

# RECIDIVAS DO CÂNCER DE PELE NÃO MELANOMA EM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE SÃO PAULO

## NON-MELANOMA SKIN CANCER RECURRENCE IN A CITY OF THE INTERIOR OF SÃO PAULO

GABRIELA GASPARIN<sup>1</sup>, MURILO DE OLIVEIRA LIMA CARAPEBA<sup>2</sup>, KARINA NACANO GUARIENTO<sup>3</sup>, MARCELA HONDA FERREIRA<sup>4</sup>, MARCELE LIMA CUNHA<sup>5</sup>, VICTORIA ROMANINI BRAMBILLA<sup>6</sup>, MARILDA APARECIDA MILANEZ MORGADO DE ABREU<sup>7\*</sup>

1. Pós-graduanda do Curso de Especialização em Dermatologia, Universidade do Oeste Paulista/Hospital Regional de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP, Brasil; 2. Professor Mestre da Disciplina de Dermatologia, Universidade do Oeste Paulista/Hospital Regional de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP, Brasil; 3. Especialista em Dermatologia, médica em Clínica Particular, Assis, SP, Brasil; 4. Especialização em Dermatologia, médica em Clínica Particular, Presidente Prudente, SP, Brasil; 5. Especialista em Dermatologia, médica em Clínica Particular, São Paulo, SP, Brasil; 6. Especialista em Dermatologia, médica em Clínica Particular, Presidente Prudente, SP, Brasil; 7. Professora Pós-Doutora da Disciplina de Dermatologia, Universidade do Oeste Paulista/Hospital Regional de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP, Brasil.

\* Rua São Paulo, 1949, Centro, Dracena, São Paulo, Brasil. CEP: 17900-000. [marilda@morgadoabreu.com.br](mailto:marilda@morgadoabreu.com.br)

Recebido em 09/10/2023. Aceito para publicação em 18/10/2023

### RESUMO

O objetivo deste estudo retrospectivo foi avaliar a incidência de recidiva dos cânceres de pele não melanoma em Presidente Prudente; determinar o perfil epidemiológico desses indivíduos e verificar a concordância dos resultados com os dados nacionais. Foram revisados prontuários de pacientes de qualquer idade, gênero ou cor, com diagnóstico histopatológico de carcinoma basocelular ou carcinoma espinocelular, tratados cirurgicamente, com margens cirúrgicas livres de comprometimento neoplásico, no Hospital Regional de Presidente Prudente, no período de 2008 a 2018, buscando-se o número de recidivas nos primeiros cinco anos, após o tratamento cirúrgico. Do total de 1.001 pacientes, 12,4% apresentaram recidivas, sendo 55,7% do sexo masculino e 92,9% brancos. A exposição solar crônica apresentou-se como fator de risco importante (97,2%), a face foi a região de maior comprometimento em relação às lesões primárias (87,2%) e o local mais comum de recidiva (56%). As recidivas se apresentaram cerca de 14 meses, após a cirurgia, nos casos de carcinoma basocelular e 6,8 meses nos casos de carcinoma espinocelular. A taxa de incidência de recidiva encontrada (12,4%) é mais alta do que a literatura. A predominância do gênero masculino, a cor branca, a exposição solar e a face como principal local de acometimento estão em concordância com a literatura.

**PALAVRAS-CHAVE:** Neoplasias Cutâneas; Carcinoma Basocelular; Carcinoma de Células Escamosas.

### ABSTRACT

The aim of this retrospective study was to evaluate the incidence of recurrence of non-melanoma skin cancer in Presidente Prudente; determine the epidemiological profile of these individuals and verify the agreement of the results with national data. The medical records of patients of any age, gender, or color, with a histopathological diagnosis of basal cell carcinoma or squamous cell carcinoma, treated surgically, with surgical margins free of neoplastic involvement, at the Hospital Regional de Presidente Prudente, from 2008 to 2018, were reviewed. Looking for the number of recurrences in the first 5 years after surgical treatment. Of the total of 1,001 patients, 12.4% had recurrences, 55.7% were male and 92.9% were white. Chronic sun exposure was an important risk factor (97.2%), the face was the region with the greatest involvement in relation to primary

lesions (87.2%) and the most common site of recurrence (56%). Recurrences were observed approximately 14 months after surgery in cases of basal cell carcinoma and 6.8 months in cases of squamous cell carcinoma. The recurrence incidence rate found (12.4%) is higher than the literature. The predominance of males, white color, sun exposure and the face as the main location of the crime agree with the literature.

