

ARTIGO DE REVISÃO

Perfil clínico e histopatológico dos Carcinomas Basocelulares no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago

Marina Amaral Costa¹, Daniel Holthausen Nunes²

Resumo

Introdução: O carcinoma basocelular é o câncer da pele mais comum na raça humana, compreendendo 75% dos tumores epiteliais malignos. Representa o câncer mais freqüente nos caucasianos e com uma estimativa de casos novos em Santa Catarina que corresponde ao dobro da média nacional.

Objetivos: Determinar o perfil clínico e histopatológico dos carcinomas basocelulares diagnosticados no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago no ano de 2003 e verificar possíveis associações entre as variáveis estudadas.

Método: Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, transversal, onde foram revisados os prontuários dos pacientes com diagnóstico de carcinoma basocelular no Hospital Universitário no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2003. As variáveis revisadas foram: sexo, idade, cor, ocupação, origem e tipo histopatológico.

Resultados: Foram identificadas 188 lesões de carcinoma basocelular nos 157 pacientes estudados, cuja maioria era do sexo feminino (57,32%) e da raça branca (98,73%), apresentando lesão única, predominantemente em região cefálica (75% das lesões, sendo que 36,88% destas na região nasal). A idade média encontrada foi de 59 anos e a grande maioria dos pacientes apresentava mais de 40 anos. O tipo histopatológico mais freqüente foi o sólido circunscrito (46,8% das lesões).

Conclusões: Os cânceres basocelulares

encontrados no estudo fazem parte do padrão encontrado na literatura de acordo com idade, localização anatômica e tipo histológico.

Descritores: 1. Câncer de pele;
2. Carcinoma basocelular;
3. Patologia.

Abstract

Introduction: The basal cell carcinoma is the most common skin cancer in human race, counting for 75% of all malignant epithelial tumors. It represents the most frequent cancer in Caucasians and has an estimate of new cases in Santa Catarina that corresponds to twice as the national average.

Objectives: To determine the clinical and histopathological profile of basal cell carcinoma diagnosed at the Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago in the year 2003 and to verify possible associations between the studied variables.

Methods: This is a retrospective, descriptive, transversal study, which were reviewed patient files of patients with basal cell carcinoma diagnosis at the Hospital Universitário in the period from 1st of January to 31st December 2003. The variables considered were: sex, age, skin color, occupation, origin and histopathological type.

Results: Were identified 188 injuries of basal cell carcinoma in the 157 studied patients, whose most of them were females (57,32%) and white skin (98,73%), showing a single injury (83,5%), predominantly in cephalic region (75% of the injuries, being 36,88% in the nasal region). The average of age was of 59 years and the great majority of the patients had over 40 years. The

¹Médica residente em Clínica Médica do Hospital Governador Celso Ramos e graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

²Mestre e médico dermatologista do Departamento de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Clínica Médica do Hospital Prof Polydoro Ernani Santiago da Universidade Federal de Santa Catarina

most frequent histopathologic type was nodular (46,8% of injuries).

Conclusions: The basal cell carcinoma found in this study match the pattern described in the literature according to age, anatomic localization and histopathological type.

Key words: 1. *Skin cancer;*
2. *Basal cell carcinoma;*
3. *Pathology.*

Introdução

O câncer de pele é a neoplasia mais frequente nos seres humanos¹, sua ocorrência tem experimentado um considerável aumento nos últimos anos constituindo o tipo mais comum de neoplasias em países onde predomina a raça branca.^{2,3} Dentre elas, há o Melanoma Maligno e as Neoplasias de Pele não Melanoma cujo exemplos são o Carcinoma Basocelular (CBC) e Carcinoma Escamocelular (CEC). Apesar da alta incidência, estas doenças apresentam prognóstico favorável desde que o diagnóstico seja realizado precocemente e o manejo terapêutico seja feito o mais breve e adequado possível. Além disso, atualmente, há a disponibilidade de eficientes programas de screening para neoplasias de pele, que possibilitam ao indivíduo obter conhecimento a respeito de meios de prevenção e da periculosidade da exposição em excesso aos raios ultravioletas, identificar os primeiros sinais da doença e buscar o tratamento.⁴

