



ARTIGO ORIGINAL

Dermatoscopia do carcinoma basocelular de pequeno diâmetro ($\leq 3\text{mm}$)^{☆,☆☆}



Camilo Arias-Rodriguez ^{ID} ^{a,b,*}, Ana Maria Muñoz-Monsalve ^{ID} ^b, Diana Cuesta ^{ID} ^a,
Susana Mejia-Mesa ^{ID} ^c e Maria Soledad Aluma-Tenorio ^{ID} ^b

^a Departamento de Dermatologia, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colômbia

^b Departamento de Dermatologia, Aurora Specialized Center for Skin Cancer, Medellín, Colômbia

^c Departamento de Dermatologia, Universidad El Bosque, Bogotá, Colômbia

Recebido em 18 de setembro de 2022; aceito em 23 de dezembro de 2022

PALAVRAS-CHAVE

Carcinoma
basocelular;
Dermatoscopia;
Diagnóstico;
Neoplasias cutâneas

Resumo

Fundamentos: A dermatoscopia do carcinoma basocelular (CBC) é fundamental para ajudar na investigação de lesões suspeitas. Há escassez de dados publicados sobre dermatoscopia de CBC de pequeno diâmetro ($\leq 3\text{ mm}$) e suas diferenças em relação a CBCs maiores.

Objetivo: Descrever e comparar as características dermatoscópicas dos CBCs de tamanho $\leq 3\text{ mm}$ com aqueles medindo de 3 a 10 mm.

Métodos: Estudo transversal analítico, incluindo CBCs comprovados por histopatologia com imagens fotográficas dermatoscópicas, entre janeiro de 2017 e dezembro de 2022 em um Centro de Câncer de Pele em Medellín, Colômbia. Características demográficas, clinicopatológicas e dermatoscópicas foram comparadas entre CBCs de pequeno diâmetro e um grupo de referência.

Resultados: Foram incluídos 326 CBCs em 196 pacientes, dos quais 60% eram do sexo masculino. O fototipo de Fitzpatrick mais comum foi o III. CBCs de pequeno diâmetro representaram 25% das lesões (81/326). A face e o pescoço foram as localizações mais frequentes (53%). O tipo nodular foi mais comum nos tumores pequenos do que nas lesões maiores; o tipo superficial foi menos frequente, e os subtipos agressivos foram igualmente prevalentes em ambos os grupos. Na dermatoscopia, os tumores pequenos foram estatisticamente mais propensos a apresentar estruturas pigmentadas do que as lesões de referência, especialmente pontos cinza-azulados (67% vs. 54%), os vasos foram menos frequentes, principalmente telangiectasias curtas-finas (SFT, do inglês *short-fine telangiectasias*; 52% vs. 66%), assim como estruturas brancas brilhantes (SWS, do inglês *shiny white structures*), ulceração, microerosões e escamas.

Limitações do estudo: Amostra latino-americana, falta de representatividade de fototipos escuros.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2022.12.004>

[☆] Como citar este artigo: Arias-Rodriguez C, Muñoz-Monsalve AM, Cuesta D, Mejia-Mesa S, Aluma-Tenorio MS. Dermoscopy of miniaturized basal cell carcinoma ($\leq 3\text{ mm}$). An Bras Dermatol. 2023;98:755–63.

^{☆☆} Trabalho realizado na Aurora Clinic, Specialized Center for Skin Cancer, Medellín, Colômbia.

* Autor para correspondência.

E-mail: ariasr16@gmail.com (C. Arias-Rodriguez).

Conclusões: A presença de estruturas pigmentadas, principalmente pontos cinza-azulados, foi mais comum em CBCs pequenos quando comparados a lesões maiores; SFT, SWS e outros achados foram menos prevalentes.

© 2023 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/>).

Introdução

O carcinoma basocelular (CBC) é o câncer de pele mais comum em todo o mundo, com incidência tão alta que está fora das estatísticas globais de câncer.¹ Nas últimas décadas, sua incidência aumentou e, apesar de sua baixa letalidade, pode ter comportamento local agressivo e representa grande ônus para os sistemas de saúde globais.^{2,3}

A dermatoscopia é ferramenta diagnóstica que se mostrou muito útil no CBC, com sensibilidade de 91% e especificidade de 95%.^{4,5} Possibilita assim a detecção precoce e o planejamento do tratamento; ainda assim, a confirmação histopatológica continua sendo necessária para seu diagnóstico.⁶⁻⁹ Atualmente, CBCs menores são encontrados com mais frequência, provavelmente em virtude da cultura de cuidados preventivos e dos avanços tecnológicos. CBCs pequenos foram definidos por alguns autores como aqueles com menos de 5 mm, enquanto CBCs menores que 3 mm foram denominados de pequeno diâmetro (CBCsPD).¹⁰⁻¹⁵ Em relação à apresentação clínica, CBCs pequenos são mais prevalentes em homens mais jovens, na região da face, geralmente são pigmentados e seu tipo histopatológico mais comum é o nodular.¹¹ A detecção em estádios tumorais iniciais está relacionada a tratamento mais fácil, com melhores resultados estéticos e menor impacto funcional.¹⁰ Atualmente, a literatura é clara quanto aos critérios dermatoscópicos clássicos e não clássicos do CBC; entretanto, poucos estudos sobre dermatoscopia de CBCs pequenos foram realizados, relatando que esses CBCs podem apresentar características dermatoscópicas clássicas e não clássicas, com pontos cinza-azulados e ninhos ovóides como estruturas principais.^{11,12}

Os CBCsPD são lesões ainda mais incipientes, que podem apresentar características diferentes em virtude da fase inicial de crescimento tumoral.¹⁴⁻¹⁸ A dermatoscopia nesses tumores não foi amplamente estudada; portanto, há escassez de literatura médica relatando e comparando suas características dermatoscópicas com as de CBCs maiores. O objetivo deste estudo foi descrever e comparar as características dermatoscópicas dos CBCs com diâmetro ≤ 3 mm com as daqueles de 3 a 10 mm de diâmetro.