**KEYWORDS:** Skin Neoplasms; Carcinoma, Basal Cell; Carcinoma, Squamous Cell.

### 1. INTRODUÇÃO

O câncer de pele é a neoplasia maligna mais comum e tem atingido caráter epidêmico, representando mais da metade dos diagnósticos de câncer em todo o mundo<sup>1</sup>. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), foram estimados 220.490 novos casos no Brasil, para o ano de 2023, o que representa cerca de 30% dentre todos os diagnósticos de câncer<sup>2,3</sup>.

O câncer de pele pode ser dividido em três tipos: carcinoma basocelular (CBC), carcinoma espinocelular (CEC), chamados não melanoma, e melanoma. Os dois primeiros são originados, respectivamente, das células basais e das escamosas, enquanto o último é originado dos melanócitos, presentes na epiderme<sup>4</sup>. O CBC é a mais frequente das neoplasias epiteliais malignas, com 65% do total, seguido pelo CEC, correspondente a cerca de 15%, e o melanoma a aproximadamente 3 a 4%<sup>5</sup>.

O CBC tem o comportamento mais benigno e é mais frequente em homens mais idosos e de pele, cabelos e olhos claros, sendo raro em negros. Mesmo sendo raras as metástases e baixa a taxa de mortalidade, pode provocar invasão local e destruir tecidos adjacentes, inclusive ossos, ocasionando recidivas e gerando prejuízo à qualidade de vida do paciente. Acomete, principalmente, os dois terços superiores da face, acima dos lóbulos das orelhas e das comissuras labiais, sendo incomum em outras áreas da face, no

tronco e nas extremidades, já tendo sido observado nas regiões genital, inguinal, interdigital, axilar, umbilical e couro cabeludo. Pode ser subdividido em cinco grupos: nódulo-ulcerativo (mais comum), pigmentado, esclerosante, superficial (pagetoide) e fibrepitelioma. O tipo esclerodermiforme ou fibrosante é o de pior prognóstico, com grande possibilidade de recidiva e infiltração<sup>5,6</sup>.

O CEC, também chamado epidermoide ou de células escamosas, possui uma incidência estimada de 1 milhão de casos por ano, nos Estados Unidos da América, sendo que esse número continua a aumentar e é subestimado. O número de CEC aumentou de 50% para 300%, nas últimas três décadas, e até 2030 sua incidência nos países europeus será o dobro da atual. Estimamos que o risco de desenvolver um CEC, em algum momento da vida, varia de 7 a 11% na população caucasiana<sup>7</sup>. Seu perfil epidemiológico é constituído, principalmente, por indivíduos do sexo masculino e, geralmente, com mais de 50 anos<sup>5</sup>. Os locais mais comuns de acometimento são face, orelha, nariz, pescoço, dorso das mãos e mucosa oral<sup>8</sup>. Pode ocorrer em pele normal, entretanto, tem sua maior incidência a partir de lesões como: queratoses actínicas, leucoplasias, radiodermite crônica, queratose arsenical, úlceras crônicas, cicatrizes de queimaduras e líquen plano erosivo da mucosa oral<sup>5</sup>. São fatores de risco para seu surgimento: a exposição cumulativa à luz ultravioleta, a pele clara, a idade avançada, as genodermatoses, a inflamação crônica, a exposição a substâncias tóxicas, a supressão imunológica e a infecção por HPV<sup>9</sup>.

