

# CARCINOMA BASOCELULAR – RELATO DE CASO

## BASAL CELL CARCINOMA - CASE REPORT

GUILHERME AUGUSTO MATSUO DE OLIVEIRA<sup>1</sup>, ANTONIO CARLOS TOURINHO DE CASTRO<sup>2</sup>

1. Médico Residente da Residência Médica em Cirurgia Geral do HONPAR - Hospital Norte Paranaense; 2. Médico Oncologista do HONPAR - Hospital Norte Paranaense.

\* HONPAR – Hospital Norte Paranaense - PR 218 Km 01, Jardim Universitário, Arapongas, Paraná, Brasil. CEP 86702-670 [biblioteca@honpar.com.br](mailto:biblioteca@honpar.com.br)

Recebido em 25/08/2016. Aceito para publicação em 25/10/2016

### RESUMO

O carcinoma basocelular (CBC) é uma lesão do grupo de “câncer de pele não-melanoma”, assim como o carcinoma espinocelular (CEC). Deriva das células não-queratinizadas que originam a camada basal da epiderme. É o câncer mais comum em humanos, correspondendo a cerca de 75% de todos os tipos de câncer de pele e 25% de todos os tipos de câncer diagnosticados nos estados unidos. A biópsia confirma o diagnóstico, sendo o tratamento indicado dependente da localização, tamanho, profundidade da lesão. Curetagem, eletrocoagulação, criocirurgia ou uso de imiquimod, 5-fluoracil, exérese cirúrgica, são as opções terapêuticas mais utilizadas. O presente artigo tem como objetivo relatar um caso de carcinoma basocelular, sendo utilizado o tratamento curativo que consiste na ressecção completa da lesão maligna, bem como a importância da terapia reconstrutiva precoce baseada no uso da técnica de retalho frontal paramediano e nasogeniano na reinserção precoce do paciente na sociedade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Carcinoma basocelular, terapia reconstrutiva, retalho frontal paramediano, retalho nasogeniano.

### ABSTRACT

Basal cell carcinoma (BCC) is a group of injury "nonmelanoma skin cancer", as well as squamous cell carcinoma (SCC). Drift of keratinized cells which do not originate the basal layer of the epidermis. It is the most common cancer in humans, accounting for about 75% of all types of skin cancers and 25% of all cancers diagnosed in the US. The biopsy confirmed the diagnosis, and the recommended treatment depends on the location, size, depth of the lesion. Curettage, electrocoagulation, cryosurgery or use of imiquimod, 5-fluorouracil, surgical excision, are therapeutic options more used. This article aims to report a case of basal cell carcinoma, and used the curative treatment that consists in complete resection of malignant lesion, and the importance of early reconstructive therapy based on the use of paramedian and nasolabial front flap technique in the early insertion of the patient in society.

**KEYWORDS:** Basal Cell Carcinoma, reconstructive therapy, paramedian forehead flap, nasolabial flap.

### 1. INTRODUÇÃO

Há pouco mais de 100 anos, o patologista Rudolph Virchow compreendeu a pele como uma cobertura protetora para os órgãos viscerais internos, mais sofisticados funcionalmente. Desde então, e por todo século que se seguiu, a pele foi considerada primariamente uma barreira passiva contra a perda de fluidos e lesão mecânica<sup>1</sup>.

Sabemos agora que a pele é composta de um número de tipos celulares e estruturas interdependentes que funcionam voltadas para um objetivo protetor comum, como cita<sup>2</sup>.

Células epiteliais escamosas (queratinócitos) além da produção da proteína queratina, são grandes sítios para a biossíntese de moléculas solúveis (citocinas) importantes na regulação de células epidérmicas adjacentes, assim como para células dérmicas.

Os melanócitos são células contidas na epiderme, responsáveis pela produção de pigmento marrom (melanina), importante filtro endógeno contra o efeito danoso dos raios ultravioleta do sol (UV). Células de Langerhans são células epidérmicas dendríticas que captam e processam antígenos e comunicam informações críticas às células linfóides<sup>3</sup>. Terminações neurais e processos axonais alertam sobre fatores físicos potencialmente danosos do ambiente, estando as células de Merkel da camada basal, podendo servir como mecanorreceptores ou promovendo funções neuroendócrinas. As células dérmicas especializadas (dendrócitos) apresentam antígenos, além de produzir moléculas capazes de coordenar uma congregação de complexos macromoleculares importantes nos estágios iniciais da cicatrização de feridas<sup>4</sup>.

Desequilíbrios nos fatores que alteram a homeostase delicada existe entre as células da pele podem resultar em condições diversas como: rugas, bolhas, erupções e até mesmo proliferação celular desajustada (câncer) como cita<sup>5</sup>.

Esse relato de caso apresenta a história de um paciente com diagnóstico de carcinoma basocelular, o

câncer mais comum em humanos, mais prevalente em indivíduos do sexo masculino de pele clara, assim como a utilização de retalho nosogeniano e frontal-paramediano associado a manutenção de um bom resultado estético no pós-operatório de ressecção de tumor de pele em região nasal.

