



CARTA - INVESTIGAÇÃO

Dermatoscopia de carcinoma basocelular de pequeno diâmetro: estudo de caso-controle^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

O carcinoma basocelular (CBC) é a neoplasia maligna cutânea mais comum¹⁻³. Em geral, não está associado a mortalidade, mas seu comportamento local pode ser agressivo e associado a morbidade significativa²⁻⁴.

O diagnóstico do CBC é geralmente estabelecido com base nas características clínicas e dermatoscópicas. A dermatoscopia provou ser útil no diagnóstico de CBC com base principalmente em estruturas vasculares e pigmentadas, estruturas brancas brilhantes e ulceração⁵. Atualmente, o desafio é reconhecer lesões mais iniciais e menores, de modo que a morbidade e o risco de cicatrizes desfigurantes sejam minimizados. Até o momento, existem poucos dados sobre as possíveis diferenças dermatoscópicas entre CBCs menores e maiores; a maioria deles não mostrou diferenças relevantes entre esses dois grupos⁶⁻⁸. No presente estudo, os autores buscaram elucidar as diferenças dermatoscópicas entre CBCs menores (≤ 4 mm de diâmetro) e maiores (> 4 mm de diâmetro).

Laudos histopatológicos de casos de CBC do Departamento de Patologia do Hospital Clínico Universidad de Chile de janeiro de 2016 a abril de 2021 foram revisados. Dois grupos foram selecionados: primeiro, CBCs com diâmetro clínico ≤ 4 mm, e um grupo de controle pareado de casos selecionados aleatoriamente com diâmetro de CBCs > 4 mm. Posteriormente, as imagens dermatoscópicas das lesões foram analisadas por três dermatoscopistas experientes de maneira independente, e as discrepâncias foram posteriormente discutidas e resolvidas.

As variáveis demográficas e clinicopatológicas foram descritas por frequência e porcentagem, enquanto as variáveis contínuas foram descritas por média e desvio padrão. A relação entre variáveis categóricas e tamanho foi avaliada por meio do teste de qui-quadrado. Quando a frequência

esperada para uma combinação de variáveis foi < 5 , realizou-se o teste exato de Fisher. Regressão logística multivariada foi usada para estimar a razão de chances (*odds ratio* – OR) ajustada juntamente com seu intervalo de confiança (IC) de 95%. Valor de $p < 0,05$ foi considerado significativo. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o *software* R v4.1.3 (RCoreTeam, 2022, Viena, Áustria).

Um total de 112 CBCs primários foram coletados, 56 casos pequenos e 56 casos controle. O tamanho médio dos CBCs pequenos foi de $3,0 \pm 0,9$ mm, em comparação com o grupo controle, que foi de $10,5 \pm 4,9$ mm. Não houve diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos em relação à média de idade (grupo ≤ 4 mm de diâmetro: $65,2 \pm 14,0$ e grupo > 4 mm de diâmetro: $67,2 \pm 12,7$, p -valor = $0,224$) e sexo. A localização tumoral mais frequente foi o nariz (38,4%), seguida da região malar (18,8%), periocular (9,8%), tronco (9,8%), couro cabeludo (5,4%) além de outros locais menos predominantes, e não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos de estudo e controle. Em relação às variantes histopatológicas, os casos foram classificados com base no componente celular de pior prognóstico e apenas o subtipo esclerosante foi encontrado de maneira significativa mais frequentemente no grupo controle (sete casos [12,5%] de CBC pequeno e 16 casos [28,6%] no grupo controle, p -valor = $0,035$), tendo a diferença desaparecido após a regressão logística univariada (OR = $4,00$; IC95% $0,88-18,2$; p -valor = $0,073$).

As características dermatoscópicas de ambos os grupos são mostradas na [tabela 1](#). Na regressão logística multivariada, o único preditor contra pequenos CBCs que permaneceu estatisticamente significativo foi a telangiectasia arboriforme (OR = $4,02$; IC95% $1,43-11,3$; p -valor = $0,008$ – [figs. 1 e 2](#)). A distribuição das características dermatoscópicas em cada tipo histopatológico, comparando os dois grupos, é analisada na [tabela 2](#), e diferenças estatisticamente significantes foram encontradas no CBC micronodular para estruturas concêntricas (6 [27,3%] ≤ 4 mm e 0 (0%) > 4 mm; valor $p = 0,023$) e no CBC nodular para telangiectasias finas e curtas (13 [68,4%] ≤ 4 mm e 5 [29,4%] > 4 mm; valor $p = 0,019$).

