

^a Departamento de Dermatologia, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Espanha

^b Departamento de Dermatologia, Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, Espanha

* Autor para correspondência.

E-mail: enriquerlomba@outlook.com (E. Rodríguez-Lomba).

Recebido em 4 de dezembro de 2020; aceito em 30 de dezembro de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.02.011>

2666-2752/ © 2022 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Brasileira de Dermatologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Curetagem e eletrocoagulação versus exérese cirúrgica no tratamento do carcinoma basocelular de baixo risco – evolução pós-operatória e satisfação aos três meses: ensaio clínico randomizado^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

Diversas abordagens terapêuticas são descritas atualmente no tratamento do carcinoma basocelular (CBC), como curetagem e eletrocoagulação (C&E), cirurgia convencional, cirurgia micrográfica de Mohs, agentes tópicos ou intralesionais, radioterapia e terapia fotodinâmica. A escolha do método depende do subtipo do CBC; são considerados o tamanho, a localização, o padrão clínico-patológico e as condições clínicas dos pacientes.^{1,2}

A C&E tem como vantagens o menor tempo cirúrgico e a facilidade na abordagem da lesão, demandando menor estrutura física e menos custos de materiais para sua execução. Porém, o procedimento apresenta um tempo de cicatrização ou recuperação mais prolongado, podendo gerar cicatrizes mais inestéticas em comparação à cirurgia convencional.^{3,4}

Apesar de a C&E ser um método classicamente descrito no tratamento do CBC, há poucos estudos comparando prospectivamente essa técnica com a exérese cirúrgica. Porém, em estudos observacionais, as taxas de recorrência local para curetagem e eletrocoagulação se mostraram comparáveis à cirurgia convencional para lesões de baixo risco.^{2,4}

O presente estudo comparou de maneira prospectiva, randomizada, aberta e controlada as intervenções C&E e cirurgia convencional para CBC de baixo risco em relação a complicações cirúrgicas, recuperação pós-operatória, aspecto estético e satisfação do paciente aos três meses após o procedimento.

Foram incluídos no estudo, entre fevereiro de 2018 e março de 2019, pacientes imunocompetentes, sem transtornos de coagulação, provenientes do Ambulatório do Serviço de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu -

UNESP com diagnóstico de CBC de baixo risco, clinicamente evidente, de até 10 mm de diâmetro. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição (Parecer: 4.101.709).

Foram consideradas lesões de baixo risco aquelas com bordas bem delimitadas, não recorrentes, fora de áreas previamente irradiadas, localizadas no pescoço, tronco, extremidades (exceto mãos e pés) ou regiões de baixo risco na face (fronte e região bucinadora), com padrão de crescimento expansivo nodular ou superficial.²

As lesões foram demarcadas com caneta cirúrgica com margem de segurança de 3 mm, com auxílio de dermatoscópio.

No grupo de C&E, a porção central da lesão foi excisada com lâmina tangencial (barbirese) e encaminhada a exame anatomopatológico. O restante do tecido tumoral foi curetado até eliminação completa à inspeção, além da pele circundante até demarcação prévia de 3 mm, ou até o limite dos tecidos friáveis. O leito curetado foi eletrocoagulado em sequência. O processo de C&E foi repetido totalizando dois ciclos.^{4,5}

No grupo da exérese cirúrgica, a lesão foi retirada em fuso, seguindo as linhas de tensão da pele, guiada pela demarcação de 3 mm de margem de segurança, fechada com sutura direta, utilizando mononylon 4.0 (tronco e membros) e 5.0 (face) em pontos simples interrompidos.⁶

Os pacientes foram orientados a manter cuidados locais com limpeza e curativo com pomada de antibióticos, e retirar pontos, no caso de cirurgia convencional, na unidade básica de saúde.

