the lower lip, representing 38 cases (14.7%). The most frequent type of lesion was of the ulcerated type. The average diameter was 17.4 mm ( $\pm 12.6$

[2.5-120]) and the evolution period of the lesion was 6.75 months ( $\pm 6.5$  [1-36]). Regarding the history of other skin cancers or pre-carcinomatous lesions, actinic keratoses were observed in 40.5% of cases, basal cell carcinoma in 18.5% and one case of multiple melanoma. Recurrences were found in 26 cases (10.0%), a second tumor was diagnosed in 29 cases (11.2%) and a third tumor in 2 cases (0.8%). The most widely used therapeutic approach was the surgical lesion removal in an ambulatory setting.

**Discussion and Conclusion:** Over the past five years at the Unidade Local de Saúde da Guarda Dermatology Department, the diagnosis of squamous cell carcinoma was observed more frequently in women. The age group and location most commonly affected are consistent with the literature. Chronic sun exposure is closely related to the individual's occupation and the photoprotective measures employed, with preventive strategies and early diagnosis being of the utmost importance.

**Keywords:** squamous cell carcinoma; casuistics; risk factors; Guarda region; Portugal.

## RÉSUMÉ

**Introduction:** Le carcinome épidermoïde est la tumeur maligne cutanée la plus courante. Son incidence est en augmentation. Il présente une étiologie multifactorielle, le principal facteur de risque est l'exposition chronique au soleil, étant les endroits les plus touchés liés à des zones photo exposées.

**Objectifs et méthodes:** Cette étude visait à effectuer une analyse critique du carcinome épidermoïde dans le Département de Dermato-vénéréologie de Unidade Local de Saúde da Guarda dans la période entre 2005 et 2009. Nous avons étudié diverses caractéristiques, telles que leur répartition par sexe, âge, endroits plus atteints de la surface du corps et facteurs de risque associés, afin que nous puissions établir des normes dans la prévention future de ce cancer de la peau. Tous les cas inclus ont été confirmés par le diagnostic histopathologique. Nous avons effectué une analyse documental rétrospective par l'examen des dossiers médicaux des patients avec ce diagnostic. Les données ont été soumises à une analyse statistique descriptive en calculant des mesures telles que des fréquences, des pourcentages et des moyennes.

**Résultats:** L'étude a inclus 259 cas de carcinome épidermoïde, comprenant 159 femmes (61,4%) et 100 hommes (38,6%) avec un âge moyen de 78 ans ( $\pm 11,6$  [30-99]). Pour le diagnostic histopathologique, 81,5% ont été décrits comme un carcinome épidermoïde et 8,1% étaient classés comme un carcinome épidermoïde *in situ*. La région de la tête et du cou (zones photos exposées) a été la plus touchée avec 182 cas (70,3%), et l'emplacement précis de la lèvre inférieure prédominante avec 38 cas (14,7%). Le type le plus

fréquent de la lésion a été l'ulcération. La taille moyenne était de 17,4 mm ( $\pm 12,6$  [2,5 à 120]) et la durée moyenne des lésions était de 6,75 mois ( $\pm 6,5$  [1-36]). Pour l'histoire du cancer de la peau ou des lésions pré-cancéreuses, les kératoses actiniques observées dans 40,5% des cas, carcinome basocellulaire de 18,5% et un cas de mélanome multiple. En ce qui concerne la récurrence, celles-ci ont été trouvées dans 26 cas (10,0%). Dans 29 cas (11,2%) a été diagnostiquée une deuxième tumeur et dans 2 cas (0,8%) une troisième tumeur. L'approche thérapeutique la plus largement utilisée a été l'exérèse chirurgicale en ambulatoire.

**Discussion et conclusion:** Au cours des cinq dernières années, les carcinomes épidermoïdes observés chez les patients qui utilisent le Service de Dermato-vénéréologie de Unidade Local de Saúde da Guarda, étaient plus fréquents chez les femmes. Le groupe d'âge le plus souvent affecté et l'emplacement sont conformes à la littérature. L'exposition chronique au soleil est étroitement liée à la localisation de la tumeur, avec le type d'occupation effectuée par l'individu et les mesures de photoprotection qu'il utilise, est d'une grande importance aux stratégies de prévention et de diagnostic précoce.

**Mots-clés:** carcinome épidermoïde, casuistique, facteurs de risque, région de Guarda, Portugal.

# ÍNDICE GERAL

EPÍGRAFE .....	i
DEDICATÓRIA .....	ii
AGRADECIMENTOS.....	iii
RESUMO .....	iv
ABSTRACT .....	vi
RÉSUMÉ.....	viii
ÍNDICE GERAL .....	x
ÍNDICE DE TABELAS .....	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xiii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xiv
1. INTRODUÇÃO .....	1
1.1. Motivação Pessoal.....	1
1.2. A Doença .....	2
1.2.1. Definição .....	2
1.2.2. Incidência / Distribuição Mundial .....	2
1.2.3. Etiopatogenia .....	2
1.2.3.1. Radiação actínica.....	3
1.2.3.2. Agentes Infecciosos.....	3
1.2.3.3. Factores Genéticos.....	4
1.2.3.4. Factores imunológicos .....	4
1.2.3.5. Carcinogéneos químicos e físicos.....	4
1.2.3.6. Afecções Crónicas.....	5
1.2.4. Caracterização clínica .....	5
1.2.4.1. Lesões precursoras de CEC.....	6
1.2.4.2. Carcinoma <i>in situ</i> .....	7
1.2.5. Diferenciação histopatológica.....	8
2. OBJECTIVOS.....	10
2.1. Objectivo geral .....	10
2.2. Objectivos específicos .....	10
3. METODOLOGIA.....	11
3.1. Amostra.....	11
3.2. Colheita dos dados .....	11

3.3. Análise estatística.....	12
4. RESULTADOS .....	13
4.1. Dados demográficos.....	13
4.2. Dados clínicos.....	15
5. DISCUSSÃO .....	27
5.1. Sobre os dados demográficos .....	27
5.2. Sobre a clínica.....	28
5.3. Limitações do estudo .....	35
6. CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS.....	37
6.1. Conclusões.....	37
6.2. Perspectivas futuras .....	38
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	39
8. ANEXOS .....	42
8.1. Autorização do Presidente do Conselho de Administração e da Comissão de Ética .....	42
8.2. Tabela para codificação no SPSS .....	43

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Diagnóstico clínico e histopatológico de CEC.....	16
<b>Tabela 2.</b> Localização anatômica das lesões .....	19
<b>Tabela 3.</b> Padrão de crescimento da lesão .....	20
<b>Tabela 4.</b> Modalidades de tratamento.....	26

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Distribuição dos doentes de acordo com o sexo.....	13
<b>Gráfico 2.</b> Distribuição dos doentes de acordo com a faixa etária .....	14
<b>Gráfico 3.</b> Relação entre sexo e idade de diagnóstico .....	15
<b>Gráfico 4.</b> Incidência anual de CEC, distribuída por sexo.....	15
<b>Gráfico 5.</b> Tipo de exérese descrita no relatório histopatológico.....	17
<b>Gráfico 6.</b> Localização anatómica das lesões .....	18
<b>Gráfico 7.</b> Tipo de lesão elementar e sua morfologia .....	21
<b>Gráfico 8.</b> Diâmetro da lesão.....	22
<b>Gráfico 9.</b> Período de evolução da lesão.....	22
<b>Gráfico 10.</b> Antecedentes de outras neoplasias cutâneas ou de lesões pré-carcinomas .....	23
<b>Gráfico 11.</b> Recidivas de CEC .....	24
<b>Gráfico 12.</b> Segundos CEC .....	25
<b>Gráfico 13.</b> Presença de neoplasias não cutâneas .....	25

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**CBC** - Carcinoma basocelular

**CCNM** - Cancro cutâneo não melanoma

**CEC** - Carcinoma espinocelular

**DB** - Doença de Bowen

**EQ** - Eritroplasia de Queyrat

**HSM** - Hospital de Sousa Martins

**MM** - Melanoma múltiplo

**QA** - Queratose actínica

**SPSS** - *Statistical package for the social sciences*

**ULS** - Unidade Local de Saúde

**UVB** - Ultravioleta tipo B

**VPH** - Vírus do papiloma humano

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1. Motivação Pessoal**

Nas duas últimas décadas foi observado um aumento da incidência de cancro da pele no mundo inteiro (1). Actualmente, o cancro cutâneo é o mais comum na população caucasiana, e a sua incidência atinge proporções epidémicas (1,2). O carcinoma espinocelular (CEC) é a segunda neoplasia cutânea maligna mais frequente, afectando sobretudo o idoso e as áreas foto expostas (3,4).