Materiais e métodos

Este foi um estudo transversal analítico realizado entre janeiro de 2017 e dezembro de 2021 em Medellín, Colômbia. Os critérios de inclusão compreenderam pacientes com diagnóstico histopatológico de CBC, que apresentavam fotos dermatoscópicas com aumento de $10\times$ ou $20\times$. Foram excluídos casos de CBC recorrente e casos sem consentimento do paciente para análise fotográfica. Os casos foram selecionados retrospectiva e prospectivamente em um centro de referência em câncer de pele. Um banco de

dados institucional com todos os CBCs diagnosticados foi examinado, e os casos que atenderam aos critérios de elegibilidade foram incluídos. Prospectivamente, novos casos de CBC com confirmação histopatológica foram examinados e, se elegíveis, incluídos. O tamanho do estudo foi determinado pelo número total de CBCs que atenderam aos critérios de elegibilidade e foram diagnosticados durante o período mencionado. O protocolo do estudo estava de acordo com as diretrizes éticas da Declaração de Helsinki. A aprovação do Conselho de Revisão Institucional foi obtida da Universidad Pontificia Bolivariana.

Dois dos pesquisadores foram responsáveis pela coleta de dados e imagens dermatoscópicas. Foram criados dois bancos de dados utilizando Microsoft Excel e Microsoft PowerPoint, onde foram organizadas informações e imagens. A dermatoscopia foi realizada com um aparelho de luz polarizada (DermLite DL4, 3 Gen, LLC, San Juan Capistrano, Califórnia, EUA – FotoFinder ATBM, Bad Birnbach, Alemanha) e as imagens dermatoscópicas foram adquiridas com câmera de alta resolução adaptada ao dispositivo dermatoscópico. As fotos foram avaliadas por dois observadores independentes para características dermatoscópicas predefinidas. Em caso de discordância, uma terceira avaliação foi realizada e um consenso foi alcançado. O tamanho do tumor foi medido digitalmente, com base no maior diâmetro. Os CBCs foram classificados de acordo com seu tamanho em três grupos: 1) CBCsPD (medindo menos de 3 mm), 2) CBCs pequenos (de 3 a 5 mm) e 3) CBCs médios (de 5 a 10 mm). Os dois últimos foram agrupados como CBCs de referência ou controle (de 3 a 10 mm) para comparação com os CBCsPD.

As características demográficas, clínicas, histopatológicas e terapêuticas foram obtidas a partir de prontuários médicos e relatórios de histopatologia e incluíram: idade, sexo, ocupação, história pessoal de câncer de pele não melanoma (CPNM) ou melanoma, fototipo de pele de Fitzpatrick, sinais de fotodano local, número de lesões por paciente, tamanho e localização do tumor, sub-localização específica em caso de tumores faciais, lesão primária, cor predominante (definida como cor presente em mais da metade da lesão), pessoa que detectou a lesão, tempo de evolução, tipo histopatológico, profundidade tumoral, concordância clinicopatológica, modalidade de tratamento e, no caso de cirurgia micrográfica de Mohs (CMM), número de estágios, tipo histológico na cirurgia e concordância com histopatologia anterior.

Foram analisados os seguintes critérios dermatoscópicos do CBC: 1) ausência de rede pigmentar; 2) vasos: vasos arboriformes, telangiectasias curtas-finas (SFT, do inglês *short-fine telangiectasias*), vasos em “grampo de cabelo”, vasos em “saca-rolhas”, vasos glomerulares ou pontilhados, vasos em “vírgula” e lineares irregulares, vasos polimorfos (definidos como duas ou mais morfologias), áreas vermelho-leitosas e glóbulos vermelhos; 3) estruturas pigmentadas: estruturas em folha, estruturas em roda raiada, glóbu-

los cinza-azulados, ninhos ovoides, estruturas concêntricas e pontos cinza-azulados; 4) estruturas brancas brilhantes (SWS, do inglês *shiny white structures*): áreas amorfas e cordões, rosetas e estrias (estruturas ortogonais); 5) escamas: brancas ou amarelas; e 6) outras estruturas: ulceração, microerosões, glóbulos amarelos agregados múltiplos (glóbulos MAY), véu azul-esbranquiçado e cistos semelhantes a milia.

As variáveis quantitativas foram apresentadas como média e desvio padrão (DP), de acordo com a distribuição normal das variáveis avaliadas pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Em caso de não normalidade, medianas e intervalos interquartis foram obtidos. O tamanho foi a variável dependente, classificado em três grupos, como mencionado anteriormente. As características dermatoscópicas foram comparadas entre os grupos com os testes estatísticos de qui-quadrado ou de Fisher, dependendo do valor esperado (significância estatística, $p < 0,05$). O banco de dados foi exportado para o *software* IBM SPSS Statistics 24.0 para análise estatística.

Resultados

Características demográficas

Foram incluídos 196 pacientes, totalizando 326 CBCs. No total de pacientes, 60% eram do sexo masculino (117/196). A mediana da idade foi de 66,5 anos (IIQ: 56-76); 71% (140/196) apresentavam uma única lesão e apenas 8% (16/196) apresentavam quatro ou mais lesões. Exposição crônica ao sol estava presente em 18% dos pacientes (36/196). A maioria dos casos tinha história pessoal de CPNM (61% - 119/196), enquanto uma minoria tinha história de melanoma (7% - 14/196). O fototipo de pele mais comum foi o Fitzpatrick tipo III, encontrado em 59% (116/196) dos pacientes. Outras características são descritas com mais detalhes na [tabela 1](#). Não houve diferenças estatisticamente significantes entre CBCsPD e de referência em relação às características demográficas.

Características clínicas, histopatológicas e terapêuticas

As frequências foram determinadas com base em todas as lesões observadas (326). A lesão primária foi uma pápula não ulcerada em 48% (156/326) dos tumores. Rosa foi a cor predominante em 46% (149/326), seguida de marrom e vermelho. A cor marrom foi mais prevalente nos CBCsPD (39% vs. 16% nos CBCs de referência), sem significância estatística, enquanto o rosa como cor principal foi mais comum quando o tamanho era maior (33% vs. 50%). Sinais locais de fotodano foram encontrados em 81% (263/326) das lesões. As lesões foram detectadas pelos dermatologistas em 81% dos casos, enquanto os pacientes detectaram com mais frequência CBCs controle do que pequeno diâmetro. Apenas 12% (40/326) dos tumores tiveram tempo de evolução conhecido, de um a 24 meses. A impressão diagnóstica foi CBC em 98% (320/326), mesmo em CBCsPD.