O diagnóstico do CBC e do CEC se faz através da avaliação clínica, com anamnese, exame físico e dermatoscopia e é confirmado pelo exame histopatológico de biópsia da lesão. Essa pode ser realizada de forma incisional para as lesões maiores e de forma excisional para as menores<sup>5,10,11</sup>. Em relação ao tratamento, diversas técnicas podem ser utilizadas. A escolha varia dependendo do tipo, da localização, do tamanho e da profundidade do tumor. A excisão cirúrgica com sutura é um dos métodos mais utilizados. É bem indicada para CBCs maiores que 1,5 cm, nos membros e, particularmente, no dorso das mãos e para CECs maiores<sup>10-12</sup>.

A taxa de cura do CBC é de cerca de 95%, chegando a 99%, quando as margens histopatológicas estão livres de comprometimento pela neoplasia. A margem de segurança para lesões menores de 2 cm é, preferencialmente, de 4 mm (geralmente de 2 a 5 mm) e nas lesões maiores de 2 cm ou recidivantes grandes, de 1 até 3 cm. Quando a excisão é com margens menores que 0,38 mm, apresenta maior chance de recidiva, enquanto a probabilidade é menor quando o tumor permanece na borda lateral, após remoção do CBC, em comparação a tumores que permanecem com margem profunda comprometida ou quando ambas as margens são afetadas<sup>12</sup>. Segundo Kumar *et al.* (2002)<sup>13</sup>, quando o tumor é completamente retirado com margens livres, a taxa de recidiva é de 1% em 3 anos.

Quando comparado aos tumores com margens comprometidas, essa taxa eleva-se para 31% em 6 a 36 meses e cai para 12%, quando é feita uma nova ressecção<sup>5,11-13</sup>. Possuem maior probabilidade de apresentarem margens comprometidas aqueles tumores que aparecem em áreas nasais e periorbitais, lesões superiores a 2 cm e nos tipos superficial e esclerodermiforme<sup>14</sup>. Em relação ao CEC, a margem de segurança deve ser de 0,5 cm a 1cm na superfície e na profundidade, e sua taxa de cura gira em torno de 92%, caindo para 77% no caso de tumores recorrentes<sup>5,12</sup>.

O prognóstico relacionado ao CBC pode ser ruim em lesões que surgem em áreas fotoprotetidas, pois nesses casos, geralmente as lesões são diagnosticadas tardiamente e já apresentam maior diâmetro, podendo cursar com maior morbidade cirúrgica e metástases<sup>15,16</sup>. O aparecimento na pele negra também constitui fator de mau prognóstico, por também ser diagnosticado em estágios mais avançados e por essa população apresentar tumores mais agressivos. Mais de 50% dos tumores na pele negra são pigmentados, o que dificulta sua diferenciação com a ceratose seborreica pigmentada, o nevo melanocítico e o melanoma e acaba por retardar o diagnóstico. Tumores recidivados também apresentam pior prognóstico, quando comparados aos primários<sup>17</sup>.

As recorrências do CBC aparecem a partir de resquícios tumorais remanescentes da exérese cirúrgica, assim são mais frequentes quando são utilizados tratamentos sem possibilidade de controle microscópico das margens da lesão. Entre eles podemos citar a radioterapia, a criocirurgia, o uso de medicamentos tópicos e a eletrocauterização<sup>11</sup>. Nos casos de CBC em que se utilizou como tratamento a exérese cirúrgica, sem controle das margens, a taxa de recorrência variou entre 3,1% e 6,8% em cinco anos, com maior frequência nos primeiros seis meses, após tratamento. As lesões, cuja exérese cirúrgica foi realizada com controle de margem e que apresentaram comprometimento dessas margens, recidivaram em 15% a 67% dos casos, enquanto as que possuem margens livres, tiveram recorrência de 1,3% a 4%, mais comumente nos tumores superficiais multifocais e esclerodermiformes. As regiões de fendas embrionárias, como retroauricular, perinatal, periorbital, peripalpebral e couro cabeludo, são consideradas as de maior risco para recidivas<sup>16</sup>.

Relacionadas ao CEC, as recidivas ocorrem, geralmente, após dois anos da remoção cirúrgica, e as áreas mais propensas são o nariz, os lábios e as orelhas<sup>10</sup>.