Em países como a Austrália, cujas taxas de incidência são as mais altas do mundo, o câncer de pele tornou-se importante problema de saúde pública, tanto pelo caráter prevenível da doença como pela sua morbidade e mortalidade.⁵ De acordo com a Fundação do Câncer de Pele dos Estados Unidos, um em cada seis americanos irão desenvolver esse tipo de câncer em algum momento de suas vidas.⁶ Estima-se que um milhão de novos casos sejam reconhecidos por ano neste país.⁷ No Chile, realizou-se um estudo de incidência do câncer de pele e encontrou-se um incremento de 43% entre 1992 e 1998.⁸ Os dados do INCA (Instituto Nacional de Câncer) informam também que o número de casos novos de câncer de pele não melanoma estimados para o Brasil em 2006 é 61160 casos em mulheres e 55489 em homens. Estes valores correspondem a um risco estimado de 65 e 61 casos novos cada 100 mil mulheres e homens respectivamente.

O Carcinoma Basocelular é o tipo de câncer mais comum em humanos, correspondendo à cerca de 75% do total dos tumores malignos cutâneos^{9,10}, e sua incidência vem aumentando nos últimos anos. O conhecimento de sua histogênese e sua epidemiologia tem se tornado mais claro devido a estudos capazes de identificar fatores de risco e formas de prevenção.¹¹ Houve progressos na compreensão de seu comportamento biológico devido a sua variedade de formas clínicas e histopatológicas. Seu reconhecimento tornou-se mais apurado devido ao emprego de técnicas que aumentaram a acurácia diagnóstica, assim como as formas de tratamento tornam-se cada vez mais aperfeiçoadas. Sendo assim, o prognóstico do CBC melhorou consideravelmente nas últimas décadas graças ao diagnóstico mais precoce, à melhora nas medidas terapêuticas e à maior conscientização da população sobre a neoplasia, fruto das campanhas educacionais. Nesse contexto, é importante ressaltar que apesar de as campanhas serem direcionadas a toda população, o grupo de pessoas que apresenta mais fatores de risco de desenvolver o CBC deve ser o maior beneficiado e, dessa forma, tornam-se fundamentais estudos, como este, que objetiva determinar o perfil clínico e histopatológico dos CBCs, no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago no ano de 2003.

Métodos

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, transversal, onde foram verificadas as principais características das lesões diagnosticadas como carcinoma basocelular de uma determinada população. Foram revisados, retrospectivamente, 5336 resultados de biópsias referentes ao período de 01 de janeiro de 2003 a 31 de dezembro de 2003, enviados ao Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (SAP-HUPEST-UFSC). Deste total, 828 biópsias foram solicitadas pelo Serviço de Dermatologia do referido hospital, sendo considerados para a pesquisa 188 laudos cujo diagnóstico foi Carcinoma Basocelular. Na sequência foram selecionados os prontuários dos pacientes referentes aos laudos supracitados.

Foram excluídos da pesquisa as biópsias realizadas em pacientes que não haviam consultado no HUPEST-UFSC, bem como as biópsias não realizadas pelo Serviço

de Dermatologia do HUPEST-UFSC. Também foram excluídos os duplos diagnósticos (tumores primeiramente biopsiados e num segundo momento excisionados).

Todas as informações foram obtidas através da análise de 157 prontuários médicos e foram catalogados em bancos de dados no Microsoft Excel 2000. As variáveis estudadas foram: idade, sexo, cor, distribuição anatômica da lesão e tipo histológico do CBC (classificados de acordo com o proposto por Lever¹², que classifica os tumores em diferenciados (queratóticos, CBC com diferenciação sebácea e CBC adenóide), indiferenciados (sólidos circunscritos ou infiltrativos) e ainda: esclerodermiforme, superficial e Fibroepitelioma de Pinkus. Os CBCs cuja amostras histológicas não eram suficientes para que pudessem ser classificadas foram classificados como “não especificado”).

O projeto de pesquisa foi devidamente encaminhado à Coordenadoria de Pesquisa do Departamento de Clínica Médica, sendo aprovado em reunião do Colegiado, e também ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UFSC, onde foi aprovado por unanimidade.

Resultados

Dos 5336 resultados de biópsia referentes ao período de 2003, 828 biópsias eram de pacientes do Serviço de Dermatologia do HUPEST-UFSC. Destas, 188 correspondiam a lesões diagnosticadas como Carcinoma Basocelular no momento de seu primeiro exame anátomo-patológico. Foram analisados os 157 prontuários de pacientes correspondendo ao total de 188 lesões. Portanto, na distribuição de pacientes por número de tumores, a maioria expressiva apresentava apenas um tumor (83,5%). A distribuição dos casos quanto ao gênero foi de 90 casos para o sexo feminino (57,32%) e de 66 casos para o sexo masculino (42,04%). Em um prontuário não havia informação sobre o sexo do paciente.