Os tumores tinham tamanho médio de 5 mm (IIQ: 3,375-7). CBCsPD representaram 25% dos casos (81/326),

Tabela 1 Características demográficas

Característica	N = 196 n (%)
<i>Sexo</i>	
Masculino	117 (59,7)
Idade, anos - mediana (P25-P75)	66,5 (56-76)
<i>Profissão</i>	
Sem exposição solar crônica	129 (65,8)
Exposição solar crônica	36 (18,4)
Desconhecido	31 (15,8)
<i>Lesões por paciente</i>	
1	140 (71,4)
2-3	40 (20,4)
≥ 4	16 (8,2)
<i>História pessoal</i>	
Câncer de pele não melanoma (CPNM)	119 (60,7)
Melanoma	14 (7,1)
<i>Fototipo de pele de Fitzpatrick</i>	
I	6 (3,0)
II	56 (28,6)
III	116 (59,2)
IV	18 (9,2)

39% lesões mediram de 3 a 5 mm (127/326) e 36% de 5 a 10 mm (118/326). Os dois últimos representaram o grupo de CBCs de referência em 75% (245/326). A localização mais frequente foi face/pescoço, em 53% (174/326). Nos CBCsPD foi ainda mais comum, em 69%; além disso, à medida que o tamanho do tumor aumentava, as localizações extrafaciais eram mais comuns ($p = 0,01$). As principais localizações das lesões faciais foram nariz 28% (45/160), região bucinadora 26% (41/160) e região frontal (26%), sem diferença estatisticamente significativa entre os diferentes tamanhos ($p = 0,16$).

Os tipos histopatológicos predominantes foram nodular em 78% (255/326), superficial em 26% (83/326) e micronodular em 6% (21/326). O tipo nodular foi encontrado em 93% (75/81) dos CBCsPD *versus* 74% (180/245) dos CBCs de referência ($p < 0,001$); por outro lado, o tipo superficial estava presente em 9% (7/81) dos CBCs miniaturizados *versus* 31% (76/245) dos CBCs de controle ($p < 0,001$). Tipos histopatológicos agressivos tiveram frequências semelhantes em ambos os grupos. A maioria das lesões tinha profundidade de 1 a 2 mm (70%); ainda assim, os tumores de pequeno diâmetro eram menos profundos ($p = 0,07$). A [tabela 2](#) fornece mais detalhes sobre as características clinicopatológicas.

Em relação ao tratamento, 42% (138/326) receberam CMM, 24% (77/326) foram submetidos a ressecção convencional, 3% (11/326) foram ressecados sem biópsia prévia em virtude da imagem altamente sugestiva e cenários específicos e 31% (100/326) não tinham recebido tratamento ao final da coleta de dados. Dos submetidos à CMM (138), o tipo nodular foi documentado em 87% (120/138), superficial em 21%, micronodular em 7%, infiltrativo em 6% e metatípico em 1%. Um total de dois estágios foi necessário em 88% dos casos (122/138). No entanto, não foram encontra-

Tabela 2 Características clínicas e histopatológicas

Característica	N = 326
	n (%)
Clínica	
<i>Tamanho, mm</i>	
≤ 3	81 (24,8)
> 3 – 5	127 (39)
> 5 – 10	118 (36,2)
<i>Localização</i>	
Face e pescoço	174 (53,4)
Membros	67 (20,5)
Tronco	60 (18,4)
Couro cabeludo	25 (7,7)
Sinais de fotodano local	263 (80,7)
<i>Lesão primária</i>	
Pápula não ulcerada	156 (47,9)
Placa não ulcerada	142 (43,6)
Pápula ulcerada	14 (4,3)
Placa ulcerada	5 (1,5)
Mácula	6 (1,8)
<i>Cor predominante</i>	
Rosa	149 (45,7)
Marron	69 (21,2)
Vermelha	52 (15,9)
Cor da pele	22 (6,7)
Azul	16 (4,9)
Cinza	6 (1,9)
Preta	6 (1,9)
Branca	5 (1,5)
Amarela	1 (0,3)
Patologia	
<i>Tipo histopatológico^a</i>	
Nodular	255 (78,2)
Superficial	83 (25,5)
Micronodular	21 (6,4)
Infiltrativo	7 (2,1)
Esclerosante	2 (0,6)
Metatípico	2 (0,6)
Adenoide	2 (0,6)
Ceratótico	1 (0,3)
<i>Profundidade, mm</i>	
≤ 1	227 (69,7)
> 1–2	31 (9,5)
> 2	50 (15,3)
Não relatado	18 (5,5)

^a As variáveis não são mutuamente excludentes.

das diferenças estatisticamente significantes em relação às características terapêuticas.

Características dermatoscópicas

Rede pigmentar não foi identificada em nenhuma lesão. As cinco estruturas mais prevalentes foram: SFT, encontrada em 62% (203/326), seguida de pontos cinza-azulados, em 57% (186/326), áreas amorfas e cordões SWS em 56%

(184/326), vasos arboriformes em 38% (124 /326) e glóbulos cinza-azulados em 24% (78/326).

Vasos foram identificados em 83% dos casos (271/326) e foram significativamente menos prevalentes em CBCsPD correspondendo a 68% (55/81) do que em CBCs de referência, 88% (216/245; $p < 0,001$). Vasos arboriformes foram encontrados em 38% de todos os tumores (124/326), sem diferenças significantes entre os grupos. SFT foi a morfologia mais comum, encontrada em 62% (203/326) das lesões, e significativamente menos frequentes em CBCsPD, 52% (42/81) do que em CBCs de referência, 66% (161/245; $p = 0,02$); entretanto, foi o achado vascular mais comum no primeiro grupo. Achados vasculares menos comuns incluíram vasos em grampo de cabelo, glomerulares, pontilhados, irregulares lineares, em vírgula e saca-rolhas; vasos polimorfos estavam presentes em 21% (67/326) das lesões. Nenhum desses últimos apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos de estudo.

Estruturas pigmentadas foram encontradas em 68% (221/326) e foram mais frequentes nos CBCsPD, 83% (67/81), do que nos CBCs de referência, 63% (154/245; $p = 0,001$). Pontos cinza-azulados foram a estrutura pigmentada mais comum (57%; 186/326), e também foram estatisticamente mais prevalentes em CBCsPD (67% vs. 54%; $p = 0,04$). Outras características pigmentadas encontradas foram, em ordem decrescente: glóbulos cinza-azulados, ninhos ovoides, estruturas em folha, estruturas em roda raiada e, finalmente, estruturas concêntricas.

