Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Perfis clínico-morfológicos dos carcinomas basocelular e espinocelular em Barbacena: um estudo descritivo e exploratório

Clinical-morphological profiles of basal cell and squamous cell carcinomas in Barbacena: a descriptive and exploratory study

Perfiles clínicos y morfológicos de carcinomas basocelulares y espinocelulares en Barbacena: un estudio descriptivo y exploratório

Maria Eduarda Silva de Faria Canuto[1], Giovanna Abreu de Souza[1], Lívia Santolia Lamounier[1], Luiza de Brito Figueiredo Barbosa[1], Pedro Figueiredo Rocha[1], Lorena Dias Assis[1], Flaviany Custódio Faria[1].

RESUMO

Objetivo: Comparar as características sociodemográficas, topográficas e macroscópicas dos casos de CBC e CEC, além de descrever seus achados histopatológicos. **Métodos:** Estudo observacional, transversal, descritivo e exploratório, realizado por meio da análise de laudos histopatológicos de pacientes atendidos no Hospital Universitário Vilela, situado em Barbacena, Minas Gerais. Foram avaliados inicialmente 106 casos elegíveis de câncer de pele, entretanto somente 101 foram incluídos na comparação entre CBC e CEC. As variáveis foram analisadas por frequências, mediana e intervalo interquartil, utilizando-se os testes exato de Fisher e Mann-Whitney, com nível de significância de 5%. **Resultados:** O CBC foi o diagnóstico mais frequente, apresentando maior associação com lesões localizadas na cabeça e pescoço e de consistência elástica. O CEC esteve relacionado principalmente a lesões elevadas ou sobrelevadas, firmes, granuladas e com superfície esbranquiçada, crostosa ou rugosa. **Conclusão:** CBC e CEC apresentaram perfis clínicos e morfológicos distintos, indicando que a avaliação macroscópica sistematizada pode auxiliar na suspeita diagnóstica inicial, embora a confirmação definitiva dependa do exame histopatológico.

Palavras-chave: Carcinoma basocelular, Carcinoma espinocelular, Neoplasias cutâneas, Histopatologia, Diagnóstico.

ABSTRACT

Objective: To compare the sociodemographic, topographic, and macroscopic characteristics of BCC and SCC cases, and to describe their histopathological findings. **Methods:** Observational, cross-sectional, descriptive and exploratory study, carried out by means of analysis of histopathological reports of patients treated at the Vilela University Hospital, located in Barbacena, Minas Gerais. A total of 106 eligible cases of skin cancer were initially evaluated, however, only 101 were included in the comparison between CBC and CEC. Variables were analyzed using frequencies, median, and interquartile range. Fisher's exact test and the Mann-Whitney test were applied, adopting a significance level of 5%. **Results:** BCC was the most frequent diagnosis and was more commonly associated with lesions located on the head and neck and with an elastic consistency. cSCC was mainly associated with elevated or raised lesions that were firm, granular,

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena (FAME/FUNJOBE), Barbacena – MG.

SUBMETIDO EM: 7/2026 | **ACEITO EM: 8/2026** | **PUBLICADO EM: 10/2026**

and had a whitish, crusted, or rough surface. **Conclusion:** BCC and cSCC presented distinct clinical and morphological profiles, indicating that systematic macroscopic evaluation may contribute to the initial diagnostic suspicion, although definitive diagnosis still depends on histopathological confirmation.

Keywords: Basal cell carcinoma, Cutaneous squamous cell carcinoma, Skin neoplasms, Histopathology, Diagnosis.

RESUMEN

Objetivo: Comparar las características sociodemográficas, topográficas y macroscópicas de los casos de carcinoma basocelular (CBC) y carcinoma epidermoide (CEC), y describir sus hallazgos histopatológicos. **Métodos:** Este estudio observacional, transversal, descriptivo y exploratorio se realizó mediante el análisis de informes histopatológicos de pacientes tratados en el Hospital Universitario de Vilela, ubicado en Barbacena, Minas Gerais. Inicialmente se evaluaron 106 casos elegibles de cáncer de piel, sin embargo, solo 101 se incluyeron en la comparación entre CBC y CEC. Las variables se analizaron mediante frecuencias, mediana e intervalo intercuartílico. Se utilizaron la prueba exacta de Fisher y la prueba de Mann-Whitney, con un nivel de significación del 5%. **Resultados:** El CBC fue el diagnóstico más frecuente y mostró una mayor asociación con lesiones localizadas en la cabeza y el cuello y de consistencia elástica. El CEC se relacionó principalmente con lesiones elevadas o sobreelevadas, firmes, granulosas y con superficie blanquecina, costrosa o rugosa. **Conclusión:** El CBC y el CEC presentaron perfiles clínicos y morfológicos distintos, lo que indica que la evaluación macroscópica sistemática puede contribuir a la sospecha diagnóstica inicial, aunque la confirmación definitiva depende del examen histopatológico.

