Comparação entre o guideline 2021 e 2019 do Carcinoma Basocelular

Comparison between guidiline 2021 and 2019 of basal cell carcinoma

Resumo

Introdução O carcinoma de células basocelular (CBC) corresponde a cerca de 75% dos cânceres de pele não melanoma. O médico deve saber identificá-lo e ainda buscar atualizações sobre tratamento, diagnóstico e prognóstico do mesmo podendo se guiar por meio dos guidelines.

Objetivos Definir quais foram as mudanças ocorridas no guideline de 2021 comparado ao seu guideline precedente, o de 2019 expondo estas alterações e servindo de material para orientação acerca destas atualizações, de maneira concisa, aos profissionais da área.

Materiais / Sujeitos e Métodos Revisão de Literatura com busca de artigos na base de dados BVS, Medline, Lilacs e Scielo, acrescido dos dois Guidelines acerca do CBC, 2019 e 2021.

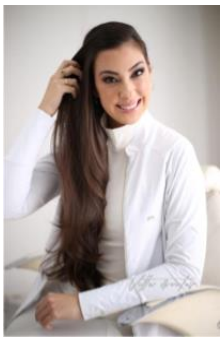
Resultados A abordagem terapêutica do CBC depende do seu subtipo hustopatológico, o qual determina as melhores abordagens terapêuticas e manejo diagnóstico, podendo ser orientado por meio do Guideline 2021, documento mais atual disponível.

Conclusões Várias recomendações permaceram sem alterações entre os Guidelines 2019 e 2021. As principais mudanças foram relativas aos fatores de risco para recorrências e a abordagem diagnóstica de acordo com estes fatores.

Abstract

Basal cell carcinoma (BCC) accounts for about 75% of non-melanoma skin cancers. The doctor must know how to identify it and also seek updates on its treatment, diagnosis and prognosis, and can be guided by the guidelines.The physician must know how to identify it and also seek updates on treatments, diagnoses and prognoses, and this can be extracted from guidelines. Define what changes have occurred in the 2021 guideline compared to the last 2019 guideline, exposing these changes and guiding professionals with such updates in a simple and clear way. This is a literature review study. Several recommendations remained unchanged between the 2019 and 2021 Guidelines. The main changes were related to risk factors for recurrences and the diagnostic approach according to these factors.

Autora/Orientadora



Nayara Marques Faissal
Pós-graduanda em Dermatologia
Faculdade BWS
Brasil

Clarissa Margarida da Hora Negretti
Professora - Cirurgia Dermatológica e Oncologia Cutânea
Faculdades BWS
Brasil

Palavras-chave

Adenocarcinoma Basocelular. Guideline. Health Planning. Terapia.

Keywords

Basal cell adenocarcinoma. Guideline. Health Planning. Therapy.

Trabalho submetido: 20/01/22. Publicação aprovada: 26/01/22. Financiamento: nenhum. Conflito de interesses: nenhum.

INTRODUÇÃO

O câncer de pele subdivide-se em câncer de pele não melanoma e melanoma, sendo que o subtipo não melanoma inclui o carcinoma de células especificamente basocelular (CBC) e o carcinoma espinocelular (CEC) [1].

Estima-se que, em 2020, houve uma incidência de 176.930 novos casos de câncer de pele não melanoma no Brasil, sendo 83.770 em homens e 93.160 em mulheres, com uma taxa de mortalidade total de 1,1%. O CBC corresponde a cerca de 75% dos cânceres de pele não melanoma, é considerado um tumor de alto grau de malignidade e é o objeto de estudo deste artigo [2].

Trata-se de um tumor com crescimento lento com diversas apresentações clínicas e histopatológicas. São tumores indolentes, mas possuem potencial de invasão local e podem ocasionar lesões graves com prejuízo estético bem como funcional caso não seja instituído um tratamento adequado [3-5].

Como formas de tratamento têm-se disponível: curetagem, eletrocoagulação, cirurgia convencional, agentes tópicos ou intralesionais, radioterapia, cirurgia micrografia de Mohs, crioterapia, terapia fotodinâmica e terapias sistêmicas. A abordagem terapêutica depende do estágio, do padrão clínico-patológico da lesão, e das condições clínicas do paciente [5].