SWS, especialmente áreas amorfas e cordões, foram significativamente menos frequentes em CBCsPD, 27% (22/81) do que nos tumores de referência, 66% (162/245; $p < 0,001$). Escamas também foram menos comuns em CBCsPD (11% vs. 31%; $p < 0,001$), assim como ulcerações e microerosões. Mais detalhes podem ser consultados na [tabela 3](#).

Ao comparar características clássicas de CBCs entre os de pequeno diâmetro e os de referência, glóbulos azul-acinzentados e ninhos ovoides foram mais frequentes nos primeiros. Em relação a características não clássicas, os pontos cinza-azulados foram mais comuns nas lesões miniaturizadas, enquanto as demais características foram menos frequentes nesse grupo ([tabela 4](#)).

Os de pequeno diâmetro foram caracterizados pela presença de pontos azul-acinzentados (67%) e ocasionalmente SFT (52%; [figs. 1 e 2](#)). Os primeiros tinham distribuição difusa em 43% (23/54) e agrupada em 41% (22/54). Glóbulos cinza-azulados e ninhos ovoides estavam presentes em 30% e 24% dessas lesões, enquanto vasos arboriformes foram encontrados em 33%. SWS, escamas, ulcerações e microerosões foram raramente observadas. Apenas 12% (10/81) apresentavam uma característica dermatoscópica isolada, geralmente pontos ou vasos arboriformes em 30% (3/10, cada um; [fig. 3](#)); duas características foram observadas em 20% (16/81), nas quais pontos com SFT ou glóbulos foram as combinações mais comuns (3/16 – 19%, cada uma). Além disso, 68% tinham três ou mais características. Em 84% das lesões miniaturizadas, o caos dermatoscópico foi perceptível (68/81). Imagens dermatoscópicas de CBCsPD são mostradas nas [figuras 1-3](#), e imagens de CBCs de referência são mostradas na [figura 4](#). Para mais informações, consulte as [tabelas suplementares \(S1–S5\)](#).

Tabela 3 Características dermatoscópicas de CBCsPD versus CBCs de referência

Característica	Qualquer tamanho N = 326 n (%)	≤ 3 mm N = 81 n (%)	3–10 mm N = 245 n (%)	p-valor
Vasos	271 (83,1)	55 (67,9)	216 (88,2)	<0,001
Telangiectasias curtas-finas	203 (62,3)	42 (51,9)	161 (65,7)	0,02
Arboriformes	124 (38)	27 (33,3)	97 (39,6)	0,3
Polimorfos	67 (20,6)	13 (16)	54 (22)	0,2
Em “grampo de cabelo”	39 (12)	7 (8,6)	32 (13,1)	0,2
Glomerulares	34 (10,4)	5 (6,2)	29 (11,8)	0,1
Pontilhados	21 (6,4)	4 (4,9)	17 (6,9)	0,5
Lineares irregulares	18 (5,5)	7 (8,6)	11 (4,5)	0,1
Em “vírgula”	9 (2,8)	3 (3,7)	6 (2,4)	0,6
Em “saca-rolhas”	4 (1,2)	1 (1,2)	3 (1,2)	1
Estruturas pigmentadas	221 (67,8)	67 (82,7)	154 (62,9)	0,001
Pontos cinza-azulados	186 (57,1)	54 (66,7)	132 (53,9)	0,04
Glóbulos cinza-azulados	78 (23,9)	24 (29,6)	54 (22)	0,1
Ninhos ovóides	64 (19,6)	19 (23,5)	45 (18,4)	0,3
Estruturas em folha	54 (16,6)	9 (11,1)	45 (18,4)	0,1
Estruturas em roda raiada	46 (14,1)	9 (11,1)	37 (15,1)	0,3
Estruturas concêntricas	44 (13,5)	6 (7,4)	38 (15,5)	0,06
Estruturas brancas brilhantes	188 (57,7)	23 (28,4)	165 (67,3)	<0,001
Áreas amorfas e cordões	184 (56,4)	22 (27,2)	162 (66,1)	<0,001
Rosetas	20 (6,1)	2 (2,5)	18 (7,3)	0,1
Estrias, ortogonais	3 (0,9)	0 (0)	3 (1,2)	1
Escamas	85 (26,1)	9 (11,1)	76 (31)	<0,001
Branças	75 (23)	8 (9,9)	67 (27,3)	0,001
Amarelas	18 (5,5)	1 (1,2)	17 (6,9)	0,053
Outras estruturas				
Ulceração	42 (12,9)	3 (3,7)	39 (15,9)	<0,001
Microerosões	37 (11,3)	2 (2,5)	35 (14,3)	0,004
Glóbulos amarelos agregados múltiplos	25 (7,7)	4 (4,9)	21 (8,6)	N/A
Véu azul-esbranquiçado	1 (0,3)	0 (0)	1 (0,4)	N/A

Tabela 4 Características dermatoscópicas clássicas e não clássicas de CBCsPD, pequenos e médios

Característica	Qualquer tamanho N = 326 n (%)	≤ 3 mm N = 81 n (%)	3–5 mm N = 127 n (%)	5–10 mm N = 118 n (%)
<i>Características clássicas</i>				
Vasos arboriformes	124 (38)	27 (33,3)	48 (37,8)	49 (41,5)
Glóbulos cinza-azulados	78 (23,9)	24 (29,6)	30 (23,6)	24 (20,3)
Ninhos ovóides	64 (19,6)	19 (23,5)	22 (17,3)	23 (19,5)
Estruturas em folha	54 (16,6)	9 (11,1)	27 (21,3)	18 (15,3)
Estruturas em roda raiada	46 (14,1)	9 (11,1)	19 (15)	18 (15,3)
Ulceração	42 (12,9)	3 (3,7)	14 (11)	25 (21,2)
<i>Características não clássicas</i>				
Telangiectasias curtas-finas	203 (62,3)	42 (51,9)	81 (63,8)	80 (67,8)
Pontos cinza-azulados	186 (57,1)	54 (66,7)	77 (60,6)	55 (46,6)
Áreas amorfas brancas brilhantes e cordões	184 (56,4)	22 (27,2)	73 (57,5)	89 (75,4)
Estruturas concêntricas	44 (13,5)	6 (7,4)	20 (15,7)	18 (15,3)
Microerosões	37 (11,3)	2 (2,5)	8 (6,3)	27 (22,9)
Glóbulos amarelos agregados múltiplos	25 (7,7)	4 (4,9)	11 (8,7)	10 (8,5)

