

Perfil epidemiológico de portadores de ceratose actínica e as escolhas terapêuticas em um ambulatório na região Sul Catarinense

Iany Tomasi; Julia Roussenq Leal*; Sergio Emerson Sasso

*Todos os autores declaram que o segundo autor contribuiu de forma igual ao primeiro para produção do artigo.

Curso de medicina da Universidade do Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC, Brasil

Iany Tomasi; (ianytomasi@hotmail.com; +55 48 984060334)

Julia Roussenq Leal*; (juliaroussenq06@unesc.net; +55 48 999621357)

M. Sc. Sergio Emerson Sasso (ses@unesc.net; +55 48 991046300)

Fonte Financiamento: Não existem fontes de financiamento

Palavra-chaves: Dermatologia; Epidemiologia; Ceratose actínica; Tratamento Primário

Keywords: Dermatology; Epidemiology; Keratosis, Actinic; Primary Treatment

RESUMO:

INTRODUÇÃO: A ceratose actínica (CA) é uma condição dermatológica resultante de danos solares. A população mais suscetível são idosos, caucasianos, que apresentaram exposição solar crônica. Apresenta diversos tipos de tratamento, que devem ser individualizados conforme as necessidades.

OBJETIVOS: Avaliar o perfil epidemiológico de portadores de CA e as escolhas terapêuticas em um ambulatório na região Sul Catarinense no período de julho de 2022 a dezembro de 2024.

MÉTODOS: Avaliou-se prontuários de pacientes com diagnóstico de CA (CID-L57) atendidos nas clínicas integradas da Universidade do Extremo Sul Catarinense, entre julho de 2022 a dezembro de 2024. Foram coletadas as seguintes informações: idade, sexo, cor da pele, escolaridade, tabagismo, tratamento de escolha, uso de protetor solar, história familiar positiva e regiões mais acometidas pela CA.

RESULTADOS: Foram analisados 79 pacientes com CA, revelando predominância em idosos, do sexo feminino e caucasianos, com baixa prevalência de tabagismo e com uso de protetor solar. O ácido tricloroacético foi a principal terapia (73,4%), além de 5-fluorouracil (15,2%), crioterapia (3,8%) e imiquimod (1,3%). As lesões predominam em face (75,9%), antebraços (29,1%), dorso das mãos (17,7%) e couro cabeludo (15,2%).

CONCLUSÃO: O perfil dos pacientes se assemelha ao descrito na literatura, exceto pela maior frequência no sexo feminino. Observa-se adoção de medidas preventivas por parte da maioria dos pacientes, sugerindo um prognóstico mais favorável. Além disso, a escolha do ácido tricloroacético foi a mais frequente entre as terapias. Destaca-se a importância do tratamento individualizado, considerando aspectos clínicos e socioeconômicos.

ABSTRACT:

INTRODUCTION: Actinic keratosis (AC) is a dermatological condition resulting from sun damage. The most susceptible population is the elderly, Caucasians, who have had chronic sun exposure. It presents different types of treatment, which must be individualized according to needs.

OBJECTIVE: To evaluate the epidemiological profile of AC sufferers and therapeutic choices in an outpatient clinic in the southern region of Santa Catarina from July 2022 to December 2024.

METHODS: The medical records of patients diagnosed with AC (ICD-L57) treated at the integrated clinics of the Universidade do Extremo Sul Catarinense, between July 2022 and December 2024, were evaluated. The following information was collected: age, sex, skin color, education, smoking, treatment of choice, use of sunscreen, positive family history and regions most affected by AC.

RESULTS: 79 patients with AC were analyzed, revealing a predominance of elderly, female and Caucasian people, with a low prevalence of smoking and use of sunscreen. Trichloroacetic acid was the main therapy (73.4%), in addition to 5-fluorouracil (15.2%),

cryotherapy (3.8%) and imiquimod (1.3%). Lesions predominate on the face (75.9%), forearms (29.1%), back of hands (17.7%) and scalp (15.2%).

CONCLUSION: The patient profile is similar to that described in the literature, except for the greater frequency in females. Preventative measures were adopted by most patients, suggesting a more favorable prognosis. Furthermore, the choice of trichloroacetic acid was the most frequent among the therapies. The importance of individualized treatment is highlighted, considering clinical and socioeconomic aspects.