A opção por este trabalho resultou da partilha de pontos de vista e interesses com a Professora Orientadora, que surgiram desde o incio do bloco de Dermatologia no 5º ano da licenciatura em Medicina. Com a frequência das consultas de Dermatovenereologia na Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda, fiquei alertada para a prevalência aparentemente aumentada deste tipo de carcinoma na região. Surgiu assim o interesse por este tema, e com ele a vontade de alertar para a importância do diagnóstico precoce e prevenção (primária e secundária) do CEC.

## **1.2. A Doença**

### **1.2.1. Definição**

O CEC é uma neoplasia com origem nos queratinócitos suprabasais da epiderme (4). Apresenta uma etiologia multifactorial, afectando as áreas foto expostas de indivíduos do sexo masculino, de idade avançada e fototipo baixo (3,4).

### **1.2.2. Incidência / Distribuição Mundial**

Estudos realizados nos Estados Unidos da América estimavam, a partir de 1994, uma incidência anual de 81 a 136 CEC por 100.000 habitantes nos homens e de 26 a 59 por 100.000 nas mulheres (1). Em 1998, no Reino Unido, registou-se a incidência de CEC mais elevada na Europa: de 25,2 por 100.000 habitantes na população masculina e 8,6 por 100.000 na população feminina (1). No entanto, é na Austrália que a incidência do cancro cutâneo não melanoma (CCNM) atinge os valores mais altos, correspondendo anualmente a 1 a 2% entre os caucasianos (1).

### **1.2.3. Etiopatogenia**

Existem diversos factores predisponentes na etiologia do CEC e, embora seja possível identificar mais do que um factor, os mecanismos por que actuam não é conhecido (2,3).

#### 1.2.3.1. Radiação actínica

A radiação solar, especificamente a radiação ultravioleta do tipo B (UVB) (de maior capacidade carcinogénica), provoca dano actínico intenso, manifestado clinicamente como uma queratose actínica (QA).

É um dos factores que mais contribui para o aparecimento do CEC, justificando que os indivíduos mais afectados tenham uma maior vulnerabilidade à exposição solar, possuindo habitualmente um fototipo baixo e idade avançada (3). A exposição crónica ao Sol é a causa mais importante de CEC, existindo uma relação estatisticamente significativa entre o aumento do risco de CEC e a exposição solar acumulada acima das 70.000 h ao longo da vida, o que corresponde a níveis de exposição laboral (1,2). Os homens, porque tradicionalmente se expõem mais ao Sol por motivos laborais, são também mais atingidos por este tipo de carcinoma comparativamente com as mulheres (3). De destacar que a incidência do CEC no sexo feminino é crescente, provavelmente devido, entre outros factores, à incorporação da mulher em profissões classicamente reservada aos homens, como é o caso da agricultura (3).

#### 1.2.3.2. Agentes Infecciosos

Para além dos factores físicos, como os danos actínicos, existem outros co-factores, nomeadamente biológicos, na génese do CEC, de que o vírus do papiloma humano (VPH) é um exemplo paradigmático. É-lhe reconhecida a capacidade de desencadear uma ampla variedade de lesões hiperproliferativas

no epitélio cutâneo e mucoso e acredita-se que aproximadamente 10% da totalidade dos cancros está relacionado com a infecção por este vírus (3).

#### 1.2.3.3. Factores Genéticos

Determinadas genodermatoses estão associadas ao aumento do risco de CCNM, nomeadamente ao CEC, no entanto, a causa específica da alteração nos queratinócitos é desconhecida (1,3).

#### 1.2.3.4. Factores imunológicos

A imunossupressão é também um outro factor predisponente (1,3). Os indivíduos receptores de transplantes de órgãos ou com tratamentos imunodepressores prolongados, apresentam um risco aumentado de complicações neoplásicas, sendo a malignidade mais habitual nestes doentes o cancro de pele. De destacar que a frequência de CEC nestes pacientes é de 5 a 20 vezes maior do que na população geral (3).

#### 1.2.3.5. Carcinogéneos químicos e físicos

Os carcinogéneos químicos (como p. ex., o arsénio, os produtos com alcatrão) são capazes de induzir alterações genéticas que determinam a transformação maligna (3). Em relação ao tabagismo, diversos estudos assinalam um risco elevado de desenvolver CEC nos indivíduos fumadores (1).

As radiações ionizantes levam ao desenvolvimento de lesões de radiodermite crónica, que após 10 a 20 anos de evolução, podem evoluir para CEC. Não existem, no entanto, dados concretos acerca da quantidade de radiação necessária para a malignização (1,5).

#### 1.2.3.6. Afecções Crónicas

Relativamente ao papel desempenhado pelas afecções crónicas cutâneas (como, p. ex., úlceras, cicatrizes viciosas, retráteis, designadamente de queimaduras ou outros processos inflamatórios mantidos) que podem sofrer malignização, os mecanismos patogénicos são desconhecidos, tendo sido proposta a activação crónica dos factores de crescimento tecidulares como factor desencadeante (1,3,5).

#### 1.2.4. Caracterização clínica

A manifestação clínica típica do CEC consiste numa lesão nodular, hiperqueratósica e/ou ulcerada, localizada nas zonas cutâneas foto expostas ou sobre uma lesão predisponente (3). A morfologia do tumor varia consoante a localização, na pele ou na mucosa, e o estágio evolutivo, intra-epidérmico ou invasivo (3).

#### 1.2.4.1. Lesões precursoras de CEC

Correspondem a dermatoses pré-cancerosas que, no decurso da sua evolução natural, se transformam ou sobre elas surgem neoplasias malignas (5). Consoante a sua estrutura histológica, podem-se dividir em alterações epiteliais (cutâneas ou mucosas, displásicas ou hiperplásicas, como é o caso das QA, leucoplasias, queilites erosivas, etc.) e em alterações dérmicas distróficas (que favorecem ou condicionam as alterações epiteliais adjacentes, como o caso de cicatrizes viciosas e ulcerações crónicas) (5).

A QA é a mais frequente das lesões precursoras de CEC, surge de forma espontânea, após traumatismos repetidos ou tratamento incorrecto. Aumenta em superfície e em espessura, com espessamento da camada córnea, que se traduz-se histologicamente pelo aparecimento de atipias celulares e perda da maturação dos queratinócitos, provocando um crescimento incontrolado de células anómalas (3,5). Localiza-se principalmente na face e por vezes no pescoço e dorso das mãos (5).

A causa mais frequente de CEC das mucosas oral e genital são as leucoplasias. Na mucosa labial, tem particular relevância a leucoplasia tabágica do lábio inferior, à qual se associam queilites erosivas e actínicas. Os sintomas clínicos de transformação carcinomatosa correspondem a infiltração, superfície irregular, com zonas erosivas e sangrantes (5). Histologicamente corresponde a uma maior irregularidade da camada basal, anomalias nucleares e a perda de estratificação celular, acompanhado de infiltrado linfoplasmocitário da derme subjacente (5).

Queilite erosiva é o equivalente mucoso da QA. Resulta da acção traumática das radiações solares e da própria involução da mucosa e da semimucosa. Localiza-se no bordo livre do lábio inferior, estando na origem dos CEC dessa região. Caracteriza-se por superfície lisa, atrófica e por vezes escamosa e esbranquiçada, sendo frequente a coexistência de má higiene dentária, hábitos tabágicos e etílicos (5).

Em cicatrizes cutâneas antigas e retrácteis, especialmente por queimaduras extensas, os CEC são relativamente frequentes (3,5). Apresentam uma evolução de anos e a cancerização é, em regra, precedida durante longos meses de uma ulceração átona, de bordos calosos que evolui para uma lesão vegetante. São sempre CEC rapidamente extensivos e metastizantes, de difícil tratamento (5).

#### 1.2.4.2. Carcinoma *in situ*

A doença de Bowen (DB) e a Eritroplasia de Queyrat (EQ) correspondem ao CEC *in situ*. Este tipo de CEC é denominado *in situ* dado que as células neoplásicas não ultrapassam, em princípio, a membrana basal da epiderme, mas conservam a capacidade (imprevisível) de invadir a derme (3,6).

A DB é um CEC intraepidérmico localizado numa qualquer zona cutânea não mucosa (3,6). Clinicamente, corresponde a uma placa eritematodescamativa irregular, bem delimitada, de crescimento lento e com um variável componente queratósico, crostoso ou pigmentado que pode surgir em qualquer parte da superfície corporal (3). Não existe risco de metastização,

a não ser que progrida para um CEC invasivo, manifestando-se esta transformação como um nódulo de crescimento rápido sobre a lesão indolente (3). O diagnóstico diferencial inclui o CBC, QA, alguns processos inflamatórios crónicos e lentigo maligno (3).

A EQ corresponde ao CEC *in situ* da mucosa genital. Clinicamente caracteriza-se por uma lesão eritematosa bem delimitada e a sua agressividade é superior à DB (3). O líquen plano, psoríase, exantema fixo pigmentário e balanite plasmocitária de Zoom são diagnósticos diferenciais (3).

