

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

MANUELA DOS SANTOS PEREIRA

CARCINOMAS CUTÂNEOS CERVICOFACIAIS: Perfil epidemiológico e histopatológico
em idosos na UNACON de Imperatriz-MA entre 2017 e 2018

IMPERATRIZ
2018

MANUELA DOS SANTOS PEREIRA

CARCINOMAS CUTÂNEOS CERVICOFACIAIS: Perfil epidemiológico e histopatológico em idosos na UNACON de Imperatriz-MA entre 2017 e 2018

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Campus Imperatriz, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Medicina

Orientador: Prof. Esp. Adriano Rêgo Lima de Medeiros

IMPERATRIZ
2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Pereira, Manuela dos Santos.

CARCINOMAS CUTÂNEOS CERVICOFACIAIS : Perfil epidemiológico e histopatológico em idosos na UNACON de Imperatriz-MA entre 2017 e 2018 / Manuela dos Santos Pereira, Leonardo Silva de Melo, André Keven Viana da Silva. - 2018.

18 p.

Coorientador(a): Rosana Menezes de Leão Mendes.

Orientador(a): ADRIANO RÊGO LIMA DE Medeiros.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, 2018.

1. Carcinoma Basocelular. 2. Carcinoma de Células Escamosas. 3. Neoplasias Cutâneas. 4. Neoplasias de Cabeça e Pescoço. I. Medeiros, ADRIANO RÊGO LIMA DE. II. Melo, Leonardo Silva de. III. Mendes, Rosana Menezes de Leão. IV. Silva, André Keven Viana da. V. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

Candidato: Manuela dos Santos Pereira

Título do TCC: CARCINOMAS CUTÂNEOS CERVICOFACIAIS: Perfil epidemiológico e histopatológico em idosos na UNACON de Imperatriz-MA entre 2017 e 2018

Orientador: Adriano Rêgo Lima de Medeiros

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada a ...01.../...02.../2019., considerou

Aprovado

Reprovado

Examinador (a): Assinatura:
Nome: Michelli Erica de Sousa Ferreira
Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Examinador (a): Assinatura:
Nome: Natalia Torres Giacomim
Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Presidente: Assinatura:
Nome: Adriano Regô Lima de Medeiros
Instituição: Universidade Federal do Maranhão

COMITÊ DE ÉTICA

PROTOCOLO PARA PESQUISA

USO EXCLUSIVO DA COMISSÃO
PROTOCOLO Nº 048-1 / 2018

1. Título do Projeto de Pesquisa

Carcinomas Cutâneos Cervicofaciais: Perfil histopatológico em idosos na UNACON de Imperatriz-Ma, entre 2017 e 2018.

2. Pesquisador Responsável

Nome completo Manuela dos Santos Pereira

3. Colaboradores

Nome completo

4. Orientador

Nome completo Adriano Rêgo Lima Medeiros

5. Especificação da finalidade acadêmica da pesquisa

Monografia	x	Iniciação Científica
Outras (especificar)		Artigo Científico

6. Unidades e Instituições envolvidas (especificar)

UFMA/Imperatriz

Curso: Medicina

Outras

7. Investigação

Retrospectiva

Prospectiva

8. Materiais e Métodos (preencher mais de um se necessário)

Seres Humanos

Animais

Laboratorial

Consulta de Prontuários de pacientes

Entrevistas e questionários

Tecidos, órgãos, fluidos orgânicos.

Empresas

Outros (especificar)

9. Cronograma de execução da pesquisa

Início 21 / 05 / 2018

término 20 / 05 / 2019

10. Observações

Sem observações.

11. Parecer da Comissão de Ética e Bioética

A Comissão de Ética e Bioética, da Faculdade de Imperatriz (COEB), na sua reunião de 21 / 05 / 2018,
APROVOU os procedimentos constantes deste Protocolo


Presidente da Comissão

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois a Ele toda a honra e toda a glória. Agradeço a minha família, por abrirem mão de muitos de seus planos em apoio aos meus sonhos. Agradeço a meus amigos que sempre estão ao meu lado, e entendem quando preciso me ausentar por conta do curso, Em especial ao Leonardo e o André, que fizeram parte desse trabalho, e sem eles não teria conseguido.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS

1. CPNM : cânceres de pele malignos não melanomas
2. CEC: Carcinoma espinocelular
3. CBC: Carcinoma basocelular
4. UNACON: Unidades de Alta Complexidade Oncológica
5. HSR: *Hospital São Rafael*
6. IBM *SPSS* : Statistical Package for the Social Sciences

