

a administração de vincristina guiada por US, podem ser oferecidos.<sup>4</sup>

## Suporte financeiro

Nenhum.

O consentimento informado foi obtido para publicar fotografias e dados dos pacientes. O compartilhamento de dados não é aplicável a este artigo, pois nenhum novo dado foi criado ou analisado no presente estudo.

## Contribuição dos autores

Gianluca Nazzaro: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Athanasia Turlaki: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Carlo Alberto Maronese: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Enrico Zelin: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

Emanuela Passoni: Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Lucia Brambilla: Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

## Conflito de interesses







Nenhum.

## Apêndice. Material adicional

Pode consultar o material adicional para este artigo na sua versão eletrônica disponível em [doi:10.1016/j.abdp.2022.07.024](https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.07.024).

## Referências

1. Schwartz RA, Micali G, Nasca MR, Scuderi L. Kaposi sarcoma: a continuing conundrum. *J Am Acad Dermatol.* 2008;59:179-206.
2. Yilmaz TE, Akay BN, Heper AO. Dermoscopic findings of Kaposi sarcoma and dermatopathological correlations. *Australas J Dermatol.* 2020;61:e46-53.
3. Carrascosa R, Alfageme F, Roustán G, Suarez MD. Skin Ultrasound in Kaposi Sarcoma. *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107:e19-22.
4. Nazzaro G, Genovese G, Turlaki A, Passoni E, Berti E, Brambilla L. Ultrasonographic intraoperative monitoring and follow-up of Kaposi's sarcoma nodules under treatment with intralesional vincristine. *Skin Res Technol.* 2019;25:200-3.
5. Brambilla L, Bellinva M, Turlaki A, Scoppio B, Gaiani F, Boneschi V. Intralesional vincristine as first-line therapy for nodular lesions in classic Kaposi sarcoma: a prospective study in 151 patients. *Br J Dermatol.* 2010;162:854-9.

Gianluca Nazzaro <sup>a</sup>, Athanasia Turlaki <sup>a</sup>, Carlo Alberto Maronese <sup>a,b,\*</sup>, Enrico Zelin <sup>c</sup>, Emanuela Passoni <sup>a</sup> e Lucia Brambilla <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Unidade de Dermatologia, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milão, Itália

<sup>b</sup> Departamento de Fisiopatologia e Transplantes, Università degli Studi di Milano, Milão, Itália

<sup>c</sup> Departamento de Dermatologia e Venereologia, Dermatology Clinic, Maggiore Hospital, University of Trieste, Trieste, Itália

\* Autor para correspondência.

E-mail: [carlo.maronese@unimi.it](mailto:carlo.maronese@unimi.it) (C.A. Maronese).

Recebido em 8 de fevereiro de 2021; aceito em 9 de março de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.07.024>

2666-2752/ © 2022 Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## Dermatoscopia em melanomas síncronos em série de casos

Prezado Editor,

Cerca de 5% dos pacientes com diagnóstico de melanoma apresentarão um segundo melanoma primário, e estima-se que 26 a 40% sejam síncronos.<sup>1</sup> Definem-se como tumores

síncronos aqueles diagnosticados no mesmo momento ou dentro do intervalo de até três meses.<sup>2</sup>

O melanoma pode exibir amplo espectro de apresentação dermatoscópica, e o padrão em casos síncronos foi avaliado em poucos estudos. Foi aventado que, se fatores endógenos e exógenos para um indivíduo permanecem os mesmos, as características clínicas e dermatoscópicas das lesões deveriam ser semelhantes.<sup>3</sup> O maior conhecimento provém de duas publicações de Moscarella et al., que avaliaram a dermatoscopia de melanomas múltiplos e incluíram 32 pacientes com neoplasias síncronas em um estudo e 18 casos no outro.<sup>2,3</sup> No primeiro estudo, observou-se maior chance de lesões síncronas exibirem dermatoscopia semelhante quando comparadas com melanomas metacrônicos.<sup>3</sup> No outro, a similaridade dermatoscópica

☆ Como citar este artigo: Sá DC, Pinheiro JA, Magalhães EPB, Pontes MAA. Dermoscopy in synchronous melanomas: a case series. *An Bras Dermatol.* 2022;97:667-73.

