

# 120 Carcinoma Basocelular

Luiz Roberto Terzian

**Sinônimos:** epiteloma basocelular, basalioma, carcinoma basocelular pigmentado, úlcera corrosiva, úlcera dos roedores.

## DEFINIÇÃO

O carcinoma basocelular (CBC) é o câncer mais frequentemente encontrado em humanos. É um tumor maligno epidérmico, com crescimento lento e invasividade local, que afeta mais frequentemente os caucasianos<sup>1</sup>. Tende a infiltrar os tecidos por contigüidade, de forma tridimensional e irregular, com extensões subclínicas digitiformes<sup>2</sup>. As metástases são muito raras<sup>3</sup> e a morbidade do CBC está relacionada à invasão e destruição tecidual local, principalmente na cabeça e no pescoço<sup>1</sup>.

## HISTÓRICO

Foi originalmente descrito por Jacob, em 1827<sup>4,5</sup>, mas foi denominado epiteloma basocelular apenas em 1903, por Krompecher, com base na semelhança das células tumorais com as da camada basal da epiderme<sup>6,7</sup>.

Outro fato histórico importante foi a descoberta da quimioterapia por Frederic Mohs. Seu estuendo trabalho iniciado na década de 1940 consolidou a quimioterapia como tratamento efetivo nos casos tidos até então como irremediavelmente perdidos<sup>7</sup>. Demonstrou excelentes índices de cura para carcinomas basocelulares recidivados e primários, em diversas regiões anatômicas<sup>8,9</sup>. O próprio Dr. Mohs descreveu uma modificação na técnica, utilizando tecido a fresco congelado, que a tornou mais prática e popular<sup>10</sup>.

## EPIDEMIOLOGIA

O carcinoma basocelular é o tumor mais comum nos caucasianos e é quatro vezes mais comum que o

carcinoma espinocelular. É mais freqüente nos homens e sua incidência aumenta com a proximidade dos trópicos e com a idade, sendo a idade média em torno de 69 anos<sup>11</sup>.

A incidência tem aumentado cerca de 10% ao ano nos caucasianos dos Estados Unidos, levando a um risco ao longo da vida de 30%, de desenvolver um CBC<sup>12</sup>.

Sua freqüência varia de 45/100.000 habitantes nas mulheres da Finlândia a 2.074/100.000 habitantes nos homens da Austrália<sup>13</sup>.

A mortalidade por CBC é baixa (0,05 a 0,08/100.000 habitantes)<sup>11</sup>, e as regiões mais acometidas são a cabeça e o pescoço (60% a 80% dos CBC)<sup>13</sup>.

## PATOGÊNESE

### Fatores de Risco (Tabela 120.1)

A exposição à radiação ultravioleta é o principal fator causador do CBC, embora a relação precisa entre o risco de CBC e a quantidade, o tempo e o padrão de exposição à radiação ultravioleta permaneça ainda incerta<sup>14</sup>.

O carcinoma basocelular está associado à exposição solar intermitente em um padrão semelhante ao do melanoma maligno, e não à exposição solar crônica ou ocupacional, como ocorre para os carcinomas espinocelulares (Ver Capítulo XX)<sup>15</sup>.

O CBC é mais freqüente em pessoas de pele clara, com sardas, que tiveram queimaduras solares intensas na infância. É raro em negros e orientais, sendo mais de 99% dos casos detectados em pessoas brancas<sup>16</sup>. A capacidade de bronzear-se está relacionada ao risco de CBC, as pessoas que não conseguem se bronzear mas apenas se queimar (pele tipo I de Fitzpatrick - Ver Capítulo XX), têm risco muito maior de desenvolver a doença<sup>5</sup>. Este risco está mais relacionado a queimaduras solares na infância que na vida adulta<sup>14</sup>.

A história familiar positiva para câncer de pele aumenta o risco de desenvolver um CBC em 2,2 vezes<sup>14</sup>. A história pessoal de carcinoma basocelular aumenta o risco em 10 vezes e a chance de ter outro CBC em 3 anos é de 44%<sup>7</sup>.

Pacientes imunossuprimidos também apresentam um risco aumentado para CBC, que chega a ser 10 vezes o risco da população geral. A radiação fluorescente e o hábito de fumar não aumentaram a incidência de CBC. Na há ainda estudos que relacionem a exposição a camas de bronzeamento artificial com maior incidência de CBC<sup>14</sup>.

Outros fatores de risco são a exposição a arsênico, coaltar e organofosforados, radioterapia e PUV Aterapia<sup>17</sup>.

Algumas síndromes genéticas (Ver Parte 3) estão associadas ao risco de desenvolver CBC.

### Xeroderma Pigmentoso

Doença autossômica recessiva caracterizada por defeitos em reparar o DNA. Há sensibilidade ao sol e sardas estão presentes aos 2 anos de idade. Se exposto à radiação solar, o paciente apresentará alta frequência de tumores cutâneos, com 8 anos de idade em média. O risco de ter carcinomas cutâneos antes dos 20 anos é de 4.800 vezes o da população geral<sup>18</sup>.

### Síndrome do Nevo Basocelular

Doença autossômica dominante rara, com mutação no gene PTCH. Apresentam CBCs múltiplos, semelhantes a nevos, principalmente nas áreas expostas ao sol, acompanhados de lentigos palmo-plantares, ceratocistos odontogênicos nas mandíbulas, anormalidades nos ossos e calcificação da foice do cérebro<sup>18</sup>.

### Síndrome Bazex

Dominante ligada ao X. Apresenta múltiplos CBCs, principalmente na face, na segunda década de vida, associados a atrofodermia folicular, hipotricose, hipoidrose, *miliuns* e cistos epidermóides<sup>18</sup>.

Os nevos sebáceos podem apresentar mutações no gene PTCH e um CBC pode se desenvolver nesta lesão<sup>18</sup>.

### Patogênese

Os CBCs surgem com maior frequência em áreas que contêm unidades pilossebáceas. O fato de se desenvolver na face, particularmente no nariz, sugere que o local anatômico, p. ex. áreas da pele que conte-

Tabela 120.1

#### FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE CBCS

Fatores de Risco
Pele tipo I de Fitzpatrick
Queimaduras solares na infância
Radiação ultravioleta (exposição intermitente)
Radiações ionizantes
Químicos (arsênico)
Xeroderma pigmentoso
Síndrome do nevo basocelular
Nevo sebáceo
Imunossupressão
História pessoal ou familiar de CBC

nham um grande número de células progenitoras, tem um papel importante na sua gênese<sup>19</sup>.

O CBC não tem precursores e praticamente nunca desenvolve metástases. Seu crescimento é dependente do estroma produzido pelos fibroblastos, e esta deve ser a razão da sua incapacidade em metastatizar<sup>19</sup>. Sua natureza invasiva pode ser explicada, em parte, pela produção de metaloproteinasas e colagenases pelas células tumorais e do estroma. Estas enzimas degradam o tecido dérmico e facilitam a proliferação do tumor<sup>19</sup>. Foi detectada a presença de microfilamentos de actina no estroma circundante e nas células periféricas dos ninhos de CBCs<sup>20</sup>. O achado de actina no estroma tumoral é marcador da presença de miofibroblastos, que exercem papel importante na invasão tumoral. Estas células secretam estromalisina-3, uma metaloproteínase que degrada o tecido peritumoral e facilita a invasão das células tumorais<sup>7,21</sup>. Existem evidências de correlação entre a presença de actina nas células tumorais e no estroma das formas mais agressivas de CBCs, particularmente o esclerodermiforme e o micronodular, em comparação com os CBCs nodulares, de melhor prognóstico<sup>7,21</sup>. Outros estudos revelaram que o conteúdo de laminina e colágeno IV estava diminuído na membrana basal dos CBCs, contribuindo para sua descontinuidade e invasão tumoral<sup>7,22</sup>.

Os carcinomas basocelulares se desenvolvem como proliferação monoclonal, consistente com origem unicelular, e não com tumor multicêntrico como pode parecer nos CBCs superficiais. Um achado interessante nos CBCs é que eles são frequentemente subclones. Isto é, as células têm a primeira mutação em comum, por exemplo no gene *p53*, e diferem quanto a segunda, terceira e até quarta mutações neste gene. As mutações do *p53* são induzidas pelas radiações UVB. Um outro gene supressor de tumor frequentemente alterado nos CBCs é o *PTCH*<sup>19</sup>.

## Metástases

A incidência de CBCs metastáticos é estimada em 1:1.000 a 1:35.000. Estes raros casos são de tumores agressivos com invasão perineural, o comprometimento de linfonodos seguidos por pulmões e ossos é o mais encontrado. Há dúvidas se muitos destes casos não seriam variantes mal diferenciadas de carcinomas espinocelulares<sup>19</sup>.

## CLÍNICA

Os carcinomas basocelulares são quase sempre assintomáticos. Eles têm crescimento lento e progressivo e, no início, podem ser confundidos com lesões de acne, escoriações, nevos ou alergias pelos pacientes. As lesões são algo friáveis e podem sangrar quando atritadas pela toalha ou pelas roupas, o que leva o paciente a procurar o médico, que faz o diagnóstico.

Localizam-se preferencialmente na face, nas orelhas e no pescoço, podendo surgir também no tronco, couro cabeludo, nos membros, genitais, axilas e regiões inguinais.