#### **1.2.5. Diferenciação histopatológica**

O grau de diferenciação histopatológica do CEC é, há muito, reconhecido como característica importante, tendo sido em 1920 que *Broders* introduziu o primeiro sistema de classificação que incluía quatro graus em função da percentagem de células queratinizadas no tumor (grau 1– 0% a 25%; grau 2- 25% a 50%; grau 3– 50% a 75%; grau 4– de 75% a 100%), sendo que quanto maior o grau, maior a indiferenciação celular (7).

Em 2005, foi proposta pela Organização Mundial da Saúde a classificação histopatológica de malignidade, baseada no grau de diferenciação celular, que permitiu o agrupamento do CEC em três categorias (pouco diferenciado, moderadamente diferenciado, bem diferenciado) (4,7).

É, no entanto, importante referir que não existe consenso relativamente à utilização destes duas classificações. Enquanto alguns autores utilizam o sistema de quatro graus, outros consideram mais adequado o sistema de três graus (4).

Em alguns estudos têm sido introduzidas classificações habitualmente utilizadas para o diagnóstico de MM, na tentativa de melhor estabelecer um prognóstico a partir de dados microscópicos, como o índice de espessura de Breslow e o nível de Clark (4).

## **2. OBJECTIVOS**

### **2.1. Objectivo geral**

O objectivo geral da presente investigação consistiu em fazer uma análise crítica do CEC de forma a perceber a verdadeira dimensão da doença na região e quais os factores de risco associados, para que se possam criar estratégias de prevenção e de diagnóstico precoce.

### **2.2. Objectivos específicos**

- i) Determinar a incidência da patologia relativamente ao sexo;
- ii) Identificar a localização preferencial deste carcinoma na população local;
- iii) Determinar a forma de apresentação clínica mais frequente;
- iv) Verificar a frequência de recidivas;
- v) Identificar factores de risco associados;
- vi) Efectuar uma análise comparativa entre os dados obtidos e os registados na bibliografia nacional e internacional.

### **3. METODOLOGIA**

Dada a inexistência de uma intervenção directa sobre a amostra, mas tão só a descrição acerca dos dados da mesma, o presente trabalho define-se como observacional descritivo (8). Pode ainda ser considerado retrospectivo, uma vez que analisa as informações registadas num período entre o passado e o presente (8). Consiste na análise documental de variáveis, de forma a descrever as características da amostra no espaço de tempo definido (9).

#### **3.1. Amostra**

O presente estudo teve como população-alvo os doentes com o diagnóstico histopatológico de CEC seguidos no Serviço de Dermatovenereologia da Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda entre 1 de Janeiro de 2005 e 31 de Dezembro de 2009.

#### **3.2. Colheita dos dados**

A recolha dos dados foi efectuada por análise documental, tendo como ponto de partida uma listagem com o nome dos doentes inscritos nas agendas das consultas e nos registos dos exames histopatológicos.

A consulta dos respectivos processos clínicos foi realizada em Maio de 2010, após autorização do Presidente do Conselho de Administração e da Comissão de Ética da ULS da Guarda (Anexo 8.1.).

As informações pesquisadas foram registadas de acordo com o formulário em anexo (Anexo 8.2.).

### **3.3. Análise estatística**

Para o tratamento dos dados foram utilizadas duas aplicações: o *Microsoft Excel 2007* e o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 17.0, utilizando o teste Qui-quadrado com um intervalo de confiança de 95%. Foi realizada uma análise estatística descritiva. As variáveis contínuas foram apresentadas na forma de média ( $\pm$  desvio padrão [mínimo-máximo]). As variáveis categóricas foram expressas como valores absolutos (e percentagens).

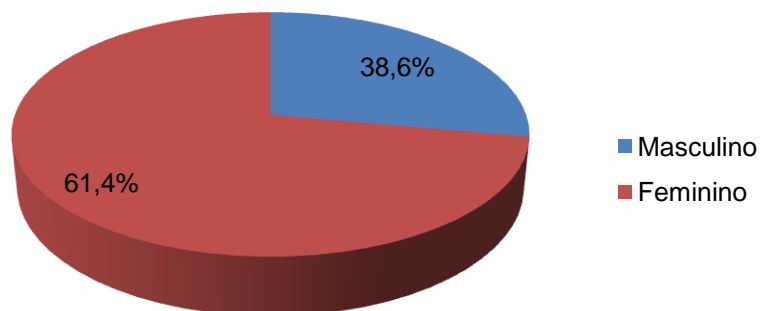
## 4. RESULTADOS

Foi obtida uma listagem de 289 nomes de doentes.

Foram excluídos 30 doentes por inacessibilidade aos processos clínicos. Destes, 5 processos encontravam-se incompletos e 25, correspondentes a pacientes falecidos, não foram possíveis de obter. A amostra final foi assim constituída por 259 doentes.

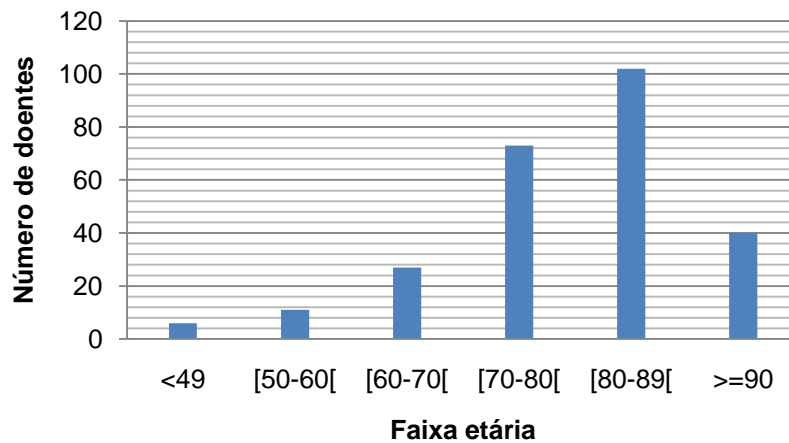
### 4.1. Dados demográficos

Dos 259 doentes com o diagnóstico de CEC, 100 eram do sexo masculino e 159 do sexo feminino (Gráfico 1).



**Gráfico 1.** Distribuição dos doentes de acordo com o sexo (n=259).

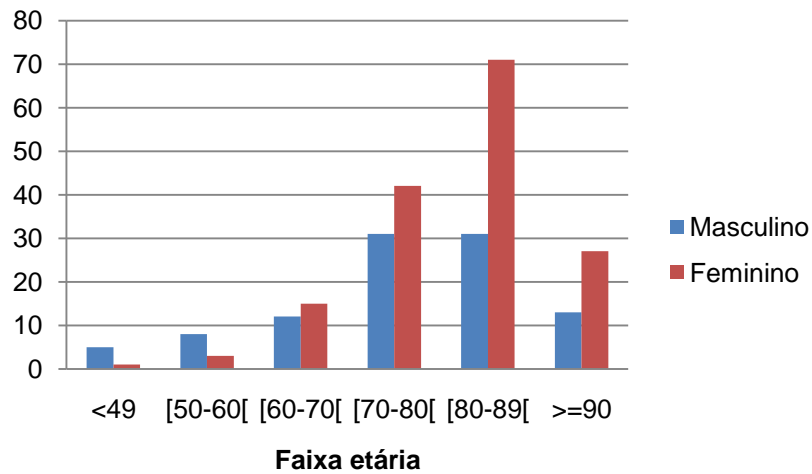
A idade média dos doentes no momento do diagnóstico foi de 78 anos ( $\pm 11,6$  [30-99]).



**Gráfico 2.** Distribuição dos doentes de acordo com a faixa etária (n=259).

Observou-se uma maior incidência do CEC em faixas etárias elevadas, sendo que 83% dos doentes se enquadram nas faixas etárias acima dos 70 anos de idade (Gráfico 2).

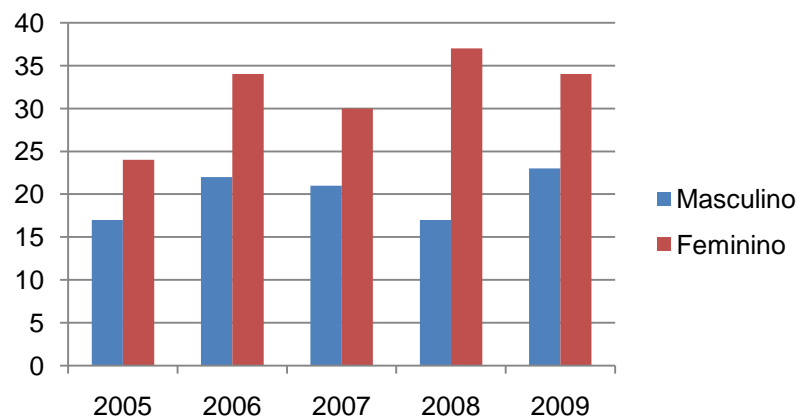
No Gráfico 3, verificámos que em idades inferiores a 60 anos há um maior número de diagnósticos em indivíduos do sexo masculino. Esta relação altera-se a partir da 6ª década de vida, a partir da qual se observa uma maior incidência em mulheres (teste Qui-quadrado,  $p=0,011$ ).