☆☆ Trabalho realizado no Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza, CE, Brasil.

Tabela 1 Aspectos clínicos e histológicos dos melanomas por paciente

Pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8
Sexo	F	M	M	F	F	M	M	M
Idade	65	53	63	69	59	71	67	73
Localização	A. Ombro direito – lateral	A. Antebraço direito	A. Braço direito	A. Escapular direita	A. Braço esquerdo	A. Escapular esquerda	A. Braço direito	A. Ombro direito
	B. Ombro direito – medial	B. Braço esquerdo	B. Região zigomática esquerda	B. Dorso à esquerda	B. Coxa direita	B. Escapular direita	B. Trapézio esquerdo	B. Região interescapular esquerda
	C. Escapular esquerda superior					C. Região esternal		C. Região interescapular direita
	D. Escapular esquerda inferior							
Lesão suspeita clinicamente	A: Sim	A: Sim	A: Sim	A: Sim	A: Sim	A: Sim	A: Sim	A: Não
	B: Não	B: Não	B: Não	B: Sim	B: Sim	B: Não	B: Sim	B: Não
	C: Sim					C: Não		C: Não
	D: Não							
Tipo histológico	A. Lentigo maligno	A. Extensivo superficial	A. Nodular	A. Extensivo superficial	A. Extensivo superficial	A. Extensivo superficial	A. Extensivo superficial	A. Extensivo superficial
	B. Lentigo maligno	B. Extensivo superficial	B. Lentigo maligno	B. Extensivo superficial	B. Extensivo superficial	B. Extensivo superficial	B. Extensivo superficial	B. Extensivo superficial
	C. Lentigo maligno					C. Extensivo superficial		C. Extensivo superficial
	D. Características mistas de lentigo maligno e extensivo superficial)							
Breslow	A. <i>In situ</i>	A. 0,1 mm	A. 1 mm	A. <i>In situ</i>	A, 1,3 mm	A. <i>In situ</i>	A. 1,2 mm	A. <i>In situ</i>
	B. <i>In situ</i>	B. <i>In situ</i>	B. <i>In situ</i>	B. <i>In situ</i>	B. 0,3 mm	B. <i>In situ</i>	B. <i>In situ</i>	B. <i>In situ</i>
	C. <i>In situ</i>					C. <i>In situ</i>		C. <i>In situ</i>
	D. <i>In situ</i>							
Ulceração	A. Ausente	A. Ausente	A. Ausente	A. Ausente	A. Presente	A. Ausente	A. Ausente	A. Ausente
	B. Ausente	B. Ausente	B. Ausente	B. Ausente	B. Ausente	B. Ausente	B. Ausente	B. Ausente
	C. Ausente					C. Ausente		C. Ausente
	D. Ausente							
Estadiamento	A. 0	A. IA	A. IB	A. 0	A. IIA	A. 0	A. IB	A. 0
	B. 0	B. 0	B. 0	B. 0	B. IA	B. 0	B. 0	B. 0

