

CANCRO DA PELE

J. AMADO, M. OLIVEIRA, G. CUNHA VELHO, V. COSTA, F. O. TORRES, A. MASSA

Serviço de Dermatologia. Hospital Geral de Santo António. Porto

RESUMO

Os autores, utilizando a base de dados do Registo de Cancro do Hospital Geral de Santo António, em actividade desde 1981, fizeram o levantamento dos casos de cancro da pele registados ao longo dos anos. Foi feita a sua distribuição por sexo, grupo etário, localização e tipo histológico. Dos 12124 casos constantes do Registo, 7,9% corresponderam a tumores da pele (n=883). As localizações preferenciais foram a face (56,8%), tronco (11,7%) e couro cabeludo e pescoço (7,7%). Quanto ao tipo de tumor registaram-se, dos mais frequentes, 472 carcinomas basocelulares, 231 espinocelulares e 63 melanomas. Como principais conclusões verificou-se que os carcinomas baso e espinocelulares aparecem em idade mais tardia que o melanoma maligno; o melanoma maligno é mais frequente no membro inferior e no tronco; o carcinoma espinocelular é mais frequente na face e no lábio; o carcinoma basocelular é mais frequente na face. Os resultados encontrados estão em conformidade com os internacionalmente publicados.

SUMMARY

Skin Cancer in S. Antonio General Hospital: 1981-1993

The authors, using the Cancer Registry data of S. Antonio General Hospital in Oporto, selected the cancer cases from 1981 to 1993. Distribution according to age, sex, topography and morphology is presented. Seven point nine percent of the 12.124 cases mentioned in the Registry were skin cancers (n=883). They were mostly on the face (56.8%), trunk (11.7%) and scalp and neck (7.7%). As for the type of tumour, 472 basaliomas, 231 squamous cell carcinomas and 63 melanomas were recorded. One may conclude that basaliomas and squamous cell cancers arise at a later age than melanomas; melanomas are more frequent on the lower limbs and on the trunk; squamous cell carcinomas are more frequent on the face and lips. Basalioma is more frequent on the face. These results are in accordance with those published internationally.

INTRODUÇÃO

Os hábitos de vida actualmente adoptados têm vindo a corresponder a uma maior frequência de cancro da pele^{1,2}. Subjacente a esta evidência poderão citar-se, entre outros factores:

1. características individuais geno-fenotípicas (fotótipo);
2. características ocupacionais (marinheiros/pescadores, agricultores, operários de construção civil);
3. alterações do meio ambiente (por exemplo, redução

da camada de ozono e substâncias veiculadas pela alimentação);

4. interacções exercidas sobre a pele endogena ou exogenamente, de natureza física ou química;

5. comportamentos e hábitos de vida (aumento da exposição solar pelas sucessivas gerações, mudanças de estilo de vida nomeadamente hábitos de lazer).

Associadamente a estas características devemos considerar ainda o aumento do tempo de vida (longevidade)

como um elemento favorecedor da maior expressão deste tipo de patologia³.

A comprovação objectiva desta realidade tem sido demonstrada pelos dados das consultas de dermatologia e do registo de cancro hospital.

O objectivo do presente trabalho pretende assim caracterizar a procura dos serviços do Hospital Geral de Santo António por lesões tumorais cutâneas malignas durante um período de treze anos (1981-1993).

MATERIAL E MÉTODO

Para a colheita dos casos de cancro foi utilizada a base informática do Registo de Cancro do Hospital Geral de Santo António (período 1981-1993), cuja metodologia de investigação e registo se encontra publicada⁴.

A partir da referida base informática foi elaborado um subficheiro dos doentes portadores de cancro da pele (classificados de acordo com as normas da ICD-9: International Classification of Diseases - Oncology, da Organização Mundial da Saúde) nos quais foram estudadas as características sócio demográficas (distribuição etária e por sexo) e clínicas (topografia e histologia).

RESULTADOS

1. Durante os treze anos em análise foram registadas 883 neoplasias cutâneas malignas o que corresponde a uma percentagem de 7,9% do total dos casos incluídos na base de dados do Registo de Cancro do Hospital Geral de Santo António (n=12124). Analisando ao longo dos anos, verificámos que, de 1981 para 1993, a percentagem das referidas neoplasias cutâneas passou de 3,9% para 12,7%.