Alguns outros dados sobre as possíveis diferenças dermatoscópicas entre CBCs menores e maiores já foram publicados. Longo et al⁶. descreveram 87 casos de CBCs com menos de 5 mm de diâmetro e controles pareados acima de 5 mm, e não encontraram diferenças significantes nos critérios dermatoscópicos, exceto ulceração e pequenas erosões múltiplas, mais frequentemente encontradas em CBCs grandes. Sanchez-Martin et al⁷. publicaram uma série de 100 CBCs com diâmetro < 6 mm. Desses tumores, 77% foram facilmente diagnosticados pelo método de

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2023.02.005>

[☆] Como citar este artigo: Kinzel-Maluje F, González-Godoy D, Vargas-Mora P, Muñoz P. Dermoscopy of small diameter basal cell carcinoma: a case-control study. An Bras Dermatol. 2024;99:111-4.

^{☆☆} Trabalho realizado no Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Tabela 1 Características dermatoscópicas de CBCs pequenos e do grupo controle

	≤ 4 mm (n = 56)	> 4 mm (n = 56)	p-valor
<i>Telangiectasias arboriformes</i>			0,009
Não	48 (85,7%)	36 (64,3%)	
Sim	8 (14,3%)	20 (35,7%)	
<i>Telangiectasias superficiais finas e curtas</i>			0,449
Não	28 (50%)	32 (57,1%)	
Sim	28 (50%)	24 (42,9%)	
<i>Pontos azul-acinzentados</i>			0,242
Não	42 (75%)	47 (83,9%)	
Sim	14 (25%)	9 (16,1%)	
<i>Glóbulos azul-acinzentados</i>			0,541
Não	40 (71,4%)	37 (66,1%)	
Sim	16 (28,6%)	19 (33,9%)	
<i>Ninhos ovoides azul-acinzentados</i>			0,654
Não	44 (78,6%)	42 (75%)	
Sim	12 (21,4%)	14 (25%)	
<i>Estruturas em roda raiada</i>			0,751
Não	50 (89,3%)	51 (91,1%)	
Sim	6 (10,7%)	5 (8,9%)	
<i>Estruturas concêntricas</i>			0,039
Não	46 (82,1%)	53 (94,6%)	
Sim	10 (17,9%)	3 (5,4%)	
<i>Estruturas em folha</i>			0,257
Não	41 (73,2%)	46 (82,1%)	
Sim	15 (26,8%)	10 (17,9%)	
<i>Estruturas brancas brilhantes</i>			0,315
Não	40 (71,4%)	35 (62,5%)	
Sim	16 (28,6%)	21 (37,5%)	
<i>Múltiplos glóbulos branco-amarelados agregados</i>			0,405
Não	50 (89,3%)	47 (83,9%)	
Sim	6 (10,7%)	9 (16,1%)	
<i>Erosão ou ulceração</i>			0,025
Não	44 (78,6%)	33 (58,9%)	
Sim	12 (21,4%)	23 (41,1%)	

Menzies clássico, que não considera achados dermatoscópicos de CBC descritos mais recentemente. Um subgrupo de tumores de 3 mm ou menos de diâmetro apresentou achados semelhantes. Em relação apenas aos tumores pigmentados, Takahashi et al⁸. descreveram uma pequena série de 11 CBCs pigmentados com menos de 7 mm, mostrando os mesmos achados dermatoscópicos clássicos observados em CBCs com diâmetro entre 4 e 6 mm e 3 mm ou menos. Os achados do presente estudo sugerem quadro semelhante, mas outro fator preditivo não previamente descrito como significativo foi a presença de telangiectasia arboriforme, favorecendo tumores maiores. Não foi encontrada literatura que explicasse essa diferença, mas ela pode estar relacionada à maior necessidade de sangue em tumores maiores, como alguns autores sugeriram que acontece no CBC nodular em comparação com o CBC superficial⁹. Ao analisar cada tipo histopatológico, foram encontradas diferenças dermatoscópicas entre CBCs menores e maiores em tumores micronodulares para estruturas concêntricas e em tumores nodulares para telangiectasias curtas e finas; que seja de conhecimento dos autores, isso não foi descrito anteriormente.