**Tabela 2** Descrição da dermatoscopia

Paciente	Características dermatoscópicas das lesões, identificadas por letra para cada paciente.
Paciente 1	<p>A. Assimetria nos dois eixos; quatro cores (marrom-claro, marrom-escuro, cinza, preto); linhas anguladas marrons; véu acinzentado; poucos pontos marrons e pretos irregulares.</p> <p>B. Assimetria nos dois eixos; duas cores (marrom-claro, marrom-escuro); área sem estrutura marrom ocupando maior parte da lesão; poucos pontos marrons não agrupados; linhas anguladas marrons discretas.</p> <p>C. Assimetria nos dois eixos; cinco cores (branco, marrom-claro, marrom-escuro, vermelho, preto); áreas brancas cicatriciais; crisálidas; área sem estrutura marrom escura e preta; rede pigmentar atípica.</p> <p>D. Assimetria nos dois eixos; duas cores (marrom-claro e cinza); linhas anguladas cinza; rede invertida; área sem estrutura marrom-clara; rede pigmentar.</p>
Paciente 2	<p>A. Assimetria nos dois eixos; cinco cores (azul, marrom-claro, marrom-escuro, vermelho, preto); véu azulado; pontos e glóbulos irregulares; área sem estrutura marrom.</p> <p>B. Assimetria nos dois eixos; uma cor (marrom-claro); pseudópodes e glóbulos irregulares na periferia; área sem estrutura central marrom-clara (padrão <i>spitzoide</i>).</p>
Paciente 3	<p>A. Assimetria nos dois eixos; cinco cores (azul, branco, marrom-escuro, vermelho, amarelo); véu cinza azulado; crisálidas; vasos em grampo e vasos lineares irregulares (padrão vascular atípico); área sem estrutura marrom-escura.</p> <p>B. Assimetria nos dois eixos; duas cores (marrom-claro e marrom-escuro); pigmentação perifolicular assimétrica. pontos e glóbulos irregulares.</p>
Paciente 4	<p>A. Assimetria nos dois eixos; quatro cores (cinza, marrom-claro, marrom-escuro, branco); véu acinzentado; linhas anguladas; áreas brancas cicatriciais; rede pigmentar atípica.</p> <p>B. Assimetria nos dois eixos; cinco cores (marrom-claro, marrom-escuro, vermelho, branco, cinza); áreas brancas cicatriciais; linhas anguladas; rede pigmentar atípica; vasos lineares irregulares.</p>
Paciente 5	<p>A. Assimetria nos dois eixos; seis cores (azul, preto, marrom-claro, marrom-escuro, branco e vermelho); véu azul esbranquiçado; rede pigmentar atípica; ulceração.</p> <p>B. Assimetria nos dois eixos; quatro cores (marrom-claro, marrom-escuro, vermelho, branco); área branca cicatricial; pontos e glóbulos irregulares; rede pigmentar atípica; área sem estrutura marrom-escura excêntrica de onde saem pseudópodes para o interior da lesão (ilha dermatoscópica); crisálidas; vasos lineares irregulares.</p>
Paciente 6	<p>A. Assimetria nos dois eixos; cinco cores (preto, azul, marrom-claro, marrom-escuro, vermelho); véu azulado; rede pigmentar atípica; estrias irregulares; pontos irregulares.</p> <p>B. Assimetria nos dois eixos; quatro cores (branco, vermelho, cinza, marrom-claro); área branca cicatricial; linhas anguladas cinza; poucos glóbulos marrons irregulares.</p> <p>C. Assimetria nos dois eixos; quatro cores (marrom-claro, cinza, branco, vermelho); véu acinzentado; linhas anguladas; rede pigmentar fina; <i>peppering</i>; áreas brancas cicatriciais.</p>
Paciente 7	<p>A. Assimetria nos dois eixos; cinco cores (vermelho, marrom-claro, marrom-escuro, branco, cinza); vasos em grampo e vasos lineares irregulares; pontos e glóbulos irregulares; áreas sem estruturas marrom-claras; crisálidas; rosetas; áreas brancas cicatriciais.</p> <p>B. Assimetria nos dois eixos; duas cores (marrom-claro e marrom-escuro); linhas anguladas; área sem estrutura marrom.</p>
Paciente 8	<p>A. Assimetria nos dois eixos; cinco cores (marrom-claro, marrom-escuro, branco, vermelho, cinza); área branca cicatricial; área sem estrutura marrom irregular; rede pigmentar; glóbulos irregulares; <i>peppering</i>.</p> <p>B. Assimetria nos dois eixos; quatro cores (marrom-claro, vermelho, branco e cinza); área branca cicatricial; área sem estrutura marrom; <i>peppering</i>; rede pigmentar fina; vasos lineares irregulares.</p> <p>C. Assimetria nos dois eixos; quatro cores (marrom-claro, marrom-escuro, branco, cinza); áreas sem estruturas marrom-clara e marrom-escura; rede pigmentar ramificada; área branca cicatricial; <i>peppering</i>.</p>

foi correlacionada com idade avançada e fotodano, não havendo relação com sincronicidade.<sup>2</sup> Além desses trabalhos, identificamos quatro relatos de pacientes com melanomas sincrônicos em artigos que compararam a dermatoscopia das lesões.<sup>4-7</sup>