Quanto à idade dos pacientes, houve variação entre 26 e 92 anos. A média de idade foi 59 anos. No Gráfico 1, demonstra-se a distribuição percentual dos carcinomas basocelulares de acordo com a faixa etária, e visualiza-se que a faixa etária com maior incidência dessa neoplasia é a de 61 a 70 anos (24,2%). 84,1% dos pacientes apresentaram-se entre 41 e 80 anos.

O tipo histológico sólido circunscrito foi o mais prevalente (46,81%), seguido pelo superficial (13,30%). 23,94% das lesões foram consideradas como CBCs sem outras especificações. (GRÁFICO 2) O tipo superficial

atingiu 66,67% dos pacientes na faixa etária entre 21 e 30 anos. Na faixa etária entre 31 e 40 anos, tanto o tipo histológico sólido circunscrito, como o tipo superficial apresentou 28,57% das lesões. Nas demais faixas etárias, o tipo histológico sólido circunscrito foi o mais frequente. (GRÁFICO 3)

Cento e cinquenta e cinco pacientes (98,73%) eram de cor branca. Os prontuários de dois pacientes (1,27%) não apresentavam informações quanto às suas cores de pele. Nenhum paciente apresentava a cor negra ou parda.

Segundo a distribuição anatômica, 141 lesões (75%) localizavam-se na região da cabeça; membros superiores e tronco apresentaram, cada um, 16 lesões (8,51%), região cervical e membros inferiores, cada um, apresentaram 6 lesões correspondendo a 3,19%. Três laudos não apresentavam a localização da lesão. (GRÁFICO 4) Das 141 lesões na região da cabeça, 52 (36,88%) localizavam-se no nariz, 25 (17,73%) na região malar, 12 (8,51%) na região temporal e 11 (7,80%) na região frontal. Considerando-se as regiões do nariz, 33 lesões (63,46%) apresentavam-se no dorso nasal, 15 (28,85%) na asa nasal e apenas 4 (7,69%) na ponta nasal. Em ambos os sexos o local mais acometido pelos CBCs foi a região da cabeça, representando 70,09% e 81,25% dos casos no sexo feminino e masculino, respectivamente. Todos (3,19%) os casos apresentados de CBC região de membros inferiores foram encontrados no sexo feminino, correspondendo a 5,61% dos casos desse sexo.

Discussão

Neste estudo, pôde-se observar que as biópsias dermatológicas perfizeram 18,27% do total de biópsias realizadas no período de janeiro a dezembro de 2003, o que demonstra uma grande participação do Serviço de Dermatologia nas solicitações ao SAP – HUPEST. Em um estudo realizado na China analisando biópsias de 1980 a 2000 observou-se que as biópsias dermatológicas compreenderam somente 0,34% no período de 1980 a 1990 e 0,58% no período subsequente.¹³

O número de casos de cânceres basocelulares, considerando apenas as biópsias incisionais realizadas no SAP-HUPEST, neste mesmo ano, foram 188. Isso representa 22,70% dos diagnósticos encontrados e solicitados pelo Serviço de Dermatologia do HUPEST. Sampaio,⁹ refere que o diagnóstico dos CBCs deve ser confirmado histopatologicamente e diversos estudos, na literatura, afirmam que os cânceres de pele representam

um terço do total de neoplasias no ser humano, sendo o Carcinoma Basocelular o câncer de pele mais comumente observado.^{14,15,16,17,18} Dessa maneira, observa-se a importante contribuição da percentagem encontrada de CBCs quando comparada às demais biópsias dermatológicas. É interessante ressaltar que o estado onde o estudo foi desenvolvido, apresenta, segundo dados do INCA¹, um risco estimado de câncer de pele não melanoma para cada 100 mil indivíduos superior aquele encontrado na região sul e quase o dobro da taxa brasileira.