**Gráfico 3.** Relação entre sexo e idade de diagnóstico (n=259).

#### 4.2. Dados clínicos

No período estudado, a média de diagnósticos foi de 52 casos ( $\pm 6,5$  [41-57]) por ano, registando-se em todos os anos uma maior incidência de diagnósticos em mulheres (teste Qui-quadrado,  $p=0,822$ ) (Gráfico 4).



**Gráfico 4.** Incidência anual de CEC, distribuída por sexo (n=259).

Quanto ao diagnóstico, distinguiu-se entre o clínico e o histopatológico.

Diagnóstico clínico	Diagnóstico histopatológico					
	CEC	CEC diferenciado	CEC indiferenciado	DB	EQ	Total
CEC/DB	133	6	12	14	0	165
CBC	32	1	2	4	0	39
QA/CC/Qa	37	3	2	0	0	42
Outros diagnósticos	9	0	1	2	1	13
Total	211	10	17	20	1	259

Legenda:

CC – Corno cutâneo; Qa – Queratoacantoma; Outros diagnósticos - Papiloma, Verruga, Lipoma ou Quisto epidermóide.

**Tabela 1.** Diagnóstico clínico e histopatológico de CEC (n=259).

O diagnóstico histopatológico foi obtido através da consulta dos relatórios histopatológicos.

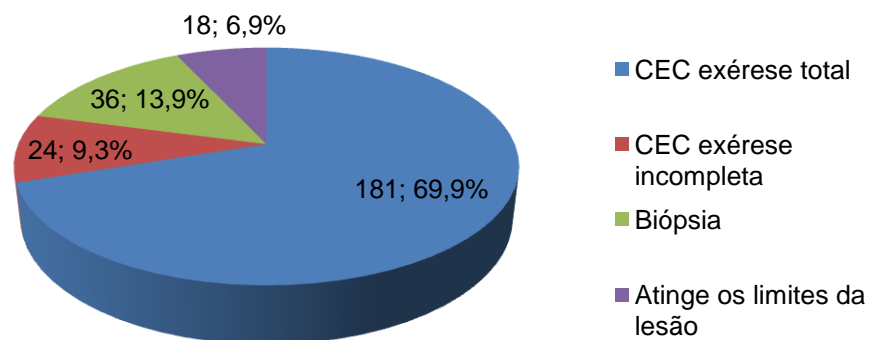
O diagnóstico clínico de CEC confirmou-se em 165 casos. Em 39 casos foi proposto o diagnóstico de CBC, em 42 casos o de QA, CC ou Qa e, em 13, o de outras patologias (como papilomas, verrugas, lipomas ou quistos epidermóides).

Relativamente ao diagnóstico histopatológico, foram descritos 211 casos como CEC e correspondem aos que foram excisados na sua totalidade.

Os diagnósticos histopatológicos dos restantes 48 casos de CEC distribuíram-se do seguinte modo: 10 foram classificados como carcinomas

diferenciados e 17 como indiferenciados; de entre os carcinomas *in situ*, um caso correspondia a EQ e 20 tinham o diagnóstico de DB, o qual correspondeu ao segundo diagnóstico histopatológico mais frequente.

Juntamente com o relatório histopatológico, foi possível aceder ao tipo de abordagem cirúrgica efectuada no momento da colheita de amostras para diagnóstico diferencial (Gráfico 5).

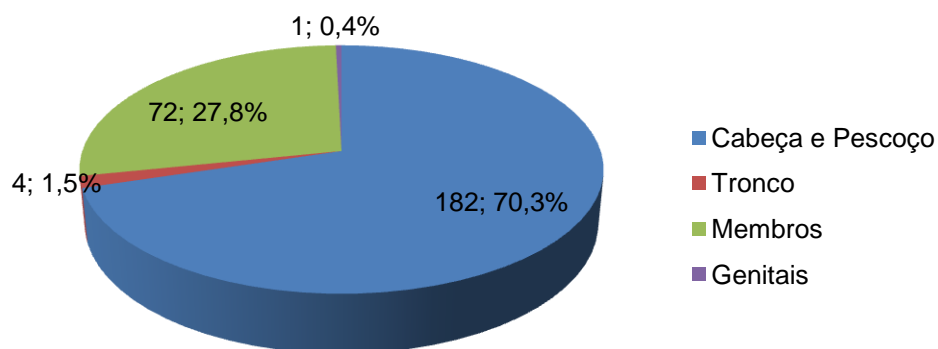


**Gráfico 5.** Tipo de exérese descrita no relatório histopatológico (n=259).

Em 181 casos (69,9%) a exérese foi total e em 24 (9,3%) foi incompleta. A biópsia incisional (com tratamento complementar posterior, i.e., excisão com margem de segurança), foi efectuada em 36 casos (13,9%) e em 18 (6,9%) dos CEC a excisão atingiu os limites da lesão (sem margem de segurança).

Em 5 casos existia referência a invasão muscular e em 2 casos o tumor foi considerado inoperável.

Relativamente à localização anatómica das lesões, o Gráfico 6 demonstra a sua distribuição.



**Gráfico 6.** Localização anatómica das lesões (n=259).

O diagnóstico de CEC foi mais frequente na região da cabeça e pescoço (70,3%), seguida dos membros (27,8%).

Na tabela seguinte (Tabela 2) podemos observar as localizações específicas dos CEC e relacioná-las com o sexo.

Localização Anatômica das Lesões		Masculino	Feminino	Total	(%)
<b>Cabeça e Pescoço</b>				182	<b>70,3</b>
	Couro cabeludo	7	1	8	
	Orelha				
	Bordo	4	3	7	
	Pavilhão auricular	2	0	2	
	Região pré-auricular	6	12	18	
	Região retro-auricular	3	0	3	
	Pálpebra				
	Superior	2	4	6	
	Inferior	1	2	3	
	Ângulo externo	2	0	2	
	Região temporal	3	1	4	
	Região frontal	7	14	21	
	Nariz				
	Dorso	3	11	14	
	Asa	0	6	6	
	Região nasogeniana	1	3	4	
	Região malar	6	15	21	
	Região mandibular	0	4	4	
	Face	4	5	9	
	Lábio				
	Superior	2	3	5	
	Inferior	22	16	38	
	Comissuras	1	0	1	
	Cavidade Oral	2	0	2	
	Pescoço	3	1	4	
<b>Tronco</b>		3	1	4	<b>1,5</b>
<b>Membros</b>					<b>27,8</b>
	Membro Superior				
	Antebraço	3	1	4	
	Dorso da mão	6	20	26	
	Dedos	3	4	7	
	Membro Inferior				
	Coxa	0	1	1	
	Perna: face antero-lateral	3	28	31	
	Perna: face posterior	0	3	3	
<b>Genitais</b>		1	0	1	<b>0,4</b>

Tabela 2. Localização anatômica das lesões (n=259).

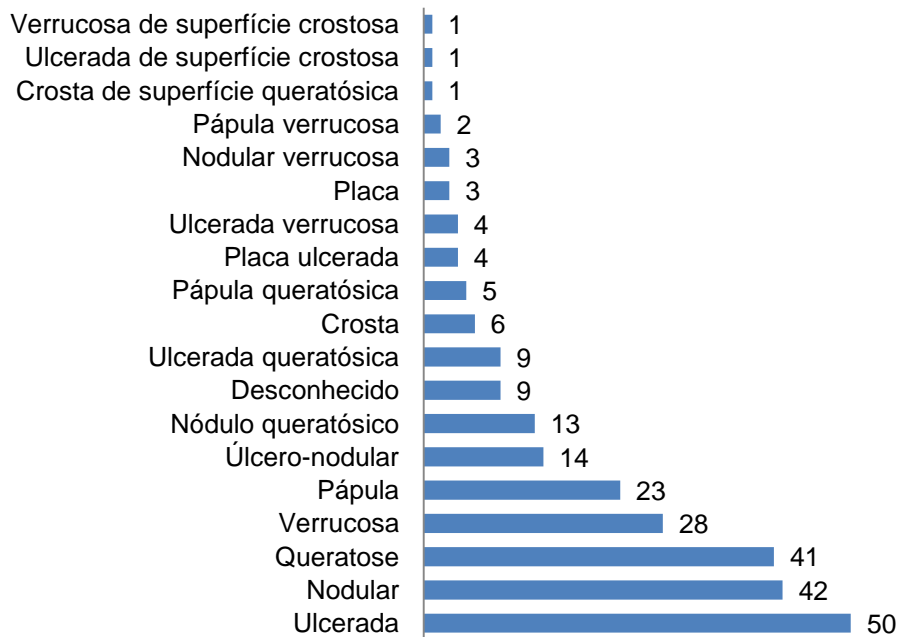
Observa-se que a localização predominante, com 38 casos, é o lábio inferior, sendo mais frequente nos indivíduos do sexo masculino. Segue-se a face antero-lateral do membro inferior com 31 casos, sendo esta a mais frequente nos indivíduos do sexo feminino. A terceira localização mais atingida, o dorso das mãos, também predomina nas mulheres.

