

Acurácia da biópsia de congelação no câncer de pele não-melanoma

Accuracy of frozen section biopsy in non-melanoma skin cancer

KARINA MEZZARANA KIYAN¹
 JÚLIA BROETTO¹
 RINALDO FISCHLER²
 AYMAR EDISON SPERLI³
 JOSÉ OCTÁVIO GONÇALVES DE
 FREITAS⁴

RESUMO

Os carcinomas basocelular e espinocelular juntos respondem por mais da metade dos casos novos de câncer. A biópsia de congelação é frequentemente usada em áreas como cabeça e pescoço, nas quais uma margem ampla poderia ocasionar cicatrizes desfigurantes ou dificuldades de reconstrução, porém o resultado da biópsia de congelação nem sempre corresponde ao da parafina. O presente trabalho tem como objetivo fazer uma revisão bibliográfica sobre a correlação do resultado da biópsia de congelação intraoperatória e o resultado final do exame anatomopatológico da peça cirúrgica (exame de parafina), pela sua importância na ressecção curativa e na reconstrução do local acometido. Foi realizado levantamento bibliográfico, tendo como base artigos científicos publicados a respeito da acurácia da biópsia de congelação nos últimos 10 anos. A biópsia de congelação é um método eficiente e confiável, que deve ser aplicado em áreas em que a ressecção deve ser a mais econômica possível. Em áreas com tumor pequeno e sobre de pele a biópsia de congelação é pobre, dispensável e não altera resultados. A biópsia de congelação se mostrou um método eficiente, de custo acessível e de boa reprodutibilidade quando realizada por profissionais experientes e em casos bem indicados.

Descritores: Neoplasias cutâneas. Biópsia. Secções congeladas. Sensibilidade e especificidade.

ABSTRACT

Together, basal cell and squamous carcinomas account for more than 50% of all new cases of cancer. Frozen section biopsy is often used in areas such as the head and neck, in which a wide margin could cause disfiguring scars or difficulties with reconstruction, but the results of frozen biopsy do not always correspond to the results of paraffin sections. This paper aims to review existing literature on the correlation between the results of intraoperative frozen biopsy and final pathological examination of surgical specimens (examination of paraffin sections), because of the importance of frozen biopsy in curative resection and reconstruction of affected sites. A literature review was conducted, based on scientific articles published over the previous 10 years about the accuracy of intraoperative frozen sections. Frozen section biopsy is an efficient and reliable method that should be applied in areas where resection should be as economical as possible. However, in cases with small tumors and excess skin, the results of frozen biopsy are poor, dispensable, and not meaningful. Frozen biopsy is an efficient, affordable, and reproducible method when performed by experienced staff in well-selected cases.

Keywords: Skin neoplasms. Biopsy. Frozen sections. Sensitivity and specificity.

Trabalho realizado nos
 Serviços Integrados de Cirurgia
 Plástica do Hospital Ipiranga,
 São Paulo, SP, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP
 (Sistema de Gestão de
 Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 22/10/2011
 Artigo aceito: 24/2/2012

1. Cirurgiã geral, médica residente dos Serviços Integrados de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga (SICP-HI), São Paulo, SP, Brasil.
2. Cirurgião plástico, médico coordenador de ensino dos SICP-HI, membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), São Paulo, SP, Brasil.
3. Cirurgião plástico, regente dos SICP-HI, membro titular da SBCP, São Paulo, SP, Brasil.
4. Cirurgião plástico, médico chefe dos SICP-HI, membro titular da SBCP, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

O câncer de pele não-melanoma é o tipo mais comum no mundo¹. A cirurgia com exérese total da lesão e reconstrução no mesmo tempo cirúrgico constitui, atualmente, o tratamento padrão de referência para esses tumores e deve ser curativo.

Tumores localizados em áreas nobres e de importância estética maior, como cabeça e pescoço, necessitam de uma análise cuidadosa, que deve buscar a retirada de todo o tecido tumoral com margens adequadas e, ao mesmo tempo, do mínimo tecido possível. Ressecções conservadoras podem resultar em retirada incompleta do tumor e recorrência local, enquanto a exérese com margem ampla pode ocasionar desfiguramento e grandes cicatrizes^{2,3}. Nesses casos, a biópsia de congelação vem sendo largamente utilizada, para tentar assegurar margem livre de doença e reconstrução primária satisfatória.

Por esses motivos, a acurácia da biópsia de congelação já foi alvo de diversos estudos, por sua importância e aplicabilidade clínica. Neste estudo, o termo acurácia foi utilizado como medida da correlação entre o valor estimado e os valores das fontes de informação, ou seja, medida do quanto a estimativa que obtivemos é relacionada com o “valor real” do parâmetro.