RESUMO

Introdução: Os cânceres de pele malignos não melanomas (CPNM) são o tipo de maior incidência e prevalência em homens e mulheres, apesar de não possuírem uma alta capacidade de fazer metástase, possuem uma taxa de morbidade elevada. **Objetivo:** Avaliar o perfil dos pacientes e os principais subtipos histológicos dos carcinomas cutâneos cervicofaciais, que acometem pacientes a partir de 60 anos, que obtiveram margem comprometida após procedimento cirúrgico. **Método:** Pesquisa retrospectiva, em pacientes a partir de 60 anos, submetidos a ressecção de carcinomas cutâneos cervicofaciais, no Hospital São Rafael, no período de 2017 e 2018. **Resultados:** Avaliados 100 prontuários, onde 69 prontuários tiveram os critérios de inclusão para pesquisa. A idade dos pacientes variou entre 60 a 91 anos de idade, onde 12 (17%) possuíam entre 60-65, 13 (19%) 66-70, 20 (29%) 71-75, 11 (16%) 76-80, 6 (9%) 81-85, 6 (9%) 86-90, e 1 (1%) acima de 90 anos. Em relação ao sexo, 27 (39%) foram feminino, 42 (61%) do sexo masculino, os locais anatômicos mais acometidos foram 13 (14%) face, 34 (35%) nariz, quanto ao subtipo, os mais incidentes, são 10 (10%) CEC moderadamente diferenciado, 37 (39%) CBC nodular e Em relação a margem após a ressecção do tumor, temos 72 (75%) margens livres e (25%) margens comprometidas. **Conclusão:** Os principais subtipos encontrados foram, carcinoma basocelular nodular, carcinoma basocelular nodular ulcerado, carcinoma espinocelular invasivo e carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado, que também foram os que tiveram maior número de margens comprometidas.

Descritores: Carcinoma de Células Escamosas; Carcinoma Basocelular; Neoplasias Cutâneas; Neoplasias de Cabeça e Pescoço.

ABSTRACT

Introduction: Malignant non-melanoma skin cancers (NSCLC) are the type of increased incidence and prevalence in men and women, although they do not have a high capacity to metastasize, have a high morbidity rate. **Objective:** To evaluate the profile of patients and the main histological subtypes of cutaneous cervicofacial carcinomas, which affect patients aged 60 years and older, who had a compromised margin after surgical procedure. **Method:** Retrospective study of 60-year-old patients submitted to resection of cutaneous cervicofacial carcinomas at Hospital São Rafael, in the period of 2017 and 2018. **Results:** 100 medical records were evaluated, where 69 medical records had inclusion criteria for the study. The age of the patients varied between 60 and 91 years of age, where 12 (17%) had between 60-65, 13 (19%) 66-70, 20 (29%) 71-75, 11 (16%) 76- 80, 6 (9%) 81-85, 6 (9%) 86-90, and 1 (1%) above 90 years. Regarding sex, 27 (39%) were female, 42 (61%) male, the most affected anatomical sites were 13 (14%) face, 34 (35%) nose, (35%) and 25% (30%) of the margins were found to be homogeneous, and the margins after tumor resection were 10 (10%) moderately differentiated, 37 (39%) nodular BCC. **Conclusion:** The main subtypes were nodular basal cell carcinoma, ulcerated basal cell carcinoma, invasive squamous cell carcinoma and moderately differentiated squamous cell carcinoma, which also had the highest number of compromised margins.

Words keys: Squamous Cell Carcinoma; Basal cell carcinoma; Cutaneous Neoplasms; Head and Neck Neoplasms.

INTRODUÇÃO

O câncer de pele, nas últimas décadas, adquiriu importância, devido à sua crescente incidência. Do total de tumores malignos em geral, as neoplasias cutâneas se encontram em terceiro lugar em frequência nos EUA, com incidência de 1,3 milhão. No Brasil, o câncer de pele continua sendo o tipo mais incidente. Sua letalidade é baixa, porém nos casos em que há demora no diagnóstico pode haver ulcerações e deformidades físicas. Os cânceres de pele malignos não melanomas (CPNM) são o tipo de câncer de maior incidência e prevalência entre homens e mulheres, apesar de não possuírem uma alta capacidade de fazer metástase, ainda possui uma taxa de morbidade elevada (1).

