

Perfil epidemiológico dos diagnósticos obtidos por biópsias de pele no município de Mineiros - GO em 33 anos (1985 a 2017)

Epidemiological profile of diagnostics obtained by skin biopsies in the municipality of Mineiros - GO in 33 years (1985 to 2017)

DOI:10.34117/bjdv6n12-688

Recebimento dos originais: 30/11/2020

Aceitação para publicação: 28/12/2020

Diogo Velasco Valadão

Formação acadêmica mais alta: ensino superior incompleto.
Instituição de atuação atual: Faculdade Morgana Potrich - FAMP
Endereço: Rua E 5 q 14 l 10 Vila Lucy- 74320110
E-mail: diogovelasco01@hotmail.com

Aline Soares de Oliveira

Formação acadêmica mais alta: ensino superior incompleto.
Instituição de atuação atual: Faculdade Morgana Potrich - FAMP
Endereço: Rua E 5 q 14 l 10 Vila Lucy- 74320110
E-mail: alinebiomedicina@hotmail.com

Eduardo Henrique Vieira Araújo

Formação acadêmica mais alta: ensino superior incompleto.
Instituição de atuação atual: Faculdade Morgana Potrich - FAMP
Endereço: Rua T 36, 3855. Edifício Bartolomeu Bueno. Apt. 304 C. Setor Bueno. Goiânia, Goiás.
74223-055
E-mail: edh.araujo2@gmail.com

Leana Ferreira Crispim

Formação acadêmica mais alta: MESTRE
Instituição de atuação atual: FACULDADE MORGANA POTRICH - FAMP
Endereço completo: RUA MÁRIO PONTO SOBRINHO,47. SANTA MONICA - UBERLANDIA
MG -38408-128
E-mail:leana.crispim@gmail.com

RESUMO

OBJETIVO: Considerando a ausência de dados epidemiológicos sobre as doenças diagnosticadas na cidade de Mineiros - GO, esse estudo teve por objetivo a realização do levantamento epidemiológico das doenças de pele diagnosticadas por biópsias nos últimos 33 anos (1985 e 2017), dados que contribuirão no direcionamento dos programas de promoção e prevenção em saúde. **MÉTODO:** Foi realizado um estudo descritivo, documental, transversal e quantitativo através do acesso ao banco de dados de um laboratório de anatomia patológica, durante um período de 33 anos (1985 a 2017). A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e só se iniciou após a aprovação pelo comitê de ética em pesquisa. **RESULTADOS:** Foram encontrados uma diversidade muito grande de diagnósticos, mas o principal foi de câncer de pele, sendo o carcinoma basocelular e o epidermóide os mais incidentes, seguido de alterações da pigmentação da pele e neoplasias benignas. **CONCLUSÕES:** Importância do estabelecimento de orientações e medidas preventivas para a população sobre a necessidade de proteção contra a radiação ultravioleta, visto que as principais doenças diagnosticadas possuem forte

relação com tal fator, como é o caso do câncer de pele, das alterações da pigmentação como os nevos melanocíticos e da queratose seborreica.

Palavra-chave: Dermatopatias, Biópsia, Epidemiologia, Diagnóstico.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Considering the absence of epidemiological data on diseases diagnosed in the city of Mineiros - GO, this study aimed to carry out an epidemiological survey of skin diseases diagnosed by biopsies in the last 33 years (1985 and 2017), data that will contribute to the targeting health promotion and prevention programs. **METHOD:** A descriptive, documentary, cross-sectional and quantitative study was carried out by accessing the database of a pathological anatomy laboratory, over a period of 33 years (1985 to 2017). The research was conducted within ethical standards and only started after approval by the research ethics committee. **RESULTS:** A wide variety of diagnoses were found, but the main one was skin cancer, with basal cell and epidermoid carcinoma being the most frequent, followed by changes in skin pigmentation and benign neoplasms. **CONCLUSIONS:** Importance of establishing guidelines and preventive measures for the population on the need for protection against ultraviolet radiation, since the main diagnosed diseases have a strong relationship with this factor, such as skin cancer, pigmentation changes melanocytic nevi and seborrheic keratosis.

Keyword: Skin diseases, Biopsy, Epidemiology, Diagnosis.

1 INTRODUÇÃO

A pele é um órgão com peso de 15% do peso corporal de um ser humano cuja principal função é de proteger, revestir e delimitar o organismo¹. Ela possui uma grande capacidade de renovação e reparação, com certa impermeabilidade, apresentando alterações constantes¹. Independentemente do nível de desenvolvimento de um país, as doenças da pele são frequentes e influenciam significativamente na saúde física, psicológica e social dos pacientes, ainda mais quando surgem atrasos ou erros no diagnóstico e tratamento².

Muitos diagnósticos cutâneos são realizados através de biopsias que são, na maioria das vezes, um procedimento rápido e sem complexidade, que permite analisar histopatologicamente uma amostra cutânea³. Essas biópsias geralmente são classificadas em incisional e excisional⁴ e são encaminhadas ao laboratório de patologia juntamente com uma ficha que, quando bem elaborada e preenchida, além de auxiliar no diagnóstico da doença é capaz de contribuir para o conhecimento de suas incidências e prevalências⁵.

