

## Carcinoma Basocelular

*Sociedade Brasileira de Dermatologia*

---

**Elaboração Final:** 11 de Julho de 2002

**Autoria:** Tovo LFR, Festa Neto C, Castro CVB, Sampaio SAP

---

---

*O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.*

## **MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:**

Esta publicação tem como finalidade incorporar as melhores bases de dados disponíveis à época de sua execução. No entanto, estes dados devem ser interpretados cuidadosamente, os resultados de estudos futuros podem levar à alterações nas conclusões ou recomendações sugeridas por este documento. Foram utilizados principalmente as bases de dados da British Association of Dermatologists (BAD)<sup>1</sup>(D) e da National Comprehensive Cancer Network (NCCN)<sup>2</sup> (D).

## **GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:**

- A:** Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência.
- B:** Estudos experimentais e observacionais de menor consistência.
- C:** Relatos ou séries de casos.
- D:** Publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

## **OBJETIVOS:**

Esta diretriz destina-se à abordagem prática e atualizada do paciente portador de carcinoma basocelular.

## INTRODUÇÃO

O carcinoma basocelular (CBC) ou epiteloma basocelular é o tumor maligno cutâneo localmente invasivo com maior incidência em indivíduos de pele clara (caucasianos)<sup>1</sup>(D).

O CBC invade os tecidos contíguos por expansões digitiformes irregulares<sup>1</sup>(D). É constituído por células que se assemelham à células basais da epiderme; estas células neoplásicas originam-se de células epiteliais imaturas pluripotentes da camada basal da epiderme e mais raramente de partes do complexo cutâneo pilo-sebáceo ou outros apêndices cutâneos<sup>3</sup>(D).

Metástases de CBC são extremamente raras e os casos em que estas foram descritas são exceções<sup>1,3</sup>(D); sua morbidade está relacionada com a invasão tecidual podendo invadir e destruir tecidos adjacentes à pele, inclusive cartilagem e osso<sup>1,3</sup>(D). Pelo fato da maioria dos tumores localizarem-se em áreas de foto-exposição, principalmente cabeça e pescoço, esta agressividade mencionada pode levar ao desfiguramento ou perda de função de estruturas importantes, quando não tratado<sup>3</sup>(D).

## INCIDÊNCIA

É a mais freqüente das neoplasias cutâneas, podendo representar 65% do total de casos<sup>3</sup>(D). A etiologia do CBC está relacionada à exposição a radiação ultravioleta e com menor freqüência a outros fatores, como irradiações radioterápicas e absorção de compostos arsenicais. A população de risco para o CBC são pessoas de pele clara, com dificuldade para adquirir “bronzamento” e predisposição para queimaduras solares. A exposição à radiação solar intensa e prolongada aumenta o risco no desenvolvimento desta neoplasia<sup>1,3</sup>(D). Indivíduos que apresentaram uma lesão de CBC têm aumentado o risco de desenvolver subsequentes lesões de CBC em outros locais<sup>4,5</sup>(B).

## CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

- Clínicos:

O tipo clínico mais comum é o epitelíoma basocelular nódulo-ulcerativo, que inicialmente apresenta-se como pápula rósea perlácea crescendo progressivamente a nódulo, com posterior ulceração central, recoberta de crosta, podendo sangrar de forma episódica; as bordas são geralmente cilíndricas, translúcidas, mostrando formações perláceas e eventualmente finas teleangiectasias<sup>3</sup>(D). A progressão do quadro pode ser por extensão em superfície, às vezes com cicatrização central (forma planocicatricial), ou em profundidade, com invasão e destruição de tecidos (músculo, cartilagem, osso), ou outras estruturas (forma terebrante)<sup>3</sup>(D). A evolução pode ser centralmente proliferativa denominada de forma vegetante<sup>3</sup>(D).

O tipo esclerosante caracteriza-se por placa branco amarelada, escleroatrófica, dura, lisa e eventualmente teleangiectásica, com bordas mal definidas, lembrando a esclerodermia. Apresenta evolução lenta sem ulceração<sup>3</sup>(D).

O tipo superficial ou pagetóide consiste de lesões múltiplas, eritemato-escamosas, discretamente infiltradas, emolduradas por bordas irregulares e ligeiramente elevadas, com localização preferencial no tronco, lembrando eczema seborréico, psoríase, lúpus eritematoso, doença de Bowen ou de Paget<sup>3</sup>(D).

O CBC pigmentado é a forma nódulo-ulcerativa com pigmentação melânica e faz diagnóstico diferencial com o melanoma<sup>3</sup>(D).

- Laboratoriais:

O exame anatomopatológico confirma o diagnóstico do CBC. A conduta com relação à biópsia varia entre diferentes autores. Em alguns casos está indicada a biópsia parcial (incisional, por “punch”, ou “shaving”) para confirmação diagnóstica antes do tratamento definitivo (apresentado a seguir). Em outros casos o material retirado é enviado para exame histológico, finalizando-se o tratamento de forma subsequente<sup>3,6</sup>(D).