Para a abordagem terapêutica, é essencial que o profissional possua treinamento adequado para a aplicação destas técnicas, além de contínua atualização acerca de tratamentos e abordagens diagnósticas, conhecimentos que podem ser adquiridos por meio de guidelines, contribuindo assim para um melhor desfecho no quadro do paciente e consequentemente uma melhor qualidade de vida [6,7].

O guideline acerca do Carcinoma basocelular mais recente, realizado pela National Comprehensive Cancer Network (NCCN), é de 2021. Este estudo tem como objetivo definir quais foram as mudanças ocorridas no guideline de 2021 comparado ao seu guideline precedente, o de 2019, expondo estas alterações e servindo de material para orientação acerca destas atualizações, de maneira concisa, aos profissionais da área [5].

MATERIAIS, SUJEITOS E MÉTODOS

Trata-se de um artigo de revisão de literatura, realizado com o intuito de sistematizar e agrupar informações presentes em artigos já publicados que abordam esta temática. Estudo este complementado pela comparação entre os Guidelines da NCCN sobre CBC de 2019 e 2021.

Foi realizada uma busca na base de dados BVS, Medline, Lilacs e Scielo em Setembro de 2021, a fim de encontrar os estudos que compõem esta publicação. Foram utilizados os seguintes descritores do DECS como palavras chave: Adenocarcinoma Basocelular; Guideline, Health Planning; Terapia. Como critérios de inclusão, têm-se o recorte temporal de 04 anos, ou seja, artigos publicados entre 2017 e 2021 e no idioma português e inglês. Como critérios de exclusão, têm-se os artigos que não responderam ao objetivo final deste estudo, em duplicidade e artigos publicados em outras línguas que não as selecionadas ou com tempo de publicação superior a 04 anos. Foram inseridos ainda os dois Guidelines da National Comprehensive Cancer Network acerca do Carcinoma Basocelular.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O CBC se origina a partir das células basais epiteliais imaturas pluripotentes da epiderme, possui crescimento lento e raramente desenvolve metástases. Clinicamente, caracteriza-se por pápulas peroladas com telangiectasias com potencial de ulceração, devendo ainda ser descartado em feridas que não cicatrizam, uma das suas formas de apresentação. Nas figuras 01 e 02, têm-se exemplos de CBC [8].

Figura 01 - A: Carcinoma basocelular caracterizado por nódulo com ulceração central.

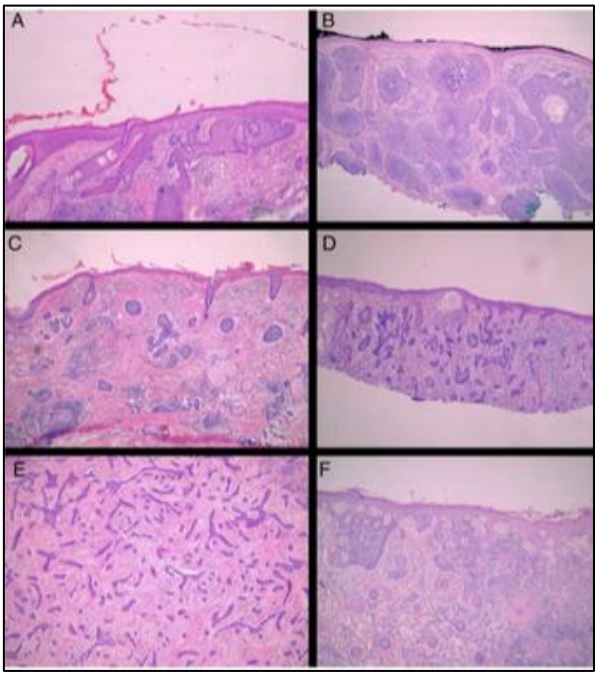
Fonte: Wells [9].

Figura 02 - B: Carcinoma basocelular nodular com presença de telangiectasias.

Fonte: Wells [9].