INTRODUÇÃO:

A ceratose actínica (CA) é uma lesão cutânea decorrente principalmente da exposição crônica à luz ultravioleta (UV) ¹. É considerada uma doença crônica e que pode coexistir com diferentes lesões em estágios diversos em uma mesma região ². É uma condição insidiosa que acomete principalmente pacientes idosos do sexo masculino e de etnia caucasiana ³. Apresentando um risco maior em indivíduos imunocomprometidos e com histórico familiar ou pessoal de malignização ⁴. A prevalência estimada em todo o mundo varia de 11% a 60%, mostrando o quanto essa é uma doença frequente ⁵. A radiação solar crônica facilita o aparecimento de displasia epitelial, sendo este um dos principais aspectos da CA ¹. É devido a esta displasia celular que as CAs podem progredir para carcinoma espinocelular (CEC) invasivo, o que se considera o pior cenário evolutivo, sendo importante o diagnóstico precoce ⁴.

O diagnóstico da CA pode ser feito clinicamente, através da anamnese e do exame físico ¹. Identifica-se a presença de máculas ou placas eritematosas, que podem ter bordas irregulares e mal definidas sendo cobertas por escamas secas aderidas à pele. Os locais mais acometidos são couro cabeludo, face, região cervical, ombros, antebraço e dorso da mão ⁶. As CA's apresentam-se sob diferentes formas clínicas, as quais devem ser identificadas para a melhor escolha de tratamento ⁷.

O tratamento deve ser individualizado, observando a localização, o grau de acometimento e o tipo de lesão ¹. Nesse contexto, pacientes com CA isoladas, a primeira linha de tratamento é a crioterapia, um método muito bem tolerado e com bons resultados ⁸. Em contrapartida, indivíduos com lesões múltiplas, opta-se por tratamentos de campo com fármacos à base de 5- fluorouracil, imiquimode, diclofenaco e mebutato de ingenol,

além da terapia fotodinâmica (TFD) ⁹. O sucesso do tratamento necessita da correta identificação do tipo de CA, da quantidade e da localização das lesões e, muitas vezes, da combinação de abordagens terapêuticas ^{10,11}. A seleção, portanto, depende de alguns fatores, sendo a quantidade de lesão e sua distribuição, características individuais, preferências do paciente, disponibilidade de tratamentos, custos e tolerância do paciente ^{9,11}.

O tema CA tem sido objeto de interesse em diversos estudos da área de dermatologia. Porém, existe uma carência de dados atuais sobre a epidemiologia e sobre a escolha de tratamentos individualizados na região Sul Catarinense. Convém ressaltar que os estudos de perfil epidemiológico e o tratamento de pacientes são importantes para compreender o padrão da doença e a relevância da prevenção. Além disso, pode ajudar no planejamento de políticas de saúde pública e estabelecimento de prioridades em saúde e personalização do tratamento, já que essa deve ser realizada em cada paciente de maneira singularizada. O objetivo do presente estudo, portanto, foi analisar o perfil epidemiológico de portadores de CA e as escolhas terapêuticas em um ambulatório na região Sul Catarinense.

OBJETIVOS:

Avaliar o perfil epidemiológico de portadores de ceratose actínica e as escolhas terapêuticas em um ambulatório na região Sul Catarinense no período de julho de 2022 a dezembro de 2024.

MÉTODOS:

Aspectos éticos: O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense, pelo número do parecer 6.968.551.

Desenho do estudo: Trata-se de um estudo descritivo com coleta de dados secundários.

População: foram avaliados 79 pacientes com diagnóstico de ceratose actínica no período entre julho de 2022 a dezembro de 2024 no ambulatório do extremo sul catarinense

Coleta de dados: Os pacientes foram avaliados através da análise de prontuários, dos quais foram retiradas as seguintes informações: idade (em anos completos), sexo (masculino e feminino), cor da pele (branca, preta, parda, amarela e indígena), tabagismo (sim ou não), tratamento de escolha (ácido tricloroacético, crioterapia, 5-fluorouracil, imiquimode, mebutato de ingenol, terapia fotodinâmica, outros), uso de protetor solar (sim ou não), história familiar positiva para câncer de pele (sim ou não), regiões mais acometidas pelas lesões de ceratose actínica (couro cabeludo, face, região cervical, ombros, antebraços e dorso das mãos).