O seguimento a longo prazo de todos os pacientes com história de câncer de pele do tipo não melanoma não é consensual, sendo considerado inviável ou desnecessário para alguns autores. A reabordagem cirúrgica de margens comprometidas, também, é outro tema muito controverso na literatura<sup>15</sup>.

Os cânceres de pele não melanoma representam os tipos mais diagnosticados em todo o mundo, sendo um tema de grande relevância. Avaliar as taxas de recidiva

desses tumores é de suma importância, principalmente no sentido de se adotarem medidas para minimizar essa ocorrência. Este estudo tem como objetivos avaliar a incidência de recidiva dos cânceres de pele do tipo não melanoma, na cidade de Presidente Prudente, SP, assim como determinar o perfil epidemiológico em relação ao sexo e à cor desses indivíduos e verificar a concordância dos valores encontrados com os dados nacionais.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, realizado a partir da revisão dos prontuários dos pacientes que apresentaram lesão de pele, cujo diagnóstico histopatológico foi de câncer de pele do tipo não melanoma (CBC e CEC), tratados cirurgicamente, com excisão completa da lesão, nos serviços de Oncologia, Dermatologia e Cirurgia Plástica do Hospital Regional de Presidente Prudente, São Paulo, no período de 2008 a 2018, buscando o número de recidivas, nos primeiros cinco anos após o tratamento cirúrgico.

Foram incluídos pacientes de qualquer idade, gênero ou cor, com diagnóstico histopatológico de câncer de pele não melanoma (CBC ou CEC), que receberam intervenção cirúrgica como forma de tratamento, sendo critério obrigatório que as margens cirúrgicas do tumor estivessem livres de comprometimento neoplásico. Foram excluídos da pesquisa pacientes com diagnóstico prévio de síndromes genéticas com predisposição ao aparecimento de câncer de pele, aqueles que receberam tratamento cirúrgico há mais de 10 anos e lesões cujo exame histopatológico evidenciava margens cirúrgicas comprometidas pela neoplasia.

As variáveis analisadas foram: diagnóstico de recidiva dos cânceres de pele do tipo não melanoma, nos primeiros 5 anos, após o tratamento cirúrgico; dados demográficos referentes ao gênero e à cor; fatores de risco como história de exposição solar e tabagismo; local da lesão; e data da cirurgia para calcular o tempo de recidiva, após a cirurgia.

Nos laudos histopatológicos do tumor, foram analisados os seguintes dados: tipo do câncer não melanoma (CBC ou CEC) e tamanho da exérese da lesão.

Inicialmente, os dados foram descritos por frequências absolutas e percentuais. Foram utilizados o teste Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fisher para comparação das variáveis categóricas, e foi utilizada ANOVA para as variáveis quantitativas. Foi adotado nível de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE (número 81349717.3.0000.551).

## 3. RESULTADOS

Foram revisados prontuários de 1.001 pacientes, referentes ao período de 2008 a 2018, dos quais 124 (12,4%) apresentaram recidiva e 877 (87,6%) não. Sobre o gênero, o masculino representou 91,1%

(n=113) dos casos de recidiva. Em relação à cor, 83,9% (104 casos) das recidivas ocorreram em pacientes brancos. A exposição solar ao longo da vida mostrou-se um fator de risco importante, relacionando-se a 96,8% (n=120) dos casos de recidiva. A maioria dos participantes (n=69; 55,6%) não era tabagista. A face mostrou-se como a região mais acometida em relação às lesões primárias (n=177; 87,2%), além de ser também o local mais comum de recidiva (n=70; 56,4%). Em relação ao tempo para recorrência, os casos de CBC apresentaram recidivas, cerca de 14 meses após a cirurgia, enquanto os casos de CEC recidivaram em média 6,8 meses após (Tabela 1).

Pela revisão dos laudos histopatológicos, foi identificado que o tipo de tumor recidivado pela maioria dos pacientes foi o CBC (n=134; 67,7%), seguido por ambos os tipos de câncer não melanoma - CBC e CEC - (n=50; 25,3%) e apenas CEC (n=14; 7,1%). O tamanho da exérese da lesão variou de 2 a 3,9 cm (n=53; 43,8%) na maioria dos pacientes, seguido por lesões de 0,5 a 1,9 cm (n=40; 33,1%) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Descrição da amostra dos casos de carcinoma basocelular e carcinoma espinocelular recidivados. Hospital Regional, Presidente Prudente, SP (2008 a 2018).