O CBC carcinoma basocelular, é o tipo mais comum de câncer de pele, sendo responsável por aproximadamente 70% a 75% dos casos. Considerado um tumor de alto grau de malignidade, com capacidade de invasão local, destruição tecidual, recorrência e com limitada probabilidade de metastização. O CEC carcinoma espinocelular, responde por 20% dos casos de CPNM. Embora raros, os carcinomas de células escamosas podem migrar para gânglios linfáticos regionais, assim como para outros locais, como osso, cérebro e pulmões (2).

A exposição crônica aos raios solares é a principal causa de CBC e CEC, as lesões mais ocorrem nas partes expostas do corpo, como face, orelhas, pescoço, couro cabeludo, ombros e dorso. Outros fatores etiológicos conhecidos são exposição ultravioleta, radiação ionizante, doenças cutâneas prévias, como xeroderma pigmentoso, síndrome de Bazex e síndrome de Gorlin, irradiação crônica ou ulceração, além de cicatrizes de queimaduras e úlceras angiodérmicas. Os pacientes imunodeprimidos apresentam risco maior de apresentar esses tipos de câncer de pele (3)(4).

O câncer de pele tem maior frequência em pessoas com pele clara, mas pode ocorrer em todos os grupos étnicos, especialmente aqueles que vivem em zonas tropicais e com grande exposição solar. Da mesma forma, profissões que oferecem exposição prolongada ao sol, como marinheiros, agricultores, trabalhadores da construção civil e carteiros, têm maior incidência. Tumores malignos de pele são raros em crianças e, quando presentes, estão associados a condições subjacentes predisponentes (5).

Alguns autores sugerem que o CBC e o CEC se originam da mesma célula epitelial pluripotente e que outros fatores, como a interação com o estroma, determinariam que tipo de tumor se desenvolveria (6). Os CBCs são classificados em subtipos com comportamento mais ou menos agressivo, que são nodulares, micronodulares, superficiais, pigmentados, císticos, infiltrativos e morfeiformes. Os CECs se apresentam como ninhos irregulares de células epidérmicas invadindo a camada dérmica e sua graduação histológica depende do grau de diferenciação celular (7).

Sob o ponto de vista clínico, os CBCs apresentam tipicamente bordas elevadas e uma área central perolada com telangiectasias associadas. Caracteristicamente, os CBCs têm crescimento lento e geralmente são lesões únicas, embora a ocorrência de várias lesões simultâneas ou subsequentes não seja rara. Já os CECs são lesões que mostram uma placa

nodular rígida sobre uma base eritematosa com bordas elevadas. Pode estar presente uma área central ulcerada. Lesões maiores podem se apresentar com infecção, e na maioria das vezes são mais de uma lesão (9).

Na abordagem terapêutica do CBC e do CEC, existem muitas modalidades de tratamento, devendo-se considerar aspectos como idade e condições clínicas do doente, resultado estético, localização anatômica, tamanho e limites do tumor, além do padrão histológico, número de lesões e se o tumor é primário ou recidivado. Dentre as opções de abordagem terapêutica temos curetagem, eletrocauterização, cirurgia excisional, cirurgia micrográfica de Mohs, administração de fluorouracila, radioterapia, terapia fotodinâmica e criocirurgia, porém devem-se avaliar os fatores envolvidos na possibilidade de metástase ou recidiva. Quando há maior tendência à ocorrência de metástases, a abordagem envolve a exérese de gânglios-satélites e pesquisa de metástases envolvendo outros órgãos (10).

O prognóstico depende do tipo do tumor e do tratamento estabelecido. Os fatores de risco associados com recorrência e metástases incluem tamanho da lesão > 2 cm de diâmetro, localização na parte central de face ou orelhas, longa duração da lesão, excisão incompleta, tipo histológico agressivo ou envolvimento perineural ou perivascular (11).

O objetivo da pesquisa foi avaliar o perfil dos pacientes, e os principais subtipos histológicos dos carcinomas cutâneos cervicofaciais, que acometem pacientes a partir de 60 anos, que obtiveram margem comprometida após procedimento cirúrgico.

MÉTODOS

Utilizou uma pesquisa retrospectiva, tendo como tipo de estudo uma análise documental dos prontuários, de pacientes a partir de 60 anos, submetidos a ressecção de carcinomas cutâneos cervicofaciais, no Hospital São Rafael, no período de 2017 e 2018.