O padrão de crescimento da lesão foi descrito em 26 casos (Tabela 3).

<b>Padrão</b>	<b>Frequência</b>	<b>(%)</b>
Desconhecido	233	89,9
Exofítico	23	8,9
Em extensão	2	0,8
Crateriforme	1	0,4

**Tabela 3.** Padrão de crescimento da lesão (n=259).

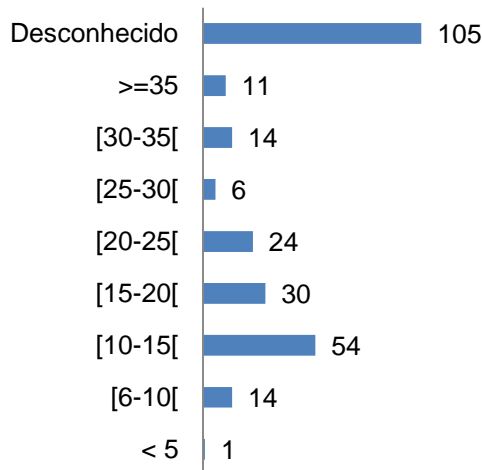
No que diz respeito ao tipo de lesão elementar e à sua morfologia, foram registadas de acordo com o processo clínico as seguintes caracterizações (Gráfico 7):



**Gráfico 7:** Tipo de lesão elementar e sua morfologia (n=259).

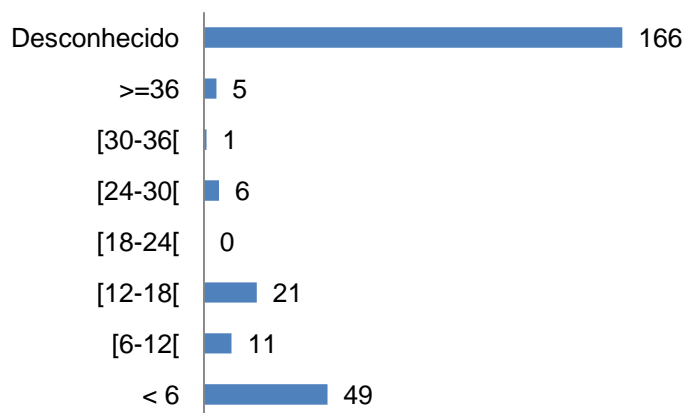
Podemos observar então que as formas mais frequentes de apresentação do CEC são a ulcerada com 50 casos (19,2%), a nodular com 42 casos (16,2%) e a queratose com 41 casos (15,8%). De salientar que 22% das lesões descritas correspondem a tipos mistos de lesão.

O tamanho das lesões em 105 casos era desconhecido. Dos restantes 154 (59,5%), a média do diâmetro das lesões, em milímetros, era de 17,4 mm ( $\pm 12,6$  [0,25-120]) (Gráfico 8).



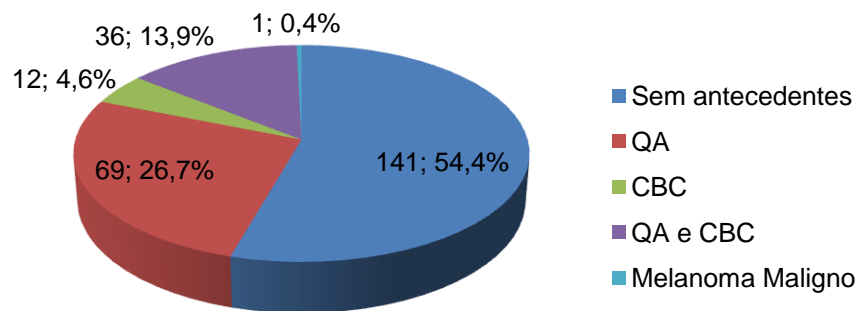
**Gráfico 8.** Diâmetro da lesão, em mm (n=259).

Relativamente ao período de evolução da lesão, em 166 casos este era desconhecido; em 12, foi possível estimar um período de evolução “aproximado” e, os restantes 81 casos (35,91%), o tempo de evolução era bem definido. Nestes, a média foi de 6,75 meses ( $\pm 6,5$  [1-36]) (Gráfico 9).



**Gráfico 9.** Período de evolução da lesão, em meses (n=259).

A existência de antecedentes de outras neoplasias cutâneas ou de lesões pré-carcinomas foi também pesquisada (Gráfico 10).

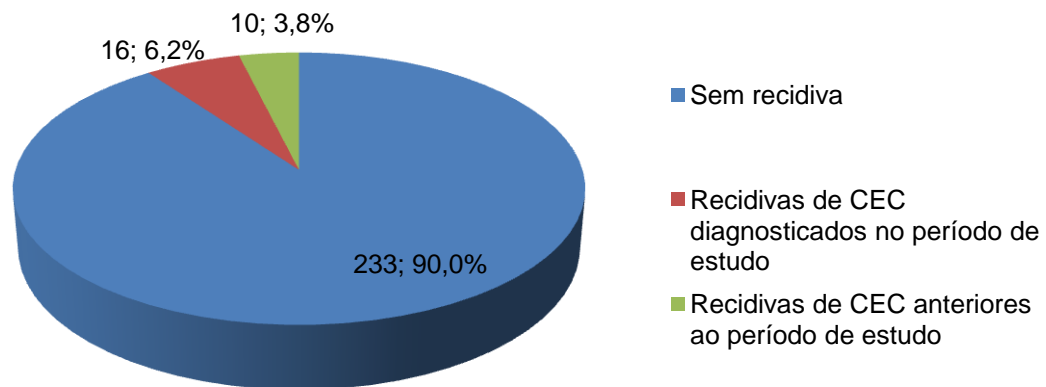


**Gráfico 10.** Antecedentes de outras neoplasias cutâneas ou de lesões pré-carcinomas (n=259).

Observámos que em 141 pacientes (54,4%) não existiam antecedentes; as QA estavam presentes em 69 casos (26,7%) e o CBC em 12 casos (4,6%). Em 36 doentes sobrepuseram-se antecedentes de QA e CBC (13,9%), e, apenas num doente (0,4%) se registou o diagnóstico de melanoma maligno (MM).

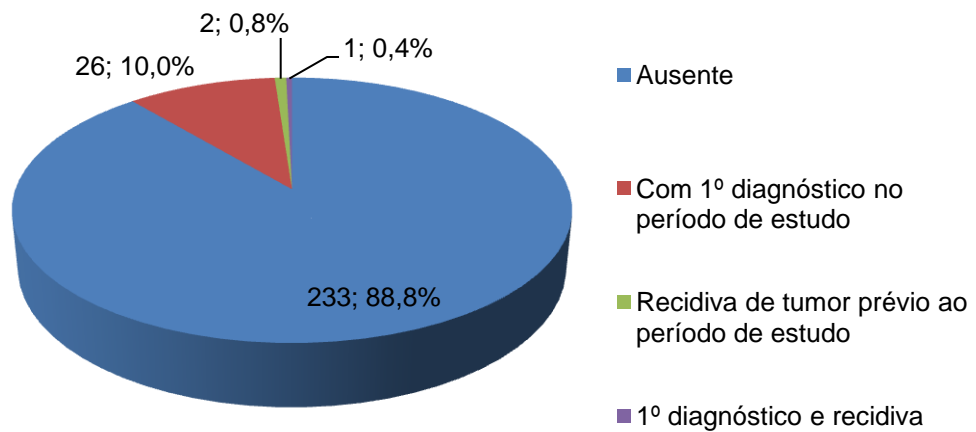
Relativamente a recidivas durante o período do estudo, verificámos a sua inexistência em 233 casos (90,0%). A recidiva de carcinomas

diagnosticados pela primeira vez durante o período de estudo ocorreu em 16 casos (6,2%) e, em 10 (3,8%), verificou-se a recidiva local de CEC cujos diagnósticos antecederam o período de estudo (Gráfico 11).



