

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

Daniel Coelho de Sá ^{a,b,*}, Juliana Abreu Pinheiro ^a,
Emmanuel Pereira Benevides Magalhães ^b
e Maria Araci de Andrade Pontes ^a

^a Centro de Dermatologia Dona Libânia, Fortaleza, CE, Brasil

^b Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: 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^{☆,☆☆}



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,¹ o que explica a crescente demanda dessa faixa etária por tratamentos em oncologia cutânea.¹ Diferente do que muitos acreditam, a realização de cirurgias dermatológicas (CD) em idosos não apresenta maior risco de complicação que as em jovens.^{2,3} 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%.^{2–4}

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

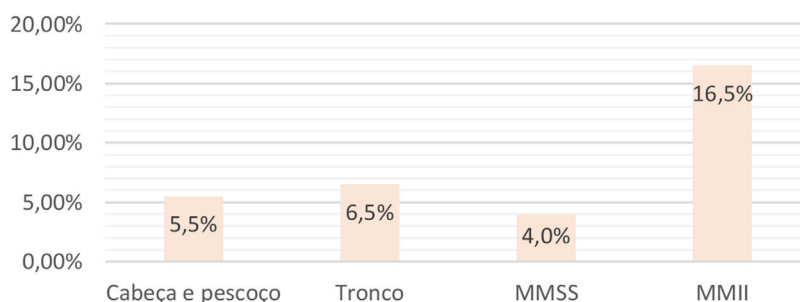
[☆] Como citar este artigo: Almeida IP, Saraiva MIR, Messina MCL, Castro LGM. Frequency of complications after dermatological surgeries in the elderly. *An Bras Dermatol.* 2022;97:673–6.

^{☆☆} Trabalho realizado na Oncoderma Clínica Particular de Dermatologia, São Paulo, SP, Brasil.

Tabela 1 Características epidemiológicas, clínicas e complicações pós-cirúrgicas segundo grupo etário

	Idosos (65-74 anos)	Muito idosos (75-84 anos)	Grandes idosos (≥ 85 anos)
<i>Nº pacientes</i>	74	76	55
<i>Gênero (F/M)</i>	29/57	24/84	35/46
<i>Média etária (anos)</i>	70,2	76,8	88,8
<i>Mediana idade (anos)</i>	70	80	88
<i>Lesões abordadas (n)</i>	163	243	199
<i>Atos cirúrgicos (n)</i>	86	108	81
<i>Lesões que complicaram, n (%)</i>	16 (9,8%)	17 (7,0%)	12 (6,0%)
Diagnóstico			
CBC, n (%)	72 (44,2%)	107 (44%)	74 (37,2%)
CEC, n (%)	23 (14,1%)	53 (21,8%)	56 (28,1%)
Melanoma, n (%)	9 (5,5%)	7 (2,9%)	2 (1,0%)
Outros, n (%)	59 (36,2%)	76 (31,3%)	67 (33,7%)
Local da lesão			
Cabeça e pescoço, n (%)	59 (36,2%)	115 (47,3%)	98 (49,2%)
Tronco, n (%)	62 (38,0%)	71 (29,2%)	53 (26,6%)
MMSS, n (%)	15 (9,2%)	21 (8,7%)	14 (7,1%)
MMII, n (%)	27 (16,6%)	36 (14,8%)	34 (17,1%)

CBC, carcinoma basocelular; CEC, carcinoma espinocelular; F/M, feminino/masculino; MMSS, membros superiores; MMII, membros inferiores.