O Hospital São Rafael está localizado na Avenida Dorgival Pinheiro de Sousa, número 1178, Centro, Imperatriz/MA e faz parte da rede de Unidades de Alta Complexidade Oncológica (UNACON) conveniada ao Ministério da Saúde.

Critérios de inclusão:

- Pacientes com 60 anos de idade ou mais
- Diagnosticados com carcinoma basocelular e o carcinoma espinocelular
- Lesão na região anatômica cervicofacial
- Foram submetidos a ressecção tumoral na UNACON do HSR de Imperatriz – MA, durante o período de 2017 e 2018

Os prontuários foram analisados minuciosamente nas respectivas variáveis: Faixa etária, sexo, profissão, características da lesão (localização anatômica e número de lesões), Subtipo histológico e margem após cirúrgica.

Na análise, inicialmente foi desenvolvido um banco de dados no software Microsoft Excel versão 2010 para organização dos dados em tabela para melhor análise estatística. Estatísticas descritivas de frequências absolutas e relativas foram usadas para descrever as variáveis categóricas. A comparação dos resultados foi realizada através do teste qui-

quadrado e teste exato de fisher, pelo programa IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). No teste estatístico não foi considerado significativo o valor de p sendo maior que 0,05.

RESULTADOS

Foram avaliados 100 prontuários, onde 69 prontuários tiveram os critérios de inclusão para pesquisa. A faixa etária dos pacientes variou entre 60 a 91 anos de idade, onde 12 (17%) possuíam entre 60-65, 13 (19%) 66-70, 20 (29%) 71-75, 11 (16%) 76-80, 6 (9%) 81-85, 6 (9%) 86-90, e 1 (1%) acima de 90 anos. Em relação ao sexo, 27 (39%) foram feminino, 42 (61%) do sexo masculino. Quanto a profissão 27 (39%) foram aposentados, 1 (1%) autônomo, 1 (1%) construtor civil, 31 (45%) lavrador, 6 (9%) do lar, 1 (1%) marceneiro, 1 (1%) doméstica, 1(1%) motorista. Na tabela 1, podemos ver a relação entre profissão e número de lesões, onde os lavradores obtiveram uma maior diversificação de lesões.

Profissão	Número de lesões				Total
	1	2	3	4	
Aposentado	19 (27,5%)	6 (8,7%)	2 (2,9%)	0 (0,0%)	27 (39,1%)
Autônomo	1 (1,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)
Construtor civil	1 (1,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)
Do lar	5 (7,2%)	1 (1,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (8,7%)
Doméstica	0 (0,0%)	1 (1,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)
Lavrador	21 (30,4%)	7 (10,1%)	2 (2,9%)	1 (1,4%)	31 (44,9%)
Marceneiro	1 (1,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)
Motorista	0 (0,0%)	1 (1,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)
Total	48 (69,6%)	16 (23,2%)	4 (5,8%)	1 (1,4%)	69 (100%)

Tabela 1. Relação entre Profissão e Número de lesões

Quanto as características anatômicas da lesão, os locais anatômicos foram 13 (14%) face, 34 (35%) nariz, 8 (8%) orelha, 5 (5%) supercílios, 3 (3%) pavilhão auditivo, 3 (3%) couro cabeludo, 5 (5%) região periorbital, 3 (3%) pálpebra inferior, 4 (4%) região frontal, 1 (1%) lábio inferior, 3 (3%) cervical, 1 (1%) região pré auricular, 6 (6%) região temporal, 1 (1%) região malar, 1 (1%) região retroauricular, 1 (1%) mandíbula, 1 (1%) região occipital, 1 (1%) região parotídea, 1 (1%) lábio superior, 1 (1%) pálpebra superior. Foi analisado o lado onde essas lesões se encontravam, sendo 46 (48%) do lado esquerdo, 29 (30%) direito e 21 (22%) medialmente. Observando a quantidade de lesões por paciente, 48 (70%) possuíam

apenas 1 lesão, 16 (23%) 2 lesões, 5 (7%) 3 ou mais lesões, onde as características anatomopatológicas foram analisadas pelo número de lesões, tendo assim um n: 96, diferente do total de pacientes, já que houveram pacientes com mais de 1 lesão.