Possui como subtipos histológicos: superficial, nodular, micronodular, infiltrativo, esclerodermiforme, metatípico, que podem ser visualizados na Figura 03. O nodular é o mais prevalente, acometendo principalmente a face de pacientes com cor de pele clara [3,7].

Figura 03 - Subtipos histológicos do CBC: superficial (A), nodular (B), micronodular (C), infiltrativo (D), esclerodermiforme (E), metatípico (F).



Fonte: Cerci [7].

Como fatores de risco para o desenvolvimento desse câncer, incluem-se exposição solar excessiva, exposição à radiação, idade avançada, sexo masculino, pele clara, tabagismo, imunidade comprometida, tratamento de psoríase e infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) [10] .

Pode ser classificado como de baixo ou alto risco, sendo que o subtipo de baixo risco é caracterizado por uma lesão com bordas bem definidas, sem recorrência, em áreas sem irradiação prévia, e que não preencha critérios para lesão de alto grau. As lesões de alto risco preenchem critérios como: bordas mal delimitadas, lesões recorrentes, em pacientes imunodeprimidos, em áreas previamente irradiadas, lesões maiores ou iguais a 20mm na área L, ou maior ou igual a 10mm na área M do rosto, ou ainda na área H independente do tamanho da lesão. O guideline da NCCN protocola e define diretrizes para o diagnóstico, tratamento e prognóstico de uma determinada doença de pele. Para as definições de áreas de alto risco e todas as nuances do diagnóstico e tratamento deve-se orientar pelo guideline [11,12].

De acordo com a NCCN, a avaliação patológica do CBC deve ser feita por biópsias de pele realizadas preferencialmente por um dermatologista, patologista ou ainda por um dermatopatologista. Nesta avaliação, deve-se incluir informações como dados demográficos do paciente, diâmetro clínico da lesão, fatores de risco, imunossupressão, radioterapia ou transplante de algum órgão sólido, além de invasão do tumor na derme reticular e presença de invasão perineural. Esta avaliação não sofreu alterações entre os guidelines de 2019 e 2021 [12,13].

O diagnóstico propriamente dito é feito através de biópsia da pele, devendo ainda, quando há suspeita de doença extensa com envolvimento ósseo, invasão perineural ou envolvimento profundo de tecidos moles ou de difícil diagnóstico clínico, realizar exames de imagem. A ressonância magnética é o exame de escolha, consenso que também perdurou de 2019 para 2021 [12].

Em relação ao tratamento da CBC ocorreram mudanças sutis entre os dois guidelines, o que pode ser observado na tabela 01 a seguir:

Tabela 01 - Diferenças no tratamento entre os guideline de 2019 e 2021.

Diferenças	NCCN 2019	NCCN 2021
Tratamento CBC superficial	Quando a cirurgia e a radioterapia (RT) são contra-indicadas tem-se como tratamentos o 5-FLU, imiquimod, PDT com porfímero sódico ou ALA, ou crioterapia vigorosa	Terapia fotodinâmica, crioterapia, imiquimod topico, 5-fluorouracil tópico
Tratamento CBC baixo risco	Excisão padrão se a lesão puder ser extraída com margens clínicas de 4mm e com técnicas de fechamento	Excisão padrão se a lesão puder ser extraída com margens clínicas de 4mm e com técnicas de fechamento. RT para candidatos não cirúrgicos, se persistirem margens deve-se realizar terapia adjuvante- ressecção com seção congelada ou permanente. 5-flu, imiquimod, PDT com porfímero de sódio ou ALA ou crioterapia vigorosa.

Diferenças	NCCN 2019	NCCN 2021
Tratamento CBC alto risco	RT para candidatos não cirúrgicos, se persistirem margens deve-se realizar terapia adjuvante- resecção com seção congelada ou permante.	Excisão padrão usando margens mais amplas com reparo linear Monhs com ressecção com CCPDMA RT para candidatos não cirúrgicos.

Fonte: *adaptado* de NCCN [12,13].

Como formas de tratamento para o CBC superficial, de baixo risco ou de alto risco, temos a curetagem, eletrocoagulação, cirurgia convencional, cirurgia micrografia de Monhs, radioterapia e terapia fotodinâmica, agentes tópicos ou intralesionais, sendo que a escolha de tratamento depende do subtipo do CBC, portanto sua adequada classificação histopatologica é essencial [11,14].