Têm aspectos clínicos variados: pápulas, exulcerações, ulcerações com bordas sobrelevadas, placas, atrofia e infiltração. São características comuns nos carcinomas basocelulares a presença de vasos tortuosos e irregulares na superfície e a coloração perlácea das bordas ou superfície da lesão. O CBC pode ter cor perolada, esbranquiçada, avermelhada (eritematosa) ou castanho-clara, escura ou negra, quando é denominado CBC pigmentado. A importância da pigmentação é o diagnóstico diferencial com melanoma ou ceratose seborréica, que pode ser realizado com auxílio da dermatoscopia (Ver Capítulo XX).

Um fato interessante nos carcinomas basocelulares é que eles não apresentam usualmente lesões precursoras, exceção feita aos que surgem em nevos sebáceos, onde existe dúvida se são tricoblastomas (lesões benignas semelhantes ao CBC, clínica e histologicamente) ou CBCs verdadeiros.

O carcinoma basocelular não tratado raramente vai causar a morte do paciente, porém, seu crescimento progressivo em lateralidade e profundidade (pode invadir cartilagem e osso) vai causar deformidade e perda da função da região afetada, com morbidade importante.

De acordo com seu aspecto clínico predominante, é classificado em:

1. *CBC nodular*: é o tipo mais freqüente (cerca de 60%), ocorre predominantemente em áreas de pele foto envelhecidas (cabeça e pescoço) e se apresenta inicialmente como pápula arredondada, bem delimitada, de coloração clara, rosada ou perolada, com superfície lisa e brilhante, sobre a qual notam-se telangiectasias tortuosas e irregulares (Figura 120.2). No estágio inicial pode ser confundido com nevo intradérmico ou molusco contagioso. Tem crescimento irregular formando massa ovalada com superfície multilobulada ou bocelada. Quando apresenta ulceração central, é denominado *CBC nódulo-ulcerado* ou *úlcer rodentada* (Figura 120.3).

As áreas ulceradas tendem a sangrar e acumular crostas. Melhoram com formação de área cicatricial central, o que dá ao paciente a sensação de que está melhorando. Com os ciclos de ulceração e melhora, o tumor se expande progressivamente em lateralidade e profundidade e pode invadir cartilagem, osso e provocar grande desfiguramento do paciente.

Úlcera de perna que não cicatriza pode ser um CBC nódulo-ulcerado ou um carcinoma espinocelular, e deve ser biópsiada.

2. *CBC superficial*: é o segundo tipo clínico mais freqüente (15% a 25%), ocorre predominantemente



**FIGURA 120.1** – Carcinoma basocelular pigmentado. Placa enegrecida com exulceração central e crostas, na região pré-esternal.



**FIGURA 120.2** – Carcinoma basocelular nodular. Nódulo brilhante com vasos irregulares na superfície e coloração perlácea, no pavilhão auricular.



**FIGURA 120.4** – Carcinoma basocelular superficial. Área eritematosa irregular, mal delimitada, com telangiectasias, crostas e ponto sobrelevado perláceo (próximo ao lóbulo), na região pré-auricular.



**FIGURA 120.3** – Carcinoma basocelular nódulo-ulcerado. Nódulo com bordas perláceas e ulceração central, com crostas hemáticas, na região retroauricular. Cortesia da disciplina de dermatologia da Fundação ABC.

sível pelo seu aspecto inócuo ao exame clínico. O aspecto benigno muitas vezes retarda o diagnóstico, o que piora o prognóstico. O tumor é firme e indurado, superfície lisa, plano ou levemente sobrelevado/deprimido, branco a amarelado, tem aspecto de cicatriz e margens geralmente mal delimitadas (Figura 120.5).



**FIGURA 120.5** – Carcinoma basocelular esclerodermiforme. Área cicatricial atrófica, deprimida, com fundo eritematoso, na região glabellar. Note sua semelhança com uma cicatriz e o aspecto clínico de pouca agressividade.

mente no tronco e nos membros e são geralmente múltiplos. Apresenta-se como placa eritematosa bem delimitada, redonda ou oval, com superfície escamosa e bordas peroladas levemente sobrelevadas. As lesões maiores podem apresentar crosta hemática central. Assemelha-se a placa de psoríase, eczema, doença de Bowen, Paget extramamário ou ceratose actínica. É o tipo menos agressivo de CBC, pois tem crescimento lento, horizontal (em lateralidade) e apenas invade planos mais profundos após longa evolução (Figura 120.4).

3. *CBC esclerodermiforme ou fibrosante*: é o mais agressivo dos CBCs, pois tem crescimento infiltrativo (em profundidade) e irregular, não-previ-

4. *Fibroepitelioma de Pinkus*: variante rara de CBC que ocorre nas regiões lombar, pubiana, genital ou nas extremidades. Apresenta-se inicialmente como um CBC superficial, que evolui como lesão pedunculada ou em domo, rosada, com consistência amolecida. É comum a presença de múltiplas lesões.

## HISTOPATOLOGIA

Histologicamente, o carcinoma basocelular é definido como um agregado de células basalóides neoplásicas ligadas à epiderme ou ao epitélio de um anexo cutâneo. Estes agregados são organizados como lóbulos, ilhas, ninhos ou cordões celulares que apresentam disposição ordenada das células na periferia dos blocos tumorais, denominada arranjo em paliçada. Ocasionalmente observamos necrose central ou padrão cístico nos lóbulos tumorais. A presença de pigmentação melânica abundante nas células tumorais ou nos macrófagos dérmicos se correlaciona frequentemente com lesões clínicas pigmentadas, geralmente do tipo nodular ou superficial<sup>18</sup>.

As células tumorais têm núcleo hiper cromático, uniforme, redondo ou oval e padrão monomórfico, raramente exibindo características anaplásicas. Podem ser encontradas células apoptóticas ou necróticas nas massas tumorais. O citoplasma é escasso ou inexistente, o que dá o aspecto basalóide às células. As pontes intercelulares, características dos ceratinócitos maduros, não são observadas no CBC.

As massas de células tumorais penetram na derme, onde ocorre retração do estroma ou formação de lacunas ao redor do tumor, uma característica dos CBCs. Nestas lacunas observou-se a presença de laminina, colágeno tipo IV e mucopolissacarídeos ácidos, pela imunoistoquímica<sup>7</sup>. O estroma que envolve os ninhos celulares deste tumor é bastante característico, composto de inúmeros fibroblastos jovens, dispostos em bandas paralelas e demonstrando aspecto mucinoso. Podem ainda ser observados ocasionalmente: esclerose do colágeno e depósitos



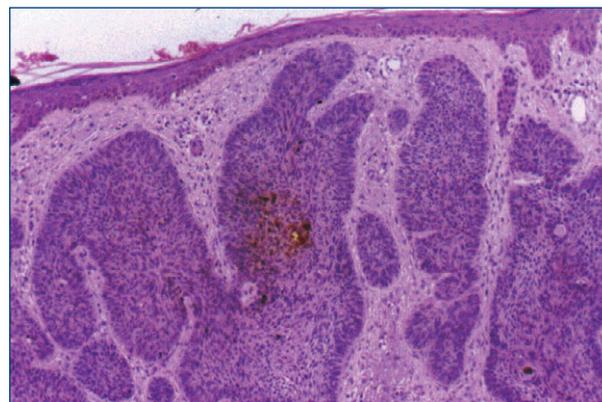
**FIGURA 120.6** – Histologia do carcinoma basocelular. Observe a área de retração (lacuna) entre o tumor e o tecido adjacente, característica histológica comum dos CBCs. (Cortesia da Dra. Milvia Enokihara, histopatologista.)

amilóides oriundos da degeneração de células tumorais. Ocorre infiltrado inflamatório peritumoral, de intensidade variável. Elastose solar é frequentemente observada e pode ocorrer ulceração.

Os cinco tipos histológicos de CBCs mais frequentes são reconhecidos pelo padrão da arquitetura dos agregados celulares e da reação do estroma ao tumor. Podemos dividi-los em menos e mais agressivos.

### Padrões menos Agressivos

- *CBC nodular*: são observadas ilhas arredondadas de tumor na derme, estendendo-se desde a epiderme até a derme reticular ou arredores. Com o tempo ocorre frequentemente ulceração do tumor e degeneração necrótica ou cística de alguns grupos celulares (Figura 120.7).

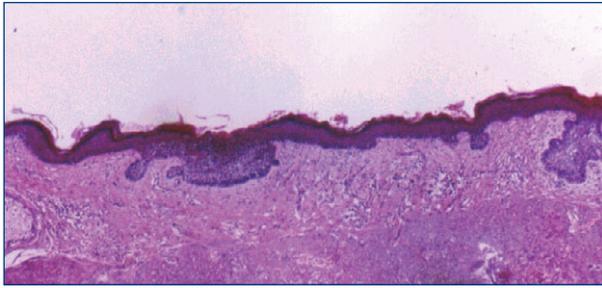


**FIGURA 120.7** – Histologia do carcinoma basocelular nodular. Note os grandes blocos de células tumorais e o arranjo celular em paliçada na periferia, invadindo a derme. (Cortesia da Dra. Milvia Enokihara, histopatologista.)