Em contrapartida as características anatomopatológicas, trouxeram quanto ao subtipo histopatológico, 5 (5%) CBC nodular Pigmentado, 3 (3%) CBC sólido, 10 (10%) CEC moderadamente diferenciado, 37 (39%) CBC nodular, 2 (2%) CEC pouco diferenciado invasivo, 2 (2%) CBC esclerodermiforme, 4 (4%) CBC superficial, 14 (15%) CBC nodular ulcerado, 6 (6%) CEC invasivo, 1 (1%) CEC superficialmente invasivo, (4%) CEC bem diferenciado, 2 (2%) CBC nodular infiltrativo, 2 (2%) CBC superficial e nodular, 1 (1%) CBC nodular e micronodular, 2 (2%) CBC superficial e esclerodermiforme e 1 (1%) CEC in situ Doença de Bowen. Em relação a margem após a ressecção do tumor, temos 72 (75%) margens livres e (25%) margens comprometidas.

Fazendo uma relação entre o Tipo histopatológico e o sexo, podemos observar a diferença de acometimento entre os sexos nos dois tipos, com evidência significativa ($p=0,035$), como mostra o gráfico 1.

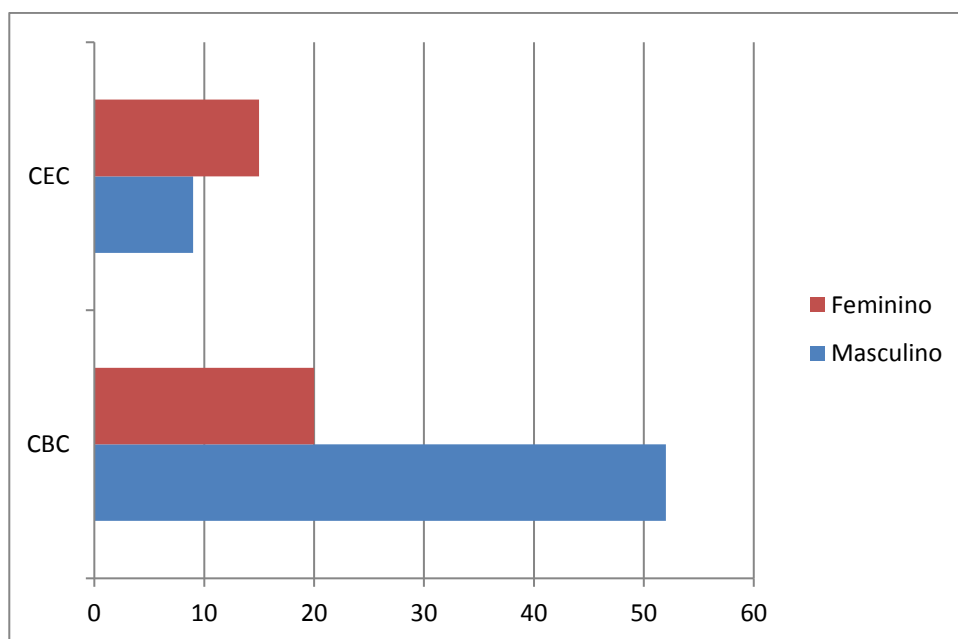


Gráfico 1. Relação dos Tipos histopatológicos com o sexo.

Comparando a Margem comprometida com os subtipos histopatológicos, 2 (2,1%) dos carcinoma basocelular esclerodermiforme, 6 (6,3%) carcinoma basocelular nodular, 0 (0%) carcinoma basocelular nodular e micronodular, 2 (2,1%) carcinoma basocelular nodular infiltrativo, 1 (1%) Carcinoma basocelular nodular pigmentado, 3 (3,1%) carcinoma basocelular nodular ulcerado, 0 (0%) carcinoma basocelular sólido, 0 (0%) carcinoma basocelular superficial, 0 (0%) carcinoma basocelular superficial e esclerodermiforme, 0 (0%) carcinoma basocelular superficial e nodular, 1 (1%) carcinoma espinocelular bem diferenciado, 0 (0%) carcinoma espinocelular in situa doença de Bowen, 3 (3,1%) carcinoma espinocelular invasivo, 5 (5,2%) carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado, 1

(1%) carcinoma espinocelular pouco diferenciado invasivo, 0 (0%) Carcinoma espinocelular superficialmente invasivo, obtiveram margem comprometidas. O valor de p encontrado foi 0,058.

DISCUSSÃO

Podemos verificar que o CPNM é mais comum em pacientes acima de 60 anos, o que concorda com nosso estudo, onde observamos uma predominância entre 71 a 75 anos (11), estudo também confirma que a idade de apresentação típica é de aproximadamente 70 anos (17). No estudo houve uma maior incidência no gênero masculino (61%), corroborando com a maioria dos autores que observaram uma maior incidência de CPNM em indivíduos do sexo masculino (12), já outros autores encontraram predomínio no sexo feminino (13). Um das causas dessa maior incidência nos pacientes do sexo masculino é sua maior exposição solar, principalmente por conta da profissão.