O conhecimento e estudo das doenças por meio de estudos epidemiológicos desempenha um importante papel na saúde pública. Permite uma análise da distribuição das doenças dentro de características próprias, evidenciando perfil socioeconômico, fatores de risco, genéticos e ambientais associados⁶. Assim, é uma ferramenta norteadora de ações promotoras de saúde⁶, que analisa a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propõe medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornece

indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde⁷. Por isso, o estudo da prevalência das doenças que acometem as pessoas de uma certa comunidade é essencial aos gestores em saúde para auxiliar no planejamento e estratégias de tratamentos e prevenção de doenças que mais comumente ocorrem em determinado serviço ou região⁸. Considerando a ausência de dados epidemiológicos sobre as doenças diagnosticadas na cidade de Mineiros - GO, esse estudo teve por objetivo a realização do levantamento epidemiológico das doenças de pele diagnosticadas por biopsias nos últimos 33 anos (1985 e 2017), dados que contribuirão no direcionamento dos programas de promoção e prevenção em saúde.

2 MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo, documental, transversal e quantitativo através do acesso ao banco de dados de um laboratório de anatomia patológica, verificando os laudos anatomopatológicos durante um período de 33 anos (1985 a 2017). A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e só se iniciou após a aprovação pelo comitê de ética em pesquisa.

Os critérios de inclusão foram todos os prontuários dos pacientes atendidos pelo Laboratório de Anatomia Patológica (LAP) da cidade de Mineiros – GO, que foram submetidos a biópsias de pele entre os anos de 1985 até 2017. Foram levantados 4997 laudos anatomopatológicos, do único laboratório de anatomia patológica da cidade de Mineiros - GO. Foram excluídos os prontuários oriundos de exames de citologia (punções, raspados, líquidos e esfregaços), biópsias de tecidos que não foram oriundos da pele, laudos descritivos e inconclusivos e que estavam com informações inconsistentes, isto é, ausência de diagnóstico, idade e/ou com amostra insatisfatória. Foram excluídos também exames de tecidos de animais (felinos, bovinos, entre outros). Após aplicação dos critérios de exclusão, foram analisados 4391 laudos, agrupados em três períodos de 11 anos cada, isto é, 1985 à 1995, 1996 à 2006 e 2007 à 2017, esse agrupamento foi realizado para avaliar as possíveis alterações epidemiológicas das principais doenças de pele diagnosticadas entre intervalos de tempo distintos. Os dados coletados foram tabulados e organizados através do software Excel® 2016 e analisados através de estatísticas descritiva (tabelas de frequência e cruzadas).

3 RESULTADOS

Após análise do banco de dados, as doenças foram agrupadas em categorias, totalizando vinte e dois grupos distintos, respeitando a classificação das doenças de pele existente no livro de Patologia Humana⁹. Após a separação das doenças por grupos, as mesmas foram organizadas em ordem decrescente de acordo com a quantidade de diagnósticos obtidos (Tabela 1). Os principais diagnósticos

encontrados nesse período fazem referência às neoplasias malignas e benignas, alterações de pigmentação, dermatites e doenças bacterianas.

Tabela 1 – Quantidade de diagnósticos realizados de acordo com a classificação das doenças.

	1985 à 1995 n (%)	1996 à 2006 n (%)	2007 à 2017 n (%)	Total n (100%)
Neoplasias malignas	197 (18,7%)	390 (37,1%)	465 (44,2%)	1052
Alterações de pigmentação	34 (3,8%)	359 (39,2%)	520 (57,0%)	913
Neoplasias benignas	57 (9,2%)	267 (43,1%)	296 (47,7%)	620
Dermatites	127 (28,6%)	130 (29,3%)	187 (42,1%)	444
Doenças bacterianas	155 (50,6%)	110 (35,9%)	41 (13,4%)	306
Anormalidades do Desenvolvimento	19 (11,1%)	62 (36,3%)	90 (52,6%)	171
Lesões pré-cancerosas	12 (7,6%)	91 (57,6%)	55 (34,8%)	158
Inflamações	32 (21,2%)	60 (39,7%)	59 (39,1%)	151
Lesões Císticas	9 (6,8%)	52 (39,4%)	71 (53,8%)	132
Doenças eritemato descamativas e papulares não infecciosas	46 (46,5%)	31 (31,3%)	22 (22,2%)	99
Doenças Virais	5 (6,3%)	40 (50,0%)	35 (43,7%)	80
Doenças causadas por protozoários	38 (50,7%)	22 (29,3%)	15 (20,0%)	75
Imunopatias	26 (50,0%)	8 (15,4%)	18 (34,6%)	52
Micoses profundas	13 (38,2%)	14 (41,2%)	7 (20,6%)	34
Infecções fúngicas	18 (54,5%)	12 (36,4%)	3 (9,1%)	33
Doenças vesico-bolhosas não infecciosas	14 (56,0%)	5 (20,0%)	6 (24,0%)	25
Manifestações cutâneas de doenças sistêmicas	2 (9,1%)	6 (27,3%)	14 (63,6%)	22
Doenças Congênitas	7 (53,8%)	3 (23,1%)	3 (23,1%)	13
Doenças granulomatosas não infecciosas	0 (0,0%)	4 (66,7%)	2 (33,3%)	6
Doenças metabólicas	0 (0,0%)	2 (100,0%)	0 (0,0%)	2
Dermatoses metabólicas	2 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2
Dermatoses Infl. foliculares	1 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1