Os achados encontrados nesse estudo assemelham-se aos da literatura nacional e internacional em importantes aspectos. Embora se tenha observado que alguns pacientes apresentavam mais de um tumor, a expressiva maioria (83,5%) apresentava apenas uma lesão. Essas observações são similares às de Bandeira¹¹ que observou apenas uma lesão na maioria (89,2%) dos pacientes e às de Kikuchi¹⁹ que, estudando 243 casos, observou a multiplicidade de tumores em apenas quatro indivíduos.

Houve predomínio do sexo feminino, com 57,32%. Na literatura, a incidência de CBC no sexo feminino variou entre 45,8 a 55,7%.^{5,11,20,21,22} Também é mencionado, em alguns trabalhos, que a maior incidência de CBC em indivíduos do sexo masculino estaria relacionada ao padrão de vida dos homens devido sua vida mais pública, a chamada “outdoor exposure”.²³ Entretanto, este padrão tem mudado nas últimas décadas, com a maior participação da mulher no mercado de trabalho e na vida social, justificando, por conseguinte, o aumento da incidência no sexo feminino.²³

A principal faixa etária observada coincide com a literatura, apresentando seu pico entre 41 a 70 anos.²⁴ Em nosso estudo, o indivíduo mais jovem apresentava 26 anos, enquanto o mais idoso 92, apresentando uma média de idade de 59 anos. A média de idade, citada na literatura, variou entre 64,6 e 71,4 anos.^{20,21,25,26}

De acordo com a classificação proposta por Lever¹², não foram encontradas, no estudo, as variantes: CBC com diferenciação sebácea, ceratótico e Fibroepitelioma de Pinkus. E, corroborando com nosso estudo, a literatura cita o tipo histológico sólido como o mais freqüente, variando a incidência numa média de 56%.²⁶ Em um estudo realizado por Friedrich,²⁷ 83% dos casos correspondiam aos tipos sólido circunscrito ou infiltrativo, 10% ao esclerodermiforme e 3% ao superficial. Pinto,²⁸ também observou que a variedade com padrão de crescimento sólido circunscrito foi o subtipo com maior

freqüência de ocorrência. Este mesmo autor referiu que as variedades mais freqüentes com padrão difuso foram superficial e esclerodermiforme. No presente estudo, verificamos que 46,41% das lesões correspondiam ao tipo sólido circunscrito e 10,64% ao tipo sólido infiltrativo, perfazendo um total de 57,05%, e 13,3% correspondiam ao padrão superficial, sendo, portanto, semelhante a alguns dados da literatura.^{27,28} Diferentemente de nosso estudo, Nasser,²² em um estudo realizado em Blumenau, encontrou com maior freqüência o subtipo superficial e, no mesmo trabalho, ressaltou a importância do subtipo esclerodermiforme, um dos mais agressivos, que atingiu 10% dos casos naquela amostra.

Ao analisarmos a freqüência das faixas etárias com relação ao tipo histológico, é importante ressaltar que 2 dos 3 indivíduos mais jovens que fizeram parte do estudo (faixa etária dos 21-30) apresentaram o padrão superficial. Este dado coincide com os da literatura que refere que o tipo histológico superficial, especialmente em tronco, afeta indivíduos cuja média de idade é significativamente menor que nos demais tipos histológicos.²⁰ A análise das demais faixas etárias quando comparadas com o tipo histológico não revelou grandes diferenças. Em todos os demais grupos, a variante sólido circunscrito foi a mais freqüente.

Essa neoplasia ocorre mais frequentemente em indivíduos de pele clara, sendo rara em pessoas de origem asiática e muito infreqüente em negros.^{5,29} Verificamos que 98,73% de nossos pacientes apresentavam a cor branca. Nenhum paciente apresentou cor parda ou negra. Dois estudos semelhantes, realizados em Londrina³⁰ e Porto Alegre¹³, encontraram 98,97% e 99,6% dos pacientes, respectivamente, correspondiam a indivíduos brancos. A raça branca possui menos pigmentos melânicos do que os morenos e negros, estando por isso mais sujeita aos efeitos da radiação solar.^{9,31} Indivíduos de pele branca, que apresentam maior dificuldade para bronzear e tendência a queimaduras solares, além de olhos e cabelos claros, apresentam maior risco de desenvolver um CBC.¹² Conforme já foi citado, há evidências epidemiológicas que indicam que existe relação entre excessiva exposição solar e o risco de desenvolver um câncer de pele, sendo a radiação ultravioleta o mais importante fator de risco.^{5,32}

Nesta análise, as principais localizações dos tumores foram: região da cabeça (75% dos casos), seguida por membro superior e tronco (cada um representando 8,51% dos casos) e região cervical e membro inferior (3,19% dos casos cada um). Tal resultado assemelha-se aos de

Bandeira e cols.,¹¹ que, em seu estudo, encontrou 73% dos tumores na região da cabeça, 18,9% na região do tronco, 5,5% dos casos na região de membros superiores e 1,7% dos casos na região dos membros inferiores.

