

# **Incidência de casos de carcinoma epidermoide desenvolvidos sobre dermatoses inflamatórias prévias seguidos no Hospital de Clínicas da Unicamp, entre os anos 2000 e 2020**

**Luana Rampazzo Magalhães - 220565**

**Dra. Andréa Fernandes Eloy da Costa França - 309408**

Departamento de Clínica Médica, Disciplina de Dermatologia FCM - UNICAMP

- O câncer de pele é o tipo mais frequente de neoplasia maligna no mundo.
- O advento de carcinoma epidermóides (CECs) a partir de dermatoses crônicas é conhecido, porém pouco explorado.
- Objetivo: levantamento dos casos de CEC desenvolvidos sobre dermatoses prévias, diagnosticados entre os anos 2.000 e 2.020, no Hospital de Clínicas (HC) Unicamp.

- Estudo quantitativo e retrospectivo, baseado na revisão de prontuários
- Base de dados de biópsias do HC Unicamp entre 2.000 e 2.020
- Termos usados: “ carcinoma epidermoide” e “pele”
- Critérios de exclusão: CEC de mucosas, CECs oriundos de cicatrizes crônicas/úlceras, CECs associados a síndromes genéticas
- Critérios de inclusão: maiores de 18 anos
- Aprovação pelo CEP Unicamp: CAAE 7961521.6.0000.5404

## METODOLOGIA

---

## Distribuição dos casos de CEC cutâneo levantados no HC Unicamp entre os anos de 2.000 a 2.020

Parâmetro	N = 2296
Idade (média ± DP em anos)	69,3 ± 13,85
Sexo (F/M)	1056 (46%)/1240 (54%)
Número de CECs por paciente (média)	2,2

A aplicação de novos filtros resultou em um total de **188 pacientes com CECs e outros diagnósticos dermatológicos**, cujos laudos histológicos foram revisados até a obtenção de uma lista final com **10 pacientes com CECs advindos de dermatoses inflamatórias**

**Tabela 2. Dados dos pacientes com CEC cutâneo decorrentes de uma lesão por inflamação crônica, levantados no HC Unicamp entre os anos de 2.000 a 2.020**

<b>N</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnóstico prévio</b>	<b>Diagnóstico de CEC (anos)</b>	<b>Tempo de evolução para CEC (anos)</b>	<b>Cor da pele</b>	<b>Local do CEC</b>	<b>Evolução</b>	<b>Fatores de risco</b>
1	M	Lúpus eritematoso hipertrófico	55	20	branco	Cabeça e pescoço	Favorável	Exposição solar Tabagismo
2	M	Lúpus eritematoso hipertrófico	54	24	pardo	mmss	Favorável	Exposição solar Tabagismo
3	F	Lúpus eritematoso hipertrófico	51	2	branco	Cabeça e pescoço	Desfavorável	Exposição solar Tabagismo
4	F	Lúpus eritematoso hipertrófico	55	24	pardo	Cabeça e pescoço	Favorável	Exposição solar Tabagismo
5	M	Líquen plano hipertrófico	23	4	pardo	mmii	Desfavorável	*
6	F	Vitiligo	56	38	branco	mmss	Desfavorável	Exposição solar
7	M	Hidradenite	60	2	branco	Genital	Desfavorável	Imunossupressão Tabagismo*
8	M	HIV + HPV	33	12	branco	Genital	Desfavorável	Imunossupressão Exposição solar Tabagismo
9	F	Psoríase	67	54	branco	mmss	Favorável	Imunossupressão*
10	M	Psoríase eritrodérmica	49	17	branco	mmss	Desfavorável	Imunossupressão Tabagismo*

mmss: membros superiores; mmii: membros inferiores; \* sem informação sobre tabagismo e/ou exposição solar no prontuário

Os achados do estudo corroboram a literatura quanto a alguns fatores de risco para CEC:

- exposição abundante e crônica ao sol (6 pacientes)
- idade acima dos 50 anos (8 pacientes)
- fototipos mais baixos (7 pacientes)
- imunossupressão (4 pacientes)

Chamaram atenção alguns fatores de risco para CEC:

- alta frequência de tabagismo (7 pacientes)
- dermatoses liquenoides (5 pacientes)

Tabela 2. Dados dos pacientes com CEC cutâneo decorrentes de uma lesão por inflamação crônica, levantados no HC Unicamp entre os anos de 2.000 a 2.020