As doenças malignas foram a de maior incidência no período estudado (n= 1052), sendo os principais diagnósticos (~ 90%), respectivamente, carcinoma basocelular (n=719 – 68,3%) e carcinoma epidermóide (n= 220 – 20,9%) (Tabela 2). Conforme demonstrado na Tabela 3, o maior acometimento dos pacientes com carcinoma basocelular se deu entre a sexta e oitava décadas de vida (n= 464 - 64,5%), com discreto pico na sétima década de vida (n= 175 – 24,3%) e predileção discreta pelo gênero masculino (n= 381 – 53%) (Tabela 2). Já para o carcinoma epidermóide foi possível perceber maior incidência nos pacientes entre a sétima e nona década de vida (n= 142 – 64,5%), com pico entre 70 à 79 anos de idade (n=54 – 24,5%) (Tabela 3) e no gênero masculino (n= 136 – 61,8%).

De acordo com diferentes intervalos de tempo estudados não foi possível observar alteração de incidências nas faixas etárias para ambas as doenças. No entanto, em relação à quantidade de diagnósticos de carcinoma basocelular, observa-se um aumento progressivo da doença entre o primeiro (1985 à 1995), segundo (1996 à 2006) e terceiro (2007 à 2017) período de tempo estudado, respectivamente de 144, 273 e 322 diagnósticos (Tabela 2). Além disso, mesmo que a discreta predileção pelo gênero masculino permaneça maior do início ao fim, a partir de 1996 observa-se uma aproximação dos diagnósticos entre homens e mulheres (Tabela 2).

O segundo grupo de doenças que obtiveram maior quantidade de diagnósticos foram as alterações de pigmentações (n= 913), com aumento importante a partir do ano de 1996 (Tabela 1), sendo que quase na totalidade o diagnóstico foi de nevo melanocítico (n=819 – 89,7%) (Tabela 2). O diagnóstico dessa doença aumentou consideravelmente a partir do ano de 1996, alcançando 478 casos (52,4%) entre os anos de 2007 à 2017, no entanto, a predileção pelo gênero feminino se manteve durante todo o período (Tabela 2). A maioria dos diagnósticos foram realizados de forma muito similar entre faixas etárias distintas mantendo, aproximadamente, uma média de 85 casos (~10,3%) entre a terceira e oitava década de vida, no entanto, observa-se um discreto aumento na faixa etária de 70 à 79 anos (n= 93 – 11,3%) (Tabela 2). A segunda doença de maior incidência no grupo de alterações de pigmentações foi o nevo azul, porém com um valor muito pequeno em relação ao nevo melanocítico, isto é, total de apenas 5,5% dos casos (n= 48) diagnósticos no período, com predileção pelo gênero feminino (n=42 – 87,5%) (Tabela 2) e faixa etária de 40 à 49 anos (n= 12 – 25,0%) (Tabela 3).

Tabela 2 – Principais doenças diagnosticadas, correlacionadas com o gênero.

		Resultado Geral			Resultado Parcial (por período)								
		Período	Gênero		Período	Gênero		Período	Gênero		Período	Gênero	
			1985 à 2017 nT (%) ²	M n (%) ³		F n (%) ³	1985 à 1995 n (%) ⁴		M n (%) ⁵	F n (%) ⁵		1996 à 2006 n (%) ⁴	M n (%) ⁵
Neoplasias Malignas nT ¹ = 1052	Carcinoma Basocelular	719 (68,3%)	381 (53%)	338 (47%)	124 (11,8%)	73 (58,9%)	51 (41,1%)	273 (26,0%)	137 (50,2%)	136 (49,8%)	322 (30,6%)	171 (53,1%)	151 (46,9%)
	Carcinoma Epidermoide	220 (20,9%)	136 (61,8%)	84 (38,2%)	49 (4,7%)	29 (59,2%)	20 (40,8%)	78 (7,4%)	45 (57,7%)	33 (42,3%)	93 (8,8%)	62 (66,7%)	31 (33,3%)
Alterações de Pigmentações nT ¹ = 913	Nevo Melanocítico	819 (89,7%)	256 (31,3%)	563 (68,7%)	19 (2,1%)	4 (21%)	15 (79%)	322 (35,3%)	105 (32,6%)	217 (67,4%)	478 (52,4%)	147 (30,8%)	331 (69,2%)
	Nevo Azul	48 (5,3%)	6 (12,5%)	42 (87,5%)	3 (0,33%)	0 (0,0%)	3 (100%)	25 (2,7%)	3 (12,0%)	22 (88,0%)	20 (2,2%)	3 (15,0%)	17 (85,0%)
Neoplasias	Queratose Seborreica	197 (29,0%)	96 (48,7%)	101 (51,3%)	8 (1,2%)	5 (62,5%)	3 (37,5%)	93 (13,7%)	44 (47,3%)	49 (52,7%)	96 (14,2%)	47 (49%)	49 (51,0%)