## FATORES DE RISCO

Os CBCs podem ser divididos relativamente em duas categorias, considerando-se os fatores prognósticos de baixo risco e alto risco para recidiva (Tabela 1)<sup>1-3,6</sup>(D). Estes critérios permitem ao médico escolher a forma de tratamento mais apropriada.

### Áreas:

“A” (alto risco para recidiva) - região centro-médio facial, palpebral, sobranceiras, periorbital, nasal, labial (cutâneo-mucosa), mentoniana, mandibular, pré e retro-auricular, sulcos nasogenianos, epicanto medial, temporal, pavilhão auricular, genitais, pés e mãos.

“M” (risco médio para recidiva) - região médio-facial, frontal, pescoço, couro cabeludo.

“B” (baixo risco de recidiva) - tronco e membros.

## TRATAMENTO

Preferencialmente, o tratamento do CBC deve ser precedido de biópsia para confirmação diagnóstica e determinação das características

Tabela 1

Fatores de risco para recidiva do carcinoma basocelular		
Critérios clínicos de risco	Baixo risco	Alto risco
Localização/dimensões	Área B < 20mm Área M < 10mm Área A < 6mm	Área B ≥ 20mm Área M ≥ 10mm Área A ≥ 6mm
Bordas	Bem definidas	Mal definidas
CBC Primário X Recidiva	Primário	Recidiva
Paciente imunossuprimido	Não	Sim
CBC em área submetida à radioterapia	Não	Sim
Critérios histológicos de risco		
Subtipo histológico	Sólido: adenocístico, padrão expansivo, queratósico	Esclerodermiforme Sólido Infiltrativo Muticêntrico* Micronodular Metatípico Escamoso atípico
Envolvimento peri-neural	Não	Sim

\*Subtipo histológico considerado de risco para recidiva, mais pela incapacidade de definição de margens, que pelo tipo histológico.

histológicas do tumor. Quando não realizada, o material retirado deve ser encaminhado para exame anatomopatológico<sup>3</sup>(D).

Os critérios de risco mencionados para o CBC são fatores preditivos importantes no seu tratamento. O dermatologista precisa estar seguro na escolha do método cirúrgico para o tratamento do CBC, pois a cura do CBC recidivado nem sempre é possível e quando ocorre é obviamente mais mutilante<sup>1-3,6</sup>(D).

Uma vez estabelecido o diagnóstico do CBC, o tratamento deve ser discutido com o paciente, considerando-se seu estado geral, idade, me-

dicamentos em uso e outros dados que possam influenciar na decisão da escolha do método terapêutico<sup>1</sup>(D).

O tratamento ideal é a remoção completa do tumor com margens livres de comprometimento neoplásico, no entanto, em casos excepcionais como pacientes idosos e com estado geral muito comprometido, tratamentos menos agressivos podem ser considerados, principalmente em tumores de baixo risco. A disponibilidade dos diferentes recursos locais e experiência de quem aborda o caso, definirão a melhor estratégia terapêutica<sup>1</sup>(D).

## TÉCNICAS DE TRATAMENTO

### Cirúrgico:

- Curetagem e eletro-cirurgia (C&E):

O tratamento consiste na remoção da massa friável tumoral até o limite de pele normal através da curetagem e posteriormente confere-se uma margem adicional através da destruição tecidual pelo eletrocautério, o procedimento pode ser repetido (uma vez ou duas) para conferir maior segurança no tratamento. Esta técnica também é utilizada associada à criocirurgia, ou precedendo outra técnica de tratamento<sup>3</sup>(D).

Existem muitas variações sobre esta técnica e o número de ciclos de tratamento; a experiência na utilização deste procedimento<sup>7</sup>(C) e a seleção apropriada dos casos é crucial para o sucesso terapêutico<sup>1</sup>(D).

C&E está melhor indicada para o tratamento de lesões de baixo risco (pequenas, primárias, bem delimitadas, com padrão histológico não agressivo e em locais de baixo risco)<sup>8-11</sup>(C), quando nestas circunstâncias os índices de cura chegam a 97%<sup>8</sup>(C). A C&E não é recomendada para o tratamento de tumores recidivados<sup>12</sup>(C), esclerodermiformes e tumores em locais de alto risco na face como: região nasal, sulco nasogeniano e ao redor dos olhos (peri-orbital)<sup>7,9,10,13-15</sup>(C), além de áreas ricas em glândulas sebáceas (couro cabeludo)<sup>3</sup>(D), embora algumas publicações refiram resultados aceitáveis para estes tumores<sup>16</sup>(C).

O tamanho do tumor é um fator preditivo importante, pois a recidiva aumenta dramaticamente quando relacionada com as dimensões tumorais<sup>1</sup>(D).

Uma revisão de literatura de estudos publicados desde 1947 sugere um índice de 93% para sucesso terapêutico em cinco anos de seguimento, no tratamento de CBC primário por C&E<sup>17</sup>(C). No entanto, estudo similar com revisão desde 1945 sugere 60% para sucesso terapêutico em seguimento de cinco anos, para CBCs recidivados tratados por C&E, demonstrando que a C&E tem pouca utilidade no tratamento do CBC recidivado, especialmente em áreas de maior risco<sup>14</sup>(D).