A distribuição por sexos é idêntica: 49,8% do sexo masculino e 50,2% do feminino (Figura 1).

Quanto à distribuição por idades, verifica-se que até aos 80 anos há sempre uma frequência crescente de casos sendo o sexo masculino mais representado nos

grupos etários 30-39, 50-59 e 60-69 e o feminino em todos os restantes (Figura 1).

2. Quanto à percentagem dos tumores por topografia, assinalam-se, por ordem decrescente, as seguintes localizações: face (contemplando a região malar, região frontal, nariz e supracílio) - 35,9%, pálpebra - 16,5%, tronco - 11,7%, couro cabeludo e pescoço - 7,7%, membro inferior e anca - 7,1%, lábio - 4,4%, membro superior - 4,4%, orelha - 2,5% e outras regiões - 2,5% (Figura 2).

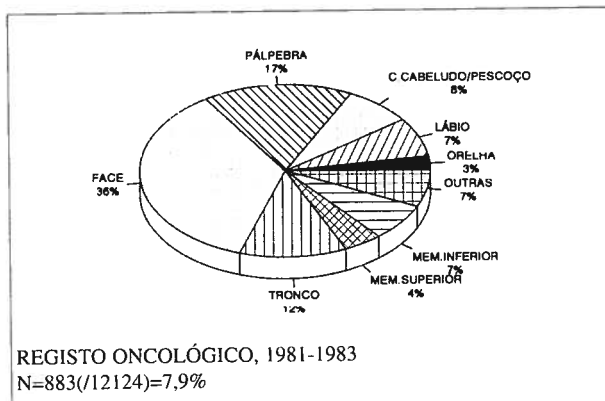


Fig. 2 - Distribuição dos Casos por Topografia.

3. Quanto à distribuição por idade para os diferentes tipos histológicos podemos verificar que os carcinomas basocelulares e os espinocelulares têm frequências crescentes até aos 80 anos. Quanto aos melanomas malignos, os picos mais elevados situam-se nas décadas de 50-59 e 40-49 anos. De assinalar face aos restantes, a ratio mais elevada dos melanomas malignos no grupo etário <= 19 anos (Figura 3).

4. No referente à caracterização histológica foram registados 472 casos de carcinomas basocelulares, 231 de espinocelulares, 63 de melanomas, 15 de sarcomas de Kaposi, 13 de micose fungóide, 10 da doença de Bowen

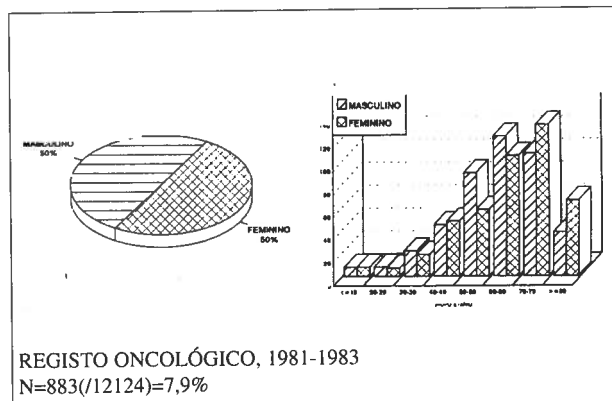


Fig. 1 - Distribuição por Sexo e Idade.

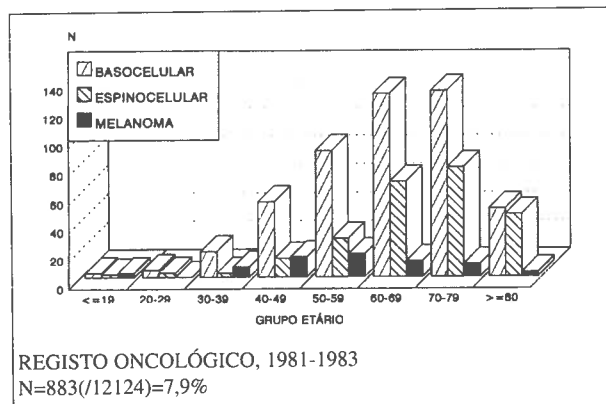


Fig. 3 - Distribuição por Idade e Tipo de Tumor.

e 79 de outros tipos (Figura 4).