Benignas nT ¹ = 678	Dermatofibr o-ma	136 (20,0%)	35 (25,7 %)	101 (74,3 %)	10 (1,5%)	3 (30,0 %)	7 (70,0 %)	62 (9,2%)	13 (21,0 %)	49 (79,0 %)	64 (9,4%)	19 (29,7 %)	45 (70,3 %)
Dermatit es nT ¹ = 444	Dermatite Crônica Inespecífica	359 (80,8%)	175 (48,7 %)	184 (51,3 %)	65 (14,6%)	30 (46,2 %)	35 (53,8 %)	144 (32,4%)	69 (47,9 %)	75 (52,1 %)	150 (33,8%)	76 (50,7 %)	74 (49,3 %)
	Dermatite Crônica Psoriasiform e	19 (4,1%)	10 (52,6 %)	9 (47,4 %)	09 (2,5%)	5 (55,5 %)	4 (44,5 %)	01 (0,2%)	1 (100%)	0 (0,0%)	09 (1,4%)	4 (44,5 %)	5 (55,5 %)
Doenças bactéria- nas nT ¹ = 306	Hanseníase	260 (85,0%)	156 (60,0 %)	104 (40,0 %)	144 (47,0%)	95 (66,0 %)	49 (34,0 %)	93 (30,4%)	44 (47,3 %)	49 (52,7 %)	23 (7,5%)	17 (73,9 %)	6 (26,1 %)
	Granuloma Piogênico	30 (9,8%)	19 (63,3 %)	11 (36,7 %)	03 (8,3%)	1 (33,3 %)	2 (66,7 %)	11 (3,6%)	8 (72,7 %)	3 (27,3 %)	16 (5,2%)	10 (62,5 %)	6 (37,5 %)

Legenda: nT¹-Valor total de n (amostra). nT²(%)- n e percentual de nT¹. n(%)³- percentual de gênero acometido por doença (nT²). n(%)⁴- n e percentual de nT¹ por período estudado. n(%)⁵- percentual de gênero acometido por período/doença n(%)⁴

O terceiro grupo de doenças com maior diagnóstico foi o das neoplasias benignas (n=678), sendo a queratose seborreica a doença de maior incidência (n= 197 – 29,0%), seguido pelo dermatofibroma (n= 136 – 20,0%) (Tabela 2). Em relação à queratose seborreica observou-se uma maior quantidade de diagnóstico entre os anos de 1996 à 2017, prevalecendo uma distribuição entre gêneros muito similar com pouca predileção pelo gênero feminino (Tabela 2). Como é possível observar na Tabela 3, a distribuição dos diagnósticos foi similar nas faixas etárias de 50 à 59 e 60 à 69 anos de idade, totalizando 94 diagnósticos, isto é, 47,8% dos casos. Já em relação ao dermatofibroma, apesar da quantidade de diagnósticos também ter sido maior entre os anos 1996 à 2017, há uma clara predileção pelas mulheres sendo, aproximadamente, duas a três vezes maior do que nos homens. A quarta e a quinta década de vida foram as mais acometidas, abrangendo um total de 82 (60,3%) casos (Tabela 3).

Tabela 3 – Principais faixas etárias acometidas pelos principais diagnósticos

		Total n (100%)	Idade (Anos)						
			20 à 29 n (%)	30 à 39 n (%)	40 à 49 n (%)	50 à 59 n (%)	60 à 69 n (%)	70 à 79 n (%)	80 à 89 n (%)
Neoplasias Malignas nT ¹ = 1052	Carcinoma Basocelular	719	11 (1,52%)	38 (5,3%)	101 (14,0%)	128 (17,8%)	175 (24,3%)	161 (22,4%)	83 (11,5%)
	Carcinoma Epidermoide	220	0 (0,0%)	10 (4,5%)	19 (8,6%)	37 (16,1%)	48 (21,8%)	54 (24,5%)	40 (18,2%)
Alterações de Pigmentações nT ¹ = 913	Nevo Melanocítico	819	83 (10,1%)	85 (10,4%)	82 (10,0%)	86 (10,5%)	81 (9,8%)	93 (11,3%)	51 (6,2%)
	Nevo Azul	48	8 (16,6%)	10 (20,8%)	12 (25,0%)	7 (14,6%)	3 (6,3%)	1 (2,1%)	1 (2,1%)
	Queratose Seborreica	197	4 (2,0%)	21 (10,7%)	31 (15,7%)	47 (23,9%)	47 (23,9%)	36 (18,3%)	9 (4,6%)

Neoplasias Benignas nT ¹ = 678	Dermatofibroma	136	17 (12,5%)	39 (28,7%)	43 (31,6%)	25 (18,4%)	4 (2,9%)	1 (0,73%)	0 (0,0%)
Dermatites nT ¹ = 444	Dermatite Crônica Inespecífica	359	58 (18,1%)	63 (17,5%)	78 (21,7%)	53 (14,8%)	51 (14,2%)	20 (5,6%)	0 (0,0%)
	Dermatite Crônica Psoriasiforme	19	4 (21,1%)	8 (42,1%)	3 (15,8%)	3 (15,8%)	1 (5,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Doenças bacterianas nT ¹ = 306	Hanseníase	260	37 (14,2%)	41 (15,8%)	44 (16,9%)	47 (18,1%)	32 (12,3%)	18 (6,9%)	4 (1,5%)
	Granuloma Piogênico	30	06 (20,0%)	08 (26,7%)	03 (10%)	06 (20,0%)	01 (3,4%)	01 (3,4%)	0 (0,0%)

Legenda: nT¹-Valor total de n (amostra).