O presente trabalho tem como objetivo fazer uma revisão bibliográfica sobre a correlação do resultado da biópsia de congelação intraoperatória e o resultado final do exame anatomopatológico da peça cirúrgica (exame de parafina), pela sua importância na ressecção curativa e na reconstrução do local acometido. Em última análise, o estudo busca oferecer ao cirurgião plástico maior segurança e confiabilidade na retirada e reconstrução em câncer de pele não-melanoma.

MÉTODO

Este é um estudo de revisão bibliográfica, tendo como base artigos científicos publicados nos últimos 10 anos sobre a acurácia da biópsia de congelação intraoperatória nos carcinomas basocelular e espinocelular.

Foi realizada análise comparativa, considerando o resultado do exame de congelação e o resultado final do exame anatomopatológico da peça cirúrgica (exame de parafina) em câncer de pele não-melanoma.

DISCUSSÃO

Os tipos basocelular e espinocelular de câncer de pele, juntos, são o tipo de câncer mais comum na população brasileira. Embora seu desfecho raramente seja fatal, esse câncer afeta grande número de pacientes e sua morbidade pode

ser alta⁴. Além disso, os recursos financeiros empregados para tratar esse câncer com exérese cirúrgica também são significativos.

Esses tumores são tratados com excisão e a maioria dos defeitos pode ser fechada primariamente ou com confecção de retalho local.

Em áreas nobres, porém, como cabeça e pescoço, a ressecção deve ser mais econômica, visando o menor defeito possível para uma reconstrução mais estética. Nesses casos, a biópsia de congelação deve ser usada, pois aumenta a chance de assegurar margens livres^{3,5-7}.

Nos trabalhos analisados, não houve diferença significativa com relação a gênero, idade, tamanho do tumor, localização e pele danificada ou não pelo sol. A maior parte dos tumores (89,3%) era basocelular, 10% eram escamosos e 0,7% apresentaram tipo histológico indeterminado^{1,3,5,6,8}.

A biópsia de congelação apresenta um valor preditivo negativo (VPN) que pode variar de 27,3% a 98%, dependendo do estudo. Quanto mais alta essa porcentagem maior a chance de o exame apresentar resultado negativo em pacientes com margens livres, portanto maior a acurácia e menor a incidência de resultado falso negativo. Lesões submetidas a biópsias prévias apresentaram taxas mais altas de VPN, o que provavelmente é ocasionado pela destruição tumoral causada pelo processo de cicatrização gerado pela biópsia. O resultado final da parafina nesses espécimes foi de apenas 25-30% de neoplasias, mostrando que esse VPN pode estar alto sob influência desse viés^{7,9-11}.

A correspondência da biópsia de congelação com o resultado final do exame anatomopatológico da peça cirúrgica (exame de parafina) foi, em média, de 80,4% nos trabalhos pesquisados; 30% dos pacientes necessitaram de uma segunda reabordagem e, destes, 1,7% precisaram de uma terceira cirurgia. Dentre os pacientes que foram para a segunda cirurgia, 5,2% haviam apresentado margem livre na congelação e na peça final^{1,3,4,6,8,9}.

A biópsia de congelação apresentou $P < 0,05$ nos trabalhos avaliados, demonstrando diferença estatisticamente significativa, e seu resultado foi mais significativo quando usada para lesões de limites imprecisos, em reabordagens e em áreas esteticamente importantes^{1,3,5,8,9}.

A maior parte dos trabalhos utilizou biópsia de congelação previamente à realização de reconstruções mais extensas ou rotação de retalho. Na falta da biópsia de congelação, 73% dos cirurgiões optaram por reconstrução com enxertos e realização de um novo tempo cirúrgico após o resultado final do exame anatomopatológico da peça cirúrgica (exame de parafina). Esse número foi para quase 92% quando se tratava de uma reabordagem^{1,12,13}.

Foi também considerado que a colaboração entre cirurgião e patologista é um fator determinante para o aumento do VPN e, portanto, para a otimização da acurácia da biópsia

de congelação. O cirurgião deve fazer uma ressecção corretamente identificada, além dos quatro quadrantes, para facilitar a determinação de margens no exame anatomopatológico; deve, ainda, retirar a peça íntegra e evitar biselar, para que, dessa forma, o patologista trabalhe em condições ótimas, aumentando a taxa do VPN e a sensibilidade do exame. Diante da identificação de margens comprometidas, uma nova ressecção em bloco e com marcações adequadas deve ser feita, obedecendo aos mesmos princípios da ressecção inicial².