A grande exposição solar é um dos agentes carcinogênicos que está relacionado com a profissão dos pacientes. Estudos relatam que os trabalhos que tem maior predisposição a acometimento de CPNM, são funções feitas ao ar livre, como pedreiros, construtores civis, do lar, lavradores, etc (14) (15). No nosso trabalho tivemos uma alta incidência em lavradores, sendo 41%, o que entre de acordo com os autores, onde profissionais que se expõem ao sol, possuem maior risco de serem acometidos pela doença. Por nossa pesquisa ter sido focada em pacientes idosos tivemos uma porcentagem de 39% de pacientes aposentados, mas sem relatarmos qual a profissão exerceram no decorrer da vida.

Fazendo uma comparação entre profissão e número de lesões, podemos observar que paciente que possuem uma função com muita exposição solar, como os lavradores,

7 (10%) tiveram duas lesões, os aposentados tiveram 19 (27,5) apenas 1 lesão. O que também é mostrado por vários estudos, onde pacientes com maior tempo de exposição, tendem a ter maior número de lesões (17). O que pode ser observado na tabela 1.

Quanto ao tipo histológico, na nossa pesquisa houve um predomínio do tipo CBC, com 75% no número de lesões e 25% corresponderam ao CEC (16)(17), o que vai de encontro com as pesquisas onde o percentual de CBC fica 70% e o de CEC 30%. Relacionamos o tipo histopatológico com o sexo dos pacientes, verificamos uma grande diferença de acometimento entre os sexos, onde CBC o sexo masculino com 52 (72,2%) do total deste tipo, já no CEC o sexo feminino teve maior prevalência 15 (62,5%), do respectivo total, que vai de encontro a pesquisa, onde pacientes do sexo feminino foram mais acometidas pelo CEC (19).

Como o local mais acometido pelo CPNM é a região cervicofacial, nosso trabalho analisou apenas esse tipo de pacientes, onde fazendo uma análise entre o Subtipo histopatológico e a localização da lesão, o CBC nodular que é o tipo mais prevalente com 35,4%, teve um percentual de 16,7% no nariz, enquanto o CEC, 6,3% das lesões se encontraram na orelha, que vão de encontro a literatura, que ressalta que o CBC é encontrado mais na região nasal e o CEC, orelha e lábio inferior (12)(14).

Quanto a margem comprometida, o CBC teve 19,4% das margens comprometidas, mas não teve um p significativo ($p=0,063$), no CEC tivemos 43,5% das margens comprometidas ($p=0,907$), Já fazendo uma correlação de cada subtipo com a margem comprometida, o carcinoma basocelular esclerodermiforme e o carcinoma basocelular nodular infiltrativo, foram encontrados 2 lesões de cada subtipo e 100% com margem comprometidas, já o carcinoma espinocelular invasivo encontrado em 6 lesões (6,3%), tiveram 50% de margens comprometidas e o carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado com 10 lesões (10,4%) também obteve 50% de margens comprometidas. Tendo um significância ($p=0,058$) correlacionando todos os subtipos com a respectiva margem (1). Houve um número relativamente alto de margem comprometidas, como no estudo, mas a correlação com o CBC não foi significativa, enquanto a CEC também obteve um resultado não significativo. Pode ser observado no gráfico 2, a correlação dos subtipos com a margem.