Em relação à Terapia de Radiação (RT), no guideline de 2019 era recomendado o fracionamento prolongado em áreas mal vascularizadas ou cartilaginosas e contraindicada em pacientes com doenças do tecido conjuntivo ou com alguma predisposição para câncer de pele. A eficácia da RT foi melhor observada em tumores primários, ou do subtipo histológico nodular, devendo ser feita, preferencialmente, em pacientes com mais de 60 anos. A RT adjuvante é recomendada quando há envolvimento perineural substancial. Não houveram mudanças em relação a RT entre os dois guidelines, portanto, as recomendações de 2019 persistem [15].

Dentro da Terapia Sistêmica, as opções de tratamento são os Inibidores da via Hedgehog (não sendo indicada para a síndrome de Gorlin), sendo eles o Vismodegib e Sonidegib. No guideline de 2019, o Vismodegib é indicado para CBC metastático ou CBC localmente avançado com recidiva após a cirurgia ou para aqueles não candidatos a cirurgia. Sonedig não é recomendado para o CBC metastático, desde 2019. Em 2021, continua sendo preconizada para aqueles pacientes que não são candidatos a cirurgia, e ainda para casos de doença nodal ou metastático a distância [12,13].

Se tratando do método mais eficaz para abordagem do CBC, tem-se a cirurgia, com atenção especial para a cirurgia de Monhs ou excisão com avaliação intraoperatória da seção congelada (IOFS), na qual se realiza excisão periférica a

circunferência completa e com margem profunda para avaliação (CCPDMA). Esta técnica cirúrgica especializada consiste na retirada de câncer de pele, incluindo a CBC possibilitando a observação microscópica completa das margens cirúrgicas no momento intraoperatório, minimizando a retirada de tecido preservado a pele sadia [16].

No que tange a informação sobre remoção de margens, em 2019, foi protocolado que em lesões com menos de 02 cm deve-se fazer a excisão com margens clínicas de 4mm, o que se manteve em 2021 tendo como taxa de remoção completa em 95% dos casos [12,13].

Em relação ao tratamento com crioterapia, não houveram grandes avanços de 2019 a 2021, ainda sendo indicado para CBC primários entregando melhores resultados cosméticos comparados a Fototerapia. A terapia Fotodinâmica em 2019 era indicada apenas no CBC superficial, em 2021 passou a ser indicada em CBC superficial e nodular, mostrando um avanço na técnica e uma nova opção de tratamento para o CBC nodular. A terapia fotodinâmica tópica é uma técnica de fácil aplicação e oferece várias vantagens como melhor resultado estético, possibilidade de ser realizado a nível ambulatorial e ainda como técnica adjuvante, especialmente em pacientes com elevado risco cirúrgico [12,13,17].

Em relação ao tratamento Tópico, não houveram diferenças, uma vez que a terapia é recomendada para pacientes com CBC superficial, utilizando o iquimod, o que resulta em efeitos cosméticos satisfatórios, porém com números maiores de casos de recidiva [12,13].

A terapia com curetagem e eletrodissecação é quando se faz uma raspagem do tecido tumoral com uma cureta, podendo ser feito até 03 ciclos em cada sessão. A técnica é utilizada para tumores de baixo risco, não podendo ser feita em locais com crescimento de cabelo terminal como couro cabeludo, região axilar ou área de barba, devido ao fato de haver risco de não se retirar o tumor que pode estar localizado abaixo das estruturas foliculares. Não houve grandes mudanças nos guidelines [12,13].

Para o acompanhamento da recorrência local do tumor, o NCCN, tanto de 2021 quanto de 2019, orienta seguir caminhos apropriados para o tratamento primário e

sempre que surgir alguma metástase nodal ou a distância, devem ser tratadas com cirurgia com ou sem RT. Além disso, deve ser gerenciada por um conselho multidisciplinar, considerando como terapia sistêmica o tratamento com um inibidor da via hedgehog [12,13].