**Gráfico 11.** Recidivas de CEC (n=259).

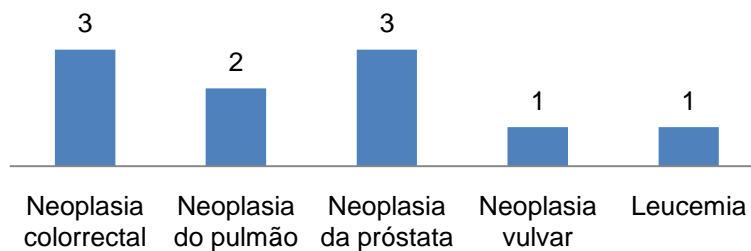
Relativamente a múltiplos CEC (Gráfico 12), observámos em 29 casos (11,2%) o aparecimento de segundo tumor. Em 26 casos (10,0%) houve o primeiro diagnóstico e em 2 casos (0,8%) verificou-se tratar-se da recidiva do tumor diagnosticado anteriormente ao período em estudo. Apenas num caso (0,4%) se registou o primeiro diagnóstico de um segundo CEC seguido posteriormente de recidiva.



**Gráfico 12.** Segundos CEC (n=259).

Sublinha-se a ocorrência de um terceiro tumor diagnosticado em dois casos (0,8%).

Investigámos igualmente a existência de neoplasias não cutâneas. Do universo de doentes estudados, apenas se teve conhecimento de 10 casos (3,9%), relativamente a este parâmetro (Gráfico 13).



**Gráfico 13.** Presença de neoplasias não cutâneas (n=10).

As modalidades de tratamento identificadas foram classificadas como observado na tabela seguinte:

Tratamento	Frequência	(%)
Exérese cirúrgica (incluindo biópsia excisional)	130	50,2
Farmacológico	9	3,5
Crioterapia / curetagem / ácido tricloroacético / shaving	25	9,7
Exérese cirúrgica no bloco operatório	4	1,5
Exérese cirúrgica e tratamento farmacológico	75	29,0
Crioterapia / curetagem e tratamento farmacológico	7	2,7
Crioterapia / curetagem e excisão cirúrgica	9	3,5

**Tabela 4.** Modalidades de tratamento (n=259).

Verificámos que a abordagem terapêutica usada em 130 (50,2%) dos casos foi a exérese cirúrgica em ambulatório; em 75 (29,0%) dos pacientes foi associada a terapêutica farmacológica à exérese cirúrgica; a utilização de técnicas de crioterapia, curetagem, ácido tricloroacético ou *shaving* foram utilizadas em 25 (9,7%) dos casos. De referir também que a excisão cirúrgica no bloco operatório ocorreu em 4 pacientes (1,5%).

## 5. DISCUSSÃO

### 5.1. Sobre os dados demográficos

No que diz respeito ao predomínio no sexo feminino (Gráfico 1), os resultados apresentados neste trabalho divergem de grande número de outros estudos nacionais e internacionais que referem a maior incidência do CEC no sexo masculino (1-4,10-16). Contudo, descrito por vários autores estão referências ao acréscimo da incidência do CEC nas mulheres, devido ao aumento das actividades rurais por elas exercidas (3,10).

Dado o claro predomínio do sexo feminino no nosso estudo – 159 (61,4%) vs 100 (38,6%) –, e de acordo com testemunhos históricos obtidos de habitantes locais (informação transmitida pela Dr.<sup>a</sup> Fátima Cabral, Directora do Serviço de Dermatovenereologia da ULS da Guarda), sabemos que há 50-60 anos, na região da Guarda, as mulheres eram trabalhadoras rurais enquanto os homens seriam predominantemente operários fabris - podendo este facto justificar diferentes valores de exposição solar acumulada ao longo da vida e, conseqüentemente, as diferenças verificadas na incidência de CEC nestes dois grupos.

Relativamente à distribuição por idades (Gráfico 2), está de acordo com os conhecimentos sobre a prevalência de CEC em idades avançadas,

confirmando-se a maior incidência a partir da 7ª década de vida (10-13). Este facto reflecte igualmente o envelhecimento da população na região.

O diagnóstico em pacientes do sexo feminino é o mais frequente a partir da 6ª década de vida, com valor  $p$  significativo (teste de Qui-quadrado,  $p=0,011$ ) (Gráfico 3).

## **5.2. Sobre a clínica**

No período de estudo foi possível verificar que todos os anos existe um maior número de diagnósticos em indivíduos do sexo feminino (Gráfico 4).

Dos diagnósticos clínicos efectuados (Tabela 1), 165 casos (63,7%) foram confirmados como CEC. Devido à diversidade da forma de apresentação das lesões e aos antecedentes de patologia cutânea de cada doente, em 94 casos (36,3%) a clínica proposta englobou CBC, dermatoses pré-carcinomas, quistos epidermóides, entre outros, que correspondem a diagnósticos diferenciais de CEC.

Relativamente ao diagnóstico histopatológico, 211 casos (81,5%) foram descritos como CEC, correspondendo aos tumores que foram excisados na sua totalidade.

Neste estudo apenas 10 casos (3,9%) foram classificados como CEC diferenciado e 17 (6,6%) como CEC indiferenciado. Como carcinoma *in situ*, observámos 21 casos (8,1%).

No Gráfico 5, observámos que na sua maioria, em 181 casos (69,9%), as lesões foram excisadas na totalidade. A biópsia excisional (com tratamento complementar posterior) foi efectuada em 36 casos (13,9%) e em 18 (6,9%) dos CEC a excisão atingiu os limites da lesão. Ocorreu invasão muscular em 5 casos e, em 2, o tumor foi considerado inoperável. No entanto, durante o período de estudo, em nenhum destes doentes ocorreu uma recidiva, segundos tumores, ou metástases. A invasão muscular não demonstrou associação com agravamento do prognóstico (4).

As lesões por CEC localizam-se predominantemente em zonas foto expostas (3,14-17).

No nosso estudo (Gráfico 6; Tabela 2), observou-se que a região da cabeça e pescoço foi a mais afectada com 182 casos (70,3%), sendo a localização específica predominante o lábio inferior com 38 casos (14,7%), o que está de acordo com a literatura (2,4,10-12,14,15,18,19).

Nesta localização tem especial relevância a leucoplasia tabágica do lábio inferior, que, associada à radiação actínica e à má higiene dentária, talvez

explique o predomínio de CEC no lábio inferior de indivíduos do sexo masculino (5).

A segunda localização mais frequente é a face antero-lateral do membro inferior com 31 casos (12,0%). Surge principalmente em indivíduos do sexo feminino que, devido ao vestuário (saias e/ou vestidos), são mais susceptíveis de sofrer lesões que evoluam para CEC, devido à exposição solar e eventualmente por queimaduras pelo calor (eritema *ab igne*), devido ao uso de braseiras (5).

Relativamente ao padrão de crescimento (Tabela 3), apenas obtivemos o registo em 26 casos, nos quais o padrão mais frequente foi o exofítico.

O padrão de crescimento dos tumores como factor de prognóstico demonstrou uma menor probabilidade de progressão dos tumores exofíticos relativamente aos endofíticos e também que a presença de ulceração detectada microscopicamente agravava o prognóstico (4).

Os tipos clínicos de lesão foram sistematizados de acordo com os registos nos processos (Gráfico 7). A característica mais frequentemente observada foi a ulceração com 50 casos (19,2%), seguindo-se os nódulos com 42 casos (16,2%), e as hiperqueratoses com 41 casos (15,8%), o que está de acordo com a literatura (5,10).

Existe um agravamento do prognóstico com o aumento da dimensão das lesões (10). Nas lesões com diâmetro superior a 20 mm, o prognóstico é pobre (19) e a taxa de recorrência é duas vezes maior do que nas de menor tamanho (3). No nosso estudo, o tamanho das lesões (Gráfico 8) foi conhecido em 154 casos (59,5%), havendo uma maior frequência daquelas com diâmetro compreendido entre os 10 e os 15 mm. A média do diâmetro das lesões (em milímetros) foi de 17,4 mm ( $\pm 12,6$  [0,25-120]).

Relativamente ao tempo de evolução da lesão até à data do diagnóstico, a maioria dos casos conhecidos, 49 (18,9%), foi inferior a 6 meses (Gráfico 9). Este facto tanto pode corresponder a uma evolução rápida da lesão - o que significaria um pior prognóstico -, como a uma identificação precoce da mesma - consequência de uma boa vigilância e de uma boa acuidade diagnóstica (3). O tempo médio de evolução foi de 6,75 meses ( $\pm 6,5$  [1-36]).

Relativamente aos antecedentes de outras neoplasias cutâneas ou de lesões pré-carcinomas no momento do diagnóstico (Gráfico 10), as QA estavam presentes em 69 casos (26,7%), o CBC em 12 (4,6%), 36 (13,9%) dos doentes tinham antecedentes de ambos, e apenas um paciente (0,4%) teve o diagnóstico de MM.

Na maioria dos casos o CEC surge sobre lesões pré-neoplásicas (20), podendo ser a QA o factor predictivo mais significativo no desenvolvimento do CEC (14). A morfologia das células atípicas na QA e no CEC é idêntica e, apesar do risco de progressão daquelas para CEC ser mínimo, cerca de 60% dos casos de CEC têm início em QA (13,21).