A literatura demonstra claramente a predominância dos CBCs em regiões fotoexpostas.²⁰ Assim como em nosso estudo, a cabeça é a região topográfica mais afetada, variando sua frequência entre cerca de 70 a 80% dos casos.^{2,5,22,24} Ao considerarmos a frequência de casos na região da cabeça associada à região do pescoço, em nosso estudo, encontramos 78,19% dos casos. Na literatura, a percentagem nessas condições varia de 89 a 97%.^{22,30} Walling et al.,¹⁵ menciona que 70% dos casos primários dos CBCs, 85% dos casos de metástases e 90% dos casos de recorrência ocorrem na região da cabeça e pescoço.

Na face, segundo a literatura, a região nasal é a mais comumente atingida, variando numa frequência de 28 a 66%.^{26,33} No presente estudo, a região nasal representou 36,88% das lesões. Diante da significativa frequência de CBCs na região da cabeça, é interessante ressaltar que a região palpebral é uma localização de especial importância devido à proximidade com o globo ocular, podendo o tumor atingir órbita, cavidade nasal e seios da face.^{34,35} Representa porcentagem que varia de 75 a 92% dos tumores malignos da pálpebra, ocorre mais em idosos, especialmente na faixa etária dos 50 aos 70 anos.³⁵ O tipo mais frequente no Brasil é o sólido (64%) e ocorre, principalmente na pálpebra inferior (cerca de 56,4% dos casos).³⁶ Em nosso estudo, todos os casos de tumores palpebrais (2,66% do total e 3,55% dos tumores na região cefálica) localizavam-se na pálpebra inferior.

Nasser²² constatou que 63,64% dos casos de CBC na região do pavilhão auricular ocorriam em indivíduos do sexo masculino e sugeriu uma provável associação com o comprimento dos cabelos que cobrem o pavilhão auricular feminino, com conseqüente proteção natural contra radiação ultravioleta. Nosso estudo encontrou 10 lesões em região auricular (5,32% dos casos), porém, não buscamos diferenciar a prevalência entre homens e mulheres.

Conforme foi verificado em nosso estudo, a frequência de carcinomas basocelulares na região de tronco e membros costuma variar entre 6 a 18%.^{5,22} Os tumores no tronco têm tendência a serem mais largos (entre 0,5 a 22cm) e costumam acometer mais o sexo masculino, dado não observado em nosso estudo.⁵ A literatura informa que os tipos histológicos mais encontrados nessa região são o sólido e superficial, dado

igualmente observado em nosso trabalho.^{5,22} Com relação aos tumores localizados em membros, fato interessante foi observado por Pearson e cols.³⁷ Em seu estudo, realizado nos Estados Unidos, observou-se que as neoplasias no sexo masculino ocorriam predominantemente no lado esquerdo do corpo, enquanto no sexo feminino, no lado oposto. A explicação proposta para essa diferença é o fato de o homem, frequentemente assumir a posição de motorista (lado esquerdo dos automóveis no país onde o estudo foi realizado) e a mulher a posição de acompanhante, por conseguinte, os seus lados direito e esquerdo, respectivamente, estariam protegidos do excesso de raios ultravioletas. Essa constatação corrobora, mais uma vez, o fator exposição ao sol como importante fator de risco de desenvolvimento dos CBCs.

Da mesma forma, o CBC em membros inferiores é mais frequente em mulheres e essa informação está também, segundo Pearson e cols.,³⁷ relacionada à exposição excessiva ao sol. Roupas femininas como saias curtas ou “shorts” permitem maior exposição ao sol e, potencialmente, mais CBCs se formam neste local. O tipo histológico superficial é o mais frequente e é considerado o mais comum em regiões de exposição intermitente ao sol, como os membros inferiores.^{37,38} Em nosso trabalho, 3,19% dos casos ocorreram em membros inferiores. Essa incidência é similar a estudos prévios que mostram uma variação de 1,3 a 13,5% das lesões em membros inferiores. Na série de Pearson e cols.³⁷, 4,9% das lesões em mulheres e 1,3% daquelas em homens apresentavam esta localização; isso representa 2,2% do total da série. No mesmo estudo, a maior parte dos CBCs localizados nas extremidades inferiores apresentavam o tipo histológico superficial, seguido do sólido, tal como foi observado no presente estudo.