O grupo da quarta alteração mais diagnosticada foram as dermatites (n= 444) (Tabela 1), principalmente a dermatite crônica inespecífica (n= 359 – 80,8%), com distribuição bastante similar entre os gêneros, pois houve uma mínima predileção pelas mulheres (n=184 – 51,3%) em relação aos homens (n= 175 – 48,7%) (Tabela 2). Mesmo havendo uma alta incidência na quarta e quinta décadas de vida, observou-se um número maior de casos de pacientes diagnosticados na quinta década de vida (n= 78 – 21,7%). O segundo diagnóstico mais comum nesse grupo de alterações foi a dermatite crônica psoriasiforme, porém com um percentual muito baixo de 4,1% (n=19), sem predileção evidente por gênero (Tabela 2), mais comum na quarta década de vida (n= 8 – 42,1%).

Por fim, o quinto grupo de doenças mais diagnosticadas foram as bacterianas (n=306) (Tabela 1), sendo que 85% dos casos foi de hanseníase (n= 260) (Tabela 2). Ao analisar sua quantidade de diagnósticos obtidos nos três períodos, observa-se um decréscimo muito grande. Isto é, o primeiro período estudado (1985 à 1995) foi responsável por 47,0% dos diagnósticos (n= 144), o segundo período (1996 à 2006) obteve 30,3% de incidência (n=93) enquanto que nos últimos anos (2007 à 2017) foram diagnosticados apenas 23 (7,5%) pacientes (Tabela 2). Por isso, constata-se que houve uma redução média de 40% na incidência dessa doença nos últimos 33 anos. A faixa etária acometida foi bem similar desde a terceira até a sétima década de vida, com leve pico entre 50 à 59 anos de idade (n= 47 – 18,1%) (Tabela 3). Já a segunda doença de maior diagnóstico dentre as bacterianas foi o granuloma piogênico, porém com uma quantidade de diagnóstico bem inferior ao de hanseníase (n= 30 – 9,8%), predileção pelo gênero masculino (n= 19 – 63,3%) (Tabela 2) e distribuição quase igualitária da faixa etária.

4 DISCUSSÃO

O carcinoma basocelular (CBC) é uma neoplasia cutânea não melanoma oriunda de mutações das células basais epiteliais imaturas, pluripotentes, que perderam sua capacidade de diferenciação e

queratinização^{10,11}. É o câncer invasivo mais comum em humanos¹², tendo uma incidência cutânea de aproximadamente 75%⁹. No entanto, mesmo com a sua alta incidência, possui uma progressão menos agressiva e raramente produz metástases^{12,13}. Os achados relacionados ao gênero demonstram que é muito incidente em ambos os sexos e não há diferença significativa entre a porcentagem de homens e mulheres acometidos^{11,14-17}. Todos esses dados estão sendo observados no presente estudo, pois foi a doença maligna de maior acometimento (~70,0%), com distribuição bastante similar entre os gêneros e discreta predileção por homens.

Sua incidência vem aumentando principalmente nos países intertropicais¹⁸ e estudos retrospectivos recentes tem evidenciado que nos países em desenvolvimento houve um achatamento das porcentagens entre os sexos tornando-se mais predominante no gênero feminino¹⁸⁻²⁰. Nesse estudo não há predomínio por mulheres, no entanto, assim como mencionado pela literatura, a partir do ano de 1996 também se observou uma aproximação na incidência da doença entre os gêneros. Em geral, acomete indivíduos idosos a partir da 6ª década de vida⁹, com pico de incidência na sétima década^{18,21}. Dados consistentes com esse estudo que demonstraram um predomínio da doença entre a sexta e oitava décadas de vida, com maior incidência entre 60 à 69 anos de idade.

O carcinoma epidermoide ou espinocelular (CEC) é um tumor maligno oriundo dos queratinócitos da epiderme e seus anexos e do epitélio escamoso das mucosas, sendo resultante da radiação solar cumulativa durante toda a vida^{22,23}. É a segunda neoplasia de pele mais comum, sendo que a sua incidência tem crescido nas últimas décadas e possui maior capacidade invasiva e metastática que o CBC^{13,22-26}. Assim como na literatura, os achados desse estudo apontam o CEC como o segundo principal diagnóstico de câncer de pele. Ainda, foi possível observar uma incidência crescente na cidade de Mineiros-GO nos períodos estudados, resultando em um aumento de quase 100% entre os anos de 1985 à 1995 (n= 49) e 2007 à 2017 (n=93). Em relação à predileção por gênero, verificou-se maior predominância em homens (61,8%) e na faixa de 60 à 69 anos de idade, conforme já observado em outros estudos^{22,23,27}.