As características estudadas foram: sexo; idade; escolaridade; tabagismo; fototipo; tipo clínico do CBC; diâmetro da lesão; sinais de recidiva tumoral; infecção pós-operatória necessitando de cuidados locais ou sistêmicos; deiscência da sutura; sangramento significativo necessitando de atendimento em saúde; retração cicatricial clinicamente evidente; intensidade da dor por escala analógica de 1 a 10; prurido por escala análoga de 1 a 10; interferência dos cuidados pós-operatórios na rotina diária em uma questão tipo Likert com as opções quase nunca, poucas vezes, muitas vezes, quase sempre; satisfação com o procedimento cirúrgico em uma questão tipo Likert com as opções nenhuma, pouca, moderada, muita e total; e resultado estético da cicatriz aos três meses pela "Patient and Observer Scar Assessment Scale" e em uma escala analógica de 0 a 10.⁷

O cálculo do tamanho amostral resultou em 98 lesões e foi baseado em uma diferença de taxa de satisfação máxima com o procedimento esperada de 60% versus 85% para um teste de poder de 80% e $p \leq 0,05$ bicaudal.

As características com $p < 0,2$ nas análises bivariadas foram analisadas por modelos mistos multivariados ajustados por idade, sexo, fototipo, anos de estudo, tabagismo,

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.02.011>

☆ Como citar este artigo: Bastos LMH, Carvalho LP, Haddad GR, Miola AC, Schmitt JV. Curettage and electrocoagulation versus surgical excision in the treatment of low-risk basal cell carcinoma – Postoperative follow-up and satisfaction at three months: randomized clinical trial. *An Bras Dermatol.* 2022;97:384–6.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Infectologia, Dermatologia, Diagnóstico por Imagem e Radioterapia, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.

Tabela 1 Características dos participantes e das lesões incluídas no estudo

	C&E (n = 55)	Exérese (n = 61)	RR (95% IC)	p
Sexo feminino ^a	20 (37%)	29 (47%)	0,79 (0,51-1,22)	0,30
Sexo masculino	34 (63%)	33 (53%)	-	-
Idade (anos) ^b	72 (61-75)	71,5 (62-75)	-	0,67
Fototipo 1-2 ^a	13 (25%)	17 (28%)	0,86 (0,46-1,61)	0,65
Fototipo 3-5	40 (75%)	43 (72%)	-	-
Anos de estudo ^b	5 (3-10)	4 (3-11)	-	0,43
Tabagismo ^a	8 (15%)	7 (11%)	1,31 (0,50-3,38)	0,57
Padrão clínico nodular ^a	40 (74%)	48 (77%)	0,95 (0,77-1,17)	0,67
Padrão clínico superficial ^c	5 (9%)	3 (5%)	1,91 (0,47-7,63)	0,47
Pigmentado ^b	8 (23%)	7 (14%)	1,63 (0,65-4,08)	0,29
Diâmetro lesão (mm) ^b	7 (5-8)	7 (5-9)	-	0,28
Cabeça e pescoço ^a	31 (57%)	33 (53%)	1,07 (0,77-1,49)	0,65
Tronco e MMSS	23 (43%)	29 (47%)	-	-

C&E, curetagem e eletrocoagulação.

^a Teste Qui-Quadrado.

^b Teste de Mann-Withney. Mediana (p25-p75%).

^c Teste exato de Fisher.

Tabela 2 Características avaliadas no pós-operatório de três meses, de acordo com o procedimento realizado