- *CBC superficial*: é uma lesão caracterizada pela presença de pequenos brotamentos celulares tumorais estendendo-se da epiderme à derme papilar, sob a epiderme atrofada. Estes brotamentos eram considerados multicêntricos, porém estudos de imagem tridimensionais mostraram que eles estão conectados entre si, em um padrão reticular, tendo origem em um único local da epiderme<sup>7,18</sup>. As extensões laterais tênues desta variante levam a uma grande dificuldade na delimitação das margens cirúrgicas desta lesão (Figura 120.8).

### Padrões mais Agressivos

São caracterizados por apresentar um padrão infiltrativo de crescimento e ser mal delimitados. A

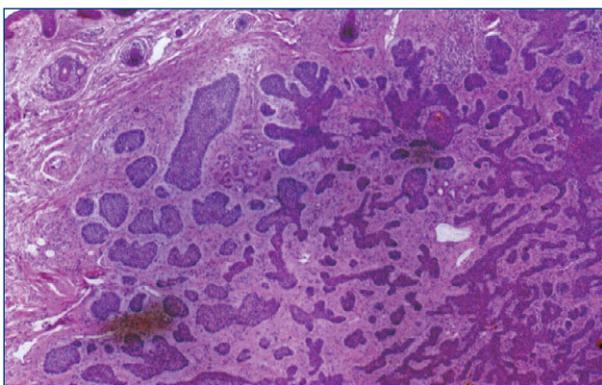


**FIGURA 120.8** – Histologia do carcinoma basocelular superficial. Note os pequenos blocos celulares tumorais na derme papilar, aderidos à camada basal como brotamentos. Apesar de parecerem isolados, há comunicação entre os brotamentos tumorais. (Cortesia da Dra. Milvia Enokihara, histopatologista.)

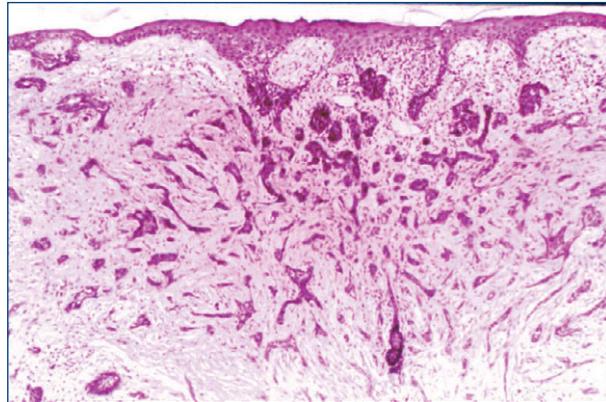
reação do estroma tende a ser esclerótica em vez de fibroblástica ou mixóide. O infiltrado perineural é mais comum nestas variantes de CBC, e é encontrado em 3% dos tumores<sup>23</sup>. Elementos presentes nos subtipos menos agressivos como paliçada e área de retração são menos frequentes neste grupo.

- **CBC micronodular:** as ilhas de tumor são menores e mais uniformes que as encontradas no CBC nodular e têm tamanhos aproximados de um bulbo folicular (Figura 120.9).
- **CBC infiltrativo:** é caracterizado por pequenas ilhas espiculadas e irregulares de células basalóides que invadem toda a derme.
- **CBC esclerodermiforme:** ilhas pequenas e alongadas ou cordões de células tumorais, com apenas uma a duas células de largura, que se localizam na derme, entre feixes de colágeno esclerótico (Figura 120.10).

Freqüentemente o CBC apresenta um padrão histológico misto (quase 40% dos casos) com a pre-



**FIGURA 120.9** – Histologia do carcinoma basocelular micronodular. Observe os pequenos blocos tumorais arredondados e o padrão infiltrativo deste tumor, que explica sua maior agressividade clínica. (Cortesia da Dra. Milvia Enokihara, histopatologista.)



**FIGURA 120.10** – Histologia do carcinoma basocelular esclerodermiforme. Note o arranjo em cordões estreitos e espiculados das células tumorais, a fibrose do colágeno entre os blocos tumorais e o caráter infiltrativo desta neoplasia. Seu aspecto histológico demonstra suas extensões subclínicas e sua agressividade. (Cortesia da Dra. Milvia Enokihara, histopatologista.)

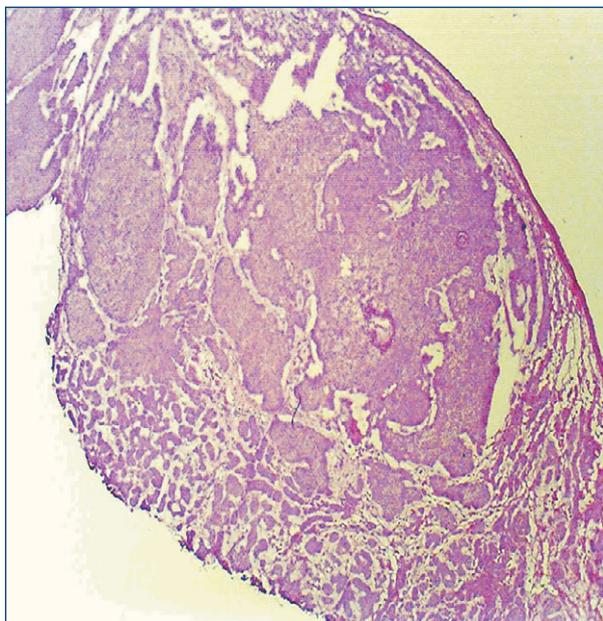
sença de mais de um dos subtipos mencionados<sup>24</sup>. Por exemplo, um tumor pode ter um predomínio do padrão nodular, porém com uma área de padrão micronodular em uma margem, ou com padrão infiltrativo na profundidade. Cada tumor deve ser tratado de acordo com o padrão histológico mais agressivo encontrado, uma vez que estas células representam as capacidades biológicas verdadeiras do tumor (Figura 120.11).

Alguns CBCs podem ter diferenciação folicular, sebácea, apócrina ou écrina. Outros podem ter ares de diferenciação escamosa, variando de células ceratóticas a pérolas córneas. Se houver predominância deste padrão escamoso queratinizante atípico, o tumor será denominado *CBC basoescamoso ou metatípico*. A capacidade deste tumor em metastatizar é mais parecida com a dos CECs que com a do CBCs (Figura 120.12).

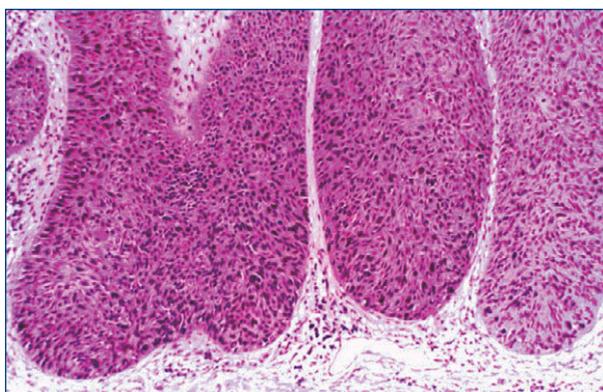
Pode ocorrer também a presença de ninhos de células de CBC justapostas a grupos de células de CECs, onde os dois tumores estão presentes lado a lado. Este tumor é denominado *tumor de colisão*.

- **Fibroepitelioma de Pinkus:** forma rara e distinta de CBC. Caracterizado pela presença de ramos de células basalóides múltiplos, alongados e anastomosados, que crescem a partir da epiderme e estão embebidos em um estroma frouxo (Figura 120.13).

Outras formas raras de CBC incluem: *adenóide*, *adamantinóide*, *de células granulosas*, *pleomórfico*, *de células claras*, *de anel de sinete* e com diferenciação *neuroendócrina*<sup>18</sup>.



**FIGURA 120.11** – Histologia do carcinoma basocelular. Note a presença de dois subtipos histológicos diferentes no mesmo tumor. Mais superficialmente, apresenta padrão nodular, enquanto na profundidade é micronodular (mais agressivo, logo deve ser tratado como tal). Se for feita biópsia superficial, será erroneamente tratado como CBC nodular, com mais chances de recidivas.

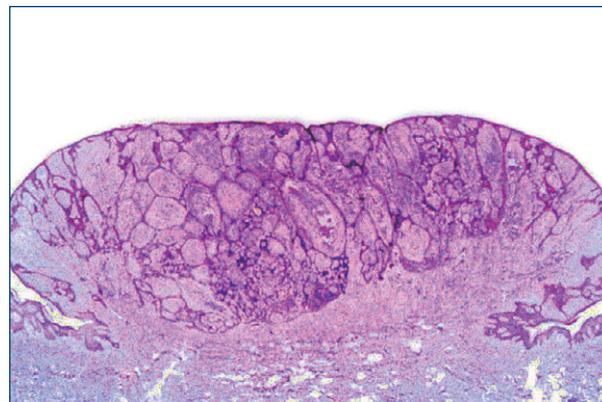


**FIGURA 120.12** – Histologia do carcinoma basocelular metatípico. Note a presença de células com citoplasma eosinofílico mais abundante, que lembram células da camada espinhosa, e áreas de queratinização no centro dos blocos tumorais. As células basais periféricas mantêm seu aspecto em paliçada. Este CBC é mais agressivo e deve ser tratado como um CEC. Figura cedida pela WHO (World Health Organization).