A maior mudança observada entre os dois guidelines foi no que concerne aos fatores de risco para recorrências. O guideline de 2021 estratifica e determina quais opções de tratamento baseado nos fatores de risco para sua recorrência, sendo eles o BBC-2 para baixo risco e o BBC-3 para alto risco. As duas tabelas podem ser vistas na tabela 04 e figura 05 abaixo para comparação.

Tabela 02 - Fatores de risco para recorrência segundo NCCN 2019.

Característica	Baixo Risco	Alto Risco
Localização/Tamanho	Área L<20mm Área M<10mm	Área L ≥20mm Área M ≥10mm Área H
Limites	Bem definido	Mal definido
Primário ou Recorrente	Primário	Recorrente
Imunossupressão	-	+
Local com Irradiação por RT prévia	-	+

Fonte: *adaptado* de NCCN [13].

Tabela 03 - Estratificação para determinação do tratamento baseados no local e nos fatores de recorrência.

Grupo de Risco	Baixo Risco	Alto Risco
Opções de Tratamento	Consulte BCC-2	Consulte BCC-3
Caracter		
Localização e tamanho	Tronco, Extremidades <2cm	Tronco, Extremidades >2cm Bochechas, Testa, Couro cabeludo, Pescoço Região central da face, pálpebras, sobrancelhas, região periorbital, nariz, labios, queixo, mandibula, região preauricular, retroauricular, têmpora, orelhas, genitália, mãos, pés.
Limites	Bem definido	Mal definido

Grupo de Risco	Baixo Risco	Alto Risco
Primário ou recorrente	Primário	Recorrente
Imunossupressão	-	+
Local com Irradiação por RT prévia	-	-
Patologia		
Subtipo	Nodular, Superficial	Padrão de crescimento agressivo
Acometimento Perineural	-	+

Fonte: *adaptado* de NCCN [13].

CONCLUSÕES / CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comparação feita entre os guidelines evidenciou que várias recomendações permaceram sem alterações ao longo desses dois anos, sendo que ocorreram algumas acerca dos tratamentos e suas indicações, relativas aos fatores de risco para recorrências e à abordagem diagnóstica de acordo com essas condições. Não houveram modificações significativas em relação a abordagem diagnóstica, provavelmente devido ao fato de serem duas diretrizes criadas em um curto intervalo de tempo.

A atualização por meio de guidelines é importante para guiar os profissionais da área da saúde em relação às condutas diagnóstica, terapêutica e prognóstica, contribuindo para oferecer ao paciente um atendimento mais assertivo e qualidade em seus tratamentos.

REFERÊNCIAS

1. Oishi DP, Lellis RF, Catalano SP. Carcinoma basocelular: estudo dos resultados histopatológicos no Instituto BWS em 2014 e revisão de literatura. BWS Journal. 2018 [Internet]. 2018 [Citado 2021 Set. 14];1-8. Disponível em: https://bwsjournal.emnuvens.com.br/bwsj/article/view/21

2. Fidelis MC, Stelini RF, Staffa LP, Moraes AM, Magalhães RF. Carcinoma basocelular com margens comprometidas: estudo retrospectivo de condutas, evolução e prognóstico. Anais Brasileiros de Dermatologia. [Internet]. 2021 [Citado 2021 Set. 06];96(1):17-26. Disponível em: https://www.anaisdedermatologia.org.br/en-carcinoma-basocelular-com-margens-comprometidas-articulo-S2666275220303556

3. Lira DPN, Filho JCCF, Lira HJM, Rosa MRD. Análise epidemiológica do Carcinoma Basocelular em João Pessoa/PB. XV Semana Acadêmica de Odontologia. Anais de Odontologia. [Internet]. 2018 [Citado 2021 Set. 08]. Disponível em: https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/revico/article/download/15931/9095/

4. Almeida MA, Feroldi MR, Vianna LZD, Parreira EB. Carcinoma basocelular areolar: um raro relato de caso. J Bras Pantol Med Lab. [Internet]. 2020 [Citado 2021 Set. 30];56(1):1-3. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/jbpml/v56/pt_1676-2444-jbpml-56-e2232020.pdf