Nos casos em que a congelação apresenta resultado falso negativo e o exame anatomopatológico da peça cirúrgica (exame de parafina) demonstra margens comprometidas, a conduta adotada na maioria dos trabalhos foi:

- uma margem lateral comprometida – somente acompanhamento da lesão, pois apenas uma minoria apresentará efetiva recidiva da doença (em caso de recidiva, na maior parte das vezes será de caráter benigno, crescimento lento e passível de nova ressecção, o que justificaria essa conduta menos agressiva)^{1,3,14,15};
- duas margens laterais ou margem profunda comprometida – reabordagem^{14,15}.

A baixa recidiva nos tumores com uma única margem lateral comprometida vem sendo atribuída mais uma vez ao processo inflamatório local causado pela própria cicatrização e também ao caráter mais indolente dessas neoplasias^{1,2}.

A biópsia de congelação não é indicada para todos os casos. Tumores pequenos, em áreas com sobra de pele e fácil fechamento primário com margens adequadas não devem ser submetidos a congelação, pois isso aumenta o tempo cirúrgico e o custo, além de não se traduzir em resultados significativos no pós-operatório tanto imediato como tardio. Esses tumores representam a maioria dos casos e, portanto, na maior parte dos tumores, não é necessária a realização de biópsia de congelação¹.

CONCLUSÕES

A biópsia de congelação se mostrou um método eficiente, de custo acessível e de boa reprodutibilidade quando realizada por profissionais experientes.

A indicação é restrita a tumores em áreas nobres em que a ressecção deve ser a mais econômica possível, podendo, portanto, ser indicada em alguns casos, mas não é necessária na maioria dos pacientes.

Os resultados são acurados na maior parte dos casos. A biópsia de congelação é um método simples e seguro, que oferece boa confiabilidade e deve ser utilizado em casos bem selecionados.

REFERÊNCIAS

1. Manstein ME, Manstein CH, Smith R. How accurate is frozen section for skin cancers? *Ann Plast Surg.* 2003;50(6):607-9.
2. Ratner D. Reflections on Mohs micrographic surgery. *Skinmed.* 2004;3(4):189-90.
3. Wetzig T, Maschke J, Kendler M, Simon JC. Treatment of basal cell carcinoma. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2009;7(12):1075-82.
4. Ceilley RI, Del Rosso JQ. Current modalities and new advances in the treatment of basal cell carcinoma. *Int J Dermatol.* 2006;45(5):489-98.
5. Ezughah FI, Affleck AG, Evans A, Ibbotson SH, Fleming CJ. Confirmation of histological clearance of superficial basal cell carcinoma with multiple serial sectioning and Mohs' micrographic surgery following treatment with imiquimod 5% cream. *J Dermatolog Treat.* 2008;19(3):156-8.
6. Gloster HM Jr, Brodland DG. The epidemiology of skin cancer. *Dermatol Surg.* 1996;22(3):217-26.
7. Housman TS, Feldman SR, Williford PM, Fleischer AB Jr, Goldman ND, Acostamadiedo JM, et al. Skin cancer is among the most costly of all cancers to treat for the Medicare population. *J Am Acad Dermatol.* 2003;48(3):425-9.
8. Thissen MR, Neumann MH, Schouten LJ. A systematic review of treatment modalities for primary basal cell carcinomas. *Arch Dermatol.* 1999;135(10):1177-83.
9. Breuninger H, Dietz K. Prediction of subclinical tumor infiltration in basal cell carcinoma. *J Dermatol Surg Oncol.* 1991;17(7):574-8.
10. Hendrix JD Jr, Parlette HL. Duplicitous growth of infiltrative basal cell carcinoma: analysis of clinically undetected tumor extent in a paired case-control study. *Dermatol Surg.* 1996;22(6):535-9.
11. Miller DL, Weinstock MA. Nonmelanoma skin cancer in the United States: incidence. *J Am Acad Dermatol.* 1994;30(5 Pt 1):774-8.
12. Roenigk RK, Ratz JL, Bailin PL, Wheeland RG. Trends in the presentation and treatment of basal cell carcinomas. *J Dermatol Surg Oncol.* 1986;12(8):860-5.
13. Randle HW. Basal cell carcinoma: identification and treatment of the high-risk patient. *Dermatol Surg.* 1996;22(3):255-61.
14. Batra RS, Kelley LC. A risk scale for predicting extensive subclinical spread of nonmelanoma skin cancer. *Dermatol Surg.* 2002;28(2):107-12.
15. Bath-Hextall FJ, Perkins W, Bong J, Williams HC. Interventions for basal cell carcinoma of the skin. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; (1):CD003412.

Correspondência para:

Karina Mezzarana Kiyam
Centro de Estudos CEPESHI
Av. Nazaré, 28 – São Paulo, SP, Brasil – CEP 04262-000
E-mail: kmkiyan@uol.com.br