Discussão

A dermatoscopia tem alta acurácia e precisão no diagnóstico do CBC, o que favorece a suspeita mais precoce de maligni-

dade detectando tumores menores. Neste estudo, os autores avaliaram 326 CBCs de 196 pacientes. CBCsPD representaram 81 dos tumores. Frequentemente apresentavam a cor marrom como predominante (39%) e comumente apresenta-

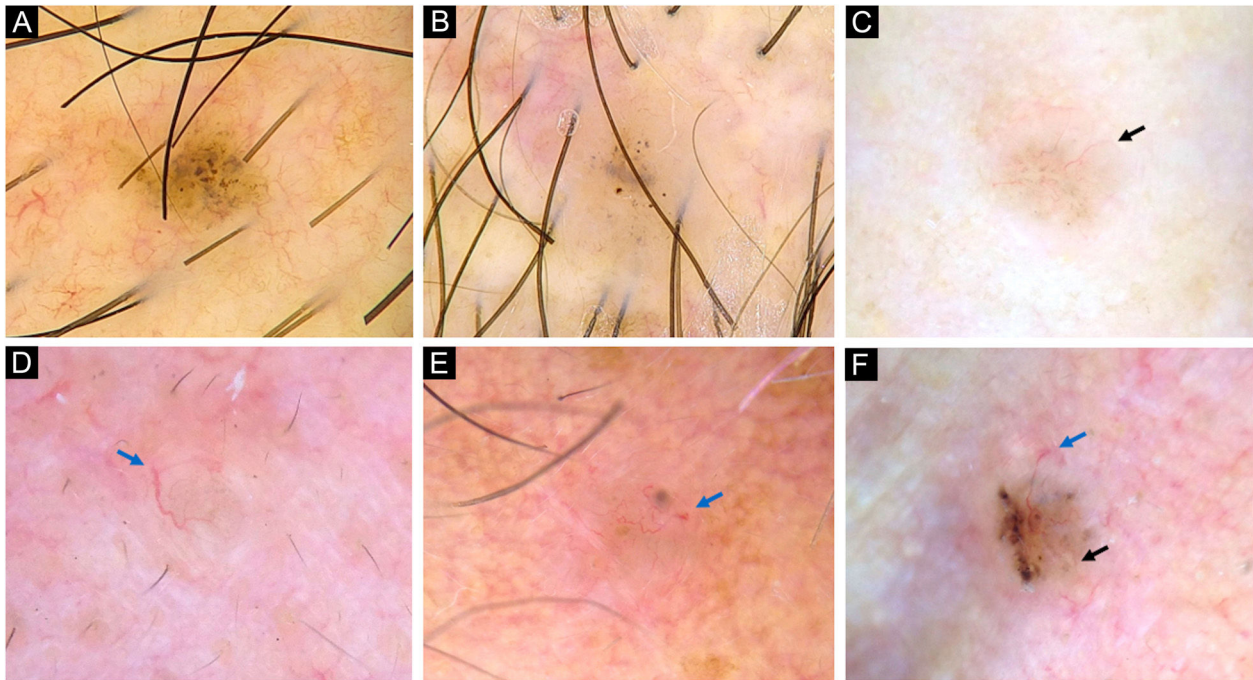


Figura 1 Dermatoscopia de CBCsPD. (A) CBC de 2 mm localizado no tórax exibindo pontos e glóbulos azul-acinzentados. (B) CBC de 2,5 mm localizado no couro cabeludo apresentando pontos azul-acinzentados, glóbulos e telangiectasias curtas-finas. (C) CBC de 2 mm localizado no dorso nasal com pontos azul-acinzentados e telangiectasias curtas-finas (seta preta). (D) CBC de 2 mm localizado no sulco nasolabial, com pontos azul-acinzentados e vasos arboriformes (seta azul). (E) CBC de 2 mm localizado na região pré-auricular exibindo glóbulos azul-acinzentados, telangiectasias curtas-finas, vasos arboriformes (seta azul) e áreas amorfas brancas brilhantes e cordões. (F) CBC de 2,5 mm localizado no canto interno do olho, com pontos, glóbulos azul-acinzentados, telangiectasias curtas-finas (seta preta) e vasos arboriformes (seta azul)

vam o tipo nodular na histopatologia (93%) e raramente o tipo superficial (9%). Curiosamente, os tipos agressivos tiveram frequências semelhantes, independente do tamanho do tumor. A maioria das lesões menores localizava-se na face e no pescoço, em concordância com a literatura atual;^{19,20} além disso, à medida que aumentava o tamanho, a prevalência em outras áreas também aumentava. Essas lesões eram mais propensas a receber CMM, realizada em 48% dos CBCsPD *versus* 40% dos CBCs de referência; em 95% (37/39) dos CBCsPD submetidos à CMM foi necessário mais de um estágio para obter margens cirúrgicas negativas.

Na dermatoscopia dos CBCsPD, a presença de estruturas pigmentadas foi a característica dermatoscópica mais frequente (83%), principalmente pontos azul-acinzentados (67%), que foram mais frequentes nesses tumores quando comparados aos CBCs maiores. Por outro lado, vasos foram menos frequentes em CBCsPD, especialmente SFT, assim como SWS, escamas, ulcerações e microerosões. As estruturas vasculares mais comuns foram SFT (52%) e vasos arboriformes (33%). Das lesões com SFT, apenas 7% (3/42) correspondiam ao tipo histopatológico superficial, 2% (1/42) ao tipo misto micronodular e infiltrativo, e 91% (38/42) delas eram nodulares. Isso significa que as SFT, neste estudo, não estavam presentes no contexto de CBC superficial.