	C&E (n = 55)	Exérese (n = 61)	RR (95% IC)	p
Fumou ^a	8 (15%)	8 (13%)	1,14 (0,46-2,85)	0,77
Infecção ^b	0 (0%)	1 (1,6%)	-	0,99
Deiscência	-	2 (3%)	-	-
Sangramento significativo	0 (0%)	0 (0%)	-	-
Retração cicatricial ^b	2 (4%)	5 (8%)	0,45 (0,09-2,27)	0,45
Recidiva ou tumor residual ^b	0 (0%)	0 (0%)	-	-
Dor no PO (intensidade) ^c	0 (0-0)	0 (0-0)	-	0,34
Dias de dor ^c	0 (0-0)	0 (0-0)	-	0,45
Prurido PO (intensidade) ^c	0 (0-0)	0 (0-1)	-	0,77
Dias de prurido ^c	0 (0-0)	0 (0-2)	-	0,82
Cuidados – poucas vezes ^b	1 (2%)	2 (3%)	0,57 (0,05-6,15)	0,99
Cuidados – quase nunca	54 (98%)	59 (97%)	-	-
Satisfação – total ^b	46 (85%)	53 (85%)	0,99 (0,85 a 1,15)	0,99
Satisfação – muita	9 (15%)	8 (15%)	-	-
Escore estético ^c	10 (10-10)	10 (10-10)	-	0,63
Cicatriz (Escore POSAS) ^d				
Vascular ^c	2,5 (2-4)	3 (2-3)	-	0,51
Pigmentação ^c	2 (1-4)	2 (1-2)	-	0,17
Espessura ^c	2 (2-3)	2 (2-3)	-	0,78
Relevo ^c	2 (1-3)	2 (1-3)	-	0,81
Elasticidade ^c	2 (1-3)	2 (2-3)	-	0,61
Dolorosa ^c	1 (1-1)	1 (1-1)	-	0,54
Prurido ^c	1 (1-1)	1 (1-1)	-	0,74
Alteração de cor ^c	3 (1-5)	2 (1-3)	-	0,07
Rigidez ^c	2 (1-3)	2 (1-2)	-	0,08
Espessura ^c	2 (1-3)	2 (1-2)	-	0,11
Irregularidade ^c	2 (1-3)	2 (1-3)	-	0,46
Total observador ^c	11 (7-17)	12 (8-15)	-	0,67
Total paciente ^c	11 (8-17)	10 (6-14)	-	0,13

C&E, curetagem e eletrocoagulação; PO, pós-operatória.

^a Teste Qui-Quadrado.

^b Teste exato de Fisher.

^c Teste de Mann-Withney.

^d "Patient and Observer Scar Assessment Scale".

tamanho e localização, tendo como variável dependente a intervenção utilizada.

Foram considerados significativos valores bicaudais de $p \leq 0,05$.

Foram incluídas 116 lesões de 82 pacientes, das quais 49% eram do sexo feminino, com média de 1,4 lesões por paciente (tabela 1).

Todas as lesões confirmaram o diagnóstico de CBC no exame anatomopatológico, e não houve sinais clínicos e dermatoscópicos de recidiva local ou tumor residual aos três meses de seguimento.

A tabela 2 ilustra as características das lesões quanto à evolução pós-operatória. Não se verificam diferenças significativas nas análises bivariadas. As características com $p < 0,2$ foram analisadas por modelos mistos multivariados ajustados por idade, sexo, fototipo, anos de estudo, tabagismo, tamanho e localização. As variáveis pigmentação ($p = 0,02$), alteração de cor ($p < 0,01$), rigidez ($p < 0,01$), espessura ($p = 0,02$) e escore POSAS total do paciente ($p = 0,01$) estiveram significativamente associadas com a técnica cirúrgica, tendo piores escores para a C&E.

Poucos estudos avaliaram o grau de satisfação ou a qualidade de vida dos pacientes com os diferentes tratamentos. Um estudo realizado em 2007 avaliou o impacto das diferentes técnicas na qualidade de vida do paciente por meio do Skindex de 16 itens após um e dois anos do procedimento, encontrando piores resultados para a C&E em relação à exérese convencional e cirurgia de Mohs. É importante ressaltar que as lesões não se restringiam em tamanho ou nível de risco, com um diâmetro médio de 9,9 mm.⁸

Em nosso estudo, avaliado-se após três meses do procedimento, não identificamos diferenças significativas na satisfação quanto ao tratamento, assim como maiores dificuldades de cuidados locais, sintomas ou complicações cirúrgicas, apesar de diferenças leves, porém significativas, no aspecto cicatricial. Acreditamos que tais observações possam modificar-se com o decorrer do tempo; é relevante a reavaliação desses pacientes, visto que alguns aspectos cicatriciais tendem a melhorar com o tempo, principalmente em idosos.^{9,10}