Palabras clave: Carcinoma basocelular, Carcinoma escamocelular cutâneo, Neoplasias cutâneas, Histopatología, Diagnóstico.

INTRODUÇÃO

O câncer de pele não melanoma está entre as neoplasias mais frequentes no mundo e permanece como um problema importante de saúde pública. No Brasil, o câncer de pele é a neoplasia mais comum, respondendo por aproximadamente 30% de todos os tumores malignos registrados no país. Dentro dos tumores de pele, o tipo não melanoma é o mais prevalente e apresenta a menor taxa de mortalidade (AGGARWAL P, et al., 2021). Sua relevância não se explica apenas pela alta incidência, mas também pelas repercussões clínicas e assistenciais envolvidas no diagnóstico, no tratamento e no acompanhamento dos pacientes.

Entre os tumores cutâneos malignos não melanocíticos, o carcinoma basocelular (CBC) e o carcinoma espinocelular (CEC) são os subtipos mais comuns. Embora, de modo geral, apresentem menor letalidade que o melanoma, ambos podem causar morbidade importante, especialmente quando o diagnóstico ocorre de forma tardia ou quando as lesões acometem regiões anatomicamente sensíveis sob os aspectos funcional e estético (SAMARASINGHE V e MADAN V, 2012; MUZIC JG, et al., 2017; GUTJAHR GM, et al., 2010; LANG BM, et al., 2024; SCHMULTS CD, et al., 2023).

Apesar de pertencerem ao grupo dos cânceres de pele não melanoma, CBC e CEC apresentam diferenças relevantes em seu comportamento biológico. O carcinoma basocelular costuma estar associado a um crescimento mais lento, predomínio de invasão local e baixo potencial metastático. Já o CEC tende a apresentar comportamento mais agressivo, com maior capacidade invasiva e risco relativamente mais elevado de disseminação em determinados contextos clínicos. Essa distinção tem implicações diretas na prática, uma vez que pode influenciar a formulação da hipótese diagnóstica, a definição da conduta terapêutica e a avaliação prognóstica. Assim, a identificação de achados que favoreçam a suspeita de um ou outro subtipo pode auxiliar a avaliação clínica desde suas etapas iniciais (FIRNHABER JM, 2012; FIRNHABER JM, 2020; FANIA L, et al., 2021; MITTAL A e MITTAL BB, 2024; LACERDA PN, et al., 2024).

No Brasil, a análise regional dessas neoplasias merece atenção, pois a distribuição dos casos não depende exclusivamente da biologia tumoral. Por esse motivo, estudos desenvolvidos em serviços de referência têm utilidade prática, já que permitem observar como essas lesões se apresentam em contextos assistenciais concretos e podem contribuir para qualificar tanto a suspeita clínica inicial quanto a interpretação dos achados anatomopatológicos (GUTJAHR GM, et al., 2010; FERREIRA FR, et al., 2013).

Com base nisso, o presente estudo analisou laudos de lesões de pacientes com câncer de pele atendidos em serviço público vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) de Barbacena e região, comparando os casos de CBC e CEC. Tendo como objetivo geral analisar as características sociodemográficas, anatômicas, macroscópicas e microscópicas das lesões de pacientes com câncer de pele atendidos em serviços de referência oncológica de Barbacena e região, comparando os casos de CBC e CEC, com o objetivo de identificar achados associados à distinção entre esses diagnósticos histopatológicos (RYU TH, et al., 2018; FIRNHABER JM, 2012; FIRNHABER JM, 2020; FANIA L, et al., 2021).

MÉTODOS

Este estudo é do tipo observacional, transversal, descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa. Foi desenvolvido com base na análise de prontuários e laudos histopatológicos de pacientes atendidos no Hospital Universitário Vilela, situado em Barbacena, Minas Gerais, referentes ao ano de 2024, incluindo os meses de fevereiro a dezembro. A investigação teve como foco a caracterização clínico-patológica da amostra e a comparação entre os casos de CBC e CEC.