Em CBCsPD nodulares (75/81), pontos azul-acinzentados também foram a característica mais frequente encontrada,

em 68% (51/75). Vasos foram encontrados em 65% (49/75) dos tumores, principalmente SFT em 51% (38/75) e vasos arboriformes em 35% (26/75). Tipos histopatológicos de alto risco foram encontrados em seis lesões miniaturizadas. A maioria apresentava vasos como principal característica dermatoscópica (83%), principalmente vasos arboriformes (67%), seguidos de SFT (50%). Curiosamente, nesses tumores, os pontos cinza-azulados não eram tão comuns (33%).

Nos CBCsPD superficiais (7/81), a característica mais comum também foi a presença de estruturas pigmentadas em 86% (6/7), principalmente pontos azul-acinzentados (57%), seguidos por ninhos ovoides e estruturas em folha (43% cada). Vasos foram encontrados em 71% (5/7) dessas lesões e, curiosamente, eram polimorfos em todos os casos, com predomínio da morfologia glomerular em 57% (4/7), seguido de SFT em 43% (3/7); entretanto, vasos arboriformes não foram identificados. Apenas uma dessas lesões apresentou microerosões.

Takahashi et al.¹⁰ publicaram um estudo comparando CBCs ≤ 3 mm (n=6) com CBCs de 4 a 6 mm (n=11). Pontos e glóbulos cinza-azulados estavam presentes em 100% dos casos do primeiro grupo e ninhos em 67%, ao contrário do presente estudo, onde foram encontrados em 67%, 30% e 24% dos CBCsPD, respectivamente. Além disso, foram encontradas apenas 9% de lesões com pontos cinza-azulados no grupo de 4 a 6 mm, ao contrário dos resultados do presente estudo, que mostraram que eles estavam presentes

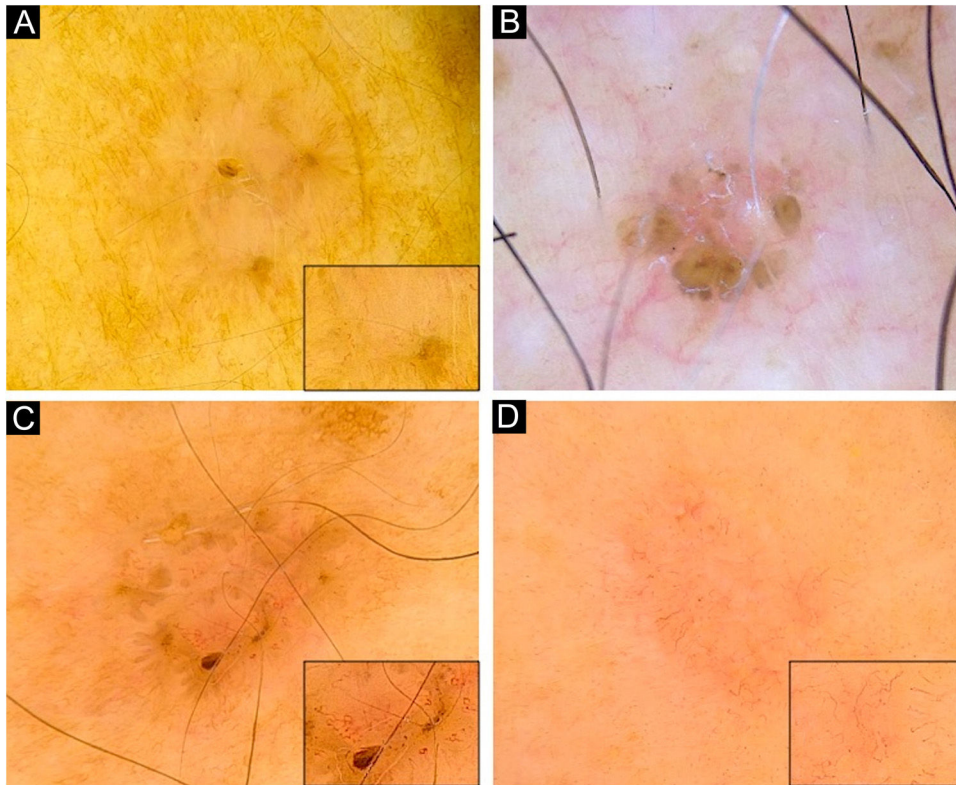


Figura 2 Dermatoscopia de CBCs superficiais de pequeno diâmetro. (A) CBC de 3 mm localizado no membro superior exibindo pontos azul-acinzentados, vasos polimorfos (detalhe aumentado no quadrado) em “grampo de cabelo”, “em vírgula”, vasos glomerulares e lineares irregulares e áreas amorfas e estrias brancas brilhantes. (B) CBC de 3 mm localizado no tórax exibindo estruturas em folha, ninhos ovóides, microerosões e escamas brancas. (C) CBC de 3 mm localizado no membro superior mostrando pontos e glóbulos azul-acinzentados, estruturas em folha, vasos polimorfos (detalhe aumentado no quadrado) com telangiectasias curtas-finas, vasos em “grampo de cabelo” e em “vírgula” e áreas amorfas e estrias brancas brilhantes. (D) CBC de 3 mm localizado no membro superior apresentando pontos azul-acinzentados, vasos polimorfos (detalhe aumentado no quadrado) com telangiectasias curtas-finas e vasos “em grampo” e áreas amorfas e estrias brancas brilhantes

em 54% dos CBCs de referência. A principal limitação de seu estudo foi o pequeno tamanho da amostra.

Sanchez-Martin et al.¹² publicaram um estudo com 100 CBCs < 5 mm, divididos em dois grupos, comparando CBCs pequenos (n=34) com CBCs maiores (n=66). A estrutura dermatoscópica mais frequente foi SFT (78%), seguida de pontos cinza-azulados (55%). No entanto, os autores não encontraram diferença estatisticamente significativa entre os CBCsPD e maiores, diferindo dos resultados do presente estudo (tabela 4).