Variável	Opções	N (%)
Serviço do Hospital Regional*	Dermatologia	124 (61,1%)
	Oncologia	28 (13,8%)
	Cirurgia Plástica	80 (39,4%)
Gênero	Feminino	89 (44,1%)
	Masculino	113 (55,7%)
Cor†	Branca	104 (92,9%)
	Parda	8 (7,1%)
Exposição solar prévia†	Não	3 (2,8%)
	Sim	106 (97,2%)
Tabagismo†	Não	69 (80,2%)
	Sim	17 (19,8%)
Local de acometimento‡	Face	177 (87,2%)
	Pescoço	21 (10,3%)
	Região posterior do tronco	30 (14,8%)
	Região anterior do tronco	39 (19,2%)
	Membro superior	49 (24,1%)
Quantidade de locais de acometimento	Membro inferior	16 (7,9%)
	1	120 (60,3%)
	2	44 (22,1%)
	3	26 (13,1%)
	4	6 (3,0%)
Tipo de tumor§	5	3 (1,5%)
	Carcinoma basocelular	134 (67,7%)
	Carcinoma espinocelular	14 (7,1%)
	Carcinoma basocelular e carcinoma espinocelular	50 (25,3%)
Tamanho da exérese†	0,5cm a 1,9cm	40 (33,1%)
	2,0cm a 3,9cm	53 (43,8%)
	4,0cm a 5,9cm	16 (13,2%)
	>6cm	12 (9,9%)
Local da recidiva¶	Face	70 (56,0%)
	Pescoço	13 (10,4%)
	Região posterior do tronco	20 (16,0%)
	Região anterior do tronco	15 (12,0%)
	Membro superior	29 (23,2%)
Membro inferior	7 (5,6%)	

\*Porcentagens somam mais de 100% porque um mesmo indivíduo pode ter sido atendido em mais de um serviço do Hospital Regional;

†Prontuários com a informação; ‡Porcentagens somam mais de 100% porque um mesmo indivíduo pode apresentar mais de um local de acometimento;

§Há lesões que não preenchem os critérios de inclusão; ¶Porcentagens somam mais de 100% porque um mesmo indivíduo pode apresentar recidiva em mais de um local.

Foi evidenciada diferença estatisticamente significativa, segundo o tipo de tumor, recidivado quanto ao gênero, cor, idade, tamanho da exérese da lesão, ocorrência de recidiva, quantidade de locais de acometimento e tempo até a ocorrência da recidiva. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os tipos de tumor recidivado quanto ao histórico de exposição solar prévia e ao tabagismo (Tabela 2).

**Tabela 2.** Distribuição das variáveis estudadas segundo o tipo de tumor recidivado. Hospital Regional, Presidente Prudente, SP (2008 a 2018).

Variável	Opções	CBC	CEC	CBC e CEC	P-valor*
Gênero	Feminino	66 (49,3%)	5 (35,7%)	15 (30%)	0,0534†
	Masculino	68 (50,7%)	9 (64,3%)	35 (70%)	
Cor	Branca	64 (94,1%)	1 (33,3%)	36 (94,7%)	0,0003†
	Parda	4 (5,9%)	2 (66,7%)	2 (5,3%)	
Exposição solar prévia	Não	3 (4,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0,5863
	Sim	66 (95,7%)	3 (100%)	35 (100%)	
Tabagismo	Não	47 (83,9%)	1 (33,3%)	20 (76,9%)	0,0917
	Sim	9 (16,1%)	2 (66,7%)	6 (23,1%)	
Tamanho da exérese	0,5cm a 1,9cm	32 (42,1%)	2 (33,3%)	5 (13,9%)	0,0064†
	2,0cm a 3,9cm	32 (42,1%)	1 (16,7%)	18 (50,0%)	
	4,0cm a 5,9cm	8 (10,5%)	1 (16,7%)	7 (19,4%)	
	>6cm	4 (5,3%)	2 (33,3%)	6 (16,7%)	
Recidiva	Não	60 (44,8%)	10 (71,4%)	6 (12,2%)	<0,001†
	Sim	74 (55,2%)	4 (28,6%)	43 (87,8%)	
Idade	Média ± Desvio- Padrão	68,0 ± 12,6	65,6 ± 12,8	73,7 ± 11,2	0,0172†
Quantidade de locais de acometimento	Média ± Desvio- Padrão	1,5 ± 0,9	1,1 ± 0,4	2,1 ± 0,9	<0,001†
Se recidiva, quanto tempo após a cirurgia? (em meses)	Média ± Desvio- Padrão	14,1 ± 14,9	6,8 ± 4,6	15,7 ± 13,6	0,0238†