- Criocirurgia:

A criocirurgia produz a redução da temperatura, através do uso de *spray* de nitrogênio líquido, a níveis de destruição das células tumorais<sup>3</sup>(D). Esta técnica é amplamente utilizada no tratamento de lesões isoladas ou múltiplas de CBC. As técnicas variam consideravelmente: usando o *spray* de nitrogênio líquido aberto ou fechado, com ciclo de congelamento simples, duplo ou triplo<sup>18</sup>(C). Monitores de temperatura no subcutâneo são eventualmente utilizados<sup>19</sup>(C).

Várias séries de estudos com ampla casuística excluem especificamente o uso de crioterapia para o tratamento do CBC de alto risco, enfatizando a importância da seleção apropriada dos casos de CBC, com histologia de padrão não agressivo e fora de locais críticos na face, a fim de conseguir altos índices de cura para esta técnica<sup>15,20-22</sup>(B).

Apesar destas evidências, autores consideram que a criocirurgia possa ter indicações no tratamento de alguns casos de CBC no pavilhão auricular, pela resistência tecidual da cartilagem ao congelamento<sup>3</sup>(D).

Embora existam trabalhos na literatura oftalmológica<sup>23-25</sup>(C) recomendando o uso de criocirurgia para CBC na região periocular, neste local podem ocorrer defeitos de pele total nas pálpebras, que podem resultar em transtornos estéticos e/ou funcionais, que demandem correções plásticas adequadas<sup>23</sup>(C).

O uso C&E precedendo de forma imediata a criocirurgia pode aumentar os índices de cura para o CBC<sup>26</sup>(D).

A crioterapia é pouco indicada para o tratamento do CBC recidivado<sup>17</sup>(C).

O pós-operatório e a cicatrização da ferida cirúrgica, promovida pela criocirurgia, geralmente é mais complicado do que ocorre em outras técnicas. No entanto, este procedimento é bem tolerado, podendo ser executado de forma ambulatorial, com bons resultados cosméticos quando selecionado para locais anatômicos adequados<sup>27</sup>(B). É interessante prevenir o paciente sobre o edema pós-tratamento e também eventual hipocromia residual no processo cicatricial<sup>3</sup>(D).

- Laser (dióxido de carbono):

A cirurgia a laser consiste na vaporização de tecido neoplásico. Não é usada de forma freqüente no tratamento de CBC, com pouca literatura no seguimento de pacientes tratados por esta técnica. Está indicado para lesões de baixo risco. Quando combinado com a curetagem, pode ser útil no tratamento de lesões de CBC superficial (extensas ou múltiplas) e pode também ser usado como instrumento de corte para cirurgia excisional e hemostasia<sup>28,29</sup>(C).

- Excisão:

O objetivo precípua desta técnica é a remoção completa do tumor com margens livres de comprometimento neoplásico<sup>1</sup>(D). Basearemos a discussão desta técnica nos seguintes tópicos:

- CBC primário (sem tratamento prévio):

A excisão cirúrgica é altamente efetiva no tratamento do CBC primário<sup>30-32</sup>(B). O tecido retirado pode ser examinado histologicamente<sup>33,34</sup>(C) permitindo a avaliação das margens laterais e profundas. Os resultados cosméticos são bons, de uma maneira geral.

A curetagem prévia à excisão do CBC primário pode ajudar na definição das margens afetadas pelo tumor, aumentando os índices de cura<sup>35</sup>(C).

O tamanho das margens cirúrgicas deve estar correlacionado com a extensão sub-clínica do tumor. A literatura não é muito extensa na definição das margens cirúrgicas para o CBC, principalmente pelos aspectos do local anatômico. De uma maneira geral, as excisões estendem-se até o tecido celular subcutâneo. Estudos utilizando cortes horizontais de biópsias por congelamento através da técnica da Cirurgia Micrográfica de Mohs (CMM), com a finalidade de detectar de maneira acurada margens livres de CBC, sugerem que para lesões pequenas (< 20mm) e bem definidas de CBC, 3mm de margens periféricas removerão o tumor em 85% dos casos e um aumento para margens de 4-5mm aumentarão a remoção tumoral em aproximadamente 95%; em 5% dos casos de CBC pequenos e bem definidos havia invasão sub-clínica maior que 4mm<sup>36,37</sup>(C).

Ao contrário dos tumores primários de pequenas dimensões, CBC de grandes dimensões ou do tipo esclerosante necessitam de margens maiores para sua completa remoção. Para CBC primário do tipo esclerodermiforme, as taxas de remoção completa relacionada com a espessura de margens são as seguintes: margens de 3mm: 65%, margens de 5mm: 82%, margens de 13-15mm: > 95%<sup>36</sup>(C).