Análise estatística: Os dados coletados foram organizados em planilhas e analisados com auxílio do *software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 23.0. As variáveis quantitativas foram expressas por meio de média e desvio padrão. As variáveis qualitativas foram expressas por meio de frequência e porcentagem. Todos os resultados foram expressos por meio de tabelas e/ou figuras.

RESULTADOS:

A Tabela 1 revela a distribuição da amostra e frequência das opções terapêuticas na cidade de Criciúma, SC, Brasil, 2024. No que se refere à idade verifica-se uma média ou

desvio padrão de $69,19 \pm 9,50$. Ademais, o sexo feminino correspondeu a 62,0% dos pacientes. A cor branca estava presente em 98,7%, enquanto o tabagismo é ausente em 73,4%. Faziam uso de protetor solar 66,2%. A história familiar positiva para câncer de pele é de 66,1% dos indivíduos. Quanto ao tratamento escolhido, 73,4% dos pacientes foram submetidos ao uso de ácido tricloroacético, o 5-fluorouracil foi utilizado em 15,2% dos casos. A crioterapia foi empregada em 3,8% dos pacientes, enquanto o imiquimode foi utilizado em 1,3% dos casos.

A Tabela 2 analisa a frequência de localização das queratoses actínicas na cidade de Criciúma, SC, Brasil, 2024. Os resultados apontam que 15,2% das lesões estavam localizadas no couro cabeludo, 75,9% na face, 2,5% na região cervical, 5,1% nos ombros, 29,1% nos antebraços e 17,7% no dorso das mãos.

DISCUSSÃO:

No presente estudo foi constatado que a idade média é de 69,19. Ademais, o sexo feminino correspondeu à 62,0% dos pacientes do estudo e a cor branca estava presente em 98,7%. Expondo um perfil que corresponde com a literatura na cor, na qual é prevalentemente etnia caucasiana e na idade sendo mais prevalente em idosos. Apesar disso, em alguns estudos é visto que a CA é mais prevalente em homens³. Enquanto outro o padrão colabora com a literatura sendo mais presente em mulheres¹². É importante enfatizar que este estudo reforça a literatura em certos aspectos, como a idade e cor, mas no atual estudo é vista uma maioria de mulheres, sendo esse ponto muito discordante em algumas literaturas. Isso pode ser explicado pelo fato de que, no local do estudo, existe maior busca por atendimento médico por pessoas do sexo feminino.

Os resultados também permitiram a análise de aspectos comportamentais e de medidas preventivas adotadas pelos pacientes. Observou-se que o tabagismo estava ausente em 73,4% dos casos, e 66,2% relataram o uso de protetor solar. Nesse contexto, é possível que a ausência do hábito tabágico representa um fator prognóstico positivo, uma vez que o tabagismo é reconhecidamente associado ao aumento do risco de desenvolvimento do CEC ¹¹. Além disso, a CA, por si só, apresenta potencial de transformação maligna para CEC ⁵. A prática do uso de protetor solar, por sua vez, está diretamente relacionada à redução da incidência de lesões cutâneas, tanto malignas quanto benignas, como a própria CA, tema central deste estudo ¹³. O uso diário de fotoprotetores de amplo espectro (UV-A e UV-B), com fator de proteção solar (FPS) ≥ 15 , demonstrou estar associado à diminuição significativa na incidência de queratoses actínicas, conforme evidenciado por dois ensaios clínicos randomizados realizados na Austrália, avaliando-se, respectivamente, um total de 588 e 1.621 indivíduos ^{17,18}. Assim, infere-se que o perfil dos pacientes analisados apresenta características favoráveis à prevenção da CA e à redução do risco de progressão para CEC, devido à menor exposição a fatores de risco modificáveis. No entanto, são necessários estudos adicionais que esclareçam a duração e a frequência com que essas medidas preventivas são adotadas pelos pacientes.

Os dados demonstram que 66,1% dos pacientes apresentavam histórico familiar de câncer de pele. Nesse contexto, observa-se que essa condição está diretamente associada ao aumento do risco de desenvolvimento de CA, além de representar um fator de risco independente para o CEC ¹⁴. Esses achados indicam que, mesmo na presença de fatores de risco evitáveis, determinados pacientes possuem uma predisposição genética que eleva a chance de desenvolver CA e favorecer sua progressão para o CEC.