O presente estudo apresenta limitações relacionadas ao desenho monocêntrico, ao não cegamento e à avaliação limitada a três meses. Porém, os resultados foram controlados por características clínicas e demográficas quanto aos desfechos de satisfação, complicações e aspecto cicatricial, indicando resultados satisfatórios para a C&E em comparação à cirurgia convencional para o perfil de lesões estudadas.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Luan Moura Hortencio Bastos: Concepção do estudo; levantamento dos dados, interpretação dos dados; redação do artigo; aprovação final da versão enviada.

Larissa Pierri Carvalho: Levantamento dos dados; interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo intelectual importante; aprovação final da versão enviada.

Gabriela Roncada Haddad: Levantamento dos dados; interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo intelectual importante; aprovação final da versão enviada.

Anna Carolina Miola: Levantamento dos dados; interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo intelectual importante; aprovação final da versão enviada.

Juliano Vilaverde Schmitt: Concepção e o desenho do estudo, levantamento dos dados, ou análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo intelectual importante; aprovação final da versão enviada.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Tanese K. Diagnosis and Management of Basal Cell Carcinoma. *Curr Treat Options Oncol*. 2019;11, 20-13.
2. Kim JYS, Kozlow JH, Mittal B, Moyer J, Olencki T, Rodgers P. Guidelines of care for the management of basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol*. 2018;78:540-59.
3. ncn.org [Internet]. Pensilvânia: National Comprehensive Cancer Center Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: basal cell carcinoma (V1.2020); c2021. [cited 2020 Out 02]. Disponível em: <https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx#nmsc>.
4. Knox JM, Lyles TW, Shapiro EM, Martin RD. Curettage and electrodesiccation in the treatment of skin cancer. *Arch Dermatol*. 1960;82:197-204.
5. Sheridan AT, Dawber RP. Curettage, electrosurgery and skin cancer. *Australas J Dermatol*. 2000;41:19-30.
6. Gulleth Y, Goldberg N, Silverman RP, Gastman BR. What is the best surgical margin for a basal cell carcinoma: a meta-analysis of the literature. *Plast Reconstr Surg*. 2010;126:1222-31.
7. Draaijers LJ, Tempelman FRH, Botman YAM, Tuinebreijer WE, Middelkoop E, Kreis RW, et al. The patient and observer scar assessment scale: a reliable and feasible tool for scar evaluation. *Plast Reconstr Surg*. 2004;113:1960-5.
8. Chren MM, Sahay AP, Bertenthal DS, Sen S, Landefeld CS. Quality-of-life outcomes of treatments for cutaneous basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma. *J Invest Dermatol*. 2007;127:1351-7.
9. Shao K, Taylor L, Miller CJ, Etkorn JR, Shin TM, Higgins HW, et al. The Natural Evolution of Facial Surgical Scars: A Retrospective Study of Physician-Assessed Scars Using the Patient and Observer Scar Assessment Scale Over Two Time Points. *Facial Plast Surg Aesthet Med*. 2021:330-8.
10. Bond JS, Duncan JAL, Sattar A, Boanas A, Mason T, O'Kane S, et al. Maturation of the human scar: an observational study. *Plast Reconstr Surg*. 2008;121:1650-8.

Luan Moura Hortencio Bastos ,
Larissa Pierri Carvalho , Gabriela Roncada Haddad ,
Anna Carolina Miola ,
e Juliano Vilaverde Schmitt *

Departamento de Infectologia, Dermatologia, Diagnóstico por Imagem e Radioterapia, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: juliano.schmitt@unesp.br (J.V. Schmitt).

Recebido em 10 de outubro de 2020; aceito em 22 de dezembro de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.03.005>

2666-2752/ © 2022 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Brasileira de Dermatologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).