- CBC recidivado (com tratamento prévio):

O resultado de todas as séries de publicações relacionadas à cirurgia excisional para CBC, mostram que todos os índices de cura para o CBC recidivado são menores que para o primário<sup>14</sup>(D). CBC recidivado requer margens periféricas maiores que os primários, com ou sem controle por biópsia de congelação convencional (não Mohs)<sup>37</sup>(C). Para CBC recidivado foram sugeridas margens de 5-10mm<sup>38</sup>(C).

- CBC com margens comprometidas (histologicamente positivas):

O manejo do CBC com margens de ressecção comprometidas é controverso. Alguns trabalhos sugerem que quase dois terços de casos de CBC com margens comprometidas e não tratados novamente não recidivaram<sup>39,40</sup>(C).

Estas assertivas levantam as seguintes questões:

- As margens retiradas de forma incompleta (comprometidas) significam tumor residual no tecido remanescente?

Em uma série de 43 CBCs retirados cirurgicamente de forma incompleta e submetida à re-excisão, o exame anatomopatológico convencional

do material re-excisado sugeriu presença de CBC em apenas 7% dos casos<sup>41</sup>(C). No entanto, quando outra série de 78 CBCs retirados de forma incompleta foram re-operados e submetidos a exame pela técnica de Mohs (cortes horizontais da peça congelada), a fim de aumentar a acurácia na detecção de tumor residual, foi detectado presença de CBC em 55% dos casos<sup>42</sup>(C).

- Existe recidiva nos casos de CBC retirados com margens comprometidas (não livres) e não re-operados?

Em um estudo prospectivo de 34 CBCs retirados de forma incompleta, revelou que houve recidiva em 41% em seguimento médio de dois anos<sup>43</sup>(C). Uma revisão de 60 casos de CBCs retirados com margem comprometida apresentou recidiva em 35 casos (58%)<sup>44</sup>(C). Outra série de 187 casos de CBCs retirados de forma incompleta, 93% localizados na cabeça e pescoço tiveram 119 casos submetidos à radioterapia pós-cirúrgica de forma imediata, um caso re-operado e 67 não foram submetidos a qualquer método de tratamento. Depois de um seguimento médio de 2-7 anos, uma análise estatística sugeriu 91% de probabilidade de cura em cinco anos para o grupo submetido à radioterapia e de 61% para o grupo não tratado<sup>45</sup>(B).

- O tipo de margem (lateral ou profunda) comprometida tem influência no risco de recidiva?

Em uma revisão com 60 casos (acima mencionada) de CBCs excisados com margens comprometidas, houve recidiva em 35 casos (58%)<sup>44</sup>(C). O índice de recidiva foi maior nas lesões com ambas as margens laterais e profundas envolvidas por CBC e também quando a

excisão incompleta foi realizada no tratamento de CBC recidivado, especialmente em casos pós-radioterapia<sup>44</sup>(C). CBC com margens profundas comprometidas foram particularmente considerados de difícil tratamento por uma segunda cirurgia excisional<sup>44</sup>(C). Outros autores estabeleceram, para CBCs de excisão incompleta, risco de recidiva de 17%, quando somente margens laterais estavam comprometidas e 33% para margens profundas comprometidas<sup>45</sup>(B).

- Os casos de CBCs de margens comprometidas devem ser re-operados?

Vários estudos recomendam enfaticamente o re-tratamento imediato de CBCs excisados de forma incompleta<sup>42-44,46</sup>(C), especialmente nos casos onde a ferida cirúrgica foi reparada por retalhos ou enxertos cutâneos<sup>47</sup>(D).

Segundo a *British Association of Dermatologists*, seria apropriado uma conduta expectante para de CBCs excisados de forma incompleta, com somente uma margem lateral comprometida, de tipo histológico não agressivo, não recidivado e envolvendo locais anatômicos de baixo risco. Ao contrário, CBCs retirados de forma incompleta que tenham margens profundas comprometidas, tipo histológico agressivo, recidivantes (previamente), ou que comprometam locais de risco, devem ser novamente tratados. A re-excisão, com ou sem controle por biópsia de congelação, ou a técnica da cirurgia micrográfica de Mohs, são provavelmente os tratamentos de melhor escolha para estes casos<sup>1</sup>(D).

- Cirurgia Micrográfica de Mohs (CMM):

A técnica consiste na retirada do tumor por curetagem, exame anatomopatológico e

posteriormente uma fina camada é retirada com bisturi (excisional) em torno da área curetada. O tecido coletado é seccionado em fragmentos, marcando-se as margens de referência. Os fragmentos são cortados em micrótomo de congelação, corados e examinados. Encontrando-se fragmentos comprometidos pela neoplasia, resseca-se a área correspondente, repetindo-se o procedimento nestes locais até a completa ressecção tumoral. A ferida cirúrgica pode ser reparada por sutura borda-a-borda, retalhos, enxertos ou cicatrização por segunda intenção. A vantagem desta técnica é de observar todo o perímetro tumoral, permitindo uma ressecção completa com o máximo de preservação tecidual não comprometida<sup>3</sup>(D).