Foram incluídos laudos histopatológicos de casos de CEC e CBC. Além disso, foram excluídos os registros sem confirmação diagnóstica de câncer de pele, bem como aqueles que não permitiam identificar com segurança o subtipo histopatológico da lesão. Também não foram considerados os casos com ausência de informações mínimas sobre variáveis relevantes para o estudo, como localização anatômica, características macroscópicas ou achados microscópicos. Nos registros duplicados, manteve-se apenas a versão mais completa. Para as análises comparativas entre CBC e CEC, também foram excluídos os casos classificados como neoplasias não queratinocíticas ou outros subtipos com frequência muito baixa, por não apresentarem base suficiente para uma comparação estatística mais consistente.

A coleta de dados foi realizada por meio da leitura sistemática de laudos histopatológicos de pacientes atendidos no Hospital Universitário Vilela, em Barbacena. A partir desses documentos, foram extraídas as informações relacionadas aos objetivos do estudo. Posteriormente, os dados foram organizados em um instrumento padronizado, elaborado com a finalidade de garantir uniformidade no registro e permitir a realização das análises subsequentes.

Foram coletadas variáveis sociodemográficas e clínico-patológicas. Entre as variáveis sociodemográficas, foram consideradas idade, sexo, raça/cor e município de residência. As variáveis clínico-patológicas incluíram diagnóstico histopatológico, topografia anatômica da lesão, características macroscópicas, achados microscópicos e classificação quanto à natureza da neoplasia. Essas informações permitiram descrever a amostra e comparar os perfis clínicos e morfológicos observados, com foco na distinção entre CBC e CEC.

A amostra foi constituída pelos casos elegíveis identificados nos prontuários e laudos disponíveis nas instituições participantes no período analisado. Como se trata de um estudo baseado em registros previamente existentes, foi adotada amostragem por conveniência. A amostra total incluiu todos os casos de câncer de pele que atenderam aos critérios de elegibilidade. Para as análises comparativas, foram considerados apenas os casos de CBC e CEC, uma vez que os demais subtipos apresentaram baixa frequência e não ofereceram base suficiente para comparações analíticas mais consistentes.

Por se tratar de pesquisa baseada em dados secundários obtidos a partir de prontuários e laudos histopatológicos, sem contato direto com os pacientes, não houve necessidade de aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram adotadas medidas para assegurar sigilo,

confidencialidade e anonimização das informações, em conformidade com a Resolução CNS nº 466/2012 e com as exigências do sistema CEP/CONEP para pesquisas com registros previamente existentes. O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Faculdade de Medicina de Barbacena (FAME/FUNJOBE), com o número de parecer CEP: 8.354.755. CAAE: 80216124.4.0000.8307.

A análise estatística foi desenvolvida em duas etapas. Inicialmente, realizou-se a caracterização da amostra, com apresentação das variáveis categóricas em frequências absolutas e relativas. A idade foi descrita por mediana e intervalo interquartil, devido à ausência de distribuição normal nos principais grupos diagnósticos. A normalidade da distribuição foi avaliada pelo teste de Shapiro–Wilk, considerando a amostra total e os principais grupos diagnósticos. Como os grupos analisados não apresentaram distribuição normal, essa variável passou a ser descrita por mediana e intervalo interquartil. Em razão disso, as comparações entre os grupos foram realizadas por método não paramétrico.

Em seguida, na etapa inferencial, os casos de CBC e CEC foram comparados por meio do teste exato de Fisher, para as variáveis categóricas, e do teste de Mann-Whitney, para a idade. As associações exploratórias entre variáveis categóricas e diagnóstico histopatológico foram avaliadas por tabelas de contingência 2×2, com estimativa da *odds ratio*, respectivos intervalos de confiança de 95% e valores de p obtidos pelo teste exato de Fisher.

Em todas as análises, foi adotado um nível de significância de 5%. Por se tratar de estudo exploratório e de amostra reduzida no grupo de CEC, as *odds ratios* foram interpretadas de forma descritiva e inferencial, com ênfase na direção e plausibilidade clínica das associações, e não como estimativas definitivas de efeito.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 106 casos de pacientes com câncer de pele, com predomínio de neoplasias cutâneas não melanoma. O CBC foi o diagnóstico mais frequente, seguido pelo CEC, enquanto as neoplasias não queratinocíticas tiveram participação reduzida (**Tabela 1**). A mediana de idade foi de 68 anos e 50,5% do sexo masculino (**Tabela 2**). Em relação ao município de residência, Barbacena concentrou o maior número de registros com informação disponível.