Apresentamos um estudo retrospectivo de pacientes com melanomas cutâneos primários sincrônicos atendidos entre julho de 2016 e dezembro de 2019, comparando as lesões nos aspectos histológico, clínico e dermatoscópico. Este é o primeiro estudo com tal enfoque em população da América do Sul.

Foram encontrados oito pacientes com melanomas sincrônicos (cinco tiveram dois melanomas cada; dois apresentaram três melanomas; e um teve quatro), com um total de 20 melanomas. A idade variou entre 53 e 73 anos – cinco homens e três mulheres. Quanto ao tipo histológico, foram 14 extensivos superficiais, quatro lentigos malignos, um nodular e um com características mistas. Quinze foram classificados como melanomas *in situ* e cinco, invasivos. Nove lesões (45%) não foram consideradas suspeitas após anamnese e exame físico, mas todas foram classificadas como de risco na dermatoscopia (tabela 1). A tabela 2 descreve os achados dermatoscópicos.

Todas as lesões apresentaram assimetria nos dois eixos à dermatoscopia, e a maioria exibiu três cores ou mais (75%). As características mais prevalentes foram áreas sem estruturas, rede pigmentar, pontos e/ou glóbulos e área branca cicatricial. As linhas anguladas, presentes em 40% dos melanomas, não foram descritas em outras publicações sobre melanomas sincrônicos, e são estruturas que têm sido relacionadas ao lentigo maligno.<sup>8</sup> Três lesões com linhas anguladas no mesmo paciente apresentaram esse subtipo, mas as outras cinco, em três pacientes, eram extensivos superficiais. Em sete pacientes, todos os melanomas situavam-se em áreas com sinais de exposição solar crônica intensa, um fator ambiental que pode influir nas características dermatoscópicas.<sup>2</sup> Apenas o paciente 5 apresentou um dos melanomas (lesão B) em região sem sinais de fotodano.

A interpretação se há similaridade dermatoscópica apresenta variáveis subjetivas e objetivas e esbarra em limitações pela falta de padronização na literatura e pela grande variabilidade interobservadores. Consideramos que houve semelhança parcial entre as duas lesões do paciente 4 e entre as três lesões do paciente 8. Nos pacientes 1, 5 e 6 consideramos que, apesar de compartilharem alguns critérios, não houve semelhança no mesmo paciente. Divergência completa na dermatoscopia foi notada nos pacientes 2, 3 e 7.

No paciente 1, as linhas anguladas foram a estrutura mais marcante da lesão A, presentes de forma discreta na lesão B, ausentes na lesão C e presentes na lesão D (fig. 1 A-D). Semelhança deu-se pelo estadiamento, tipo histológico e localização anatômica.

No paciente 2, duas lesões com cores e estruturas dermatoscópicas diferentes foram observadas. Clinicamente, a lesão A era considerada suspeita; já a lesão B pare-

cia inocente. Houve semelhança quanto ao tipo histológico (fig. 1E-F). O paciente 3 apresentou divergência completa quanto à localização, tipo histológico, estadiamento, cores e estruturas dermatoscópicas das lesões. Clinicamente, a lesão A era suspeita por ser um nódulo enegrecido de surgimento recente; já a lesão B era uma pequena mácula acastanhada sem qualquer critério visual de risco (fig. 2A-B).