A vantagem da CMM é a de ser uma cirurgia que preserva o máximo de tecido sadio, com alta acurácia na definição de margens comprometidas pelo CBC<sup>48-54</sup>(C). A técnica oferece altos índices de cura, mesmo para os casos clínicos de CBC de abordagem mais difícil, juntamente com uma maior preservação de tecidos normais<sup>55</sup>(D).

A técnica de Mohs está indicada principalmente para tumores recidivados, tumores com maior agressividade no seu comportamento biológico e em áreas como a região dos olhos, nasal, orelhas, lábios e sulco nasogeniano, também em tumores de maiores dimensões (> 2 cm), especialmente em áreas de risco, ou em situações especiais como disseminação perineural<sup>1</sup>(D).

Uma revisão de séries publicadas desde 1947 sugere um índice de cura para seguimento de cinco anos de 99% para CBCs primários

tratados pela CMM<sup>17</sup>(C). Outra revisão geral de estudos publicados desde 1945 sugeriu uma taxa de cura de 94,4% no seguimento de cinco anos para CBCs recidivados tratados pela técnica de CMM<sup>14</sup>(D). As relativas desvantagens da CMM são a de exigir uma equipe especializada, ser considerada cara, quando comparado a outros tratamentos em nível ambulatorial, além de ser uma cirurgia de longa duração<sup>1</sup>(D).

Outras técnicas:

- Radioterapia:

A radioterapia foi uma técnica bastante usada no passado, mas no presente encontra raras indicações para o tratamento do CBC<sup>3</sup>(D).

O uso da radioterapia no tratamento do CBC é controverso na literatura<sup>2,3</sup>(D). O CBC é radio-sensível, mas assim como algumas técnicas já mencionadas, tem por limitação a definição precisa de margens tumorais.

A radioterapia inclui uma série de tratamentos com diferentes equipamentos, com indicações específicas para cada caso e com respectivos riscos para efeitos colaterais como: atrofia cutânea, teleangiectasias, fibroses cutâneas (epífora, ectrópio), catarata (pode ser minimizado com uso de lentes apropriadas), entre outros<sup>56</sup>(C). Existem hipóteses que CBCs recidivados pós-radioterapia poderiam ter um comportamento mais infiltrativo e agressivo<sup>44,57,58</sup>(B), embora outros autores considerem que estes casos seriam inicialmente mais agressivos e de alto risco<sup>1</sup>(D).

A indicação para radioterapia exige critérios específicos; é imperativa a interação entre dermatologistas, cirurgiões e oncologistas com interesse no estudo do câncer cutâneo para sucesso no tratamento radioterápico<sup>1</sup>(D). Revisões gerais de seguimento para cura em cinco anos relacionados ao tratamento radioterápico para CBCs revelam taxa de 91,3% de cura para CBCs primários em trabalhos selecionados de 1947-89<sup>17</sup>(C), e um levantamento de trabalhos de 1945-89 sugere taxa de 90,2% para CBCs recidivados<sup>14</sup>(D).

O tratamento cirúrgico, de forma geral, é o tratamento de escolha para atingir os objetivos no tratamento do CBC (remoção total do tumor com a maior preservação funcional e cosmética possível), no entanto, razões específicas (tratamento paliativo, casos inoperáveis, entre outros) ou tratamento complementar, podem sugerir o tratamento radioterápico e estas decisões devem ser ponderadas pelo médico e seu paciente à luz da literatura<sup>2</sup>(D).

- Terapêutica tópica:

As drogas disponíveis para tratamento tópico do CBC são o 5-Fluoracil e mais recentemente o Imiquimod. O 5-Fluoracil tem sua utilidade no tratamento de lesões extra-faciais de baixo risco, mas não pode ser indicado para o tratamento de CBCs invasivos ou com envolvimento folicular<sup>59</sup>(D); esta modalidade terapêutica pode ser particularmente útil no tratamento de lesões múltiplas de CBC no tronco e membros inferiores<sup>1</sup>(D).

O Imiquimod encontra-se em fase experimental e com resultados favoráveis em estudos iniciais<sup>60</sup>(C). Por encontrar-se em fase de pesquisa, não pode ser recomendado no momento.

- **Terapia fotodinâmica:**

O uso da terapia tópica fotodinâmica é mais uma forma de tratamento em fase de pesquisa para o CBC. Um estudo com 151 casos de CBC tratados pela terapia fotodinâmica mostrou 88% de resposta completa ao tratamento, porém sem seguimento de longo termo<sup>61</sup>(C). Estudos prospectivos de longa duração são necessários para uma melhor avaliação desta técnica. A profundidade de penetração da substância foto-sensibilizante parece ser um fator limitante para a terapia tópica fotodinâmica<sup>62</sup>(D). Aparentemente, esta técnica tem sua utilidade restrita ao tratamento de lesões superficiais em áreas de baixo risco<sup>63</sup>(D). Por encontrar-se em fase de pesquisa, não pode ser recomendada no momento.