Pequenos CBCs compartilham a maioria das características dermatoscópicas conhecidas do CBC. Por enquanto, apenas algumas diferenças foram encontradas, mas suas características principais permanecem as mesmas. Portanto, parece que a dermatoscopia é ferramenta valiosa para identificar pequenos CBCs e oferecer tratamento aos pacientes em estágios iniciais, reduzindo a morbidade associada a essa doença.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Francisca Kinzel-Maluje: Concepção e planejamento do estudo; obtenção de dados ou análise e interpretação dos dados; elaboração e redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados;

Tabela 2 Distribuição das características dermatoscópicas em diferentes tipos histopatológicos nos dois grupos de estudo de carcinomas basocelulares

Características	Superficial			Micronodular			Esclerosante			Nodular		
	≤ 4 mm, (n = 7) ^a	> 4 mm, (n = 4) ^a	p-valor ^b	≤ 4 mm, (n = 22) ^a	> 4 mm, (n = 19) ^a	p-valor ^c	≤ 4 mm, (n = 7) ^a	> 4 mm, (n = 16) ^a	p-valor ^b	≤ 4 mm, (n = 19) ^a	> 4 mm, (n = 17) ^a	p-valor ^c
Telangiectasias arboriformes	0 (0,0%)	0 (0,0%)		6 (27,3%)	7 (36,8%)	0,5	0 (0,0%)	7 (43,8%)	0,057	2 (10,5%)	6 (35,3%)	0,11
Telangiectasias superficiais finas e curtas	1 (14,3%)	2 (50,0%)	0,5	7 (31,8%)	9 (47,4%)	0,3	6 (85,7%)	8 (50,0%)	0,2	13 (68,4%)	5 (29,4%)	0,019
Pontos azul-acinzentados	2 (28,6%)	0 (0,0%)	0,5	5 (22,7%)	6 (31,6%)	0,5	1 (14,3%)	0 (0,0%)	0,3	6 (31,6%)	3 (17,6%)	0,5
Glóbulos azul-acinzentados	1 (14,3%)	0 (0,0%)	> 0,9	9 (40,9%)	10 (52,6%)	0,5	0 (0,0%)	4 (25,0%)	0,3	6 (31,6%)	5 (29,4%)	0,9
Ninhos ovoides azul-acinzentados	2 (28,6%)	0 (0,0%)	0,5	4 (18,2%)	7 (36,8%)	0,2	0 (0,0%)	2 (12,5%)	> 0,9	6 (31,6%)	5 (29,4%)	0,9
Estruturas em roda raiada	4 (57,1%)	3 (75,0%)	> 0,9	2 (9,1%)	2 (10,5%)	> 0,9	0 (0,0%)	0 (0,0%)		0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Estruturas concêntricas	2 (28,6%)	1 (25,0%)	> 0,9	6 (27,3%)	0 (0,0%)	0,023	1 (14,3%)	1 (6,2%)	0,5	1 (5,3%)	1 (5,9%)	> 0,9
Estruturas em folha	4 (57,1%)	3 (75,0%)	> 0,9	7 (31,8%)	3 (15,8%)	0,3	1 (14,3%)	3 (18,8%)	> 0,9	3 (15,8%)	1 (5,9%)	0,6
Estruturas brancas brilhantes	0 (0,0%)	0 (0,0%)		9 (40,9%)	8 (42,1%)	> 0,9	2 (28,6%)	6 (37,5%)	> 0,9	4 (21,1%)	7 (41,2%)	0,2
Múltiplos glóbulos branco-amarelados agregados	0 (0,0%)	0 (0,0%)		2 (9,1%)	1 (5,3%)	> 0,9	0 (0,0%)	3 (18,8%)	0,5	3 (15,8%)	5 (29,4%)	0,4
Erosão ou ulceração	1 (14,3%)	2 (50,0%)	0,5	4 (18,2%)	8 (42,1%)	0,093	3 (42,9%)	7 (43,8%)	> 0,9	4 (21,1%)	6 (35,3%)	0,5

^a n (%).^b Teste exato de Fisher.^c Teste qui-quadrado de Pearson; teste exato de Fisher.

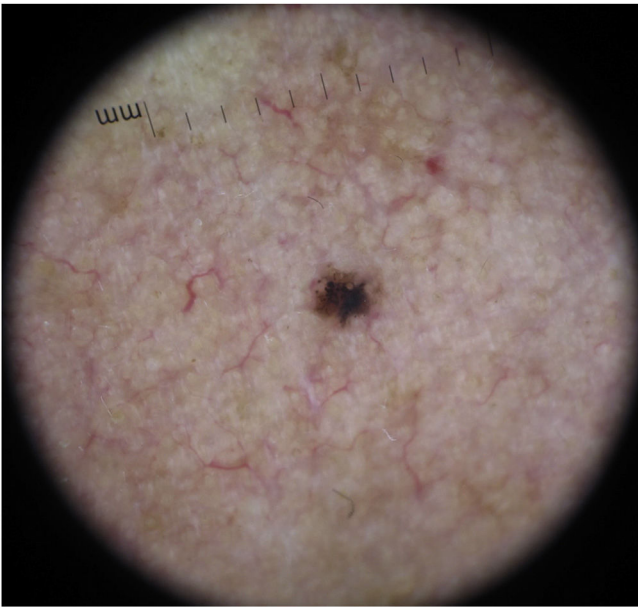


Figura 1 Carcinoma basocelular pequeno, com 1,5 mm de diâmetro, caracterizado por estruturas em folha e pontos marrons