Tabela 1 - Frequência absoluta e relativa dos tipos de câncer de pele na amostra (N=106).

Tipo de Câncer	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
CBC	81	76,4%
CEC	20	18,9%
NNC	5	4,7%
Total	106	100%

Nota: carcinoma basocelular = CBC; carcinoma espinocelular = CEC; NNC = neoplasias não queratinocíticas. Os valores estão apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%), com base no total da amostra (N=106).
Fonte: Canuto ME, et al., 2026.

Tabela 2 - Distribuição das características sociodemográficas e da idade dos casos incluídos, segundo o diagnóstico histopatológico de CBC e CEC (N=106).

Variável	Total (N=101)	CBC (n=81)	CEC (n=20)
Idade (anos)			
Mediana *IIQ*	68,0 58,0–75,0	68,0 58,0–75,0	69,5 61,8–75,8
Mínimo–máximo	27–89	27–89	33–87
Sexo, n (%)			
Feminino	50 (49,5%)	41 (50,6%)	9 (45,0%)
Masculino	51 (50,5%)	40 (49,4%)	11 (55,0%)
Raça/cor, n (%)			
Branca	75 (74,3%)	59 (72,8%)	16 (80,0%)
Parda	10 (9,9%)	9 (11,1%)	1 (5,0%)
Amarela	5 (5,0%)	4 (4,9%)	1 (5,0%)
Sem informação	11 (10,9%)	9 (11,1%)	2 (10,0%)

Nota: Embora tenham sido identificados 106 casos, a amostra analisada foi composta por 101 indivíduos, uma vez que as neoplasias não queratinocíticas (NNC; n = 5) foram excluídas das análises devido à baixa frequência amostral. Os dados estão apresentados em mediana [intervalo interquartil] ou frequência absoluta (n) e relativa (%), conforme apropriado. O número de dados ausentes é informado individualmente para cada variável. CBC = carcinoma basocelular; CEC = carcinoma espinocelular; NNC = neoplasias não queratinocíticas. **Fonte:** Canuto ME, et al., 2026.

Tabela 3 - Associação exploratória entre região anatômica da lesão e diagnóstico histopatológico (CBC versus CEC) (N=106).

Região anatômica	CBC (n=81), n (%)	CEC (n=20), n (%)	OR (IC 95%)	p-valor
Cabeça/Pescoço	55 (67,9%)	6 (30,0%)	0,20 (0,07–0,59)	0,004*
Membros superiores	12 (14,8%)	5 (25,0%)	1,92 (0,59–6,25)	0,319
Tronco	11 (13,6%)	6 (30,0%)	2,73 (0,86–8,60)	0,098
Membros inferiores	2 (2,5%)	3 (15,0%)	6,97	0,052

Nota: Dados apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%). As odds ratios (OR) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram estimados a partir de tabelas de contingência 2×2, considerando o diagnóstico histopatológico como desfecho, codificado como CEC = 1 e CBC = 0. Assim, OR > 1 indica maiores odds de CEC, enquanto OR < 1 indica menores odds de CEC e, consequentemente, maior associação relativa com CBC. Os valores de p foram obtidos pelo teste exato de Fisher. Valores de p < 0,05 foram considerados estatisticamente significativos. CBC = carcinoma basocelular; CEC = carcinoma espinocelular.
Fonte: Canuto ME, et al., 2026.

Na análise exploratória da associação entre região anatômica da lesão e diagnóstico histopatológico (**Tabela 3**), a localização em cabeça e pescoço apresentou menores odds de CEC em comparação ao CBC (OR = 0,20; IC95%: 0,07–0,59; p = 0,004), indicando maior frequência relativa dessa localização entre os casos de CBC. Membros superiores, tronco e membros inferiores apresentaram OR superiores a 1, sugerindo maior representação relativa entre os casos de CEC; entretanto, essas associações não atingiram significância estatística.

Tabela 4 - Associação exploratória entre características macroscópicas da lesão e diagnóstico histopatológico (CEC versus CBC) (N=106).