5. Laranjeira FF, Nunes AGP, Oliveira HM, Machado G, Moreira LF, Corleta OC. Fatores prognósticos de recidiva no carcinoma basocelular da face. 35 Jornada Sul Brasileira de Cirurgia plástica. Rev. Bras. Cir. Plást. [Internet]. 2019 [Citado 2021 Set. 12];34(supl.1):37-39. Disponível em: http://www.rbcp.org.br/details/2376/pt-BR/fatores-prognosticos-de-recidiva-no-carcinoma-basocelular-da-face

6. Fonseca LPC. Ensaio clínico randomizado comparando curetagem e eletrocoagulação versus cirurgia convencional no tratamento do carcinoma basocelular de baixo risco com 10mm de diâmetro: avaliação de recidiva em 2 anos. Repositório Institucional UNESP. [Internet]. 2021 [Citado 2021 Set. 01]. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/handle/11449/204818

7. Cerci FB, Kubo EM, Werner B. Comparação entre os subtipos de carcinomas basocelulares observados na biópsia pré-operatória e na cirurgia micrografia de Monhs. An Bras Dermatol. [Internet]. 2020 [Citado 2021 Set. 14];95(5):594-601. Disponível em: http://www.anaisdedermatologia.org.br/pt-comparacao-entre-os-subtipos-carcinomas-articulo-S2666275220302423

8. Nigro MHZ, Helena M, Brandão G, Stella L, Coelho CP, Paula A, et al. 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. [Internet]. 2015 [Citado 2021 Set. 28];7(3):232-5. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/2655/265542585005.pdf

9. Wells G. Carcinoma basocelular; Manual MSD. [Internet]. 2021 [Citado 2021 Set. 14]. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt-pt/casa/dist%C3%BArbios-da-pele/c%C3%A2nceres-de-pele/carcinoma-basocelular

10. Silva DR, Meyre AID. Incidência do carcinoma basocelular e espinocelular em usuários atendidos em um hospital de câncer. Rev. Fam. Ciclos de Vida e Saúde No Contex Social. [Internet]. 2017 [Citado 2021 Set. 11];5(2):1-8. Disponível em: https://www.redalyc.org/jatsRepo/4979/497952553007/497952553007.pdf

11. Bastos, LMH. Curetagem e eletrocoagulação versus exérese cirúrgica no tratamento do carcinoma basocelular de baixo risco: um ensaio clínico randomizado. Repositório Institucional UNESP. [Internet]. 2020 [Citado 2021 Set. 02]. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/handle/11449/193264

12. NCCN Guidelines. Basal Cell Skin Cancer. Version 2.2021. [Internet]. 2021 [Citado 2021 Set. 09]. Disponível em: https://www.nccn.org/home

13. NCCN Guidelines. Basal Cell Skin Cancer. Version 1.2020. [Internet]. 2019 [Citado 2021 Set. 03]. Disponível em: https://www.nccn.org/home

14. Rodrigues TNA, Galvã LEG, Gonçalve HS, Ponte MAA. Carcinoma basocelular desenvolvido sobre nervo sebáceo: tratamento com terapia fotodinâmica abordando campo de cancerização. Surg Cosmet Dermatol. [Internet]. 2017 [Citado 2021 Set. 13]; 9(1): 100-3. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/2655/265550847018.pdf

15. Veness MJ, Delishaj D, Barnes EA, Bezugly A, Rembielak A. Current Role of radiotherapy in Non-melanoma Skin Cancer. Clinical Oncology. [Internet]. 2019 [Citado 2021 Set. 14];31(11):749-758. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S093665551930340119-

16. Bittner, GC, Cerci FB, Kubo EM,Tolkachjov SN. Cirurgia Micrográfica de Monhs: revisão de indicações, técnica, resultados e considerações. Anais Brasileiros de Dermatologia. [Internet]. 2021 [Citado 2021 Set. 14];96(3):263-277. Disponível em: http://www.anaisdedermatologia.org.br/en-pdf-S2666275221000783

17. Angarita DPR. Otimização da terapia fotodinâmica através do método fracionado no tratamento de carcinoma basocelular. Repositório Institucional UFSCAR. [Internet]. 2017 [Citado 2021 Set. 13]. Disponível em: https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/10671