N	Sexo	Diagnóstico prévio	Diagnóstico de CEC (anos)	Tempo de evolução para CEC (anos)	Cor da pele	Local do CEC	Evolução	Fatores de risco
1	M	Lúpus eritematoso hipertrófico	55	20	branco	Cabeça e pescoço	Favorável	Exposição solar Tabagismo
2	M	Lúpus eritematoso hipertrófico	54	24	branco	mmss	Favorável	Exposição solar Tabagismo
3	F	Lúpus eritematoso hipertrófico	55	24	branco	pescoço	Desfavorável	Exposição solar Tabagismo
4	F	Lúpus eritematoso hipertrófico	55	24	pardo	Cabeça e pescoço	Favorável	Exposição solar Tabagismo
5	M	Líquen plano hipertrófico	23	4	pardo	mmii	Desfavorável	*
6	F	Vitiligo	56	38	branco	mmss	Desfavorável	Exposição solar
7	M	Hidradenite	60	2	branco	Genital	Desfavorável	Imunossupressão Tabagismo*
8	M	HIV + HPV	33	17	branco	mmss	Desfavorável	Imunossupressão Exposição solar Tabagismo
9	F	Psoríase	67	54	branco	mmss	Favorável	Imunossupressão*
10	M	Psoríase eritrodérmica	49	17	branco	mmss	Desfavorável	Imunossupressão Tabagismo*

**DERMATOSES LIQUENÓIDES**

**DERMATOSES NÃO LIQUENÓIDES**

Aqui alguns exemplos das dermatoses encontradas no estudo:



(A)  
Lúpus eritematoso  
hipertrófico



(B)  
Líquen plano  
hipertrófico



(C)  
Hidradenite  
supurativa

**DERMATOSES LIQUENÓIDES**

**DERMATOSES NÃO  
LIQUENÓIDES**

## DERMATOSES LIQUENÓIDES

O estado inflamatório crônico, assim como a renovação celular acelerada podem proporcionar um ambiente fértil para o desenvolvimento de neoplasias neste grupo de doentes.

Pacientes com LEC apresentam um risco 3,6x de desenvolver CEC:

- Predomínio nas áreas fotoexpostas
- Ocorre em pacientes com doença de longa data
- Apresenta altas taxas de metástase.

## LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Realização em serviço terciário de saúde:

- Algumas dermatoses mais graves chegam com maior frequência, podendo superestimar a associação de CEC com as dermatoses crônicas.
- Por outro lado, a associação de CEC com outras dermatoses pode estar subestimada (ex.: associação com líquen escleroso, doença mais vista nos hospitais de atendimento ginecológico)

- A prevalência de CEC sobre dermatoses crônicas é muito rara.
- Devido ao pequeno número de casos encontrados, não é possível prever os fatores de risco mais importantes para o seu desenvolvimento.
- Ainda, há uma tendência dos CECs se desenvolverem sobre dermatoses liquenoides, assim como naquelas de evolução mais longa.

- 1) Ferrándiz C et al. Precancerous skin lesions. *Actas dermosifiliogr.* 2017; 108 (1): 31-41.
- 2) Tao J et al. Squamous cell carcinoma complicating discoid lupus erythematosus in chinese patients: review of the literature. 1964-2010. *J am acad dermatol.* 2012; 66 (4): 695-6.
- 3) Grönhagen CM et al. Increased risk of cancer among 3663 patients with cutaneous lupus erythematosus: a swedish nationwide cohort study. *British journal of dermatology.* 2012; 166: 1053–1059.
- 4) Ghosh S et al. Squamous cell carcinoma developing in a cutaneous lichen planus lesion: a rare case. Hindawi publishing corporation: case reports in dermatological medicine. 2014; 2014, article id 205638, 3 pages. Doi: 10.1155/2014/205638.
- 5) Krasowska D et al. Twice malignant transformation of hypertrophic lichen planus. *Annals of agricultural and environmental medicine.* 2012; 19 (4): 787-789.
- 6) Manz B et al. Squamous cell carcinoma as a complication of long-standing hypertrophic lichen planus. *International journal of dermatology.* 2005; 44: 773-774.
- 7) Singh SK et al. Squamous cell carcinoma arising from hypertrophic lichen planus. *European academy of dermatology and venereology.* 2006; 20: 735-767.
- 8) Fabbrocini, G et al. Squamous Cell Carcinoma Arising in Long-Standing Hidradenitis. Suppurativa: An Overlooked Facet of the Immunocompromised District. *Clin. Dermatol.* 2017; 35: 225–227.

**OBRIGADA!**

[luanarampazzo@gmail.com](mailto:luanarampazzo@gmail.com)