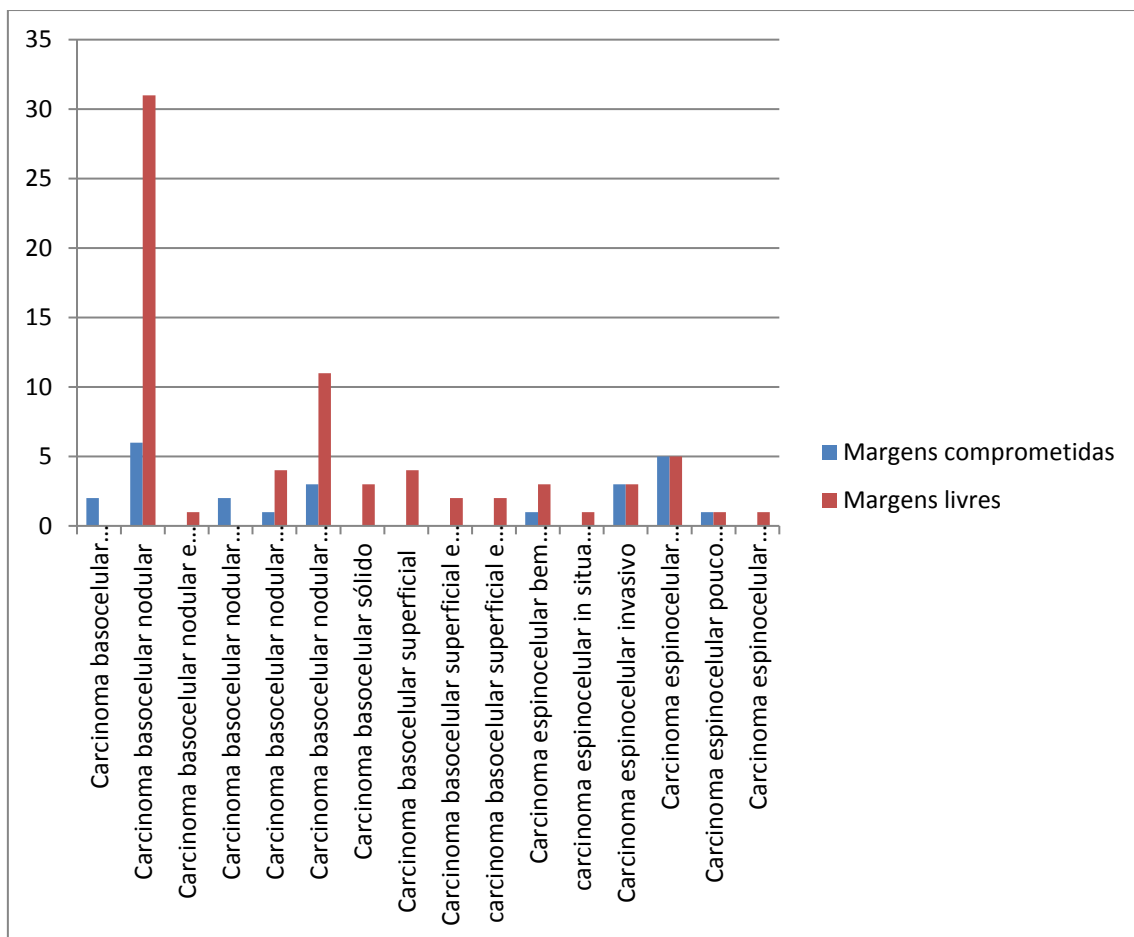


Gráfico 2. Correlação dos subtipos histopatológicos com a margem.

CONCLUSÕES

Na população estudada obtivemos, um predomínio do CPNM no sexo masculino, entre 71-75 anos e lavradores. Quanto as características anatomopatológicas, o CBC teve uma maior incidência que o CEC, onde os principais subtipos com maior incidência