Diante dos resultados encontrados neste trabalho, pode-se notar a importância das medidas de prevenção contra esta doença, que possui um prognóstico favorável se precocemente diagnosticada e adequadamente tratada. Medidas que poderiam ser conhecidas através de adequadas políticas públicas que se engajariam em campanhas informativas sobre prevenção, bem como na viabilização de centros de referência para o tratamento dos CBCs.

Referências Bibliográficas:

1. Gomes DC, Oliveira JP, Duarte KS, Santos MO, Rebelo MS, Reis RS, et al. Estimativa 2006

- Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2005.
2. de Vries E, van de Poll-Franse LV, Louwan WJ, Gruijl FR, Coebergh JWW. Predictions of skin cancer incidence in the Netherlands up to 2015. *British Journal of Dermatology*. 2005; 152: 481-8.
 3. Nancy GRL. Características clínico-patológicas de los tumores malignos de piel en el Hospital Daniel A. Carrión 1998-2001. *Folia dermatol. Peru* 2004; 15(1):11-17.
 4. Nikkels AF, Nikkels-Tassoudji N, Jerusalém-Noury E, Sandman-Lobusch H, Spröten G, Zeimers G, et al. Skin cancer screening campaign in the German speaking Community of Belgium. *Acta Clin Belg*. Jul-Ago; 59(4):194-8.
 5. Maafs E, Barreda FDL, Delgado R, Mohar A, Alfeirán A. Basal cell carcinoma of trunk and extremities. *International Journal of Dermatology* 1997; 36:622-8.
 6. Diepgen TL, Mahler V. The epidemiology of skin cancer. *British Journal of Dermatology*. 2002;146(61):1-6.
 7. Nora AB, Panarotto D, Lovatto L, Manozzo M. Frequência de aconselhamento para prevenção de câncer de pele entre as diversas especialidades médicas em Caxias do Sul. *An Bras Dermatol* 2004 fev; 79 (1).
 8. Zemelman V, Roa J, Diaz C. Aumento de la incidencia del cáncer cutáneo em hospitales públicos de la Región Metropolitana (1992-1998). *Rev Chil Dermatol*. 2001;17(3):180-5.
 9. Sampaio S.A.P., Rivitti E.A. *Dermatologia* 2 ed São Paulo: Artes Médicas; 2001. 878-86.
 10. Mantese SAO, Berbert ALCV, Gomides MDA, Rocha A. Carcinoma Basocelular – Análise de 300 casos observados em Uberlândia – MG. *An Bras Dermatol* 2006;81(2):136-42.
 11. Kopke LFF, Schmidt SM. Carcinoma Basocelular. *An bras Dermatol*. 2002 mai/jun; 77(3): 249-85.
 12. Lever WF, Lever GS. *Histopatologia da pele* vol 2 7 ed. São Paulo: Manole; 1991.
 13. Kwok YK, Giam YC, Tan SH, Sim CS. A retrospective study of melanocytic naevi at the National Skin Centre. National Skin Centre, 1 Mandalay Road, Singapore 308205. *Ann Acad Med Singapore* 2001 Jan; 30(1):32-7.
 14. Marini M, Cabo H, Jaimovich L, Cabrera H, Stengel F, Abeldaño A, et al. Consenso sobre Carcinoma Basocelular Carcinoma Espinocelular. [consenso na Internet]. Buenos Aires: Sociedade Argentina de Dermatologia; 2005 [acesso em 23 novembro 2005]. Disponível em: http://www.bago.com/bolivia/html/doc_pdf/basoespino.pdf
 15. Walling HW, Fosko SW, Geraminejad PA, Whitaker DC, Arpey CJ. Aggressive basal cell carcinoma: Presentation, pathogenesis, and management. *Câncer and Metastasis* Rewies Klumer Academic Publishers. 2004; 23: 389-402.
 16. Naldi L, DiLandro A, D'Avanzo B, Parazzini F and The Oncology Cooperative Group of the Italian Group for Epidemiological Research in Dermatology (GISED). Host-related and environmental risk factors for cutaneous basal cell carcinoma: Evidence from an Italian case-control study. *J Am Acad Dermatol* 2000;42:446-52.
 17. Maia M, Proença NG, Moraes JC. Risk factors for CBC: a case-control study. *Rev Saúde Pública*. 1995 fev;29 (1).
 18. Heckmann M, Zogelmeier F, Konz B. Frequency of facial Basal Cell Carcinoma does not correlate with site-specific UV exposure. *Arch Dermatol*. 2002; 138: 1494-7.
 19. Kikuchi A, Shimizu H, Nishikawa T. Clinical and histopathological characteristics of basal cell carcinoma in Japanese patients. *Arch. Dermatol*. 1996;132; 320-4.
 20. Arranz RF, Rubio JFP, Salvado MMV, Sordo VV. Descriptive epidemiology of basal cell carcinoma and cutaneous squamous cell carcinoma in Soria (north-eastern Spain) 1998-2000: a hospital-based survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004 mar;18(2):137-41.
 21. Walther U, Kron M, Sander S, Sebastian G, Sander R, Peter RU, et al. Risk and protective factors for sporadic basal cell carcinoma: results of a two-centre case-control study in southern Germany. *Clinical actinic elastosis may be a protective factor. British Journal of Dermatology* 2004; 151:170-8.
 22. Nasser N. Epidemiologia dos carcinomas basocelulares em Blumenau, SC, Brasil, de 1980 a 1999. *An Bras Dermatol*. 2005 jul/ago; 80(4).
 23. Fitzpatrick TB. *Dermatology in general Medicine*. 3ed Mc Graw-Hill Book Company, 1997. 2v. V1. p759-765.
 24. Gordon PM, Cox NH, Paterson PW, Lawrence CM. Basal cell carcinoma: are early appointments justifiable? *British Journal of Dermatology* 2000; 142:446-8.