Nos resultados é visto o tratamento escolhido, nos quais 73,4% dos pacientes foram submetidos ao uso de ácido tricloroacético, o 5-fluorouracil foi utilizado em 15,2% dos casos. A crioterapia foi empregada em 3,8% dos pacientes, enquanto o imiquimode foi utilizado em 1,3% dos casos. Entretanto, os atuais estudos demonstram que o tratamento padrão ouro é a crioterapia para lesões únicas de CA ^{10,11}. A seleção, portanto, depende de alguns fatores, sendo a quantidade de lesão e sua distribuição, características individuais, preferências do paciente, disponibilidade de tratamentos, custos e tolerância do paciente ^{9,11}. As opções terapêuticas disponíveis são extensas e a escolha da melhor opção deve ser individualizada dentro do contexto de cada paciente e, sempre que possível, fundamentada por evidência científica ¹⁵. Portanto, apesar de que tratamento realizado não seja o padrão ouro, deve-se ter em consideração a condição socioeconômica, a acessibilidade ao tratamento e as preferências do paciente.

As informações obtidas neste estudo demonstram que as lesões estavam predominantemente localizadas na face (75,9%), seguidas pelos antebraços (29,1%), dorso das mãos (17,7%), couro cabeludo (15,2%), ombros (5,1%) e região cervical (2,5%). Esses achados são compatíveis com dados descritos na literatura, que identificam uma maior prevalência das lesões de CA em áreas com fotoexposição solar crônica, especialmente na cabeça (92,2%), com destaque para a face (75,6%), seguida pelos membros superiores (18,8%), inferiores (0,4%) e tronco ^{5,16}. Embora existam algumas variações nas distribuições percentuais, os resultados deste estudo corroboram o perfil epidemiológico descrito, reforçando a associação entre a exposição solar crônica e a distribuição anatômica.

REFERÊNCIAS:

1. Berker D, McGregor JM, Mohd Mustapa MF, Exton LS, Hughes BR, McHenry PM, et al. Diretrizes da Associação Britânica de Dermatologistas para o cuidado de pacientes com ceratose actínica. *Br J Dermatol* [Internet]. 2017;176(1):20–43. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/bjd.15107>.
2. Warino L, Tusa M, Camacho F, Teuschler H, Fleischer AB Jr, Feldman SR. Frequency and cost of actinic keratosis treatment. *Dermatol Surg* [Internet]. 2006 [cited 2024 Apr 29]; 32(8):1045. Available from: https://journals.lww.com/dermatologicsurgery/abstract/2006/08000/frequency_and_cost_of_actinic_keratosis_treatment.10.aspx
3. Gutzmer R, Wiegand S, Kölbl O, Wermker K, Heppt M, Berking C. Ceratose actínica e carcinoma espinocelular cutâneo. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2019; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2019.0616>
4. Flohil SC, van der Leest RJT, Dowlathshahi EA, Hofman A, de Vries E, Nijsten T. Prevalence of actinic keratosis and its risk factors in the general population: The Rotterdam study. *J Invest Dermatol* [Internet]. 2013;133(8):1971–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/jid.2013.134>
5. Reinehr CPH, Bakos RM. Ceratoses actínicas: revisão de aspectos clínicos, dermatoscópicos e terapêuticos. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2019;94(6):637–57. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.abd.2019.10.004>
6. Goldberg LH, Mamelak AJ. Review of actinic keratosis. Part I: etiology, epidemiology and clinical presentation. *J Drugs Dermatol* [Internet]. 2010 [cited 2024 Apr 29];9(9). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20865846/>