5. Relativamente à distribuição topográfica dos três prin-

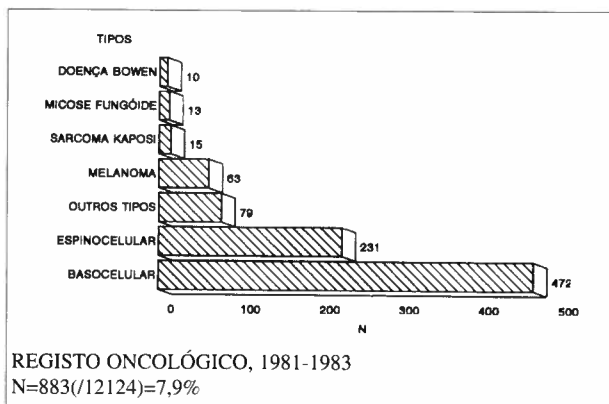


Fig. 4 - Distribuição por Idade e Sexo.

cipais tipos histológicos podemos verificar que o carcinoma basocelular diz respeito mais à face e às pálpebras; o carcinoma espinocelular à face e lábio; o melanoma maligno, ao membro inferior, tronco e face (Figuras 5, 6, 7).

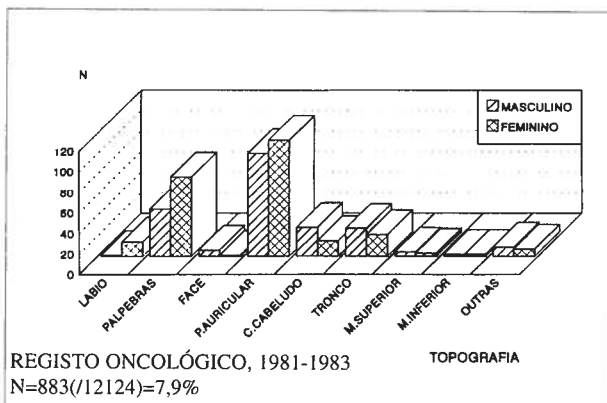


Fig. 5 - Carcinoma Basocelular - Distribuição por Idade e Topografia.

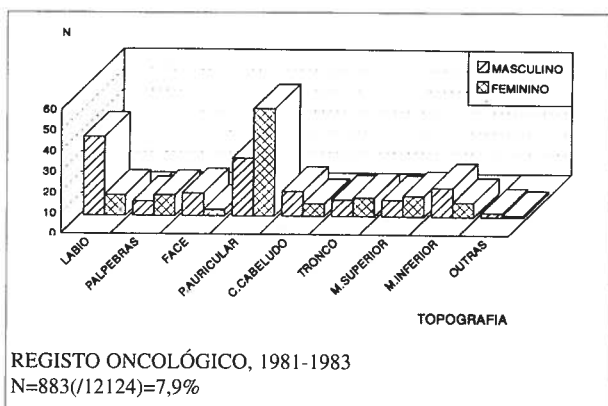


Fig. 6 - Carcinoma Espinocelular - Distribuição por Idade e Topografia.

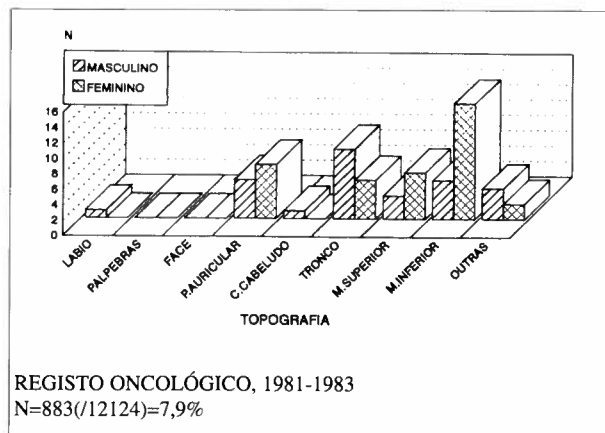


Fig. 7 - Melanoma - Distribuição por Idade e Topografia.