Longo et al.¹³ compararam CBCs < 5 mm com lesões controle. Eles descobriram que CBCs pequenos eram mais prevalentes em pacientes mais jovens, em contraste com os resultados do presente estudo, uma vez que os autores não encontraram associação entre idade e tamanho tumoral. O padrão nodular também foi o tipo mais frequente em seu estudo, com *odds ratio* (OR) de 3,4. Os autores encontraram dois preditores dermatoscópicos de CBCs pequenos: pontos azul-acinzentados e ninhos ovóides; entretanto, essas características tinham OR fracos e seu intervalo de confiança cruzou a unidade em ambos os casos. Quase todas as características dermatoscópicas foram observadas igualmente em

ambos os grupos, e a única diferença estatisticamente significativa foi a menor frequência de ulceração e microerosões em CBCs < 5 mm. Di Meo et al.¹¹ coletaram dados de 100 CBCs < 5 mm de um banco de dados e avaliaram a concordância global entre observadores com baixa experiência dermatoscópica. Eles encontraram baixo nível de concordância para alguns dos critérios clássicos do CBC e nenhuma concordância para quase todos os critérios não clássicos. Como visto no presente estudo, a presença de pontos azul-acinzentados, uma característica não clássica, é fundamental para detectar lesões incipientes. Isso confirma a importância de sempre avaliar critérios clássicos e não clássicos, pois os últimos podem se correlacionar com estágio tumoral precoce.

O presente estudo tem algumas limitações. Os casos foram coletados em um centro de referência em câncer de pele, o que pode alterar as características demográficas dos pacientes. Por ter sido realizado na Colômbia, a maioria dos fototipos variou de I a IV, com menos dados de fototipos de pele mais claros e mais escuros. Resta confirmar em estudos maiores, com seguimento em longo prazo, se a detecção precoce de lesões miniaturizadas melhora com a dermatoscopia, e qual é seu valor prognóstico.

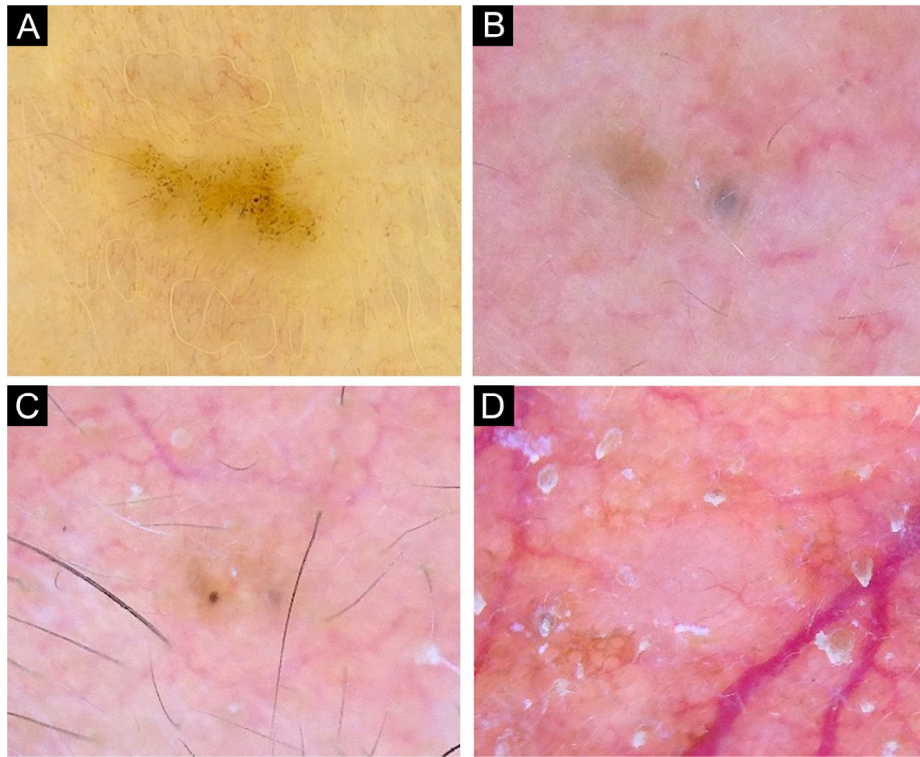


Figura 3 CBCsPD apresentando uma única característica dermatoscópica. (A) CBC de 3 mm localizado no membro superior exibindo pontos azul-acinzentados. (B) CBC de 2 mm localizado na frente apresentando glóbulos azul-acinzentados. (C) CBC de 1,5 mm localizado na região frontal apresentando uma única estrutura em forma de roda raiada. (D) CBC de 2 mm localizado no sulco nasal com presença de vasos arboriformes

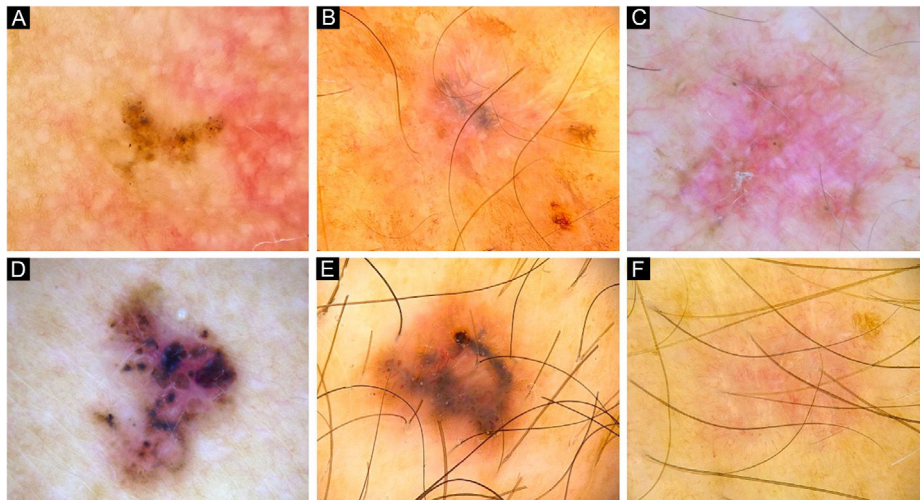


Figura 4 Dermatoscopia de CBCs de referência. (A) CBC pequeno de 4 mm de diâmetro localizado na região retroauricular exibindo estruturas concêntricas, pontos e glóbulos azul-acinzentados. (B) Pequeno CBC de 4,5 mm de diâmetro localizado no membro superior apresentando pontos azul-acinzentados, telangiectasias curtas-finas, áreas amorfas brancas brilhantes e cordões. (C) BCC médio medindo 8,5 mm localizado no membro superior, com presença de glóbulos e pontos azul-acinzentados, telangiectasias curtas-finas, microerosões, áreas amorfas brancas brilhantes, cordões e estrias. (D) BCC de 10 mm localizado no dorso, com inúmeras características: estruturas em roda raiada, estruturas concêntricas, pontos e glóbulos azul-acinzentados, ninhos ovóides, vasos polimorfos com telangiectasias curtas-finas, vasos pontilhados e glomerulares e áreas amorfas brancas brilhantes e cordões. (E) CBC de 5,5 mm localizado no dorso apresentando estruturas em folha, ninhos ovóides, pontos azul-acinzentados, vasos polimorfos em grampo de cabelo, vasos glomerulares e lineares irregulares. (F) CBC de 6,5 mm localizado no membro superior exibindo vasos polimorfos com telangiectasias curtas-finas, vasos em grampo de cabelo e glomerulares, áreas amorfas brancas brilhantes e cordões e escamas brancas