encontrados entre os CBCs foram, carcinoma basocelular nodular e o carcinoma basocelular nodular ulcerado, e nos CECs, carcinoma espinocelular invasivo e carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado, que também foram os que tiveram maior número de margens comprometidas, vale ressaltar que esses subtipos possuem características mais agressivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mattos F De, Barucci P, Vetorasso G, Cardoso CA, Vitor A, Priante M, et al. Perfil e características anatomopatológicas em 100 pacientes com câncer de pele não melanoma. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço [Internet]. 2016;44(3):124–9. Available from: <http://www.sbccp.org.br/wp-content/uploads/2015/07/Rev-SBCCP-44-3-artogo-02.pdf>
2. Gache Y, Brellier F, Rouanet S, Al-Qaraghuli S, Goncalves-Maia M, Burty-Valin E, et al. Basal cell carcinoma in Gorlin's patients: A matter of fibroblasts-led protumoral microenvironment? PLoS One [Internet]. 2015;10(12):1–21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26694869>
3. Camara A, Silva S. Exposição Solar Ocupacional e Câncer de Pele Não Melanoma: Estudo de Revisão Integrativa. Rev Bras Cancerol [Internet]. 2014;60(3):251–8. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v03/pdf/10-revisao-literatura-exposicao-solar-ocupacional-e-cancer-de-pele-nao-melanoma-estudo-de-revisao-integrativa.pdf
4. Cabete J, Rafael M, Cravo M, Moura C, Sachse F, Pecegueiro M. Long-term recurrence of nonmelanoma skin cancer after topical methylaminolevulinate photodynamic therapy in a dermatology department. An Bras Dermatol. 2015;90(6):846–50.
6. Cahoon EK, Kitahara CM, Ntowe E, Bowen EM, Doody MM, Alexander BH, et al. Female estrogen-related factors and incidence of basal cell carcinoma in a nationwide us cohort. J Clin Oncol. 2015;33(34):4058–65.
7. Amirnia M, Ranjkesh M, Azimpouran M, Alikhah H, Jafari-asl M, Piri R. Comparative Study of Dermatoscopic and Histopathologic Results in Facial Basal Cell Carcinoma and Melanocytic Nevi. Asian Pacific J Cancer Prev [Internet]. 2016;17(1):425–9. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26838250
8. Cláudia A, Espósito C, Donizeti J, Júnior DM, I MCB. Dermatofibrossarcoma protuberans em placa simulando carcinoma basocelular esclerodermiforme. Diagn Trat [Internet]. 2015;20(14):133–7. Available from: files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2015/v20n4/a5152.pdf
9. Wiser I, Phd M, Scope Md A, Bsc DA, Zloczower Bscmed E, Carmel NN, et al. Head and neck cutaneous squamous cell carcinoma clinicopathological risk Factors according to age and gender: a Population-based study. IMAJ [Internet]. 2016;18:275–8. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27430083

10. X. W, A.A. M. Contemporary approaches to basal cell carcinoma diagnosis and treatment. *Futur Oncol* [Internet]. 2015;11(22):2965–6. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L606889012%5Cnhttp://dx.doi.org/10.2217/fon.15.254%5Cnhttp://sfx.library.uu.nl/utrecht?sid=EMBASE&issn=17448301&id=doi:10.2217%2Ffon.15.254&atitle=Contemporary+approaches+to+basal+ce>
11. Bouhassira J, Bosc R, Greta L, Hersant B. Factors associated with postoperative complications in elderly patients with skin cancer: A retrospective study of 241 patients. *J Geriatr Oncol* [Internet]. Elsevier Inc.; 2016;7(1):10–4. Available from: <http://www-1.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.han.medunigraz.at/pubmed/26769145>
12. Andrade P, et al. Epidemiology of basal cell carcinomas and squamous cell carcinomas in a Department of Dermatology: a 5 year review. *An. Bras. Dermatol.*, Rio de Janeiro, v87, n2, Apr.2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S036505962012000200004&lng=en&nrm=isoaccess>. Acesso em: 16 abr. 2017.
13. Pelucchi C, et al. Risk Factors for Histological Types and Anatomic Sites of Cutaneous Basal-Cell Carcinoma: An Italian Case–Control Study. *Journal of Investigative Dermatology*. Milão, 19/10/2006. Volume 127, Caderno p. 935-944. Disponível em: <http://www.nature.com/jid/journal/v127/n4/pdf/5700598a.pdf>. Acesso em: 21/08/2017.
14. Nunes DH, et al. Incidência do Carcinoma de Células Escamosas da Pele na Cidade de Tubarão (SC) - Brasil nos anos de 2000, 2003 e 2006. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Tubarão, v. 84, n. 5, p. 482- 488. 31/07/2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v84n5/v84n05a06.pdf>. Acesso em: 18/08/2017.
15. Mantese SAO, et al. Carcinoma basocelular – Análise de 300 casos observados em Uberlândia - MG. *An. Bras. Dermatol.*, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, Mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S036505962006000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Sept. 2017.
16. Instituto Nacional do Cancer Jose Alencar Gomes da Silva (INCA). Ministério da Saúde. Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro. 2017. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/index.asp?ID=2>. Acesso em: 22/08/2017
17. Hospital A. C. Camargo (Brasil). Pele Não Melanoma. 2015. Disponível em: <http://www.accamargo.org.br/tudo-sobre-o-cancer/pele-nao-melanoma/44/>. Acesso em: 27/08/2017
18. Malkinson FD, Rothamn S. Skin cancer: its causes, prevention, and treatment. *CA Cancer J Clin*. 1957;7(6):190-205.
19. [Barella C. Blanco L. Yamane A.](#) Análise dos dados epidemiológicos dos laudos de carcinoma Espinocelular. *Rev Bras Clin Med*. São Paulo, 2013 jan-mar;11(1):43-7. F