- **Quimioterapia:**

A quimioterapia foi utilizada na abordagem de doença localizada não responsiva a tratamento (não controladas) e para CBCs metastáticas<sup>64</sup>(B); estas são formas extremamente raras e letais de CBCs<sup>65</sup>(C). Os esquemas mais efetivos são baseados em derivados de platina (cisplatina, carboplatina)<sup>66</sup>(D).

- **Tratamento paliativo e/ou observação:**

Em algumas circunstâncias, o estado geral do paciente não permite a aplicação dos recursos terapêuticos mencionados. A relação risco/benefício deve ser avaliada caso a caso para considerarmos o tratamento apenas paliativo, a observação ou ambos<sup>6</sup>(D).

- **Retinóides:**

O uso de retinóides por via oral pode prevenir ou postergar o desenvolvimento de novos casos de CBC. Esta modalidade terapêutica tem sido mais utilizada em pacientes com síndrome do nevo basocelular e parece ter um efeito menor na redução parcial de CBC preexistente<sup>67</sup>(C). Infelizmente, as doses relativamente altas dificultam a adesão ao tratamento e recidivas ocorrem com a suspensão do mesmo<sup>67</sup>(C).

- **Seguimento e prevenção:**

O seguimento por um longo período é indicado pela possibilidade de recidiva e/ou desenvolvimento de novas lesões. Indivíduos que já tiveram um câncer cutâneo apresentam maior chance de desenvolver outra lesão, quando comparado à população normal. A frequência e a duração do seguimento depende das circunstâncias individuais de cada caso<sup>6</sup>(D).

Prevenção e educação integram os cuidados gerais em relação ao paciente portador de câncer da pele. Entre outros aspectos, podem ser destacados: proteção solar e auto-exame. Estão também indicadas consultas para exame dermatológico ("screening")<sup>6</sup>(D).

A adesão a esta diretriz não garante, por si, sucesso em todos os tratamentos de CBC. O tratamento bem sucedido depende da associação de técnicas terapêuticas, capacitação profissional e indicação apropriada para cada paciente, dentro do seu quadro clínico.

## REFERÊNCIAS

1. Telfer NR, Colver GB, Bowers PW. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. British Association of Dermatologists. Br J Dermatol 1999; 141:415-23.
2. Miller SJ et al. NCCN Practice Guidelines for Nonmelanoma Skin Cancer. Oncology 1999; 13:529-49.
3. Sampaio SAP, Rivitti EA. Dermatologia 2<sup>nd</sup>. São Paulo: Artes Médicas, 2000.
4. Karagas MR, Stukel TA, Greenberg ER, Baron JA, Mott LA, Stern RS. Risk of subsequent basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma of the skin among patients with prior skin cancer. Skin Cancer Prevention Study Group. JAMA 1992; 267:3305-10.
5. Robinson JK. Risk of developing another basal cell carcinoma. A 5-year prospective study. Cancer 1987; 60:118-20.
6. Drake LA, Ceilley RI, Cornelison RL, Dobes WA, Dorner W, Goltz RW, et al. Guidelines of Care for Basal Cell Carcinoma. The American Academy of Dermatology Committee on Guidelines of Care. J Am Acad Dermatol 1992; 26:117-20.
7. Kopf AW, Bart RS, Schragger D, Lazar M, Popkin GL. Curettage-electrodesiccation treatment of basal cell carcinomas. Arch Dermatol 1977; 113:439-43.
8. Spiller WF, Spiller RF. Treatment of basal cell epithelioma by curettage and electrodesiccation. J Am Acad Dermatol 1984; 11:808-14.
9. Silverman MK, Kopf AW, Grin CM, Bart RS, Levenstein MJ. Recurrence rates of treated basal cell carcinomas. Part 2: Curettage-electrodesiccation. J Dermatol Surg Oncol 1991; 17:720-6.
10. Sughe-d'Aubermont PC, Bennett RG. Failure of curettage and electrodesiccation for removal of basal cell carcinoma. Arch Dermatol 1984; 120:1456-60.
11. Salasche SJ. Status of curettage and desiccation in the treatment of primary basal cell carcinoma. J Am Acad Dermatol 1984; 10:285-7.
12. Menn H, Robins P, Kopf AW, Bart RS. The recurrent basal cell epithelioma. A study of 100 cases of recurrent, re-treated basal cell epitheliomas. Arch Dermatol 1971; 103:628-31.
13. Salasche SJ. Curettage and electrodesiccation in the treatment of midfacial basal cell epithelioma. J Am Acad Dermatol 1983; 8:496-503.
14. Rowe DE, Carroll RJ, Day CL Jr. Mohs surgery is the treatment of choice for recurrent (previously treated) basal cell carcinoma. J Dermatol Surg Oncol 1989; 15:424-31.
15. Nordin P, Larko O, Stenquist B. Five-year results of curettage-cryosurgery of selected large primary basal cell carcinomas on the nose: an alternative treatment in a geographical area underserved by Mohs' surgery. Br J Dermatol 1997; 136: 180-3.