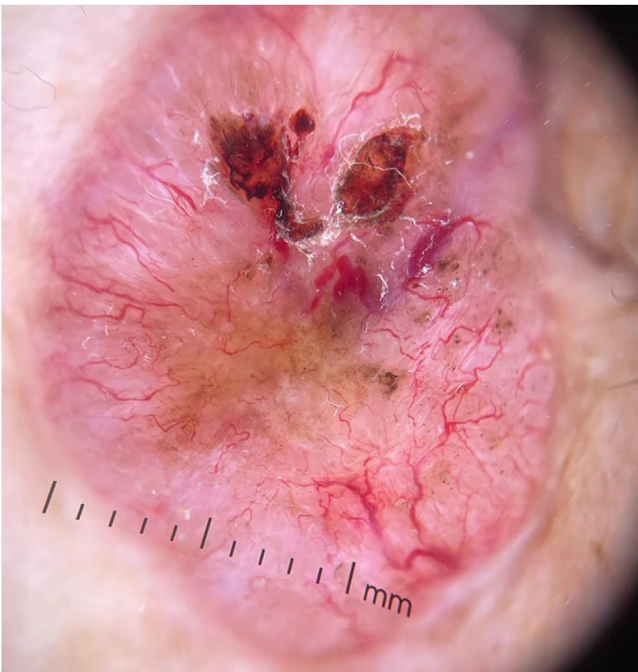


Figura 2 Carcinoma basocelular com aproximadamente 20mm de diâmetro, caracterizado por telangiectasias arboriformes proeminentes, ulceração e estruturas marrons

revisão crítica da literatura; aprovação da versão final do manuscrito.

Daniela González-Godoy: Obtenção de dados, ou análise e interpretação dos dados; elaboração e redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; aprovação da versão final do manuscrito.

Pablo Vargas-Mora: Concepção e desenho do estudo; obtenção de dados ou análise e interpretação dos dados; elaboração e redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; 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; aprovação da versão final do manuscrito.

Pablo Muñoz: Obtenção de dados, ou análise e interpretação dos dados; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; aprovação da versão final do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Lai V, Cranwell W, Sinclair R. Epidemiology of skin cancer in the mature patient. *Clin Dermatol*. 2018;36:167–76.
2. Kasper M, Jaks V, Hohl D, Toftgård R. Basal cell carcinoma - molecular biology and potential new therapies. *J Clin Invest*. 2012;122:455–63.
3. Kim DP, Kus KJB, Ruiz E. Basal cell carcinoma review. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2019;33:13–24.
4. Dika E, Scarfi F, Ferracin M, Broseghini E, Marcelli E, Bortolani B, et al. Basal Cell carcinoma: a comprehensive review. *Int J Mol Sci*. 2020;21:5572.
5. Álvarez-Salafranca M, Ara M, Zaballos P. Dermoscopy in basal cell carcinoma: an updated review. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2021;112:330–8.
6. 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.
7. 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.
8. Takahashi A, Hara H, Aikawa M, Ochiai T. Dermoscopic features of small size pigmented basal cell carcinomas. *J Dermatol*. 2016;43:543–6.
9. Micantonio T, Gulia A, Altobelli E, Di Cesare A, Fidanza R, Riitano A, et al. Vascular patterns in basal cell carcinoma. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011;25:358–61.

Francisca Kinzel-Maluje ^{ID} ^a, Daniela González-Godoy ^{ID} ^a, Pablo Vargas-Mora ^{ID} ^{a,b,c,*} e Pablo Muñoz ^{ID} ^a

^a Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

^b Departamento de Dermatologia, Clínica Las Condes, Santiago, Chile

^c Melanoma and Skin Cancer Unit, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile

* Autor para correspondência.

E-mail: pablovargas.med@gmail.com (P. Vargas-Mora).

Recebido em 13 de outubro de 2022; aceito em 14 de fevereiro de 2023

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2023.09.005>

2666-2752/ © 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/>).