\*P-valor baseado no teste Qui-Quadrado e Teste exato de Fisher para as variáveis categóricas, e na ANOVA para as quantitativas; †significativo ao nível de significância de 5%.

#### 4. DISCUSSÃO

Os resultados encontrados são úteis para definir como se enquadra a cidade Presidente Prudente – SP, no âmbito nacional de recidivas de CBC e CEC. O sexo masculino e a cor da pele branca representaram a maior parte das recidivas, sendo a exposição solar crônica o fator de risco mais importante. A face foi a região de maior comprometimento em relação às lesões primárias e ao local mais comum de recidiva.

O número de recidivas identificadas neste estudo (12,4%), levando em consideração margens livres de

doença, porém sem respeitar o tamanho preconizado das margens excisadas, foi maior do que os relatados em outros trabalhos, que encontraram taxas que variaram entre 1,3% e 3,8%<sup>18-22</sup>. Esse maior número de recidivas, em discordância com outros estudos, pode ser justificado pelo fato de que em nosso estudo não foram consideradas margens cirúrgicas preconizadas para exérese de CBCs e CECs; além disso, existe a possibilidade de que os médicos possam ter negligenciado margens maiores e adequadamente livres, para garantir melhor efeito estético na ressecção das lesões; e, por fim, podemos considerar um terceiro viés, que colocaria em questionamento a veracidade dos anatomopatológicos, com possíveis margens comprometidas, mesmo quando considerados como margens livres.

Em relação aos valores das margens a serem extirpadas, preconizamos para os casos de CBC uma margem de segurança de 4 mm (geralmente de 2 a 5 mm) para lesões menores de 2 cm, de 2 cm para as lesões maiores ou valores de 1 até 3 cm para lesões recidivantes. Em relação ao CEC, a margem de segurança deve ser de 5 a 10 mm na superfície e na profundidade<sup>23,24</sup>.

Em nosso estudo, quando a exérese foi de 2,0 cm a 3,9 cm, houve um maior índice de recidiva. De acordo com a literatura, as taxas de recorrência variam significativamente, de acordo com as margens cirúrgicas realizadas. A excisão macro e microscópica completa do tumor constitui um fator prognóstico importante, uma vez que o comprometimento das margens está associado a uma maior chance de recorrência<sup>25</sup>.

Em uma série de casos de pacientes com CBCs faciais, tratados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp, foi identificada incidência de recidiva de 3,1% em 465 pacientes com 834 CBCs de face. Nos tumores incompletamente excisados, a recidiva foi 14,7%, enquanto nos tumores com margens livres, a recidiva ocorreu em 2,3%. O comprometimento da margem lateral pelo tumor, assim como das margens lateral e profunda, se associa significativamente com o risco de recidiva, independentemente do tipo histológico e da topografia<sup>19</sup>.

Um estudo realizado em Porto Alegre, com revisão dos prontuários dos pacientes submetidos à exérese primária de CBC na face, também evidenciou que margens comprometidas, tanto laterais quanto profundas, aumentam significativamente o risco para recidiva e diminuem o tempo livre de recidiva. No referido estudo, a recidiva ocorreu em 3,5% dos pacientes. O tempo livre de recidiva dos pacientes que apresentavam as margens comprometidas foi de 50,1 meses, enquanto o tempo livre de recidiva dos pacientes que apresentavam as margens livres foi de 58,6 meses<sup>18</sup>.