No paciente 4, as lesões situavam-se no dorso e apresentavam o mesmo aspecto clínico, tipo histológico e estadiamento. Consideramos que houve um aspecto dermatoscópico razoavelmente semelhante, com estruturas em comum como as linhas anguladas. Mas existiram diferenças, como o véu acinzentado apenas na lesão A e o padrão vascular apenas na lesão B (fig. 2C-D). No paciente 5 houve semelhança quanto ao tipo histológico, mas divergência quanto ao estadiamento. A lesão A desse paciente foi a única no estudo que não estava com a imagem da dermatoscopia disponível para revisão pelos autores, tendo sido utilizada a descrição do prontuário, o que limitou a capacidade de comparação.

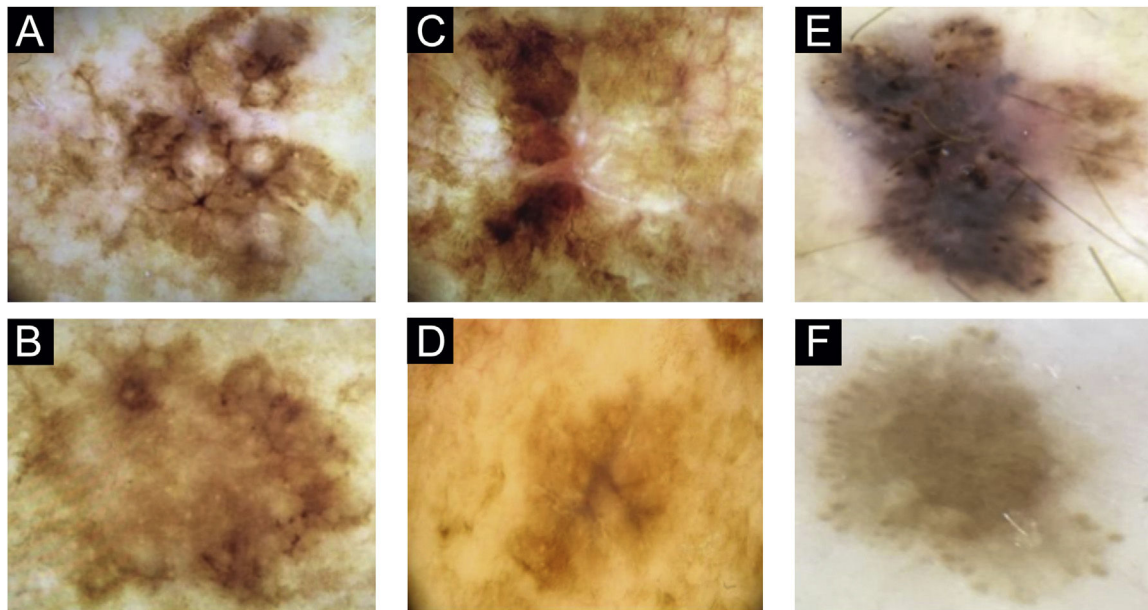
O paciente 6 apresentou o mesmo tipo histológico e estadiamento para as três lesões. Rede pigmentar atípica e estrias irregulares foram identificadas apenas na lesão A. Evidenciou-se véu azul-acinzentado bem evidente na lesão A, mais discreto na lesão C e ausente na lesão B. Linhas anguladas foram ausentes na lesão A e presentes nas lesões B e C.

O paciente 7 apresentava duas lesões clinicamente diferentes. Tipo histológico foi o mesmo, mas com estadiamento diferente. Os critérios dermatoscópicos foram completamente divergentes nas duas lesões. As rosetas, vistas na lesão A, são um achado raramente descrito em melanomas (fig. 2E-F).<sup>9</sup> O paciente 8 teve três melanomas com o mesmo tipo histológico e todos *in situ*. Observamos semelhanças na dermatoscopia das três lesões, como as estruturas de regressão.