**Figura 1** Taxa de complicação pós-operatória segundo segmento corporal operado, independente do grupo etário. MMSS, membros superiores; MMII, membros inferiores.

no entanto, que em pacientes japoneses as TCPO pós-CD foram semelhantes entre idosos com 75 e 80 anos e os com idade superior a 90 anos.³ O achado de não aumento da TCPO com o avançar da idade já foi evidenciado em diferentes estudos, que demonstram que a realização de CD nos "grandes idosos" é tão segura quanto em outros idosos.²⁻⁴

Com relação ao risco de complicação por segmento corporal operado, notou-se que lesões nos MMII complicam mais que as operadas no tronco ou CP. Os achados

do presente estudo diferem dos descritos por Paredela et al., que não encontraram correlação entre local operado e complicações.⁴ Por outro lado, O'Neill et al. observaram menor TCPO nas lesões localizadas na face.⁵ Não há explicação consensual sobre os motivos que levam a maior risco de complicação nos MMII. Os autores aventam que a dificuldade no retorno venoso, frequente na população idosa, aliada às alterações cutâneas decorrentes da estase venosa crônica contribuiriam para a maior TCPO.

Tabela 2 Características epidemiológicas, clínicas e cirúrgicas dos pacientes que apresentaram complicação pós-operatória, segundo grupo etário

	Idosos (65-74 anos)	Muito idosos (75-84 anos)	Grandes idosos (≥ 85 anos)	Total
Gênero				
Masculino, n (%)	13 (81,3%)	14 (82,4%)	7 (58,3%)	34 (75,6%)
Feminino, n (%)	3 (19,7%)	3 (17,6%)	5 (41,7%)	11 (24,4%)
Média de idade (anos)	70,1	79,4	88,5	
Mediana de idade (anos)	70,0	79,0	87,5	
Comorbidades				
HAS, n (%)	11 (68,8%)	14 (82,4%)	11 (91,7%)	36 (80,0%)
DM, n (%)	9 (56,3%)	7 (41,2%)	3 (25,0%)	19 (42,2%)
Marcapasso, n (%)	0	1 (5,9%)	3 (25,0%)	4 (8,9%)
Tipo de complicação				
Necrose, n (%)	3 (18,8%)	3 (17,6%)	1 (8,3%)	7 (15,6%)
Deiscência, n (%)	8 (50,0%)	8 (47,1%)	4 (33,3%)	20 (44,4%)
Hematoma, n (%)	3 (18,8%)	1 (5,9%)	1 (8,3%)	5 (11,1%)
Infecção, n (%)	3 (18,8%)	7 (41,2%)	5 (41,7%)	15 (33,3%)
Outra, n (%)	1 (5,6%)	0	2 (6,7%)	3 (6,7%)
Localização da complicação				
Cabeça e pescoço, n (%)	5 (31,3%)	6 (35,3%)	4 (33,33%)	15 (33,3%)
Tronco, n (%)	8 (50%)	3 (17,7%)	1 (8,33%)	12 (26,7%)
MMSS, n (%)	0	1 (5,9%)	1 (8,33%)	2 (4,4%)
MMII, n (%)	3 (18,7%)	7 (41,2%)	6 (50%)	16 (35,6%)

HAS, hipertensão arterial sistêmica; DM, diabetes mellitus; MMSS, membros superiores MMII, membros inferiores.

Como possíveis vieses do estudo, temos a falta de análise da complexidade cirúrgica, já que cirurgias mais complexas teriam maior chance de evoluir com CPO. Também não foi considerado o número de lesões operadas em um mesmo ato cirúrgico que, da mesma maneira, poderia interferir na evolução pós-operatória. O uso de certas medicações, como anticoagulantes, antiagregantes plaquetários e a existência de comorbidades pode interferir nas TCPO. Um estudo adicional está sendo conduzido para avaliar a influência dessas variáveis.

A TCPO pós-CD não variou de maneira significativa entre três faixas etárias progressivas de idosos. Cirurgias nos MMII apresentaram maior TCPO que as realizadas em outros segmentos corporais, independente do grupo etário analisado.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Isabella Parente Almeida: Análise estatística; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura.

Maria Isabel Ramos Saraiva: Análise estatística; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura.