Característica macroscópica	CEC n (%)	CBC n (%)	OR (IC 95%)	p-valor
Lesão elevada/discretamente elevada/sobreelevada	13 (65,0)	4 (4,9)	35,75 (9,16–139,54)	< 0,001*
Consistência elástica	6 (30,0)	59 (72,8)	0,16 (0,05–0,47)	< 0,001*
Coloração acastanhada	7 (35,0)	45 (55,6)	0,43 (0,16–1,19)	0,135
Ulceração	1 (5,0)	12 (14,8)	0,30 (0,04–2,48)	0,455
Aspecto granuloso	9 (45,0)	12 (14,8)	4,70 (1,61–13,76)	0,006*
Consistência firme	7 (35,0)	6 (7,4)	6,73 (1,95–23,24)	0,004*
Superfície esbranquiçada/crostosa/rugosa	12 (60,0)	26 (32,1)	3,17 (1,16–8,70)	0,037*

Nota: Dados apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%). As odds ratios (OR) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram estimados a partir de tabelas de contingência 2×2, considerando o diagnóstico histopatológico como desfecho, codificado como CEC = 1 e CBC = 0. Assim, OR > 1 indica maiores odds de CEC, enquanto OR < 1 indica menores odds de CEC e, consequentemente, maior associação relativa com CBC. Os valores de p foram obtidos pelo teste exato de Fisher, considerando-se p < 0,05 estatisticamente significativo. CBC = carcinoma basocelular; CEC = carcinoma espinocelular.
Fonte: Canuto ME, et al., 2026.

A análise macroscópica (**Tabela 4**), evidenciou diferenças entre os grupos. Na análise bivariada, observou-se associação entre determinadas características macroscópicas e o diagnóstico histopatológico. Lesões elevadas ou sobreelevadas, de consistência firme, aspecto granuloso e superfície esbranquiçada, crostosa ou rugosa estiveram mais associadas ao CEC. Em contraste, a consistência elástica mostrou maior associação com o CBC.

DISCUSSÃO

Nesta amostra, o CBC foi mais frequente que o CEC, enquanto as NNC tiveram participação reduzida. Esse resultado acompanha o observado por Gutjahr GM, et al. (2010), que identificaram 196 casos de CBC e 97 de CEC em um conjunto de 293 casos, com maior concentração entre 70 e 79 anos. A idade também se distribuiu de forma semelhante entre CBC e CEC nessa pesquisa, mantendo ambas as neoplasias dentro de um perfil etário mais avançado, embora Gutjahr GM, et al. (2010) tenham encontrado média de idade mais elevada entre os casos de CEC.

A distribuição por sexo foi praticamente equilibrada. Houve leve predominância de mulheres entre os casos de CBC (50,6%) e de homens entre os de CEC (55,0%). Esse padrão difere em parte do relatado por Gutjahr GM, et al. (2010), que encontraram maior frequência de homens no CBC (59,2%), enquanto no CEC essa diferença foi menor (52,6% de homens) e sem significância estatística. Em uma amostra muito mais ampla, Lukowiak TM, et al. (2020), ao analisarem 985.317 registros, mostraram que a diferença entre os sexos tende a perder força com o avanço da idade, tornando-se praticamente inexistente após os 65 anos (OR = 0,98). A pequena diferença observada nesta amostra pode estar relacionada ao perfil etário mais avançado dos participantes, já que esse contraste tende a diminuir com o envelhecimento (GUTJAHR GM, et al., 2010; LUKOWIAK TM, et al., 2020).

Em relação à topografia anatômica, o CBC concentrou-se com maior frequência em cabeça e pescoço, onde esteve presente em 67,9% dos casos, contra 30,0% no CEC, com associação estatisticamente significativa. Esse achado está de acordo com estudos anteriores, que também apontam maior concentração do CBC em áreas fotoexpostas, especialmente na região cefálica. Em Gutjahr GM, et al. (2010), a face foi a localização mais frequente tanto para CBC quanto para CEC, correspondendo a 63,63% e 61,18% dos casos, respectivamente. Já no estudo populacional de Subramaniam P, et al. (2017), cabeça e pescoço concentraram 40,2% dos CBC e 33,4% dos CEC, enquanto os CEC também apareceram com frequência importante em membros superiores (34,9%). Assim, os achados do estudo em questão reforçam que a localização em cabeça e pescoço pode aumentar a suspeita clínica de CBC, embora não seja, sozinha, suficiente para definir o diagnóstico (GUTJAHR GM, et al., 2010; SUBRAMANIAM P, et al., 2017).