16. Whelan CS, Deckers PJ. Electrocoagulation for skin cancer: an old oncologic tool revisited. *Cancer* 1981; 147:2280-7.
17. Rowe DE, Carroll RJ, Day CL Jr. Long-term recurrence rates in previously untreated (primary) basal cell carcinoma: implications for patient follow-up. *J Dermatol Surg Oncol* 1989; 15:315-28.
18. Graham GF. Statistical data on malignant tumors in cryosurgery: 1982. *J Dermatol Surg Oncol* 1983; 9:238-9.
19. Zacarian SA. Cryosurgery of cutaneous carcinomas. An 18-year study of 3,022 patients with 4,228 carcinomas. *J Am Acad Dermatol* 1983; 9:947-56.
20. Holt PJ. Cryotherapy for skin cancer: results over a 5-year period using liquid nitrogen spray cryosurgery. *Br J Dermatol* 1988; 119:231-40.
21. Kuflik EG, Gage AA. The five-year cure rate achieved by cryosurgery for skin cancer. *J Am Acad Dermatol* 1991; 24:1002-4.
22. Hall VL, Leppard BJ, McGill J, Kessler ME, White JE, Goodwin P. Treatment of basal cell carcinoma: comparison of radiotherapy and cryotherapy. *Clin Radiol* 1986; 37:33-4.
23. Fraunfelder FT, Zacarian SA, Limmer BL, Wingfield D. Cryosurgery for malignancies of the eyelid. *Ophthalmology* 1980; 87:461-5.
24. Fraunfelder FT, Zacarian SA, Wingfield DL, Limmer BL. Results of cryotherapy for eyelid malignancies. *Am J Ophthalmol* 1984; 97:184-8.
25. Gunnarson G, Larko O, Hersle K. Cryosurgery of eyelid basal cell carcinomas. *Acta Ophthalmol (Copenh)* 1990; 68:241-5.
26. Spiller WF, Spiller RF. Treatment of basal-cell carcinomas by a combination of curettage and cryosurgery. *J Dermatol Surg Oncol* 1977; 3:443-7.
27. McIntosh GS, Osborne DR, Li AK, Hobbs KE. Basal cell carcinoma - a review of treatment results with special reference to cryotherapy. *Postgrad Med J* 1983; 59:698-701.
28. Wheeland RG, Bailin PL, Ratz JL, Roenigk RK. Carbon dioxide laser vaporization and curettage in the treatment of large or multiple superficial basal cell carcinomas. *J Dermatol Surg Oncol* 1987; 13:119-25.
29. Bandieramonte G, Lepera P, Moglia D, Bono A, De-Vecchi C, Milani F. Laser microsurgery for superficial T1-T2 basal cell carcinoma of the eyelid margins. *Ophthalmology* 1997; 104:1179-84.
30. Dubin N, Kopf AW. Multivariate risk score for recurrence of cutaneous basal cell carcinomas. *Arch Dermatol* 1983; 119:373-7.
31. Bart RS, Schrage D, Kopf AW, Bromberg J, Dubin N. Scalpel excision of basal cell carcinomas. *Arch Dermatol* 1978; 114:739-42.

32. Marchac D, Papadopoulos O, Duport G. Curative and aesthetic results of surgical treatment of 138 basal cell carcinomas. *J Dermatol Surg Oncol* 1982; 8:379-87.
33. Cataldo PA, Stoddard PB, Reed WP. Use of frozen section analysis in the treatment of basal cell carcinoma. *Am J Surg* 1990; 159:561-3.
34. Chalfin J, Putterman AM. Frozen section control in the surgery of basal cell carcinoma of the eyelid. *Am J Ophthalmol* 1979; 87:802-9.
35. Johnson TM, Tromovitch TA, Swanson NA. Combined curettage and excision: a treatment method for primary basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1991; 24: 613-7.
36. Breuninger H, Dietz K. Prediction of subclinical tumor infiltration in basal cell carcinoma. *J Dermatol Surg Oncol* 1991; 17:574-8.
37. Wolf DJ, Zitelli JA. Surgical margins for basal cell carcinoma. *Arch Dermatol* 1987; 123:340-4.
38. Burg G, Hirsch RD, Konz B, Braun-Falco O. Histographic surgery: accuracy of visual assessment of the margins of basal-cell epithelioma. *J Dermatol Surg* 1975; 1:21-4.
39. Dellon AL, DeSilva S, Connolly M, Ross A. Prediction of recurrence in incompletely excised basal cell carcinoma. *Plast Reconstr Surg* 1985; 75:860-71.
40. Gooding CA, White G, Yatsuhashi M. Significance of marginal extension in excised basal cell carcinoma. *N Engl J Med* 1965; 273:923-4.
41. Sarma DP, Griffing CC, Weilbaeher TG. Observations on the inadequately excised basal cell carcinoma. *J Surg Oncol* 1984; 25:79-80.
42. Bielely HC, Kirsner RS, Reyes BA, Garland LD. The use of Mohs micrographic surgery for determination of residual tumour in incompletely excised basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26:754-6.
43. DeSilva SP, Dellon AL. Recurrence rate of positive margin basal cell carcinoma results of a five-year prospective study. *J Surg Oncol* 1985; 28:72-4.
44. Richmond JD, Davie RM. The significance of incomplete excision in patients with basal cell carcinoma. *Br J Plast Surg* 1987; 40:63-7.
45. Liu FF, Maki E, Warde P, Payne D, Fitzpatrick P. A management approach to incompletely excised basal cell carcinomas of skin. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1991; 20:423-8.
46. Hauben DJ, Zirkin H, Mahler D, Sacks M. The biologic behavior of basal cell carcinoma: Part I. *Plast Reconstr Surg* 1982; 69:103-9.
47. Koplin L, Zarem HA. Recurrent basal cell carcinoma: a review concerning the incidence, behavior, and management of recurrent basal cell carcinoma, with emphasis on the incompletely excised lesion. *Plast Reconstr Surg* 1980; 65:656-64.