O terceiro diagnóstico mais comum, pertencente ao grupo de doenças relacionadas às alterações da pigmentação da pele foi o nevo melanocítico, que é uma lesão de pele caracterizada pela proliferação de células névicas, que são células pigmentadas ou capazes de formar pigmento⁹. Os nevos surgem tipicamente na infância ou na adolescência e possuem distribuição igual nos dois gêneros. Na média, estima-se que uma pessoa de pele branca tenha 15 a 40 lesões durante a vida, atingindo o máximo na terceira década e com regressão ou desaparecimento na oitava ou na nona década de vida⁹.

O terceiro grupo de doenças mais diagnosticadas foi das neoplasias benignas, com uma variedade diagnóstica muito elevada. No entanto, mesmo assim, observou maior incidência de duas doenças representando, aproximadamente, 50% do total de diagnósticos, que foram queratose

seborreica (29,0%) e dermatofibroma (20,0%). A ceratose seborreica ou queratose seborreica (QS) é um tumor benigno originário de clone queratinocitos, do tipo não melanocítico, com apresentação clínica de várias lesões verrucosas e ovaladas com borda regulares, por vezes elevadas, aderidas e pele, friáveis e descamativas²⁸⁻³⁰. Apesar da etiologia ser desconhecida³¹, a exposição solar é um fator de risco para a origem devido ao efeito cumulativo dessa exposição ao longo da vida. Outro fator de risco com forte correlação são as alterações fisiológicas próprias da senescência³². Estudos epidemiológicos a respeito da QS são precários, sendo a maioria internacional e com foco de investigação voltado para a avaliação geral de dermatoses^{28,33}. No entanto, assim como observado nesse estudo, os trabalhos mostram que, apesar de ser uma lesão frequente, não existe predileção por gênero⁹, e pode ocorrer tanto em adultos quanto idosos^{9,30}, tendo maior incidência a partir da terceira década de vida e aumentando gradativamente com a idade²⁸, sendo mais comum na sexta década de vida³¹.

Ainda dentre as doenças neoplásicas benignas, observa-se que o segundo diagnóstico mais frequente foi o dermatofibroma, que é uma lesão cutânea e de tecidos moles compostas por fibroblastos e histiócitos^{34,35}. A literatura descreve que o dermatofibroma pode ocorrer em indivíduos de meia-idade, terceira a sétima década de vida, e com um predomínio ligeiro no sexo feminino³⁴. Esse estudo demonstra um número alto de incidência no gênero feminino e predomínio na quinta década de vida.

O quarto grupo de diagnóstico mais frequente foi o de dermatites. O eczema ou dermatite é uma inflamação da pele que acomete a epiderme e derme papilar. Evoluem com eritema, bolhas, edema, secreção, formação de crostas, descamação e, geralmente, prurido³⁶. As dermatites são afecções corriqueiras que acometem faixas etárias variadas, desde crianças a adultos, sem predileção por gênero³⁶, assim como observado nesse estudo.

O quinto grupo com maior quantidade de diagnósticos foi o de doenças bacterianas, sendo a hanseníase a principal doença encontrada (n=260 – 85%). Sua etiologia é o *Mycobacterium leprae* com predileção em acometer, instalar e manifestar-se em pele, mucosa e nervos periféricos, com característica de evolução clínica lenta e crônica³⁷⁻³⁹. Além de ser uma doença endêmica no Brasil, sendo o segundo país com mais casos no mundo^{37,40,41}, é considerada um problema de saúde pública^{38,42}. No Brasil, as regiões com maior prevalência da doença foram observadas, em ordem decrescente, nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste^{39,40,42}. Ao longo das últimas décadas, as taxas de prevalência têm declinado ano a ano^{37,39}, devido a tentativas de erradicar a doença através das campanhas preventivas, vacinação e instituição do tratamento poliquimioterápico aos enfermos³⁷. A cidade de Mineiros-GO está localizada na região Centro-Oeste que é uma das regiões brasileiras com maior prevalência da doença. E, conforme já demonstrado na literatura observou-se um declínio muito grande na quantidade de casos durante o ano, no primeiro período (1985 à 1995) houveram 144

diagnósticos, enquanto que no último período estudado (1997 à 2007) apenas 23, ou seja, uma redução de aproximadamente 85%.

5 CONCLUSÃO

Embora nosso estudo trata-se de uma análise de dados locais, os dados aqui apresentados assemelham-se aos encontrados tanto na literatura nacional como na internacional.

Sendo assim, observou-se a necessidade do estabelecimento de orientações e medidas preventivas para a população sobre a necessidade de proteção contra a radiação ultravioleta, haja vista que as principais doenças diagnosticadas possuem forte relação com tal fator, como é o caso do câncer de pele, das alterações da pigmentação como os nevos melanocíticos e da queratose seborreica. Fortalecimento das medidas preventivas contra hanseníase para que a quantidade de diagnósticos continue a declinar.