25. Ortega JT, Pérez RG, Valdés GM, Sardiñas HG. Características clínicas y patológicas del carcinoma basocelular:revisión de 125 casos/ Clinical and pathological aspects of the basal cell carcinoma:review of 125 cases. Bol Hosp San Juan de Dios. 2001 ene-feb; 4(1): 23-7.
26. Bernuy J, Puccio FGB. Aspectos histopatológicos del carcinoma basocelular en el Hospital Nacional Cayetano Heredia durante los años 1998-2001/ Histopathologic characteristics of basal cell carcinoma at Cayetano Heredia Hospital between 1998-2001. Folia dermatol.peru.2003 abr; 14(1): 21-7.
27. Friedrich RE, Giese M, Li L, Schenk Y, Schmelze R. Diagnosis, treatment and folow-up control in 124 patients with basal cell carcinoma of the maxillofacial region treated from 1992 to 1997. Anticancer Res. 2005 May-Jun; 25(3A):1693-7.
28. Pinto JG. Estudio histopatológico del epiteloma basocelular em el Hospital Militar Central Cr. Luis Arias Schreiber desde enero de 1989 a diciembre de 1994. Arequipa; UNSA; ago. 1995. 90
29. Nouri K, Romanelli P, Trent JT, Favid R, Jimenez G. Rare presentations of Basal Cell Carcinoma. J Cutan Méd Surg 2002, 226-8.
30. Minelli L, PereiraVL, Dagher L. Estatística do carcinoma basocelular em Londrina, Paraná, Brasil./ Statistics on basal cell carcinoma in Londrina, Paraná, Brazil. Bol Oficina Sanit Panam. 1982; 93(1):10-7.
31. Azulay RD, Azulay DR. Dermatologia. Rio de Janeiro: Ganabara Koogan; 1985 pp 232-5.
32. Tran KCH, Shumack S. Epidemiology and aetiology of basal cell carcinoma. British Journal of Dermatology. 2003; 149 (66): 50-2.
33. Ceylan C, Ozturk G, Alper S. Non-melanoma skin cancers between the years of 1990 and 1999 in Izmir, Turkey: demographic and clinicopathological characteristics. J Dermatol. 2003 Feb;30 (2):123-31.
34. Salomon J, Bieniek A, Baran E, Szepietowski JC. Basal cell carcinoma on the eyelids:own experience. Dermatol Surg 2004 Feb; 30 (2 Pt 2):257-63.
35. Ish LA, Pereira IC, Schellini AS, Marques MEA, Padovani CR. Carcinoma basocelular da pálpebra – fatores relacionados com a recidiva tumoral. An Bras.Dermatol. 2004 jul/ago; 79 (4).
36. Cabrera CGG, Silva DS, Márquez IF. Carcinoma basocelular de los párpados. Rev Cubana Oftalmol 2001;14 (2):120-4.
37. Pearson G, King LE, Boyd AS. Basal cell carcinoma

of the lower extremities. International Journal of Dermatology. 1999; 38:852-4.