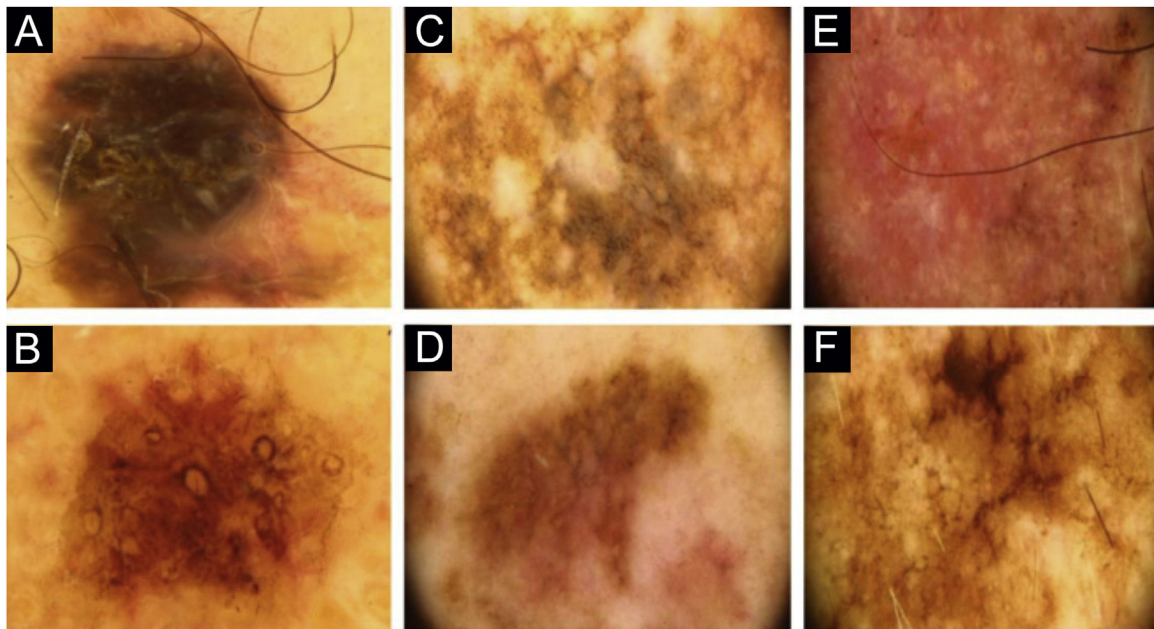
A sensibilidade do exame clínico para diagnóstico de melanoma foi estimada em 70% em alguns estudos.<sup>10</sup> Na nossa casuística, apenas 55% das lesões foram suspeitas clinicamente. O tamanho limitado da amostra nos impede de tirar conclusões, mas levanta a hipótese, a ser investigada, de que pacientes com melanomas sincrônicos poderiam ter maior chance de apresentar lesões de difícil diagnóstico.

Neste estudo, não foi observada perfeita semelhança dermatoscópica entre os melanomas sincrônicos no mesmo paciente. Características em comum foram encontradas em alguns casos. Um aspecto semelhante no mesmo paciente poderia ser um fator dificultador em lesões consideradas de risco intermediário, já que poderia induzir à interpretação errada de que aquele padrão poderia fazer parte da identidade névica.

Apesar de descrevermos uma das maiores casuísticas de pacientes com melanomas sincrônicos, o tamanho da amostra ainda é pequeno, o que não permite extrapolarmos os dados para outros casos.



**Figura 1** Dermatoscopia. (A-D) As quatro lesões do paciente 1. (A) Região lateral do ombro direito. (B) Região medial do ombro direito. (C) Região escapular esquerda superior. (D) Região escapular esquerda inferior. (E-F) As duas lesões do paciente 2. (E) Antebraço direito. (F) Braço esquerdo.



**Figura 2** Dermatoscopia. (A-B) As duas lesões do paciente 3. (A) Braço direito. (B) Região zigomática esquerda. (C-D) As duas lesões do paciente 4. (C) Escápula direita. (D) Dorso à esquerda. (E-F) As duas lesões do paciente 7. (E) Braço direito. (F) Trapézio esquerdo.

### Suporte financeiro

Nenhum.

### Contribuição dos autores

Daniel Coelho de Sá: Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Juliana Abreu Pinheiro: Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Emmanuel Pereira Benevides magalhães: aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Maria Araci de Andrade Pontes: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica do manuscrito.


### Conflito de interesses

Nenhum.