A avaliação macroscópica também mostrou diferenças entre os dois tumores. Nos casos de CBC, foram mais frequentes lesões com consistência elástica, coloração acastanhada e aspecto mais regular ao exame clínico. Nos casos de CEC, por sua vez, observaram-se mais lesões elevadas ou sobreelevadas, com aspecto granuloso, superfície irregular e consistência firme. Clinicamente, esse conjunto indica que o CEC tende a se mostrar de forma mais evidente ao exame físico, enquanto o CBC costuma ter apresentação menos exuberante. Esse achado é compatível com descrições anteriores, segundo as quais o CBC geralmente se apresenta como uma lesão mais nodular e relativamente bem delimitada, enquanto o CEC tende a mostrar aspecto queratósico, endurecido e escamoso (FIRNHABER JM, 2012; FIRNHABER JM, 2020).

A análise bivariada manteve esse padrão, com maior associação do CEC a lesões elevadas ou sobreelevadas, consistência firme, aspecto granuloso e superfície esbranquiçada, crostosa ou rugosa. O CEC mostrou associação mais forte com lesões elevadas ou sobreelevadas (OR = 28,88; IC95%: 7,52–110,89; $p < 0,001$), consistência firme (OR = 6,73; IC95%: 1,95–23,24; $p = 0,004$), aspecto granuloso (OR = 4,70; IC95%: 1,61–13,76; $p = 0,006$) e superfície esbranquiçada, crostosa ou rugosa (OR = 3,17; IC95%: 1,16–8,70; $p = 0,037$). Esses achados apontam para um padrão morfológico mais compatível com o CEC, embora devam ser interpretados com cautela, já que se tratam de associações exploratórias obtidas em uma amostra reduzida, especialmente no grupo de CEC.

A coloração acastanhada foi mais frequente no CBC em termos descritivos, mas sem sustentação robusta. Ainda assim, esse achado não é incompatível com a literatura, considerando a existência de subtipos pigmentados, que corresponderam a 15,2% dos casos na série de Kasumagic-Halilovic E, et al. (2019). Mesmo assim, seu valor discriminativo foi menor do que o observado para topografia e consistência. Esses resultados mostram que a avaliação clínica pode contribuir para a hipótese diagnóstica inicial, embora não substitua a confirmação anatomopatológica (FIRNHABER JM, 2020).

A ulceração, nesta amostra, não se mostrou útil como marcador isolado para diferenciar CBC e CEC. Embora muitas vezes seja lembrada, do ponto de vista clínico, como sinal de lesão mais agressiva ou mais avançada, ela não apresentou, nesta amostra, capacidade consistente para diferenciar CBC e CEC. Esse resultado é plausível, já que a ulceração pode ocorrer no CEC, mas não constitui uma característica exclusiva desse tumor, podendo também estar presente em alguns casos de CBC (FIRNHABER JM, 2020).

Assim, sinais isolados parecem ter utilidade restrita quando avaliados fora do contexto morfológico global da lesão. Por isso, os achados clínicos precisam ser lidos em conjunto e sempre confirmados pelo exame anatomopatológico (COMUNE R, et al., 2024; FIRNHABER JM, 2020).

Os achados histopatológicos foram compatíveis com os diagnósticos finais. No CBC, predominaram ninhos de células basaloides com paliçada periférica, padrão classicamente descrito para esse tumor. No CEC, destacaram-se crescimento infiltrativo, atipia escamosa, pontes intercelulares e pérolas córneas, em concordância com a diferenciação escamosa esperada nesse subtipo. Os achados microscópicos acompanharam de forma coerente os diagnósticos finais, o que dá sustentação interna à classificação anatomopatológica adotada no estudo (NICULET E, et al., 2022; YANOFSKY VR, et al., 2011).

De forma geral, CBC e CEC mostraram padrões clínico-morfológicos diferentes, embora com alguma sobreposição entre as características observadas. O CBC esteve mais relacionado a lesões em cabeça e pescoço, com consistência elástica e aspecto macroscópico menos exuberante. O CEC, por outro lado, apareceu mais ligado a lesões elevadas ou sobrelevadas, granuladas, firmes e com superfície irregular, em consonância com a descrição clínica mais clássica desse subtipo. Esse contraste sugere que a avaliação conjunta da topografia e da morfologia da lesão pode fortalecer a suspeita diagnóstica inicial. Ao mesmo tempo, como houve sobreposição entre algumas características, os resultados também indicam que a diferenciação entre esses tumores não depende de um achado isolado, mas da leitura integrada do quadro clínico, sempre confirmada pelo exame histopatológico (FIRNHABER JM, 2020).