7. Noels EC, Hollestein LM, Egmond S, Lugtenberg M, Nistelrooij LPJ, Bindels PJE, et al. Healthcare utilization and management of actinic keratosis in primary and secondary care: a complementary database analysis. *Br J Dermatol* [Internet]. 2019;181(3):544–53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/bjd.17632>
8. Werner RN, Jacobs A, Rosumeck S, Erdmann R, Sporbeck B, Nast A. Methods and results report – evidence and consensus-based (S3) guidelines for the treatment of actinic keratosis –international league of dermatological societies in cooperation with the European dermatology forum. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2015;29(11). Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.13179>
9. Dréno B, Amici JM, Basset-Seguin N, Cribier B, Claudel JP, Richard MA. Management of actinic keratosis: a practical report and treatment algorithm from AKTeam™ expert clinicians. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2014;28(9):1141–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.12434>
10. Eisen DB, Asgari MM, Bennett DD, Connolly SM, Dellavalle RP, Freeman EE, et al. Guidelines of care for the management of actinic keratosis. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2021 [cited 2024 Aug 20];85(4):e209–33. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33820677/>
11. Leonardi-Bee J, Ellison T, Bath-Hextall F. Smoking and the risk of nonmelanoma skin cancer: systematic review and meta-analysis. *Arch Dermatol* [Internet]. 2012 [cited 2024 Apr 29];148(8):939-946. Available from: <https://doi.org/10.1001/archdermatol.2012.1374>
12. Oliveira Neto MC. Análise da presença e caracterização de lesões por queratose actínica e campo cancerizado em serviço de dermatologia de Lagarto-SE [monografia]. Lagarto: Universidade Federal de Sergipe; 2023.

13. Velter C. Épidémiologie des kératoses actiniques. *Ann Dermatol Venereol* [Internet]. 2019;146 Suppl 2:11S3–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0151-9638\(19\)30199-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0151-9638(19)30199-1)
14. Asgari MM, Warton EM, Whittemore AS. Family history of skin cancer is associated with increased risk of cutaneous squamous cell carcinoma. *Dermatol Surg*. 2015;41(4):481-486. doi:10.1097/DSS.0000000000000292
15. Reinehr CPH, Bakos RM. Ceratoses actínicas: revisão dos aspectos clínicos, dermatoscópicos e terapêuticos. *An Bras Dermatol*. 2019;94(6):637–57. doi:10.1016/j.abdp.2019.10.001
16. Weber A, Tizek L, Biedermann T, Zink A. High-risk body sites for actinic keratosis in outdoor and indoor workers: A retrospective review. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2020;83(2):655–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2019.12.016>
17. Darlington S, Williams G, Neale R, Frost C, Green A. A randomized controlled trial to assess sunscreen application and beta carotene supplementation in the prevention of solar keratoses. *Arch Dermatol*. 2003;139(4):451–5. doi:10.1001/archderm.139.4.451
18. Thompson SC, Jolley D, Marks R. Reduction of solar keratoses by regular sunscreen use. *N Engl J Med*. 1993 Oct 14;329(15):1147-51. doi:10.1056/NEJM199310143291602

Tabela 1. Distribuição da amostra e frequência das opções terapêuticas. Criciúma, SC, Brasil, 2024 (n=79).

	Média ± DP, n (%)
	n = 79
Idade (anos)	69,19 ± 9,50
Sexo	
Feminino	49 (62,0)
Masculino	30 (38,0)
Cor	
Branca	78 (98,7)
Parda	1 (1,3)
Tabagismo	n = 64
Sim	17 (26,6)
Não	47 (73,4)
Sem informação	15
Uso de protetor solar	n = 65
Sim	43 (66,2)
Não	22 (33,8)
Sem informação	14
História familiar positiva para câncer de pele	n = 62
Sim	41 (66,1)
Não	21 (33,9)
Sem informação	17
Tratamento de escolha	
Ácido tricloroacético	58 (73,4)
5-Fluorouracil	12 (15,2)
Crioterapia	3 (3,8)
Imiquimode	1 (1,3)
Outros	5 (6,3)

Tabela 2. Frequência de localização das queratoses actínicas. Criciúma, SC, Brasil, 2024 (n=79)

	Média ± DP, n (%)
	n = 79
Lesões de couro cabeludo	
Sim	12 (15,2)
Não	67(84,8)
Lesões de face	
Sim	60 (75,9)
Não	19 (24,1)
Lesões de região cervical	
Sim	2 (2,5)
Não	77 (97,5)
Lesões de ombros	
Sim	4 (5,1)
Não	75 (94,9)
Lesões de antebraços	
Sim	23 (29,1)
Não	56 (70,9)
Lesões de dorso das mãos	
Sim	14 (17,7)
Não	65 (82,3)