Este estudo evidenciou um tempo médio até a recidiva de 14,1 meses para CBC; 6,8 meses para CEC e 15,7 meses para CBC e CEC. Um estudo nacional

aponta um tempo médio até a recidiva de CBC de 18,6 meses, com máximo de 30 meses<sup>18</sup>; outro estudo evidenciou uma variação de dois meses a seis anos<sup>19</sup>. Esse tempo variável para diagnóstico de recidiva reforça a necessidade de seguimento anual, por período prolongado, a fim de evitar complicações e detectar precocemente a ocorrência de novos casos.

Em concordância com a literatura, nosso estudo evidenciou a área da face como a região mais acometida, tanto pela lesão primária quanto pelas lesões recidivadas dos cânceres de pele do tipo não melanoma<sup>18,19</sup>. A face é uma das regiões do corpo mais acometidas pela exposição solar, que é um importante fator de risco para o desenvolvimento de CBC, estando presente em 97,2% dos casos de recidiva identificados neste estudo.

Além da exposição solar, outros fatores de risco contribuem para o desenvolvimento de CBC, como a idade avançada, o sexo masculino, pele clara, tabagismo, imunidade comprometida, tratamento de psoríase e infecção pelo papiloma vírus humano (HPV)<sup>8</sup>. Corroborando essa definição, neste estudo, evidenciamos que a maioria dos casos de recidiva dos cânceres de pele do tipo não melanoma ocorreu em pacientes do sexo masculino e brancos. O tabagismo não foi um fator predominante na maioria dos casos de recidiva.

Os fatores de risco para a recorrência do CBC são mais relacionados às características da lesão e do quadro clínico do paciente, sendo importante avaliar a localização e o tamanho da lesão, o grau de definição das margens, o subtipo histológico tumoral, se a lesão é primária ou recorrente, se o paciente é imunocompetente ou imunossuprimido, se houve tratamento radioterápico prévio no sítio da lesão e se há presença de envolvimento perineural para determinar a conduta de seguimento mais adequada, para prevenir complicações decorrentes da recidiva<sup>18</sup>.

As limitações deste estudo, por se tratar de um estudo retrospectivo, envolveram a perda de alguns dados sociodemográficos e clínicos que poderiam enriquecer as análises e fornecer melhor caracterização da população estudada, além de que não foram consideradas as margens cirúrgicas preconizadas para exérese de CBCs e CECs.

## 5. CONCLUSÃO

A incidência de recidiva dos cânceres de pele do tipo não melanoma, na cidade de Presidente Prudente, SP, é de 12,4%, sendo 55,7% no sexo masculino e 92,9% em pacientes brancos. Essa taxa de recidiva está mais alta do que a encontrada na literatura. O período de maior taxa de recorrência encontrada neste estudo foi de um ano. A predominância do gênero masculino, da cor branca, a exposição solar ao longo da vida e a face como o principal local de acometimento do tumor e das recidivas estão em concordância com a literatura revisada.