Este estudo apresenta relevância por abordar um tema de grande impacto na prática clínica e na saúde pública, considerando a elevada frequência do câncer de pele não melanoma e a necessidade de aprimorar sua caracterização clínico-patológica em contextos assistenciais reais. Ao comparar, na mesma amostra, aspectos sociodemográficos, topográficos, macroscópicos e histopatológicos de lesões cutâneas, o trabalho contribui para ampliar a compreensão das diferenças entre CBC e CEC, dois dos principais subtipos de câncer de pele observados na rotina diagnóstica.

Sua originalidade reside na proposta de integrar, de forma sistematizada, a descrição clínica e morfológica das lesões típicas de CBC e CEC com os achados histopatológicos, valorizando elementos frequentemente presentes na prática assistencial, mas nem sempre explorados de maneira analítica em estudos locais. Além disso, ao utilizar dados oriundos de serviços de atendimento de referência de Barbacena e região, o estudo oferece uma leitura situada da realidade regional, contribuindo para a produção de conhecimento aplicado ao contexto em que foi desenvolvido.

Outro aspecto relevante é o potencial de aplicabilidade dos achados. Embora não substituam a confirmação anatomopatológica, os resultados sugerem que determinadas combinações de características clínicas e macroscópicas podem fortalecer a suspeita diagnóstica inicial e favorecer uma correlação clínico-patológica mais qualificada. Dessa forma, o estudo não apenas descreve a frequência dos diagnósticos encontrados, mas também propõe uma leitura mais refinada dos padrões morfológicos que diferenciam CBC e CEC, o que amplia sua utilidade acadêmica, clínica e formativa.

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, trata-se de uma pesquisa observacional, transversal e baseada em dados secundários obtidos de prontuários e laudos histopatológicos, o que torna a análise dependente da qualidade, da completude e da padronização dos registros originais. Como parte das variáveis sociodemográficas, macroscópicas e microscópicas foi extraída de descrições previamente registradas, não é possível garantir uniformidade absoluta na forma como todos os achados foram descritos ao longo do período analisado, o que introduz possibilidade de viés de informação.

Além disso, a amostra foi obtida por conveniência em serviço público vinculado ao Sistema Único de saúde (SUS) de Barbacena e região, o que limita a generalização dos achados para outras populações e cenários assistenciais e pode introduzir viés de seleção. Soma-se a isso o número reduzido de casos de CEC e de outros subtipos menos frequentes, circunstância que restringe a precisão de algumas estimativas, amplia os intervalos de confiança e reduz a robustez de determinadas comparações. Também deve ser considerado que houve perda de informação em algumas variáveis, o que limitou análises mais detalhadas em certos domínios clínicos e territoriais. Por fim, como se trata de estudo transversal retrospectivo, não é possível estabelecer relações causais entre as características observadas e os diagnósticos histopatológicos. Apesar dessas limitações, o estudo oferece uma descrição útil e metodologicamente consistente dos principais padrões clínico-morfológicos observados entre CBC e CEC em uma casuística regional.

Os achados deste estudo oferecem contribuições relevantes para a prática clínica ao reforçarem a utilidade da avaliação morfológica sistematizada das lesões cutâneas como apoio à suspeita diagnóstica inicial. A identificação de padrões mais frequentemente relacionados ao CBC, como localização em cabeça e pescoço e consistência elástica, bem como de características mais associadas ao CEC, como relevo mais acentuado, aspecto granuloso, consistência firme e superfície mais irregular, pode qualificar o raciocínio clínico durante a avaliação inicial do paciente.

Sua valorização pode favorecer uma triagem mais criteriosa, orientar a priorização de encaminhamentos e contribuir para maior integração entre a avaliação clínica e a análise anatomopatológica. Em contextos assistenciais nos quais a demanda por avaliação dermatológica e oncológica é elevada, a sistematização desses achados pode auxiliar profissionais da saúde na diferenciação clínica inicial entre CEC e CBC e no reconhecimento de padrões sugestivos dos principais subtipos de câncer de pele não melanoma.

Além disso, o estudo contribui para a formação acadêmica e profissional ao destacar a importância da descrição clínica cuidadosa das lesões, não apenas como etapa propedêutica, mas como componente relevante da correlação clínico-patológica. Nesse sentido, seus resultados podem servir de base para discussões clínicas, atividades de ensino e construção de protocolos locais de registro mais padronizado das características macroscópicas das lesões cutâneas.