## DIAGNÓSTICO

### Diagnóstico Clínico

O diagnóstico do CBC deverá ser feito baseado nas características clínicas de cada um dos seus subtipos.



**FIGURA 120.13** – Histologia do fibroepitelioma de Pinkus. Esta variante de carcinoma basocelular forma redes de cordões celulares finos em um estroma frouxo. Figura cedida pela WHO (World Health Organization).

### História Clínica

Um dado importante é a presença de lesão que não cicatriza e tem crescimento lento e progressivo. Outros fatores que devem ser destacados são se a lesão já apresentou sangramento, quando atritada pela toalha ou manipulada pelo paciente e se parece que a lesão melhorou, porém ela recidivou no mesmo local. É muito importante saber se o paciente tem antecedente familiar ou pessoal de câncer de pele, pois isto aumenta muito sua chance de ter um CBC. Deve-se ter muita atenção ao examinar pacientes que já foram tratados de um CBC prévio, pois além de grande chance de desenvolver um novo tumor (44% em 3 anos)<sup>7</sup>, ele também poderá apresentar recidiva da lesão.

Os CBCs recidivados têm índices de recidiva muito maiores que os primários, tendem a ser mais agressivos e devem ser tratados de forma muito mais criteriosa, como veremos a seguir, no item tratamento.

Infelizmente, nem sempre é fácil diagnosticar o CBC, principalmente nas fases iniciais, devido às suas características clínicas muito variáveis. Um estudo revelou uma acurácia muito baixa entre os dermatologistas no diagnóstico de CBCs. De 64% (residentes) a 70% (dermatologistas acadêmicos)<sup>25</sup>.

Como o CBC usualmente é assintomático, o paciente muitas vezes não se queixa dele e o diagnóstico é um achado de exame. Deveremos dar atenção especial aos pacientes acima de 60 anos, com pele clara e fotolesada, na procura por CBCs, principalmente na face, no pescoço, em orelhas, couro cabeludo e tronco. Lembre-se que o diagnóstico e o tratamento adequados precoces mudam a morbidade associada aos CBCs.

## Exame Dermatológico

Ao exame é importante estar atento aos sinais característicos dos CBCs. O uso de uma boa fonte de luz, natural ou fluorescente, e uma lupa, ajudarão na identificação das lesões.

- **Bordas perláceas:** características típicas dos CBCs, podem ser observadas em toda a lesão ou apenas em uma pequena área na borda. Estão presentes inclusive nos tumores ulcerados, pigmentados, superficiais e ocasionalmente nos esclerodermiformes. Para melhorar a acuidade do exame, sugiro comprimir as bordas da lesão, o que remove o componente vascular (eritema) e muda o brilho da sua superfície, favorecendo a identificação da coloração perolada.
- **Telangiectasias:** os CBCs têm freqüentemente telangiectasias tortuosas, irregulares e dilatadas na sua superfície, que favorecem seu diagnóstico.
- **Infiltração (enduração):** usualmente pode ser sentida à palpação das lesões de CBCs.
- **Placa eritematosa plana, ceratótica ou escamosa:** a presença deste tipo de lesão, bem delimitada, no tronco de pacientes de pele clara, maiores que 60 anos, é indicativa de CBC superficial.
- **Lesão eritematosa com aspecto cicatricial:** lesões com este aspecto, sobretudo na face, que têm história crônica, crescimento progressivo, coloração esbranquiçada ou amarelada, devem ser suspeitadas para o diagnóstico de CBC esclerodermiforme.
- **Lesões friáveis:** uma dica muito interessante é atritar a lesão suspeita de CBC com uma gaze seca. Como o tumor é usualmente friável, o simples atrito com a gaze vai remover sua camada superficial, ocasionando um pequeno sangramento. Este sinal favorece, em muito, o diagnóstico de CBC. Este pequeno procedimento pode permitir o diagnóstico diferencial entre um CBC superficial pequeno (friável) de uma ceratose actínica (pouco friável, geralmente não sangra).

Mesmo com todos os dados clínicos, muitas vezes persiste a dúvida, e o diagnóstico histológico deverá ser feito para o esclarecimento diagnóstico.

## Diagnóstico Laboratorial Histopatológico

Para a abordagem adequada do carcinoma basocelular, é importante o conhecimento do seu tipo histológico, que definirá o seu prognóstico e o melhor tratamento. Devido a isto se recomenda realizar diagnóstico histológico da maioria dos CBCs, sobretudo dos maiores que 2 cm e potencialmente mais agressivos clínica (em áreas de maior recidiva ou recidivados) e histologicamente.

A biópsia pode ser excisional, para as lesões menores que 1 cm, ou incisional, em área preferencialmente não-ulcerada. O ideal é fazer uma saucerização da lesão, preferencialmente ao *punch*, pois não haverá o risco hipotético de levar células tumorais para a profundidade no ato da realização da biópsia; exceção feita aos CBCs esclerodermiformes e infiltrativos, nos quais a biópsia mais profunda será importante para avaliar o nível de invasão tumoral.

É importante ter uma fotografia com marcação da área de realização da biópsia, pois, algumas vezes, as lesões pequenas quase desaparecem quando cicatrizam e fica difícil identificar o local da biópsia para seu tratamento posterior.

## Exames de Imagem

Para detectar a profundidade de invasão do tumor, podem ser solicitados exames de imagem como raios X (invasão óssea com áreas líticas ou reacionais), ultra-sonografia de partes moles (invasão da gordura, músculo), tomografia ou ressonância magnética (invasão de partes moles, cartilagens), dentre outros, expostos a seguir.

## Dermatoscopia

É muito útil para diferenciar o CBC pigmentado de outras lesões pigmentadas como o melanoma, o nevo melanocítico e a ceratose seborréica. (Ver Capítulo XX). O CBC pigmentado não tem rede pigmentar e tem ao menos uma destas seis características: grandes ninhos ovóides cinza-azulados, múltiplos glóbulos cinza-azulados, áreas semelhantes a folhas *maple leaflike*, áreas em raio de roda, ulceração e telangiectasia arboriforme (*treelike*). Neste estudo foram observadas sensibilidade de 97% e especificidade de 93% na diferenciação dermatoscópica do CBC pigmentado com outras lesões hipercrômicas da pele<sup>26</sup>.

## Microscopia Confocal a Laser Próximo do Infravermelho

Realiza análise microscópica não-invasiva *in vivo*, com achados histológicos no CBC que correspondem aos encontrados no exame anatomopatológico convencional de hematoxilina e eosina. Pode vir a substituir a necessidade de um exame de biópsia invasivo<sup>27</sup>.

## Citologia Esfoliativa

Consiste em raspar a superfície da lesão (com uma lâmina de bisturi, por exemplo) e esfregar

o tecido coletado em uma lâmina de vidro. Este material será fixado e imediatamente examinado, ao microscópio óptico, pelo dermatologista ou pelo citopatologista. É um método simples, custo-efetivo, e fornece a confirmação diagnóstica na primeira visita do paciente. A citologia esfoliativa oferece 97% de sensibilidade e 86% de especificidade no diagnóstico dos CBCs. Apesar de pouco utilizado na prática, parece ser muito útil, principalmente quando se planeja um tratamento sem biópsia (criocirurgia ou eletrocoagulação) ou para lesões em áreas cosmeticamente delicadas, especialmente em pacientes jovens<sup>28</sup>.

Concluindo, o diagnóstico do CBC é fundamentalmente clínico, porém, em muitos casos, o exame histopatológico deverá ser realizado para confirmar o tumor e seu subtipo, uma vez que isto definirá o prognóstico desta neoplasia e a programação adequada do seu tratamento.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Para diferenciação definitiva, o padrão-ouro é a realização de exame histopatológico (biópsia incisional ou excisional) da lesão. É indispensável em muitos casos nos quais a diferenciação clínica é muito difícil ou impossível.

### Diferenciais Clínicos

- *CBC nodular*: quando é pequeno pode ser confundido com nevo melanocítico (menos telangiectasias, não-friável, pode ter pêlos ou estruturas melanocíticas à dermatoscopia); hiperplasia sebácea (centro deprimido, coloração amarelada, não-friável); molusco contagioso (centro deprimido, geralmente múltiplas pequenas lesões, usualmente pruriginoso). Quando ceratósico, pode ser confundido com ceratose actínica (menos friável, sem bordas perláceas); ou carcinoma espinocelular (mais ceratósico, sem bordas perláceas, mais eritematoso).
- *CBC superficial*: eczema (tem prurido, ardor, liquenificação); psoríase (escamas prateadas, mais sobrelevada, mais eritematosa); doença de Bowen (sem bordas perláceas, menos friável).
- *CBC pigmentado*: o diferencial com a maioria das lesões poderá ser feito com o auxílio da dermatoscopia (Ver Capítulo XX). Melanoma (sem bordas perláceas, multiplicidade de cores, mais irregular); ceratose seborréica (superfície graxenta, menos friável); e nevo pigmentado (menos friável, pode ter pêlos).
- *CBC esclerodermiforme*: cicatriz (história de trauma prévio, sem crescimento recente, não apresenta san-

gramento); esclerodermia (não sangra, pode estar associada a outras alterações – Ver Capítulo XX).