### Referências

1. Coit DG, Thompson JA, Albertini MR, Barker C, Carson WE, Contreras C, et al. Cutaneous Melanoma, Version 2.2019 NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2019;17:367–402.
2. Moscarella E, Pellegrini C, Pampena R, Argenziano G, Manfredini M, Martorelli C, et al. Dermoscopic similarity is an independent predictor of BRAF mutational concordance in multiple melanomas. *Exp Dermatol*. 2019;28:829–35.
3. Moscarella E, Rabinovitz H, Puig S, Zalaudek I, Oliviero MC, Brown L, et al. Multiple primary melanomas: do they look the same? *Br J Dermatol*. 2013;168:1267–72.
4. Giorgi V, Salvini C, Sestini S, Vignoli M, Sestini R, Papi F, et al. Triple synchronous cutaneous melanoma: a clinical, dermoscopic, and genetic case study. *Dermatol Surg*. 2007;33:488–91.
5. Zell D, Kim N, Olivero M, Elgart G, Rabinovitz H. Early diagnosis of multiple primary amelanotic/hypomelanotic melanoma using dermoscopy. *Dermatol Surg*. 2008;34:1254–7.
6. Drvar DL, Matak M, Ilić I, Manola I, Tončić RJ, Krušlin B. Dermoscopic Features of Twin Melanomas of the Lower Leg: A Case Report. *Acta Dermatovenerol Croat*. 2020;28:113–5.
7. Cautela J, Moscarella E, Lallas A, Longo C, Piana S, Argenziano G. Twin melanomas. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2015;73:e165–8.
8. Daelen AV, Ferreira I, Marot L, Tromme I. A Digital Dermoscopy Follow-up Illustration and a Histopathologic Correlation for Angulated Lines in Extrafacial Lentigo Maligna. *JAMA Dermatol*. 2016;152:200–3.
9. González-Álvarez T, Armengot-Carbó M, Barreiro A, Alarcón I, Carrera C, García A, et al. Dermoscopic rosettes as a clue for pigmented incipient melanoma. *Dermatology*. 2014;228:31–3.
10. Vestergaard ME, Macaskill P, Holt PE, Menzies SW. Dermoscopy compared with naked eye examination for the diagnosis of primary melanoma: a meta-analysis of stu-

dies performed in a clinical setting. *Br J Dermatol.* 2008; 159:669–76.

Daniel Coelho de Sá <sup>a,b,\*</sup>, Juliana Abreu Pinheiro <sup>a</sup>,  
Emmanuel Pereira Benevides Magalhães <sup>b</sup>  
e Maria Araci de Andrade Pontes <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza, CE, Brasil

<sup>b</sup> Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil

\* Autor para correspondência.

E-mail: [sacoelho31@gmail.com](mailto:sacoelho31@gmail.com) (D.C. Sá).

Recebido em 14 de fevereiro de 2021; aceito em 5 de maio de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.07.009>

2666-2752/ © 2022 Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## Frequência de complicações após cirurgias dermatológicas no idoso<sup>☆,☆☆</sup>



Prezado Editor,

O envelhecimento populacional é uma realidade no Brasil. Tanto a incidência quanto a prevalência de câncer de pele são maiores entre os mais idosos,<sup>1</sup> o que explica a crescente demanda dessa faixa etária por tratamentos em oncologia cutânea.<sup>1</sup> Diferente do que muitos acreditam, a realização de cirurgias dermatológicas (CD) em idosos não apresenta maior risco de complicação que as em jovens.<sup>2,3</sup> Ainda assim, nota-se resistência dos dermatologistas em indicar a cirurgia como procedimento de primeira escolha nessa população.

Para avaliar o risco de complicações pós-CD realizadas em população idosa, desenvolvemos este estudo, cujo objetivo é avaliar e comparar a taxa de complicação pós-operatória (TCPO) em CD em pacientes de três grupos etários avançados.