Por fim, sugere-se que para melhor a acurácia diagnóstica e para fins epidemiológicos é necessário que o médico solicitante das biopsias preencha a ficha com o maior número de dados do paciente, pois isso possibilita estudos epidemiológicos e sistemáticos detalhados com maior fidedignidade da realidade local.

REFERÊNCIAS

1. Azulay, RD; Azulay, L. *Dermatologia. A Pele: Função, Estrutura, Fisiologia e Embriologia*. p. 29-30. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
2. Voumard, LPA. Angolan Project of Formation and Development of Dermatology: Advances and Challenges. *Journal of the Portuguese Society of Dermatology and Venereology*. 2018; 76 (3): 261-268. <http://dx.doi.org/10.29021/spdv.76.3.957>.
3. Moreira, A; Rosmaninho, I; Silva, JPM. Importância da biópsia cutânea: Um caso clínico. *Rev Port Imunoalergologia*. 2016; 24 (1): 25-30.
4. Silva, TFA, Souza, RB, Rocha, RD, Araújo, FAC, Morais, HHA. Levantamento das Biópsias Realizadas no Serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do Curso de Odontologia da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. *Revista cirurgia, traumatologia Buco-maxilo-facial*. 2011; 11 (2): 91-99.
5. Deboni, MCZ; Traina, AA; Trindade, IK; Rocha, EMVR; Teixeira, VCB; Takahashi, A. Levantamento retrospectivo dos resultados dos exames anatomopatológicos da disciplina de cirurgia da FOU SP – SP. *Revista da Pós-Graduação*. 2005; 12(2): 229-33.

6. Moreira, ARO; Oliveira, CDM; Silva RR; Lopes, FF; Bastos, EG. Levantamento epidemiológico das doenças epiteliais da região bucomaxilofacial: casuística de 20 anos. RGO, Revista Gaúcha Odontologia. 2011; 59 (1): 65-70.
7. Rouquayrol, MZ; Goldbaum, M.; Santana, EWP. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: Rouquayrol, MZ; Gurgel, M. Epidemiologia & saúde. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2013. v. 1, p. 11–24.
8. Simões, CA; Lins RC; Henriques ACG; Cazal C, Castro JFL. Prevalência das Lesões Diagnosticadas na Região Maxilofacial no Laboratório de Patologia Oral da Universidade Federal de Pernambuco. International Journal Of Dentistry. 2007; 6(2): 35-38
9. Brasileiro Filho, G. Bogliolo Patologia. 9ª ed. Guanabara Koogan. 2016
10. Almeida, ACC; Yamashita, T; Conte, B; Mattos, AC; Veríssimo, P; Ferreira MCF. Frequência do carcinoma basocelular na população menor de 50 anos: estudo do serviço e revisão de literatura. An. Bras. Dermatol. 2009; 84 (6): 692-694. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962009000600021>
11. Chinem VP, Miot H A. Epidemiologia do carcinoma basocelular. An. Bras. Dermatol. 2011; 86(2): 292-305.
12. KUMAR, V; ABBAS, AK; ASTER, JC. Robbins e Cotran: Patologia - Bases patológicas das doenças. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
13. Inada MN. Tratamento cirúrgico do câncer de pele pelo cirurgião plástico. Rev. Bras. Cir. Plást. 2015; 30(4): 586-596. DOI:10.5935/2177-1235.2015RBCP0197
14. Firnhaber, JM. Diagnosis and treatment of basal cell and squamous cell carcinoma. Am Fam Physician. 2012; 86(2): 161-8.
15. Schuchter, L; Ming, M. Tumores Cutâneos Melanomas e Não melanomas. In: Goldman, L.; Ausiello, D. Cecil Medicina Interna. 23ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. v. 2. p. 1790.
16. Mazzi, MH; Nigro, F; Gardini, LS; Brandão, APC; Pinto Coelho, LM. Ivander Bastazini Júnior - Estudo epidemiológico do carcinoma basocelular no período de 2010 a 2013 em um hospital de referência em dermatologia na cidade de Bauru, São Paulo. Surg Cosmet Dermatol. 2015; 7(3): 232-5.
17. Kopke, LFF; Schmidt, SM. Carcinoma Basocelular. An Bras Dermatol. 2002 77(3): 249-82.
18. Bandeira, AM; Bandeira, V., Silva JF, Mazza E. Carcinomas basocelulares: estudo clínico e anatomopatológico de 704 tumores. An Bras Dermatol. 2003; 78(1): 23-34.
19. Souza, CFD et al. Topografia do carcinoma basocelular e suas correlações com o gênero, a idade e o padrão histológico: um estudo retrospectivo de 1.042 lesões. An Bras Dermatol. 2011; 86(2): 272-7