### Diferenciais Histológicos

- *Tricoepitelioma*: presença de cistos córneos, diferenciação folicular, ausência de reação estromal, calcificações e corpos mesenquimais papilares. Na imunohistoquímica tem CD34 positivo peritumoral.
- *Carcinoma anaxial microcístico*: diferencial de CBC esclerodermiforme tem cistos de queratina, diferenciação em ductos de glândulas sudoríparas, ausência de reação estromal.
- *Proliferação basalóide foliculocêntrica*: proliferação folicular focal, orientação vertical, superficiais e aderidos à epiderme, sem reação estromal.

## TRATAMENTO

### Aspectos Gerais

Os carcinomas basocelulares devem ser tratados após diagnóstico de certeza (anatomopatológico), uma vez que o tipo histológico poderá modificar a abordagem. A maior chance de cura desta neoplasia depende de um tratamento adequado, com sua remoção completa no primeiro tratamento, pois os tumores recidivados apresentam índices de falha terapêutica muito maiores que os primários. Para aumentar os índices de cura, principalmente nos tumores mais agressivos como os esclerodermiformes, é importante ter o controle histológico das margens no ato operatório<sup>29</sup>. Como muitos carcinomas basocelulares estão localizados na face, o aspecto estético e funcional resultante da terapêutica escolhida deve ser considerado. Além da cicatriz final, devem ser levados em conta o tempo e o desconforto do processo de reparação da ferida operatória, na escolha da modalidade terapêutica.

Vários fatores devem ser considerados antes da escolha do melhor método terapêutico para cada CBC: relacionados ao *paciente*, ao *médico*, e ao *tumor*. Além destes, é importante considerar as complicações, os resultados cosméticos, cuidados pós-tratamento, complicações, custos e taxas de recorrência relacionados com a modalidade terapêutica selecionada.

### Fatores Relacionados com o Paciente

A idade deve ser considerada, pois, enquanto os pacientes jovens tendem a ter maior preocupação

cosmética e têm menor tempo para sua recuperação, os mais idosos apresentam, freqüentemente, complicações clínicas que podem limitar a realização de alguns procedimentos. A presença de doenças congênitas, coagulopatias, imunossupressão ou outras doenças sistêmicas pode contra-indicar algumas terapêuticas.

Alguns pacientes têm a pele muito fotoenvelhecida e apresentam inúmeros tumores cutâneos, atuais e anteriores. A pele destes pacientes, que denominamos “cancerizável”, deve ser tratada com muito critério, na tentativa de remover o mínimo de pele sadia peritumoral, e o acompanhamento pós-operatório deve ser mais freqüente.

### Fatores Relacionados ao Médico

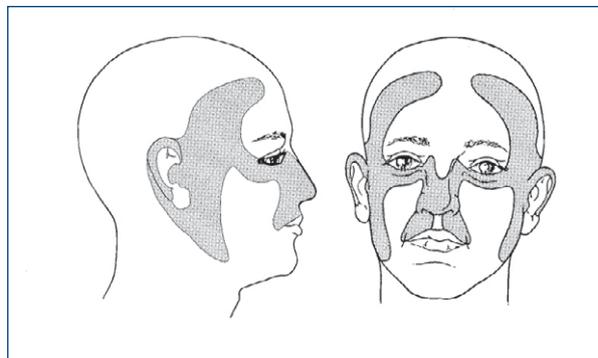
A experiência com a modalidade terapêutica é fundamental para o êxito do tratamento. O médico deve selecionar um procedimento no qual esteja bem treinado e que seja eficaz para o tratamento do CBC em questão. Há CBCs agressivos ou recidivados que requerem técnicas mais complexas para tratamento adequado, como a cirurgia micrográfica de Mohs ou a exérese com análise das margens cirúrgicas, por congelamento, no ato operatório. Para estes casos é prudente não realizar outras técnicas menos eficazes, pois apresentam altos índices de recidiva, o que ocasionará muitas complicações para o doente.

### Fatores Relacionados ao Tumor

Os tipos clínicos (esclerodermiforme), e histológicos (esclerodermiforme, basoescamoso e micronodular) mais agressivos de carcinoma basocelular e os tumores maiores que 2 cm requerem terapêuticas mais criteriosas para seu tratamento, pois apresentam maiores extensões subclínicas e têm maiores índices de recidivas<sup>1,5,7,29,30</sup>. Para exemplificar, o tipo histológico esclerodermiforme está presente em 14% dos CBCs primários e, dos CBCs recidivados, 88% são esclerodermiformes<sup>30</sup>.

Os tumores localizados na área denominada “H” da face, que abrange região frontal lateral, temporais, periauriculares, orelha, perioculares, nariz e lábios superiores (Figura 120.14), necessitam tratamento cuidadoso e especializado, pois apresentam altos índices de recidivas e importância funcional e cosmética<sup>30</sup>.

O tumor recidivado, ou seja, que já foi tratado e voltou, apresenta o pior prognóstico, com os mais altos índices de outras recidivas; isto mostra a importância de tratar adequada e definitivamente o paciente na primeira intervenção. Este tumor pode estar na superfície da cicatriz, ao seu lado, ou ter



**FIGURA 120.14** – “H” da face, áreas de maior incidência de recidivas dos carcinomas basocelulares.

crescido em profundidade antes de recidivar e tem aspecto clínico usualmente diferente do CBC típico, pode-se apresentar como úlcera, cisto ou placa pálida ao redor da cicatriz. Os CBCs com maior chance de recidivar são os com tipo histológico agressivo, invasão perineural, recidivados ou localizados no “H” da face, pois apresentam extensões subclínicas imprevisíveis e não são totalmente removidos pelas técnicas terapêuticas mais usuais. Para o tratamento destes tumores, é preconizada a cirurgia micrográfica, a única que permite a análise histológica de praticamente 100% das margens cirúrgicas do tumor e o rastreamento de suas extensões subclínicas. Esta técnica oferece os maiores índices de cura para os CBCs recidivados e permite a remoção do mínimo de pele sadia peritumoral<sup>1,5,7,18,30</sup>.

### Modalidades Terapêuticas

#### Quimioterapia Tópica

O uso do 5-fluorouracil a 5% em creme não é recomendado para o tratamento do CBC, pois destrói apenas a porção superficial do tumor, sem afetar as células profundas, o que leva a altos índices de recidivas. Além disso, seu uso pode dificultar a delimitação das margens clínicas da lesão, o que prejudica uma abordagem cirúrgica posterior.

#### Curetagem e Eletrocoagulação

É um método muito utilizado pelos dermatologistas, de execução simples e rápida. Realizada sob anestesia local, consiste na remoção das células tumorais com auxílio de uma cureta afiada, seguida pela eletrocoagulação da região com eletrocautério. Só é praticável nos tumores friáveis, como nos CBCs nodulares, nódulo-ulcerados e alguns superficiais. Devem ser realizados três ciclos de curetagem e eletrocoagulação, que incluem até 3 ou 5 mm além

das margens curetáveis, para maior segurança no tratamento do tumor (Ver Capítulo XX).

Está indicada para tumores menores que 1 cm, não localizados em áreas de risco (H da face), nem em áreas onde a retração originada pela cicatrização da ferida operatória possa trazer problemas estéticos (bordas livres: palpebrais, labiais e narinas). É contra-indicada para tumores esclerodermiformes e recidivados.

Tem a vantagem de ser de rápida realização e baixo custo, e é muito utilizada para pacientes que apresentam múltiplas lesões, como os que têm síndrome do nevo basocelular e xeroderma pigmentoso.

Tem como desvantagens cicatrização demorada e exsudativa, possibilidade de cicatriz retraída e inestética, e não permite a análise histopatológica das margens cirúrgicas.

Apresenta índices de recidiva de 7,7% no tratamento dos CBCs primários e de 40% nos recidivados<sup>1</sup>.

### Crioterapia

A crioterapia é um procedimento rápido e prático, muito utilizado pelos dermatologistas. Consiste na destruição das células tumorais pelo congelamento, utilizando geralmente o nitrogênio líquido, que pode ser aplicado em *spray* aberto ou em sondas fechadas, com o uso de aparelhagem específica (Ver Capítulo XX). São aplicados dois ou três ciclos sucessivos, com duração de 30 segundos a 1 minuto de congelamento cada, e o triplo deste tempo de descongelamento. O anel de congelamento deve ir, no mínimo, a 5 mm além das margens visíveis do tumor, para maior efetividade do tratamento. A curetagem prévia remove massa tumoral e facilita o congelamento das células mais profundas do tumor, o que aumenta a efetividade do procedimento<sup>30</sup>. O procedimento deve ser realizado sob anestesia local infiltrativa.

Está indicada para tumores menores que 1 cm, finos, não-localizados no H da face, em bordas livres, nem em áreas pilosas (risco de alopecia cicatricial). É contra-indicada para tumores recorrentes, grandes, com tipos histológicos agressivos, aderidos ao osso ou com invasão profunda.

Tem a vantagem de ser de rápida realização e baixo custo, e é muito utilizada para idosos sem condições clínicas de serem submetidos a cirurgias, pacientes que apresentam múltiplas lesões como os que têm síndrome do nevo basocelular e xeroderma pigmentoso. É muito utilizada nos tumores das pálpebras e da hélice do pavilhão auricular.

Tem como desvantagens cicatrização demorada, com edema e muita exsudação, cicatriz hipocrômi-

ca e possibilidade de cicatriz retraída e inestética. Não permite a análise histopatológica das margens cirúrgicas.