Os CEC possuem tendência para a extensão local, regional e ganglionar (5).

Foram encontradas recidivas (Gráfico 11) em 26 casos (10,0%). Destes, em 16 casos (6,2%), o tumor recidivou durante os 5 anos do estudo e, em 10 casos (3,8%), a recidiva surgiu pelo menos 5 anos depois do primeiro diagnóstico.

Sobre múltiplos CEC (Gráfico 12), observámos que, em 29 casos (11,2%), um segundo CEC foi detectado. Destes, na sua maioria foram diagnosticados pela primeira vez durante o período de estudo (10,0%). Em 2 casos (0,8%) a recidiva ocorreu em tumores diagnosticados há mais de cinco anos e um caso (0,4%) teve o primeiro diagnóstico e a respectiva recidiva durante o período de estudo. De referir que um terceiro tumor foi ainda diagnosticado em 2 casos (0,8%) e que em ambos foi detectado no mesmo ano do diagnóstico do segundo CEC.

Estas percentagens de recidivas e de múltiplos tumores estão de acordo com a literatura (1,10).

Foi pesquisada a presença de neoplasias não cutâneas (Gráfico 13), apenas possível de determinar em 10 casos, numa tentativa de poder relacionar outras patologias tumorais e dados sobre imunossupressão com o CEC. Obtivemos 3 casos de doentes com neoplasia colorrectal, 3 com neoplasia prostática, 2 com neoplasia do pulmão, um caso de neoplasia vulvar e um caso de leucemia.

O comportamento biológico nos pacientes imunodeprimidos é mais agressivo do que nos imunocompetentes, principalmente em áreas foto expostas, onde se observam lesões de maior tamanho e mais numerosas, as quais, no conjunto, aumentam o risco de metastização (3).

A classificação mais utilizada no estadiamento clínico dos CEC é a TNM, que valoriza o tamanho do tumor (T), a afecção ganglionar (N) e a presença de metástases (M) (3). Também aqui não foi possível obter dados sobre estes parâmetros.

No que diz respeito ao tratamento, o objectivo fundamental é eliminar radicalmente o tumor, já que os que foram excisados de forma incompleta recidivam e podem metastizar (3).

A modalidade de tratamento depende do tamanho da lesão, da localização, da idade, do estado geral do doente, dos tratamentos prévios, assim como das capacidades técnicas do dermatologista (3), dependente não só da sua perícia técnica, como, igualmente, da existência de equipamento especializado e actualizado no Serviço.

Neste estudo (Tabela 4) a abordagem terapêutica mais usada foi a exérese cirúrgica em ambulatório. Acerca da terapêutica farmacológica foram usados o 5-Fluorouracilo e o Imiquimod.

A agressividade tumoral depende de diversos factores, entre os quais se incluem os seguintes: profundidade da invasão, diferenciação histológica, rápido crescimento, dimensão da lesão, etiologia do CEC, localização anatómica, tipo de tratamento, recorrência e imunossupressão (3,11).

O CEC caracteriza-se por uma evolução rápida e elevado poder invasivo local (20). Dado o grande risco de metastização é responsável pela maioria das mortes por CCNM (3). Quando diagnosticado e tratado a tempo tem elevadas probabilidades de cura (20).

Assim, evitar os factores de risco precipitadores é essencial, e a sua prevenção inicia-se com o diagnóstico precoce e o tratamento das dermatoses pré-neoplásicas(5).

Nos tumores induzidos por radiação solar é aconselhável o uso de cremes foto protectores com a frequência e a quantidade necessárias, especialmente em indivíduos de alto risco – os de fototipo baixo, com genodermatoses que aumentam a sensibilidade da pele à radiação ultravioleta e os pacientes imunodeprimidos -, mais nas zonas predispostas - cicatrizes, áreas irradiadas -, ou que recebem maior intensidade de radiação – como o lábio inferior e os pavilhões auriculares (3).

A profilaxia da exposição a outros factores co-carcinogéneos é igualmente importante na prevenção do CEC, nomeadamente com outras localizações extra-cutâneas (oral, genital). Incluem-se, entre outros, o combate ao tabagismo e ao alcoolismo, bem como o incentivo ao uso de preservativo para diminuir a incidência da infecção por VPH (3).

As estratégias de prevenção e diagnóstico precoce devem passar pela educação da população relativamente aos efeitos prejudiciais da exposição solar excessiva (intermittente ou crónica) e por programas de rastreio de cancro cutâneo (11).

### **5.3. Limitações do estudo**

A dificuldade que implica registar estes tumores e controlá-los epidemiologicamente relaciona-se com o facto de aparecerem em indivíduos de idade avançada, de produzirem escassa sintomatologia e de em muitas

ocasiões, não se chegar ao diagnóstico (pois o doente não recorre ao médico) (2).

Para além disto, a elevada morbilidade com taxas muito baixas de letalidade, contribui para que o CEC não seja referido nas certidões de óbito, o que dificulta o conhecimento da sua real magnitude (2).

A exclusão dos 25 doentes já falecidos foi imposta pela impossibilidade de acesso aos respectivos processos, não tendo sido possível, por isso, determinar as causas de morte.

Relativamente aos relatórios histopatológicos, a informação fornecida também era escassa. Raramente estavam descritos os relatos histológicos detalhados e muitas vezes não era feita referência à diferenciação (graus de *Broders*) ou ao estadiamento tumoral.

Referências nos processos clínicos a factores de risco como o fototipo de pele, o tempo de exposição solar e/ou antecedentes de queimaduras solares, hábitos tabágicos ou tipo de ocupação – laboral e de lazer - eram escassas, não possibilitando a sua inclusão nos resultados.

## 6. CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS

### 6.1. Conclusões

- No serviço de Dermatovenereologia da ULS da Guarda o diagnóstico de CEC é mais frequente em mulheres na razão de 1,6:1.
- Para além da enorme relevância deste facto, importa analisá-lo mais detalhadamente em estudos prospectivos, dado que na literatura nacional e internacional é descrita uma maior frequência no sexo masculino.
- O CEC afecta maioritariamente os indivíduos a partir da 7<sup>a</sup> década de vida.
- A localização mais frequente do CEC é na cabeça e pescoço, sendo o lábio inferior o mais afectado.
- A segunda localização mais frequente de CEC na região da Guarda é na face antero-lateral do membro inferior, e nas mulheres.

## 6.2. Perspectivas futuras

- Ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, importa alertar os profissionais de Medicina Geral e Familiar para esta patologia, por forma a promover uma prevenção activa junto da população, um rastreio precoce e um encaminhamento adequado para o Dermatologista.
- Não menos importante será instituir com maior frequência programas de rastreio de cancro cutâneo nos próprios Centros de Saúde, ou, mesmo, através de Unidades Móveis que se desloquem até às populações mais isoladas, com escassez ou ausência de acessibilidades a cuidados médicos.
- Educar a população no que diz respeito aos cuidados com a pele, aos riscos da exposição solar excessiva e aos restantes factores de risco associados ao CEC.

Finalmente, propomos a criação de um formulário informatizado, à semelhança da ficha clínica de dermatologia oncológica. Com efeito, a sistematização e o registo de todos os dados como aqueles que foram abordados neste trabalho, poderia ser efectuada de uma forma simples e rápida, constituindo uma ferramenta de maior utilidade para investigações futuras.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Molgó M, María MLSdS, Lubiamo A. Epidemiologia do cancro cutâneo. *Piel*. 2006;21(1):9-13.
2. Buendía-Eisman A, Negro JEM, Ortega SS. Epidemiología del cáncer cutáneo no melanoma. *Piel*. 2002;17(1):3-6.
3. Martín ÁH, Iturbe CE. Carcinoma espinocelular. *Piel*. 2003;18(7):364-76.
4. Pereira B, Vale E, Viana I, Picoto A. Revisão clinicopatológica de 311 carcinomas espinocelulares e correlação prognóstica. *Trab Soc Port Dermatol Venereol*. 2007;65(1):43-55.
5. Esteves J, Baptista AP, Guerra Rodrigo F, Marques Gomes M. *Manual de Dermatologia*. 3 ed. Lisboa: F. C. Gulbenkian; 2005.
6. Cribier B. Des kératoses actiniques aux carcinomes épidermoïdes: facteurs histopronostiques. *nouv dermatol* 2009;28(Suppl 6):10-1.
7. Lourenço SdQC, Schueler AF, Camisasca DR, Lindenblatt RdC, Bernardo VG. Classificações Histopatológicas para o Carcinoma de Células Escamosas da Cavidade Oral: Revisão de Sistemas Propostos. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2007;53(3):325-33.
8. Aguiar P. *Guia Prático Climepsi de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS*. Lisboa: Climepsi Editores; 2007.
9. Médicos de Medicina Familiar. *Investigação Passo a Passo - Perguntas e Respostas Essenciais Para a Investigação Clínica*. 1 ed. Lisboa: APMCG; 2008.