Estudo retrospectivo, unicêntrico, realizado em serviço privado. Foi realizada uma revisão dos prontuários eletrônicos dos pacientes acima de 65 anos operados em regime de hospital-dia, entre agosto de 2012 e julho de 2018. Os pacientes foram divididos em três grupos conforme idade no dia da cirurgia. O grupo de idosos (I) envolveu pacientes de 65 a 74 anos; pacientes com 75 a 84 anos foram incluídos no grupo muito idosos (MI), e pacientes com 85 anos ou mais foram alocados no grupo grandes idosos (GI). Para pacientes submetidos a mais de um procedimento cirúrgico ao longo do estudo, os dados de cada intervenção foram computados isoladamente. Quando múltiplas lesões foram operadas numa mesma intervenção, computou-se cada uma isoladamente para fins de cálculo da TCPO (número de lesões que complicaram/número de lesões operadas). As CPO foram classificadas em quatro tipos: deiscência, hemorragia, necrose e infecção. A quase totalidade dos procedimentos foi realizada sob anestesia local ou anestesia local e sedação.

Os dados foram analisados usando o programa BioEstat 5.3 (Brasil), com nível de significância  $p \leq 0,05$  para todos os testes. Testes Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fisher foram utilizados para comparação entre os grupos.

Os resultados estão detalhados na [tabela 1](#). Em relação às TCPO, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $p > 0,05$  –  $I \times MI$ :  $p = 0,308$ ;  $MI \times GI$ :  $p = 0,6832$ ;  $I \times GI$ :  $p = 0,1798$ ). O grupo com menor TCPO foi o dos GI (6,0%), embora notada ausência de significância estatística.

Comparando-se a TCPO em relação ao local da cirurgia, independente da faixa etária, observou-se maior percentual de complicações nas cirurgias dos membros inferiores (MMII) (16,5%) e menor nas cirurgias dos membros superiores (MMSS) (4,0% –  $p = 0,033$ ). As cirurgias dos MMII também complicaram mais que as realizadas no tronco ( $p = 0,007237$ ) e cabeça e pescoço (CP) ( $p = 0,000817$ ). Não houve diferença estatística entre as TCPO envolvendo MMSS, tronco e CP, comparadas duas a duas ([fig. 1](#)).

Entre os pacientes do grupo I que apresentaram complicação, a média etária foi de 70,1 anos. A complicação mais comum foi deiscência da ferida operatória, que ocorreu em 44,4% das lesões que complicaram. Metade das lesões que evoluíram com CPO estavam situadas no tronco.

Das 243 lesões operadas nos pacientes MI, 17 (6,7%) evoluíram com alguma complicação ([tabela 2](#)). Os pacientes MI que complicaram tinham média etária de 79,4 anos. Deiscência também foi a complicação mais comum, observada em 36,8% das lesões que apresentaram complicações. MMII foi o sítio mais acometido por CPO (41,2%) nesse grupo.

Das 199 lesões operadas nos pacientes GI, 12 (6,0%) complicaram ([tabela 2](#)). A média etária dos GI foi de 88,5 anos. Infecção foi a CPO mais comum (38,5%), e MMII foram o sítio mais acometido por CPO (50%).

Não houve diferença estatisticamente significativa entre as TCPO em progressivas faixas etárias a partir dos 65 anos. Esse dado vai contra a visão simplista de que pacientes idosos teriam maior risco de complicação, o que leva dermatologistas a abandonar a opção cirúrgica para esses pacientes. Em relação às TCPO por grupo etário, os valores encontrados são semelhantes aos observados em outros estudos envolvendo indivíduos idosos, onde essas taxas variaram de 5,7 a 10,6%.<sup>2–4</sup>

Mudanças decorrentes do envelhecimento e presença de comorbidades em idosos fariam com que esse grupo apresentasse maior risco para CPO. Imamura et al. demonstraram,

<sup>☆</sup> Como citar este artigo: Almeida IP, Saraiva MIR, Messina MCL, Castro LGM. Frequency of complications after dermatological surgeries in the elderly. *An Bras Dermatol.* 2022;97:673–6.

<sup>☆☆</sup> Trabalho realizado na Oncoderma Clínica Particular de Dermatologia, São Paulo, SP, Brasil.