DISCUSSÃO

Para o conjunto de todos os tipos histológicos, o pico de mais elevada frequência está, para o sexo masculino, uma década antecipado relativamente ao do sexo feminino.

Os carcinomas baso e espinocelulares aparecem em idade mais tardia que o melanoma maligno.

O melanoma maligno é mais frequente no membro inferior (representando no sexo feminino 23,8%) e no tronco (representando no sexo masculino 14,3%).

O carcinoma espinocelular é mais frequente na face (sexo feminino com 22,5%) e no lábio (sexo masculino com 16,5%).

O carcinoma basocelular tem localização preferencial em ambos os sexos na face (44,7%), seguida das pálpebras (25,7%).

De salientar ainda que os carcinomas baso e espinocelulares aparecem com maior frequência nas áreas habitualmente mais expostas ao sol, contrariamente ao melanoma que aparece não nas áreas com maior dose cumulativa, mas naquelas que estão mais sujeitas a queimaduras solares.

Todos estes resultados estão em conformidade com os dos estudos internacionalmente publicados^{2,5}. De destacar, entre eles e para o nosso país e região Norte, o trabalho de Aureliano da Fonseca o qual, para o período 1953-1963, estuda 341 doentes portadores de carcinomas baso e espinocelulares⁸.

CONCLUSÃO

O cancro da pele representa um factor de alta morbidade na população activa.

No Hospital Geral de Santo António, o seu peso constituiu 7,9% do total da patologia neoplásica de recurso.

O aumento da percentagem de cancros registados

desde o início do estudo está, como referido, em concordância com outros estudos internacionais^{2,3,6}. Esta situação emerge como uma epidemia, exigindo medidas urgentes de intervenção para fazer face a este problema major de Saúde Pública³.

Os cancros da pele são, pelas suas características, neoplasias que exigem do profissional de saúde atenção particular: são facilmente rastreáveis com os recursos disponíveis, o seu tratamento não exige meios dispendiosos sendo a sua detecção/tratamento precoces garantia de maior e melhor qualidade de vida.

Nesta linha deveriam ser implementadas campanhas de educação para a saúde informando sobre os efeitos carcinogénicos da radiação solar; concomitantemente deveriam ser tomadas medidas para reduzir essa mesma exposição, sobretudo a partir das idades mais jovens^{7,9,10}.

BIBLIOGRAFIA

1. BARNHILL RL, MIHIM MC, FITZPATRICK TB, SOBER AJ: Neoplasms: Malignant Melanoma (ch 82). In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, eds. *Dermatology in General Medicine*. McGraw-Hill, Inc. 1993: 1078-115
2. MARKS R: An Overview of Skin Cancers. *Cancer* 1995; 75: 607-12.
3. KO C B, WALTON S, KECZKES K, BURY H P R, NICHOLSON C: The Emerging Epidemic of Skin Cancer. *Br J. Dermatol* 1994; 130: 269-72
4. AMADO J., GOMES J T, TORRES F O, GUEDES JP: Registo Oncológico: Hospital Geral de Santo António (1981-1990). *Boletim do Hospital* 1992; 4(3): 83-91.
5. BOUTWELL W B: The Under Cover Skin Cancer Prevention Project. *Cancer*: 1995; 75:657-60.
6. MARKS R, STAPLES M, GILES GG: Trends in Non-Melanocytic Skin Cancer Treated in Australia: The Second National Survey. *Int. J.Cancer* 1993; 53: 585-90.
7. KOH HK, GELLER AC, MILLER DR, LEW RA: The Early Detection of and screening for Melanoma. *Cancer* 1995; 75: 674-83
8. FONSECA A.: A Propósito de uma Estatística de Cancros da Pele. *Trab. Soc. Port. Ven.*, 1964; 22: 122-134.
9. RIVERS JK, GALLAGHER RP: Public Education Projects in Skin Cancer. *Cancer* 1995; 75: 661-6.
10. AUSTOKER J: Cancer Prevention in Primary Care. *Br.Med. Journal* 1994; 308: 1415-20.