10. Viegas P, Rijo H. Carcinoma espinocelular do lábio - casuística de 10 anos (1990-1999) do serviço de dermatologia do hospital distrital de Faro. *Trab Soc Port Dermatol Venereol.* 2002;60(3):55-63.
11. Chaveiro MA, Catorze MG, Rafael M, Cabeças MA, Lamarão P, Cardoso J, et al. Squamous-cell carcinoma of the lips. Casuistics (1991 through 1997). *Skin Cancer.* 2000;15:19-25.
12. Mota AV, Azevedo F, Mesquita-Guimarães J. Squamous-cell carcinoma Hystopathological review of 8 years. *Skin Cancer* 2000;15:9-17.
13. Berner A. Actinic keratosis and development of cutaneous Squamous-cell carcinoma. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2005 Jun 16;125(12):1653-4.
14. Pacheco A, Cardoso J, Dias MM, Pinto GM, Vieira R, Moura C, et al. Squamous-cell carcinoma of the lips. Casuistics of the Department of Dermatology of a Lisbon hospital (1980-1992). *Skin Cancer.* 1993;8:201-8.
15. Correia MP, Freitas JP, Silva LGe. Carcinoma Espinocelular. Casuística 1985-1991. *Trab Soc Port Dermatol Venereol.* 1992;3:203-8.
16. Sei J-F. Carcinome Épidermoïde cutané. *Nouv Dermatol.* 2009;28(Suppl 6):7-9.
17. Sánchez JH-G, Eisman AB, Ortega SS. Patrones de exposición solar y tipos de cáncer de piel. *Piel.* 2006;21(10):472-6.
18. Dias MM, Anes MM, Pinto GM, Lamarão P, Milheiro A, Afonso A, et al. Squamous-cell carcinoma: casuistics of the Department of Dermatology of a Lisbon hospita. *Skin Cancer.* 1994;9:75-81.
19. Brites MM, Sequeira JE, Domingues JC, Marques C, Freitas JD, Tellechea Ó, et al. Squamous-cell carcinoma of the lips. A retrospective analyses (1985 through 1990). *Skin Cancer.* 2000;15:27-34.

20. Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia. O Cancro de Pele [Online]. Available from: <http://www.dermo.pt/script/?id=10&det=49>.
21. Babilas P, Landthaler M, Szeimies RM. Actinic keratoses. Hautarzt. 2003 Jun;54(6):551-60.

## 8. ANEXOS

### 8.1. Autorização do Presidente do Conselho de Administração e da Comissão de Ética



[  
Exm<sup>a</sup>. Senhora  
Ana Luísa Gomes  
Urbanização Quinta do Pinheiro, Lt. 9, 5.  
Esq. Fr.  
6200 – Covilhã  
]

Sua referência      Sua comunicação de      Nossa referência      Data,  
-      4090      Guarda, 04/05/10


**ASSUNTO: Pedido de autorização de recolha de dados relativos a processos clínicos e registos informatizados referentes a pacientes com diagnóstico de carcinoma espinocelular.**

Em resposta ao solicitado e após parecer da Comissão de Ética para a Saúde desta Unidade, informo que o Conselho de Administração, autoriza a recolha dos dados acima mencionados, devendo para o efeito contactar a Administradora Hospitalar para a área de Gestão de Doentes – Dr<sup>a</sup>. Sandra Gil através do telefone 271 210 840, a fim de os mesmos lhe serem cedidos.

No final do trabalho deverá entregar um exemplar do mesmo no Conselho de Administração desta Instituição para arquivo da nossa Biblioteca.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração

  
(Dr. Fernando Monteiro Girão)



Av. Rainha D. Amélia, 6300-858 Guarda Tel. 271 210 840 Fax 271 223 104, [secadm@ulsguarda.mim-saude.pt](mailto:secadm@ulsguarda.mim-saude.pt)

## 8.2. Tabela para codificação no SPSS

ANO DIAGNÓSTICO	0 – 2005 1 – 2006 2 – 2007 3 – 2008 4 – 2009
SEXO	0 – MASCULINO 1 – FEMININO
IDADE	MÉDIA, MÁX., MÍN.
LOCALIZAÇÃO	0 – LÁBIO 1 – PÁLPEBRA 2 – ORELHA 3 – FACE 4 – COURO CABELUDO E CABELO 5 – TRONCO 6 – MEMBRO SUPERIOR 7 – MEMBRO INFERIOR 8 – GENITAIS 9 – CAVIDADE ORAL
LOCALIZAÇÃO ESPECÍFICA	0 – LÁBIO SUPERIOR 1 – LÁBIO INFERIOR 2 – PÁLPEBRA SUPERIOR 3 – PÁLPEBRA INFERIOR 4 – FACE 5 – NARIZ DORSO 6 – REGIÃO FRONTAL 7 – REGIÃO MALAR 8 – PRÉ-AURICULAR 9 – REGIÃO GENIANA 10 – RETRO-AURICULAR 11 – COURO CABELUDO 12 – PESCOÇO 13 – MÃO DORSO 14 – MÃO DEDOS 15 - PERNA FACE ANTERIOR 16 – PERNA FACE LATERAL 17 – PERNA FACE POSTERIOR 18 – COXA 19 – CANTO DO OLHO 20 – COMISSURA LABIAL 21 – PAVILHÃO AURICULAR 22 – ANTEBRAÇO 23 – CAVIDADE ORAL 24 – REGIÃO MANDIBULAR 25 – REGIÃO TEMPORAL 26 – TRONCO 27 – GLANDE 28 – BORDO ORELHA 29 – NARIZ ASA 30 – MAMA

DIAGNÓSTICO CLÍNICO	0 – CEC / DOENÇA DE BOWEN 1 – CBC 2 – QA / CORNO CUTÂNEO / QUERATOACANTOMA 3 – OUTROS DIAGNÓSTICOS (VERRUGA, PAPILOMA, LIPOMA, QUISTO EPIDERMÓIDE)
REGISTO HISTOPATOLÓGICO	0 – CEC 1 – CEC DIFERENCIADO 2 – CEC INDIFERENCIADO 3 – DOENÇA DE BOWEN 4 – ERITROPLASIA DE QUEYRAT
TIPO DE EXÉRESE DESCRITA	0 – CEC EXERESE TOTAL 1 – CEC EXERESE INCOMPLETA 2 – BIÓPSIA 3 – ATINGE OS LIMITES DA LESÃO
TIPO DE LESÃO ELEMENTAR	0 – DESCONHECIDO 1 – NÓDULO 2 – ULCERADA 3 – VERRUCOSA 4 – CROSTA 5 – PLACA 6 – QUERATOSE 7 – 1+2 8 – 1+3 9 – PÁPULA 10 – 2+5 11 – 9+6 12 – 1+6 13 – 2+6 14 – 2+3 15 – 4+6 16 – 2+4 17 – 3+4 18 – 9+3
PADRÃO DE CRESCIMENTO	0 – DESCONHECIDA 1 – EXOFÍTICO 2 – CIRCULAR 3 – CRATERIFORME
TEMPO DE EVOLUÇÃO DA LESÃO (MESES)	MÉDIA, MÁX., MÍN.
DIÂMETRO MÉDIO DA LESÃO (MM)	MÉDIA, MÁX., MÍN.
ANTECEDENTES DE OUTRA NEOPLASIA CUTÂNEA OU LESÕES PRÉ-CARCINOMATOSAS	0 – DESCONHECIDO OU NADA REGISTADO 1 – QA 2 – CBC 3 – 1+2 4 – MM

RECIDIVAS DE CEC	0 – AUSENTE 1 – RECIDIVAS DE CEC DIAGNOSTICADOS DIAGNÓSTICO NO PERÍODO DE ESTUDO 2 – RECIDIVAS DE CEC ANTERIORES AO PERÍODO DE ESTUDO
SEGUNDOS CEC	0 – AUSENTE 1 – COM 1º DIAGNÓSTICO NO PERÍODO DE ESTUDO 2 – RECIDIVA DE TUMOR PRÉVIO AO PERÍODO DE ESTUDO 3 – 1º DIAGNÓSTICO E RECIDIVA NO PERÍODO DE ESTUDO
TRATAMENTO	0 – EXCISÃO CIRÚRGICA / BIOPSIA EXCISIONAL 1 – FARMACOLÓGICO 2 – CRIOTERAPIA + CURETAGEM + ÁCIDO TRICLOROACÉTICO + SHAVING 3 – 0+1 4 – 2+1 5 – 2+0 6 – EXCISÃO NO BLOCO OPERATÓRIO
NEOPLASIAS NÃO CUTÂNEAS	0 – AUSENTE OU DESCONHECIDO 1 – PRESENTE