20. Soyer, HP; Rigel, DS; Wurm, EMT. Queratose Actínica, Carcinoma Basocelular e Carcinoma Espinocelular. In: Bologna, JL; Jorizzo, JL; Schaffer, JV. *Dermatologia*. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015. v. 2. p. 2807.
21. Ferreira, FR et al. Differences in age and topographic distribution of the different histological subtypes of basal cell carcinoma, Taubaté (SP), Brazil. *An. Bras. Dermatol.*,2013; 88 (5); 726-730.
22. Nasser, N. Epidemiologia dos cânceres espinocelulares - Blumenau (SC) - Brasil, de 1980 a 1999. *An bras Dermatol.* 2004; 79(6): 669-677.
23. Silva, AC; Tommaselli, JTGLi; Correa, MP. Estudo retrospectivo dos casos novos de câncer de pele diagnosticados na região oeste do estado de são paulo, brasil. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde – Hygeia*. 2008; 4(7): 1-14.
24. Campos, MA; Massa, P; Varela, P; Moreira, A; Sanches, A; Pópulo, H. et al. Tendências do Carcinoma Espinocelular Cutâneo no Hospital de Gaia (2004-2013). *Revista SPDV*. 2018; 76(3): 279-86.
25. Borsato, FG; Nunes, EFPA. Neoplasia de pele não melanoma: um agravo relacionado ao trabalho. *Cienc Cuid Saude*. 2009; 8(4): 600-606.
26. Silva, RD; Dias, MAI. Incidência do carcinoma basocelular e espinocelular em usuários atendidos em um hospital de câncer. *REFACS*. 2017; 5(2): 228-234.
27. Frasson, PHL; Duque, DS; Pinto, EB; Dalvi, GC; Madalon, SZ; Nunes, TA; et al. Panorama do câncer da pele em comunidades de imigrantes Pomeranos do Estado do Espírito Santo. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2017; 44(2): 187-193
28. Pereira, AL; Araujo, HSO; Rocha, LM; Martins, MA; Silva Neto, MG; Ferreira, FCL; et al. Ceratose seborreica em idosos de uma região de savana tropical. *Journal Health NPEPS*. 2018; 3(1): 143-152.
29. Sittart, JAS; Zanardi FHT. Prevalência das dermatoses em pacientes da 4ª idade. *Rev Soc Bra Clin Med*. 2008; 6(4): 125-9
30. Tsvetanov, T. Seborrheic Keratosis – A Clinical Case. *AJST*. 2017; 08(01): 4147-48.
31. Siqueira, CRS, Miot, HA. Inflamação de queratoses seborreicas múltiplas induzida por quimioterapia com gencitabina. *An Bras Dermatol*. 2009; 84(4): 410-3.
32. Schwartz, R. Melanoma Maligno y Diagnóstico Diferencial De Lesiones Pigmentadas em Piel. *Rev Med Clin Condes*. 2011; 22(6):728-34.
33. Jackson, JM; Alexis, A; Berman, B; Berson, DS; Taylor, S; Weiss, JS. Current Understanding of Seborrheic Keratosis: Prevalence, Etiology, Clinical Presentation, Diagnosis, and Management. *J Drugs Dermatol*. 2015; 14(10):1119-25.
34. Araújo, C; Henriques, MA; Vale, E; Viana, I.; et al. Histiocitofibroma Na Face – Um Diagnóstico Inesperado. *Revista da SPDV*. 2015; 73(1): 79-88.

35. Luz, FB; Gaspar, AP; Kalil-Gaspar, N; Ramos e Silva, M. Os histiócitos e as histiocitoses não Langerhans em Dermatologia. *An bras Dermatol.* 2003; 78(1): 99-118.
36. Ferreira, BIALS; Freitas, EN; Almeida, PT; Mendes, THC; Silva, VYNE; Kashiwabara, TGB. Dermatitis: Diagnosis and Therapy. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR.* Dez 2013 – Fev 2014. v.5, n.2, pp.22-26.
37. Araújo, MG. Hanseníase no Brasil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 36(3): 373-382. 2003.
38. Sousa, GS.; Silva, RLF; Xavier, MB. Hanseníase e atenção primária: um estudo avaliativo sob a ótica do médico. *Rev. salud pública.* 2018. v.20, n.3, pp.359-365. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v20n3.56109>.
39. Freitas, LRS; Duarte, EC. Garcia, LP. Análise da situação epidemiológica da hanseníase em uma área endêmica no Brasil: distribuição espacial dos períodos 2001 - 2003 e 2010 - 2012. *Rev. bras. Epidemiol.* 2017. 20(4): 702-713. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700040012>.
40. Monteiro, LD; Martins-Melo, FR; Brito, AL; Alencar, CH; Heukelbach, J. Padrões espaciais da hanseníase em um estado hiperendêmico no Norte do Brasil, 2001-2012. *Rev Saúde Pública.* 2015. 49:84. p 1-8. DOI:10.1590/S0034-8910.2015049005866.
41. Pinheiro MGC; Miranda FAN; Simpson CA; Carvalho FPB; Ataíde CAV; Lira ALBC. Compreendendo a “alta em hanseníase”: uma análise de conceito. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2017. p. 1-8. 38(4): e63290. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.63290>.
42. Ribeiro, MDA; Silva, JCA; Oliveira, SB. Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexão sobre as metas de eliminação. *Rev. Panam. Salud. Publica.* 2018. p. 1-7. 42: e42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.42>.