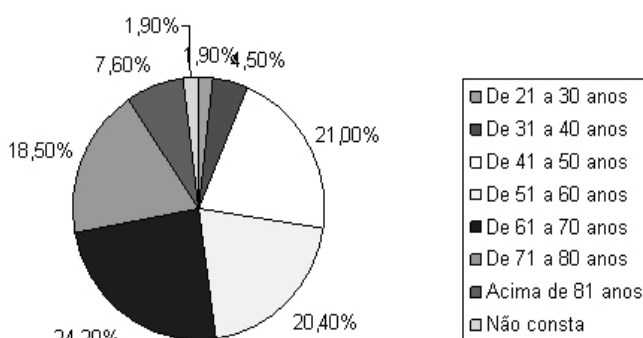
38. Gonçalves MPP, Barbosa AA, Pimenta LG, Silva AL. Epidemiologia e tratamento do câncer de pele. Rev Méd Minas Gerais. 1996 jan-mar; 6(1):8-11.

Endereço para correspondência:

Marina Amaral Costa

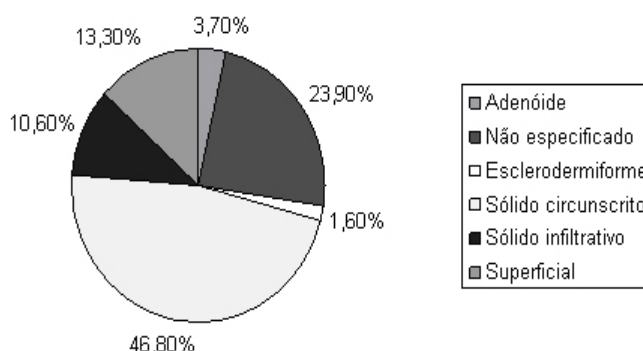
Rua Germano Wendhausen 32 ap 301 Florianópolis SC

Gráfico 1: Distribuição percentual dos CBCs segundo a faixa etária do paciente.



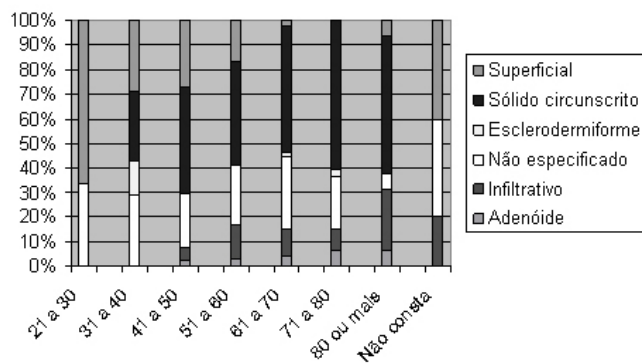
Fonte: SAME – HUPEST – UFSC 2003.

Gráfico 2: Distribuição dos tumores de acordo com o tipo histológico da lesão.



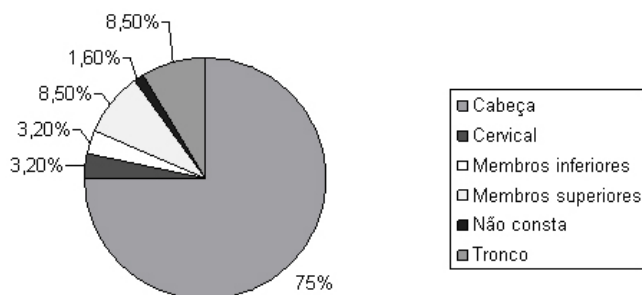
Fonte: SAME – HUPEST – UFSC 2003.

Gráfico 3: Distribuição dos pacientes conforme faixa etária do paciente e tipo histológico da lesão.



Fonte: SAME - HUPEST - UFSC 2003.

Gráfico 4: Frequência das lesões de acordo com a distribuição anatômica



Fonte: SAME - HUPEST - UFSC 2003