CONCLUSÃO

Nesta amostra regional, o CBC e o CEC apresentaram perfis clínicos e morfológicos distintos. O CBC esteve mais relacionado à topografia de cabeça e pescoço, à consistência elástica e a um padrão macroscópico menos exuberante. O CEC mostrou maior associação com lesões elevadas ou sobreelevadas, firmes, granuladas e com superfície esbranquiçada, crostosa ou rugosa. Em conjunto, esses achados exploratórios indicam que a avaliação morfológica inicial pode fortalecer a suspeita diagnóstica e contribuir para uma correlação clínico-patológica mais consistente. Ainda assim, sua interpretação deve permanecer subordinada à confirmação histopatológica, não se limitando apenas a impressões anatômicas.

REFERÊNCIAS

1. AGGARWAL P, et al. United States burden of melanoma and non-melanoma skin cancer from 1990 to 2019. Journal of the American Academy of Dermatology, 2021; 85(2): 388-395.
2. COMUNE R, et al. Cutaneous squamous cell carcinoma: from diagnosis to follow-up. Cancers, 2024; 16(17): 2960.
3. JIANG R, et al. Cutaneous squamous cell carcinoma: an updated review. Cancers, 2024; 16(10): 1814.
4. FANIA L, et al. Cutaneous squamous cell carcinoma: from pathophysiology to novel therapeutic approaches. Biomedicines, 2021; 9(2): 171.
5. FERREIRA FR, et al. Differences in age and topographic distribution of the different histological subtypes of basal cell carcinoma, Taubaté (SP), Brazil. Anais Brasileiros de Dermatologia, 2013; 88(5): 726-732.
6. FIRNHABER JM. Basal cell and cutaneous squamous cell carcinomas: diagnosis and treatment. American Family Physician, 2020; 102(6): 339-346.
7. FIRNHABER JM. Diagnosis and treatment of basal cell and squamous cell carcinoma. American Family Physician, 2012; 86(2): 161-168.
8. GUTJAHR GM, et al. Câncer da pele não melanoma: análise de 293 casos diagnosticados em um hospital universitário no extremo sul do Brasil. Vittalle, 2010; 22(2): 63-72.
9. KASUMAGIC-HALILOVIC E, et al. A clinical study of basal cell carcinoma. Medical Archives, 2019; 73(6): 394-398.
10. LACERDA PN, et al. Efficacy of micrographic surgery versus conventional excision in reducing recurrence for basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma: a systematic review and meta-analysis. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 2024; 38(6): 1058-1069.
11. LANG BM, et al. S2k guideline basal cell carcinoma of the skin (update 2023). Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, 2024; 22(12): 1697-1714.

12. LUKOWIAK TM, et al. Association of age, sex, race, and geographic region with variation of the ratio of basal cell to cutaneous squamous cell carcinomas in the United States. JAMA Dermatology, 2020; 156(11): 1192-1198.
13. MITTAL A, MITTAL BB. Comparative analysis of US guidelines for the management of cutaneous squamous cell and basal cell carcinoma. Journal of Skin Cancer, 2024; 2024: 3859066.
14. MUZIC JG, et al. Incidence and trends of basal cell carcinoma and cutaneous squamous cell carcinoma: a population-based study in Olmsted County, Minnesota, 2000 to 2010. Mayo Clinic Proceedings, 2017; 92(6): 890-898.
15. NICULET E, et al. Basal cell carcinoma: comprehensive clinical and histopathological aspects, novel imaging tools and therapeutic approaches (Review). Experimental and Therapeutic Medicine, 2022; 23(1): 60.
16. RYU TH, et al. Features causing confusion between basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma in clinical diagnosis. Annals of Dermatology, 2018; 30(1): 64-70.
17. SAMARASINGHE V e MADAN V. Nonmelanoma skin cancer. Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery, 2012; 5(1): 3-10.
18. SCHMULTS CD, et al. Basal Cell Skin Cancer, Version 2.2024, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 2023; 21(11): 1181-1203.
19. SUBRAMANIAM P, et al. Anatomical distributions of basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma in a population-based study in Queensland, Australia. JAMA Dermatology, 2017; 153(2): 175-182.
20. YANOFSKY VR, et al. Histopathological variants of cutaneous squamous cell carcinoma: a review. Journal of Skin Cancer, 2011; 2011: 210813.