Apresenta índices de recidiva de 7,5% no tratamento dos CBCs primários e maiores que 13% nos recidivados<sup>1</sup>.

### Excisão Cirúrgica

É o método-padrão para o tratamento dos carcinomas basocelulares. A cirurgia pode ser realizada no consultório médico, sob anestesia local infiltrativa. A curetagem pré-operatória ajuda na melhor delimitação do tumor e pode ser realizada antes da marcação das margens de segurança, sobretudo nos tumores friáveis. As margens de ressecção devem ser suficientes para a retirada completa do tumor e serão mais amplas quanto maiores as possibilidades de extensões subclínicas do tumor. Para os CBCs primários, menores que 2 cm de diâmetro, com subtipo não-agressivo, 4 mm de margens são suficientes para a retirada completa de 95% dos tumores<sup>31</sup>. Para os tumores mais agressivos ou maiores que 2 cm de diâmetro, que têm maiores extensões subclínicas, margens de mais de 13 mm podem ser necessárias. Como regra geral para os CBCs sólidos ou superficiais, com menos que 1 cm de diâmetro, primários, na face, retirada com no mínimo 3 mm de margens; no corpo e na face, primários, sólidos ou superficiais, com menos de 2 cm, 5 mm de margens. A profundidade da retirada deve ser até o tecido subcutâneo ou a camada mais profunda que possa estar acometida. Para aumentar a acurácia da cirurgia, pode ser realizada a análise intra-operatória das margens cirúrgicas. A reconstrução da ferida operatória poderá ser feita por segunda intenção, sutura direta, enxertos ou retalhos (ver Capítulos XX e XX).

Caso haja dúvidas quanto à retirada completa do tumor, convém: deixar cicatrizar por segunda intenção (se houver tumor residual, a recidiva logo será detectada); colocar enxerto sobre a ferida (quanto mais fino o enxerto, mais fácil será a detecção da recidiva); evitar realizar sutura direta (pode haver sepultamento do tumor, dificultando a detecção de recidivas); não proceder retalhos (além de sepultar as células tumorais, pode promover sua disseminação e desestruturar anatomicamente a região, o que dificultará abordagem futura).

É a técnica terapêutica mais indicada para a maioria dos CBCs, exceto para os tumores agressivos, em áreas anatômicas com maior chance de recidivas e CBCs recidivados, nas quais as técnicas que permitem a avaliação intra-operatória das margens, como a cirurgia micrográfica, estão mais indicadas.

Tem como vantagens permitir a análise histológica das margens cirúrgicas, ser prática e rápida, oferecer bons resultados estéticos e funcionais e ter curto período de cicatrização.

Tem como desvantagens a necessidade de equipamentos e local adequado à sua realização, o custo um pouco mais elevado que o da criocirurgia e da curetagem com eletrocoagulação.

Apresenta índices de recidivas de 3,2% a 10% para os CBCs primários e de 11,6% a 17,4% para os recidivados<sup>1,30</sup>.

Quando o exame histopatológico evidencia margens comprometidas, não há consenso na literatura se a melhor abordagem é aguardar a recidiva (que ocorre em 17% a 58% dos casos) ou reoperar imediatamente. Aguardar a recidiva é mais apropriado para os CBCs com apenas as margens laterais comprometidas (menor chance de recidiva), de subtipo histológico pouco agressivo, não-recorrente e que não esteja em áreas anatômicas críticas. Reoperar imediatamente, entretanto, é mais apropriado para os CBCs com margem profunda comprometida, de subtipo histológico agressivo, recidivados ou que comprometam áreas anatômicas críticas. Nestes casos o método de escolha para o retratamento deve ser a excisão com controle histológico das margens ou a cirurgia micrográfica.

### **Cirurgia Micrográfica**

A cirurgia micrográfica consiste na remoção do tumor e no mapeamento preciso da ferida operatória, seguidos por análise histológica detalhada da totalidade das margens cirúrgicas. Caso haja alguma margem comprometida, ela será identificada, mapeada e uma nova fase de remoção e análise será realizada, apenas na região afetada. São realizadas fases sucessivas até a remoção completa do tumor. Esta técnica oferece os maiores índices de cura, inclusive para os CBCs mais complexos; além de permitir a máxima preservação dos tecidos sadios peritumorais<sup>1</sup>.

Há três tipos de cirurgia micrográfica: Mohs (a mais utilizada e publicada); Flouder (analisa as margens de segurança de retirada mais ampla, não permite preservar muito tecido sadio); Munich (análise de cortes paralelos à epiderme, com intervalos de 150 a 200 µm, menos sensível que as outras técnicas micrográficas)<sup>30</sup>.

A cirurgia micrográfica de Mohs (CMM) é realizada em ambulatório ou centro cirúrgico, sob anestesia local ou sedação. Após curetagem ou remoção do tumor nas suas margens visíveis (este material não será analisado nesta técnica), uma camada de tecido com 2 a 3 mm das bordas da ferida é retirada

e suas margens são mapeadas e completamente analisadas histologicamente. São realizadas fases sucessivas até a remoção completa do tumor. A reparação da ferida é realizada com sutura direta, retalho, enxerto ou segunda intenção, no mesmo ato operatório (Ver Capítulo XX).

A principal diferença entre a excisão cirúrgica convencional com análise das margens cirúrgicas no intra-operatório por congelação e a cirurgia micrográfica de Mohs é o método de análise; enquanto na cirurgia micrográfica são avaliadas praticamente 100% das margens, na avaliação convencional menos que 1% das margens são analisadas. A análise histopatológica intra-operatória, com cortes a cada 4 mm, pela técnica de “pão de forma”, é apenas 44% sensível para detectar tumor residual na margem cirúrgica<sup>32</sup>.

A CMM está indicada especialmente para os CBCs com comprometimento profundo ou invasão perineural, incompletamente removidos, com margens clínicas mal delimitadas, subtipos histológicos agressivos, como micronodular e esclerodermiforme, tumores recorrentes, localizados na zona H da face e maiores que 2 cm de diâmetro.

Tem como vantagens oferecer os maiores índices de cura, preservar o máximo de tecido sadio peritumoral, analisar completamente as margens cirúrgicas no ato operatório, ter bons resultados estéticos e funcionais com curto período de cicatrização.

Tem como desvantagens tempo operatório prolongado, ser mais trabalhosa, ter custo inicial mais elevado (em longo prazo, entretanto, o custo é semelhante ao da excisão simples, pois tem dez vezes menos recidiva e necessidade de reoperar)<sup>33</sup>, necessidade de material especializado e equipe treinada<sup>30</sup>.

Apresenta índices de recidivas de 1% para os CBCs primários e de 2% a 7% para os recidivados<sup>1,30</sup>.

### **Radioterapia**

A radioterapia é a aplicação de radiação concentrada, na área do tumor e nas margens de segurança (Ver Capítulo XX). São realizadas sessões sucessivas, com visitas ao centro de radiologia duas a três vezes por semana, até que a dose total estipulada (cerca de 3.400 cGy) seja atingida. Oferece bons índices de cura com taxas de recidiva variando de 6% a 10%<sup>7</sup>. Não permite o controle histológico das margens do tumor. Os CBCs recidivados após radioterapia são mais agressivos, e parece que a irradiação é a responsável pela piora do comportamento do tumor. O aspecto cosmético inicial da área tratada é bom, sobretudo nas pálpebras, no nariz, nos lábios e orelhas; porém, após alguns anos, ocorre radiodermite, o que contra-indica esta modalidade de tratamento

para pacientes jovens. Também está contra-indicada na síndrome do nevo basocelular, nos CBCs agressivos e infiltrativos. Sua utilização mais freqüente é para pacientes idosos, sem condições cirúrgicas, tumores muito grandes que inviabilizam a remoção cirúrgica e pós-operatório nos CBCs agressivos com infiltração perineural. Seu custo é alto e são necessárias várias visitas ao hospital.

### Terapia Fotodinâmica (TFD)

A TFD é um tratamento alternativo para os CBCs superficiais. Uma substância que terá ação fotossensibilizante (ácido aminolevulínico - ALA) é incorporada à pele (aplicação tópica ou sistêmica), seguida de irradiação por uma fonte de luz (*laser*, luz intensa pulsada ou luz visível) que promove a destruição tecidual nas áreas que contêm o fotossensibilizante (Ver Capítulo XX). O ALA é transformado em protoporfirina IX nas células da epiderme, folículos pilosebáceos e, em maior concentração, nos tumores e ceratoses actínicas. Apresenta resultados estéticos bons e índices de cura promissores para os CBCs primários, pequenos e superficiais. Ocorre eritema, ardor na aplicação e formação de crostas na evolução. Não permite avaliação histológica das margens e tem alto custo.

Devido à maior seletividade do ALA pelas células tumorais e à fluorescência da protoporfirina quando exposta à luz UV, as áreas comprometidas pelo tumor ficam mais nítidas e suas margens mais evidentes sob a luz de Wood. Este método é denominado “diagnóstico fotodinâmico”.