Maria Cristina de Lorenzo Messina: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual na conduta, propedêutica e/ou terapêutica dos casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Luiz Guilherme Martins Castro: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação

efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual na conduta, propedêutica e/ou terapêutica dos casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Imanichi D, Gaspardo Filho JL, Moraes CF, Sotero RC, Gomes LO. Fatores de risco do câncer de pele não melanoma em idosos no Brasil. *Diagn Tratamento*. 2017;22:3–7.
2. Imamura T, Nakamura Y, Tanaka R, Teramoto Y, Asami Y, Maruyama H, et al. Cutaneous surgery under local anesthesia in very elderly patients 90 years of age and older is as safe as in elderly patients ranging in age 75 to 80 years old. *Int Journal of Dermatol*. 2017;56:681–5.
3. Camarero-Mulas C, Jiménez YD, Sanmartín-Jiménez O, Garcés JR, Rodríguez-Prieto MA, Alonso-Alonso T, et al. Mohs micro-

graphic surgery in the elderly: comparison of tumours, surgery and first-year follow-up in patients younger and older than 80 years old in REGESMOHS. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32:108–12.

4. Paradelo S, Pita-Fernández S, Peña C, Fernández-Jorge B, García-Silva J, Mazaira M, et al. Complications of ambulatory major dermatological surgery in patients older than 85 years. 2010;24:1207–13.
5. O'Neill JL, Lee YS, Solomon JA, Patel N, Shutty B, Davis SA, et al. Quantifying and Characterizing Adverse Events in Dermatologic Surgery. *Dermatol Surge*. 2013;39:872–8.

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.06.018>

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/>).

Síndrome de Melkersson-Rosenthal em crianças e adolescentes: série de sete casos ^{☆☆}



Prezado Editor,

A síndrome de Melkersson-Rosenthal (SMR)/granulomatose orofacial é caracterizada pela tríade de edema orofacial recorrente, paralisia facial periférica recidivante e língua fissurada.¹ A tríade é encontrada em 8 a 45% dos casos; a maioria dos pacientes se apresenta com formas oligossintomáticas ou monossintomáticas.¹ A manifestação clínica mais comum é o edema labial (queilite granulomatosa).¹ A doença afeta principalmente adultos jovens; casos pediátricos são raramente descritos. Uma série recente descreveu três casos e revisou 116 casos previamente publicados.²

A causa da SMR é desconhecida. Nosso grupo demonstrou um aumento na expressão de HLA A*02, HLA DRB1*11 a HLA DQB1*03 e diminuição nos níveis de HLA A*01, HLA DRB1*04, HLA DRB1*07 e HLA DQB1*02 em pacientes com a SMR quando

comparado ao grupo controle, indicando genes que podem predispor ou proteger contra a doença.³ Associação entre SMR e doença de Crohn (DC) é relatada por alguns autores.⁴

Os achados histopatológicos da SMR incluem granulomas não caseosos similares ao da DC, o que pode sugerir que a SMR e a DC possam fazer parte de um mesmo espectro clinicopatológico.^{1,4}

Aqui apresentamos sete casos de SMR em crianças e adolescentes, chamado atenção para uma possível associação com DC.

Os dados analisados dos casos com diagnóstico de queilite granulomatosa/SMR/ granulomatose orofacial foram: sexo, idade, localização das lesões, comprometimento neurológico e exames de colonoscopia (figs. 1-7 e tabela 1). A diagnose foi confirmada pelo estudo histopatológico.⁵

Esta série representa a maior casuística infantil de SMR da América Latina.⁶ Nosso grupo de doenças da mucosa oral realiza 900 consultas por ano e, durante um período de 20 anos, apenas cinco casos pediátricos de SMR foram vistos (casos 1 e 4 a 7); os casos 2 e 3 provinham da clínica privada de um dos autores.

* Como citar este artigo: Gavioli CFB, Cidade YSA, Florezi GP, Lourenço SV, Nico MMS. Melkersson-Rosenthal syndrome in children and adolescents: a series of seven cases. *An Bras Dermatol*. 2022;97:676–81.

** Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.