Conclusão

Na dermatoscopia de CBCsPD (≤ 3 mm), as estruturas pigmentadas são mais frequentes, principalmente os pontos azul-acinzentados, enquanto vasos e SWS são menos prevalentes. Assim, ao avaliar uma lesão menor que 3 mm com suspeita de CBC, pontos azul-acinzentados e características pigmentadas devem ser ativamente procurados, pois sua presença se correlaciona com CBC. Este estudo apresenta evidências robustas que podem favorecer o diagnóstico precoce em estádios iniciais do crescimento tumoral, aumentando a probabilidade de resultados aceitáveis e funcionais após o tratamento.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Camilo Arias-Rodriguez: Concepção e planejamento do estudo; obtenção, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Ana Maria Muñoz-Monsalve: Concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica de conteúdo intelectual importante; aprovação da versão final do manuscrito.

Diana Cuesta: Concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Susana Mejia-Mesa: Concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Maria Soledad Aluma-Tenorio: Concepção e planejamento do estudo; análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Apêndice. Material suplementar

Pode consultar o material adicional para este artigo na sua versão eletrônica disponível em [doi:10.1016/j.abdp.2023.06.022](https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.06.022).

Referências

1. Lomas A, Leonardi-Bee J, Bath-Hextall F. A systematic review of worldwide incidence of nonmelanoma skin cancer. *Br J Dermatol.* 2012;166:1069–80.
2. Dourmishev L, Rusinova D, Botev I. Clinical variants, stages, and management of basal cell carcinoma. *Indian Dermatol Online J.* 2013;4:12.
3. Altamura D, Menzies SW, Argenziano G, Zalaudek I, Soyer HP, Sera F, et al. Dermatoscopy of basal cell carcinoma: morphologic variability of global and local features and accuracy of diagnosis. *J Am Acad Dermatol.* 2010;62:67–75.
4. Suppa M, Micantonio T, Di Stefani A, Soyer HP, Chimenti S, Fargnoli MC, et al. Dermoscopic variability of basal cell carcinoma according to clinical type and anatomic location. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29:1732–41.
5. Reiter O, Mimouni I, Gdalevich M, Marghoob AA, Levi A, Hodak E, et al. The diagnostic accuracy of dermoscopy for basal cell carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2019;80:1380–8.
6. Lombardi M, Pampena R, Borsari S, Bombonato C, Benati E, Pellacani G, et al. Dermoscopic features of basal cell carcinoma on the lower limbs: a chameleon! *Dermatol.* 2017;233:482–8.
7. Longo C, Lallas A, Kyrgidis A, Rabinovitz H, Moscarella E, Ciardo S, et al. Classifying distinct basal cell carcinoma subtype by means of dermatoscopy and reflectance confocal microscopy. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71:716–24, e1.
8. Lallas A, Apalla Z, Ioannides D, Argenziano G, Castagnetti F, Moscarella E, et al. Dermoscopy in the diagnosis and management of basal cell carcinoma. *Future Oncol.* 2015;11:2975–84.
9. Lallas A, Apalla Z, Argenziano G, Longo C, Moscarella E, Specchio F, et al. The dermatoscopic universe of basal cell carcinoma. *Dermatol Pract Concept.* 2013;4:11–24.
10. Takahashi A, Hara H, Aikawa M, Ochiai T. Dermoscopic features of small size pigmented basal cell carcinomas. *J Dermatol.* 2016;43:543–6.
11. Longo C, Specchio F, Ribero S, Coco V, Kyrgidis A, Moscarella E, et al. Dermoscopy of small-size basal cell carcinoma: a case-control study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017;31:e273–4.
12. Popadić M, Vukićević J. What is the impact of tumour size on dermoscopic diagnosis of BCC? *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29:2474–8.
13. di Meo N, Damiani G, Vichi S, Fadel M, Nan K, Noal C, et al. Interobserver agreement on dermoscopic features of small basal cell carcinoma (< 5 mm) among low-experience dermatoscopists. *J Dermatol.* 2016;43:1214–6.
14. Sanchez-Martin J, Vazquez-Lopez F, Perez-Oliva N, Argenziano G. Dermoscopy of small basal cell carcinoma: study of 100 Lesions 5 mm or less in diameter. *Dermatol Surg.* 2012;38:947–50.
15. Persechino F, Franceschini C, Iorio A, Carbone A, Ferrari A, Buccini P, et al. Clinical management of very small pigmented lesions: improved clinical outcome through dermoscopy and reflectance confocal microscopy combination. *Skin Res Technol.* 2020;26:718–26.
16. Soughi M, Meziane M, Gallouj S, Mernissi F. Étude descriptive dermoscopique d'une série de 100 carcinome basocellulaires diagnostiqués au Maroc. *Pan Afr Med J.* 2019;34:64.
17. Liopyris K, Navarrete-Dechent C, Yélamos O, Marchetti MA, Rabinovitz H, Marghoob AA. Clinical, dermoscopic and reflectance confocal microscopy characterization of facial basal cell carcinomas presenting as small white lesions on sun-damaged skin. *Br J Dermatol.* 2019;180:229–30.
18. Xu LJ, Zheng LL, Zhu Z. Effect of tumor size on dermoscopic features of pigmented basal cell carcinoma. *Chin Med J.* 2021;134:1866–8.
19. Scrivener Y, Grosshans E, Cribier B. Variations of basal cell carcinomas according to gender, age, location, and histopathological subtype. *Br J Dermatol.* 2002;147:41–7.
20. Tanese K. Diagnosis and management of basal cell carcinoma. *Curr Treat Options Oncol.* 2019;20:13.