### Imiquimod 5% Creme

O imiquimod é um modificador da resposta imune, de uso tópico, que estimula o sistema imune inato (induz produção de interferon e outras citocinas) e a imunidade celular (estimula células T). Ainda não há padronização da posologia nem definição dos índices de cura. Há relatos do uso do imiquimod, diariamente ou cinco vezes por semana, por 6 semanas, para o tratamento CBCs primários, superficiais e sólidos, com índices de cura após 12 semanas de 73% a 75%. Ocorre eritema, edema, formação de crostas e até ulceração do tumor. Estes índices são muito mais baixos que os obtidos com as outras técnicas, e o imiquimod ainda não pode ser considerado como opção terapêutica primária para o tratamento do CBC.

### 5-Fluorouracil Tópico

Promove a destruição das células superficiais do tumor, mas não das profundas, o que o contra-indica

para o tratamento dos CBCs. Pode ser utilizado, às vezes, nos tumores superficiais na síndrome do nevo basocelular.

### Infiltração Intralesional

O uso de alfa-interferon intralesional oferece índices de cura de 80% e efeitos colaterais similares aos da gripe; tanto o alfa como o beta-interferon e a interleucina intralesionais ainda estão em fase de estudos.

### Quimioterapia

Utilizada no manejo de doença local incontrolável e nos pacientes com CBCs metastáticos, que são raros e fatais.

### Tratamentos Paliativos

Úteis para melhorar a qualidade de vida dos pacientes, portadores de tumores que não podem ser eficazmente tratados.

### Retinóides

Podem reduzir o surgimento de novos CBCs na síndrome do nevo basocelular, porém não diminuem o tamanho dos CBCs já instalados. São necessárias altas doses, por longos períodos, e novos CBCs voltam a se formar com a suspensão da terapia, o que põe em discussão sua utilidade na prática diária.

### Prognóstico

O prognóstico dos CBCs é geralmente bom, principalmente se diagnosticados precocemente e tratados adequadamente. Porém, estes tumores não podem ser subestimados pelo seu baixo índice de metástases, uma vez que condutas inadequadas em um CBC inicial de bom prognóstico poderão transformá-lo em uma lesão de alto risco, agressiva e de tratamento complexo, piorando a morbidade e a mortalidade do paciente. Estes problemas ocorrem principalmente em áreas do “H” da face, como no nariz, quando o pensamento estético se sobrepõe ao tumoral e é realizado tratamento pouco agressivo ou com remoção de margens inadequadas, levando à recidiva do tumor.

### Metástases

Metástases apesar de raras, em 0,0028% a 0,1% dos CBCs, podem ocorrer, com disseminação linfática e hematogênica, principalmente para linfonos

dos regionais, ossos pulmões e fígado. Os fatores de risco para metástases são lesões negligenciadas ou refratárias aos tratamentos; lesões maiores que 3 cm; lesões recidivadas; invasão perineural ou vascular; infiltração profunda do tumor; tipo histológico metatípico ou esclerodermiforme; radioterapia prévia; lesões nas orelhas e no couro cabeludo, tumores com

diferenciação neuroendócrina. Quando com metástases, a sobrevida em 5 anos é de apenas 10%<sup>34</sup>.

### Seguimento e Prevenção

O acompanhamento dos pacientes é muito importante para detecção precoce de recidiva; detecção

Tabela 120.2

**CARCINOMA BASOCELULAR PRIMÁRIO: INFLUÊNCIA DO TIPO DE TUMOR, TAMANHO (GRANDE ≥ 2 CM) E LOCAL NA SELEÇÃO DAS FORMAS DE TRATAMENTO DISPONÍVEIS<sup>1</sup>**

<i>Carcinoma Basocelular</i> • <i>Histologia</i> • <i>Tamanho</i> • <i>Local</i>	<i>Terapia tópica</i> <i>Incluindo Terapia</i> <i>Fotodinâmica</i>	<i>Curetagem +</i> <i>Eletrocoagulação</i>	<i>Radioterapia</i>	<i>Criocirurgia</i>	<i>Excisão</i>	<i>Cirurgia</i> <i>Micrográfica</i> <i>de Mohs</i>
Superficial, pequeno Área de baixo risco	*	**	?	**	?	X
Nodular, pequeno Área de baixo risco	-	**	?	**	***	X
Esclerodermiforme, pequeno Área de baixo risco	-	*	*	*	***	?
Superficial, grande Área de baixo risco	*	**	*	***	*	?
Nodular, grande Área de baixo risco	X	**	**	**	***	?
Esclerodermiforme, grande Área de baixo risco	X	-	*	*	***	**
Superficial, pequeno Área de alto risco	X	*	**	**	***	*
Nodular, pequeno Área de alto risco	X	*	**	**	***	**
Esclerodermiforme, pequeno Área de alto risco	X	-	*	*	**	***
Superficial, grande Área de alto risco	X	-	**	*	**	**
Nodular, grande Área de alto risco	X	X	**	*	**	***
Esclerodermiforme, grande Área de alto risco	X	X	*	X	*	***

\*\*\* Provável tratamento de escolha;  
 \*\* geralmente boa opção;  
 \* geralmente escolha satisfatória;  
 ? razoável mas não normalmente necessário;  
 - geralmente má escolha;  
 x provavelmente não deverá ser utilizada.

e tratamento precoces de novos tumores (quem já teve um CBC tem altas chances (36% em 5 anos) de desenvolver um novo tumor primário); educação do paciente (fotoproteção, reconhecimento de novas lesões). A maioria dos tumores recidiva dentro de 5 anos, porém como os pacientes têm muitas chances

de desenvolver novos tumores, devem ser acompanhados por toda a vida, especialmente aqueles com lesões de alto risco ou múltiplas.

A detecção precoce e o tratamento apropriado das recidivas e dos novos tumores aumentarão a cura e minimizarão a morbidade.

Tabela 120.3

**CARCINOMA BASOCELULAR RECIDIVADO: INFLUÊNCIA DO TIPO DE TUMOR, TAMANHO (GRANDE  $\geq$  2 CM) E LOCAL NA SELEÇÃO DAS FORMAS DE TRATAMENTO DISPONÍVEIS<sup>1</sup>**

<i>Carcinoma Basocelular</i> • <i>Histologia</i> • <i>Tamanho</i> • <i>Local</i>	<i>Terapia tópica</i> <i>Incluindo Terapia</i> <i>Fotodinâmica</i>	<i>Curetagem +</i> <i>Eletrocoagulação</i>	<i>Radioterapia</i>	<i>Criocirurgia</i>	<i>Excisão</i>	<i>Cirurgia</i> <i>Micrográfica</i> <i>de Mohs</i>
Superficial, pequeno Área de baixo risco	X	*	*	**	***	?
Nodular, pequeno Área de baixo risco	X	**	**	**	***	?
Esclerodermiforme, pequeno Área de baixo risco	X	-	**	**	***	*
Superficial, grande Área de baixo risco	X	*	**	***	*	*
Nodular, grande Área de baixo risco	X	-	*	*	***	*
Esclerodermiforme, grande Área de baixo risco	X	-	*	*	**	**
Superficial, pequeno Área de alto risco	X	-	*	*	**	**
Nodular, pequeno Área de alto risco	X	-	*	*	***	**
Esclerodermiforme, pequeno Área de alto risco	X	X	*	*	**	***
Superficial, grande Área de alto risco	X	X	*	-	**	**
Nodular, grande Área de alto risco	X	X	*	-	**	***
Esclerodermiforme, grande Área de alto risco	X	X	*	-	*	***

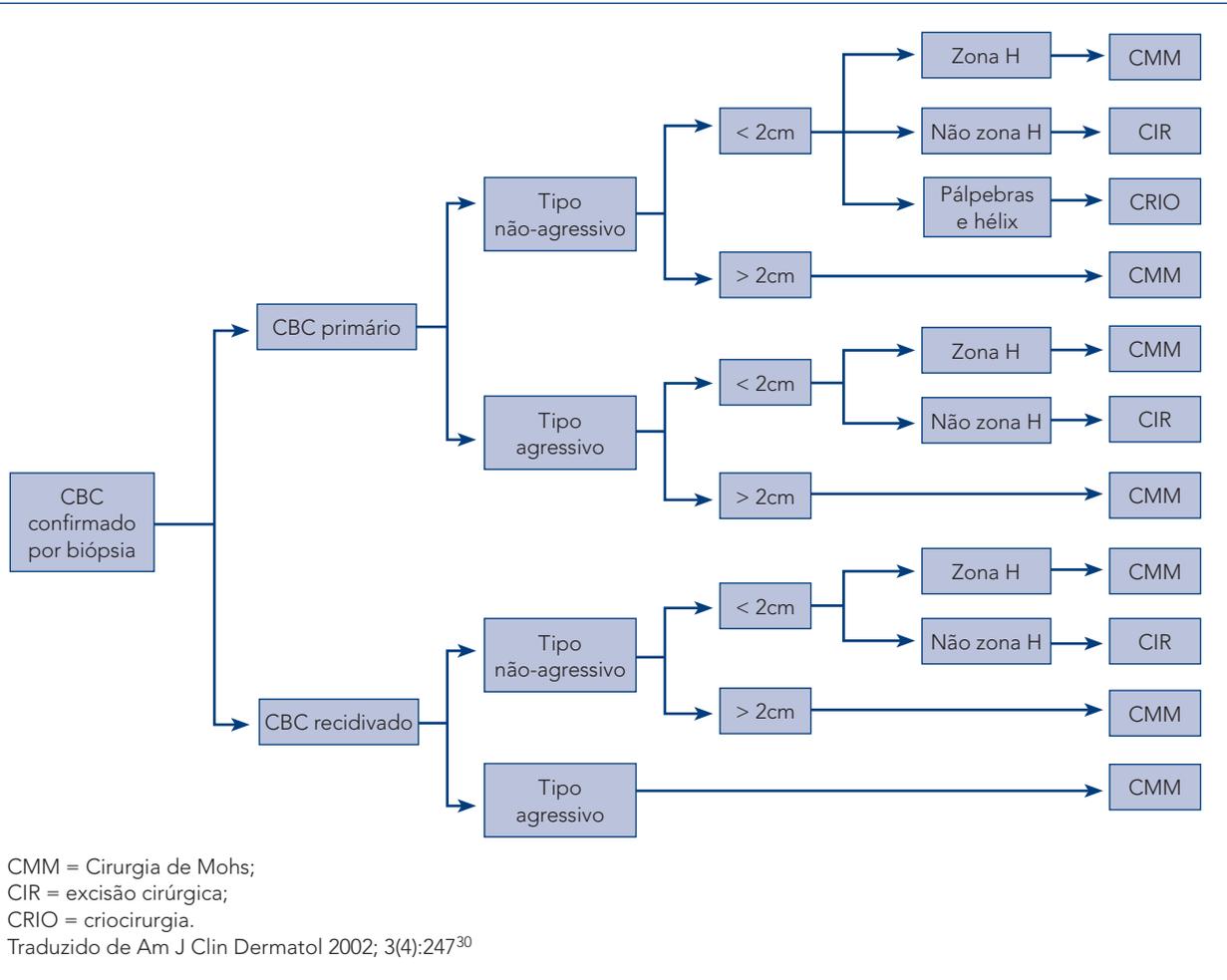
\*\*\* *Provável tratamento de escolha;*