48. Mohs FE. Chemosurgery: a microscopically controlled method of cancer excision. *Arch Surg* 1941; 42:279-95.
49. Mohs FE. Chemosurgery for skin cancer: fixed tissue and fresh tissue techniques. *Arch Dermatol* 1976; 112:211-5.
50. Robins P. Chemosurgery: my 15 years of experience. *J Dermatol Surg Oncol* 1981; 7:779-89.
51. Tromovitch TA, Beirne G, Beirne C. Mohs technique (cancer chemosurgery) treatment of recurrent cutaneous carcinomas. *Cancer* 1966; 19:867-8.
52. Tromovitch TA, Stegman SJ. Microscopic-controlled excision of cutaneous tumors: chemosurgery, fresh tissue technique. *Cancer* 1978; 41:653-8.
53. Cottle WI, Bailin PL, Albom MJ, Bernstein G, Braun M 3<sup>rd</sup>, Hanke CW, et al. Essentials of Mohs micrographic surgery. *J Dermatol Surg Oncol* 1988; 14:11-3.
54. Dzubow LM. Mohs surgery. *Lancet* 1994; 343:433-4.
55. Robins P, Reyes BA. Cure rates of skin cancer treated by Mohs micrographic surgery. In: Roenigk RK, Roenigk HH Jr, editors. *Dermatologic Surgery: Principles and Practice*. New York: Marcel Dekker; 1989. p.853-8.
56. Orton CI. The treatment of basal cell carcinoma by radiotherapy. *Clin Oncol* 1978; 4:317-22.
57. Smith SP, Grande DJ. Basal cell carcinoma recurring after radiotherapy: a unique difficult treatment subclass of recurrent basal cell carcinoma. *J Dermatol Surg Oncol* 1991; 17:26-30.
58. Smith SP, Foley EH, Grande DJ. Use of Mohs micrographic surgery to establish quantitative proof of heightened tumor spread in basal cell carcinoma recurrent following radiotherapy. *J Dermatol Surg Oncol* 1990; 16:1012-16.
59. Goette DK. Topical chemotherapy with 5-fluorouracil. A review. *J Am Acad Dermatol* 1981; 4:633-49.
60. Marks R, Gebauer K, Shumack S, Amies M, Bryden J, Fox TL, et al. Imiquimod 5% cream in the treatment of superficial basal cell carcinoma: results of a multicenter 6-week dose-response trial. *J Am Acad Dermatol* 2001; 44:807-13.
61. Wilson BD, Mang TS, Stoll H, Jones C, Cooper M, Dougherty TJ. Photodynamic therapy for the treatment of basal cell carcinoma. *Arch Dermatol* 1992; 128:1597-601.
62. Morton CA, MacKie RM, Whitehurst C, Moore JV, McColl JH. Photodynamic therapy for basal cell carcinoma: effect of tumor thickness and duration of photosensitizer application on response. *Arch Dermatol* 1998; 134:248-9.
63. Peng Q, Warloe T, Berg K, Moan J, Kongshaug M, Giercksky KE, et al. 5-Aminolevulinic acid-based photodynamic therapy. Clinical research and future challenges. *Cancer* 1997; 79:2282-308.

64. Guthrie TH Jr, Porubsky ES, Luxenberg MN, Shah KJ, Wurtz KL, Watson PR. Cisplatin-based chemotherapy in advanced basal and squamous cell carcinomas of the skin: results in 28 patients including 13 patients receiving multimodality therapy. *J Clin Oncol* 1990; 8:342-6.
65. Lo JS, Snow SN, Reizner GT, Mohs FE, Larson PO, Hruza GJ. Metastatic basal cell carcinoma report of twelve cases with a review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 1991; 24:715-9.
66. Neves RG, Lupi O, Talhari S. *Câncer da Pele 1<sup>st</sup>*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001.
67. Hodak E, Ginzburg A, David M, Sandbank M. Etretinate treatment of nevoid basal cell carcinoma syndrome. Therapeutic and chemopreventive effect. *Int J Dermatol* 1987; 26:606-9.