## 6. REFERÊNCIAS

- [1] Ceballos AGC, Santos SL, Silva ACA, *et al.* Exposição solar ocupacional e câncer de pele não melanoma: estudo de revisão integrativa. *Rev Bras Cancerol* 2014; 60(3):251-8.
- [2] Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Pele não melanoma. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [acesso 13 jul. 2017]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/pele-nao-melanoma>
- [3] Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Pele melanoma. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [acess 13 jul. 2017]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/pele-melanoma>
- [4] A. C. Camargo Cancer Center. Pele não melanoma. São Paulo; 2022 [acesso 22 ago. 2023]. Disponível em: <https://accamargo.org.br/sobre-o-cancer/tipos-de-cancer/pele-nao-melanoma>
- [5] Rivitti EA. Tumores Epiteliais Malignos. In: Rivitti EA. *Dermatologia de Sampaio e Rivitti*. São Paulo: Artes Médicas; 2018. p. 1160-1175.
- [6] Basset-Seguín N, Herms F. Update in the management of basal cell carcinoma. *Acta Derm Venereol* 2020; 100(11):adv00140.
- [7] Corchado-Cobos R, García-Sancha N, González-Sarmiento R, Pérez-Losada J, Cañueto J. Cutaneous squamous cell carcinoma: from biology to therapy. *Int J Mol Sci* 2020; 21(8):2956.
- [8] da Silva RD, Dias MAI. Incidência do carcinoma basocelular e espinocelular em usuários atendidos em um hospital de câncer. *REFACS* 2017; 5(2):228-34.
- [9] Gutzmer R, Wiegand S, Kölbl O, Wermker K, Heppt M, Berking C. Actinic keratosis and cutaneous squamous cell carcinoma. *Dtsch Arztebl Int* 2019;116(37):616-26.
- [10] The Skin Cancer Foundation. Carcinoma de células escamosas. 2010 [acesso 27 ago. 2023]. Disponível em: <http://www.skincancer.org/pt-PT/squamous-cell-carcinoma>
- [11] The Skin Cancer Foundation. Carcinoma basocelular. 2010 [acesso em 27 ago. 2023]. Disponível em: <http://www.skincancer.org/pt-PT/basal-cell-carcinoma>.
- [12] Rodrigues O, Tejada VFS. Neoplasias malignas de pele: revisão bibliográfica com ênfase à abordagem cirúrgica. *Vittale* 2009; 21(1):73-85.
- [13] Kumar P, Watson S, Brain AN, *et al.* Incomplete excision of basal cell carcinoma: a prospective multicentre audit. *Br J Plast Surg* 2002; 55(8):616-22.
- [14] Rodrigues EW, Moreira MR, Menegazzo PB. Análise do tratamento do carcinoma basocelular. *Rev Bras Cir Plást* 2014; 29(4):504-10.
- [15] Wong CS, Strange RC, Lear JT. Basal cell carcinoma. *BMJ* 2003; 327(7418):794-8.
- [16] Chinem VP, Miot HA. Epidemiologia do carcinoma basocelular. *An Bras Dermatol* 2011; 86(2):292-305.
- [17] Benez MDV, Silva ALF, Veradino GC, *et al.* Carcinoma basocelular pigmentado simulando lentigo maligno melanoma em paciente negra. *Surg Cosmet Dermatol* 2011; 3(2):173-5.
- [18] Laranjeira FF, Nunes AGP, Oliveira HM, *et al.* Fatores prognósticos de recidiva no carcinoma basocelular da face. *Rev Bras Cir Plást* 2019; 34(0):37-9.
- [19] Ocanha JP, Dias JT, Miot HA, *et al.* Recidivas e recorrências de carcinomas basocelulares da face. *An Bras Dermatol* 2011; 86(2):386-8.

- [20] Goh BK, Ang P, Wu YJ, *et al.* Characteristics of basal cell carcinoma amongst Asians in Singapore and a comparison between completely and incompletely excised tumors. *Int J Dermatol* 2006; 45:561-4.
- [21] Griffiths RW, Suvarna SK, Stone J. Do basal cell carcinomas recur after complete conventional surgical excision? *Br J Plast Surg* 2005; 58:795-805.
- [22] Staub G, Revol M, May P, *et al.* Excision skin margin and recurrence rate of skin cancer: a prospective study of 844 cases. *Ann Chir Plast Esthet* 2008; 53:389-98.
- [23] National Comprehensive Cancer Network Guidelines. Basal Cell Skin Cancer. Version 2.2021. Pennsylvania: NCCN; 2021 [acesso 21 ago. 2023]. Disponível em: <https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/basal-cell-patient-guideline.pdf>
- [24] National Comprehensive Cancer Network Guidelines. Squamous Cell Skin Cancer. Version 2.2021. Pennsylvania: NCCN; 2021 [acesso 21 ago. 2023]. Disponível em: [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/squamous.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/squamous.pdf)
- [25] Bueno Filho R, Fantini BC, Santos CA, *et al.* Attributes and risk factors of positive margins on 864 excisions of basal cell carcinomas: a single-center retrospective study. *J Dermatolog Treat* 2020; 31(6):589-96.