\*\* *geralmente boa opção;*

\* *geralmente escolha satisfatória;*

? *razoável mas não normalmente necessário;*

- *geralmente má escolha; x provavelmente não deverá ser utilizada.*



**FIGURA 120.15** – Fluxograma de tratamento dos carcinomas basocelulares. Alternativas para os pacientes com contra-indicações para intervenção cirúrgica ou criocirurgia: radioterapia, curetagem + eletrocoagulação (CBC < 1 cm) e terapia fotodinâmica (experimental)<sup>30</sup>.

As medidas de fotoproteção físicas e químicas, incluindo mudanças dos hábitos de fotoexposição, são de grande importância como preventivas dos CBCs, uma vez que as queimaduras solares são fatores muito importantes na etiologia do CBC.

## RESUMO

- O carcinoma basocelular é o câncer mais comum na raça humana.
- Tem como fatores de risco a fotoexposição, síndromes genéticas, exposição a carcinógenos e lesões crônicas.

- A avaliação e o manejo incluem exame clínico, biópsia das lesões suspeitas, terapia adequada baseada nas características clínicas e histológicas, orientações aos pacientes e familiares e exames clínicos frequentes de acordo com os fatores de risco.
- Deve ser tratado com radicalidade oncológica, pois o tratamento inicial inadequado piora muito a morbidade e a mortalidade.
- Pode ser adequadamente tratado pelo dermatologista.
- O prognóstico melhorou muito devido ao diagnóstico precoce e à instituição de tratamentos adequados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Telfer NR, Colver GB, Bowers PW. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. *British Journal of Dermatology* 1999;141:415-23.
2. Breuninger H, Dietz K. Prediction of subclinical tumor infiltration in basal cell carcinoma. *J Dermatol Surg Oncol* 1991;17:574-8.
3. LoJS, Snow SN, Reizner GT, XXX, XXX, XXX *et al*. Metastatic basal cell carcinoma report of twelve cases with a review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 1991;24:715-9.
4. Jacob A. Observations respecting an ulcer of peculiar character, which attacks the eyelids and other parts of the face. *Dublin Hospital Reports and Communications in Medicine and Surgery* 1827;4:232-9.
5. Wennberg A. Basal Cell Carcinoma-New Aspects of Diagnosis and Treatment. *Acta Dermatol Venereol* 2000;Supp 209:5-25.
6. Krompecher E. *Der Basalzellenkrebs*. Jena: Gustav Fischer, 1903.
7. Kopke LFF, Schimdt SM. Carcinoma basocelular. *An Bras Dermatol* 2002;77(3):249-85.
8. Mohs FE. Chemosurgery: a microscopically controlled method of cancer excision. *Arch Surg* 1941;42:279-95.
9. Mohs FE. Chemosurgical treatment of cancer of the face. *Arch Dermatol Syphilol* 1947;56:143-56.
10. Mohs FE. Chemosurgery for skin cancer: fixed tissue and fresh tissue techniques. *Arch Dermatol* 1976;112:211-5.
11. Hannuksela-Svahn A, Pukkala E, Karvonen J. Basal cell skin carcinoma and other nonmelanoma skin cancers in Finland from 1956 through 1995. *Arch dermatol* 1999;135:781-6.
12. Miller DL, Weinstock MA. Nonmelanoma skin cancer in the United States: incidence. *J Am Acad Dermatol* 1991;30:771-8.
13. Stern RS. The mysteries of geographic variability in non-melanoma skin cancer incidence (editorial). *Arch Dermatol* 1999;135:843-4.
14. Wong CSM, Strange RC, Lear JT. Basal cell carcinoma. *BMJ* 2003;327:794-8.
15. Zanetti R, Tumino R. Ultraviolet radiation and skin tumors. *Med Lav* 1998;89(2):142-8.
16. Miller SJ. Biology of basal cell carcinoma (Part 1). *J Am Acad Dermatol* 1991;24(1):1-13.
17. Vlajinac HD, Adanja BJ, Lazar ZF, XXX, XXX, XXX *et al*. Risk factor for basal cell carcinoma. *Acta Oncologica* 2000;39:611-6.
18. Miller SJ, Moresi M. Actinic keratosis, basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini R, *et al*. *Dermatology*. London: Mosby, 2003:1677-96.
19. Ponten F, Lundeberg J. Principles of tumor biology and pathogenesis of BCCs and SCCs. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini R, *et al*. *Dermatology*. London: Mosby, 2003:1663-76.
20. Tsukamoto H, Hayashibe K, Mishima Y, Ichihashi M. The altered expression of alpha-smooth muscle actin in basal cell epithelioma and its surrounding stroma: with special reference to proliferating cell nuclear antigen expression and adeno differentiation. *Br J Dermatol* 1994;130:189-94.
21. Christian MM, Moy RL, Wagner RF, Yen-Moore A. A correlation of alpha-smooth muscle actin and invasion in micronodular basal cell carcinoma. *Derm Surg* 2001;27(5):441-5.
22. De Rosa G, Barra E, Stainbano S, XXX, XXX, XXX *et al*. Fibronectin, laminin, type IV collagen distribution, and myofibroblastic stromal reaction in aggressive and nonaggressive basal cell carcinoma. *Am J Dermatopathol* 1994;16:258-67.
23. Brown CI, Perry AE. Incidence of perineural invasion in histologically aggressive types of basal cell carcinoma. *Am J Dermatopathol*. 2002;22:123-5.
24. Jones MS, Maloney ME, Billingsley EM. The heterogeneous nature of in vivo basal cell carcinoma. *Dermatol Surg* 1998;24:881-4.
25. Presser SE, Taylor JR. Clinical diagnostic accuracy of basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1987;16:988-90.
26. Menzies SW, Westerhoff K, Rabinovitz H, Kopf AW, McCarthy WH, Katz B. Surface microscopy of pigmented basal cell carcinoma. *Arch Dermatol* 2000;136(8):1012-6.
27. Gonzales S, Tannous Z. Real-time, in vivo confocal reflectance microscopy of basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 2002;47(6):869-74.
28. Bakis S, Irwig W, Wood G, Wong D. Exfoliative cytology as a diagnostic test for basal cell carcinoma: a meta-analysis. *Br J Dermatol* 2004;150(5):829-36.
29. Salasche SJ, Amonette RA. morpheaform basal-cell epitheliomas a study of subclinical extensions in a series of 51 cases. *J Dermatol Surg Oncol* 1981;7(5):387-94.
30. Kuijpers DIM, Thissen MRTM, Neumann MHA. Basal Cell Carcinoma Treatment options and prognosis, a scientific approach to a common malignancy. *Am J Clin Dermatol* 2002;3(4):247-59.
31. Wolf DJ, Zitelli JA. Surgical margins for basal cell carcinoma. *Arch Dermatol* 1987;17:574-8.
32. Kimyai-Asadi A, Goldberg LH, Jih MH. Accuracy of serial transverse cross-sections in detecting residual basal cell carcinoma at the surgical margins of an elliptical excision specimen. *J Am Acad Dermatol* 2005;53:469-74.
33. Cook J, Zitelli JA. Mohs micrographic surgery: a cost analysis. *J Am Acad Dermatol* 1998;39:698-703.
34. Harwood M, Wu H, Tanabe K, Bercovitch L. Metastatic basal cell carcinoma diagnosed by sentinel lymph node biopsy. *J Am Acad Dermatol* 2005;53:475-8.