## 2. RELATO DE CASO

Paciente N.M. Sexo masculino, 59 anos de idade e cor branca, bancário, hipertenso em tratamento, negava exposição solar direta de forma frequente bem como a utilização de medidas de fotoproteção, queixando-se de tumoração em região de asa nasal direita havia cerca de 1 ano, com aumento progressivo de suas dimensões. Ao exame físico apresentava lesão de aspecto tumoral de cerca de 1,8 centímetros de diâmetros, não se detectando linfonodomegalias palpáveis. Proposto a terapia de escolha para o caso, ou seja, a ressecção completa da lesão – biópsia excisional – seguindo a utilização das técnicas de retalho nasogeniano e frontal – paramediano no mesmo tempo cirúrgico para a epitelização do leito cruento e melhor resultado estético, sob anestesia geral, sendo tal procedimento aceito pelo paciente, o qual apresentava risco cirúrgico ASA II, bem como demais exames pré-operatórios não proibitivos para a realização do procedimento cirúrgico proposto. A biópsia excisional evidenciou lesão tumoral compatível com carcinoma basocelular esclerodérmico, com margens periféricas e profunda livres de neoplasia, infiltrativa até derma reticular, sendo, portanto, T2N0M0, estagio clínico II.

## 3. DISCUSSÃO

O carcinoma basocelular (CBC é uma lesão do grupo de “câncer de pele não-melanoma”, assim como o carcinoma espinocelular (CEC). Deriva das células não-queratinizadas que origina a camada basal da epiderme<sup>2</sup>.

É o câncer mais comum em humanos, correspondendo a cerca de 75% de todos os tipos de câncer de pele e 25% de todos os tipos de câncer diagnosticados nos Estados Unidos<sup>4</sup>.

Mais comum em idosos e no sexo masculino, trata-se de uma lesão rara em indivíduos negros. Considera-se pele clara, olhos claros, exposição solar, cabelo ruivo, bem como indivíduos imunossuprimidos e radiação terapêuticas como sendo importantes fatores de risco para o desenvolvimento de tal lesão tumoral, como cita <sup>2</sup>.

É o menos agressivo dos tumores malignos de pele, raramente apresentando metástase. O maior perigo é a invasão local, pela capacidade de invadir e destruir tecidos adjacentes, inclusive ossos. O crescimento é progressivo, podendo evoluir para ulceração. Localiza-se preferencialmente nos dois terços superiores da face, sendo cerca de 30% das lesões no nariz<sup>4</sup>.

Clinicamente, as lesões podem apresentar:

- Nódulo-ulcerativo (mais comum).
- Esclerodermiforme.
- Pigmentado.
- Superficial.
- Basoescamoso ou metatípico.

A biópsia confirma o diagnóstico, sendo o tratamento indicado dependente da localização, tamanho, profundidade da lesão. Curetagem, eletrocoagulação, criocirurgia ou uso de imiquimod, 5-fluoracil, exérese cirúrgica, são as opções terapêuticas mais utilizadas<sup>4</sup>.

Curetagem, eletrocoagulação, criocirurgia e uso de imiquimod, 5-fluoracil são mais utilizados em lesões de menor tamanho, bem delimitadas. A exérese cirúrgica é o método terapêutico de escolha nesse caso, pela possibilidade de confirmação anatomopatológica do tipo de lesão tumoral, bem como já ser uma forma curativa de tratamento nos casos o de tumor com margem cirúrgica livre de lesão e evidenciando a ausência de metástases ou linfonodos regionais acometidos<sup>4</sup>.

A terapia reconstrutiva é fundamental no sentido de visão global do paciente. A escolha do tipo de terapia de reconstrução, seja imediata ou tardia, bem como a utilização de enxertos ou retalhos depende da característica da lesão envolvida, bem como do estado global do paciente. Tem sido uma tendência a opção pelo uso de técnica reconstrutivas de forma imediata ao procedimento de ressecção, uma vez que a manutenção da autoestima, bem como a instituição precoce da terapia de reabilitação, tem impactos positivos no resultado estético e funcional frente a característica mutilante do procedimento traumático inicial<sup>7</sup>.

Consider-se retalho a transposição de pele com manutenção do seu pedículo vascular, definida ou temporária, com circulação própria independente da área receptora<sup>7</sup>.

Frente a ressecção completa da lesão tumoral e a existência de tecido de granulação local que possibilita a opção por enxerto, fez-se necessário o uso da técnica de talho nasogeniano para restabelecimento funcional da asa nasal direita, seguindo da realização do retalho frontal paramediano na cobertura do tecido cruento e resultado estético satisfatório.

O sulco nasogeniano delinea a bochecha da porção caudal do nariz e dos lábios superiores e inferiores. Criado pela inserção do sistema musculoaponeurótico superficial na pele, na junção da pele com os lábios, local onde há mínimo tecido gorduroso subcutâneo. Pela sua proximidade, textura, espessura, serem semelhantes ao tecido cutâneo da asa nasal, bem como a linha de fechamento do local doador do retalho ser dentro ou paralelo ao sulco nasogeniano, estabelecendo maior descrição à linha de sutura local, optou-se pela utilização do retalho dessa localidade no restabelecimento funcional da asa nasal, possibilitada pela rica fonte de irrigação

sanguínea local, proveniente de ramos perforantes da artéria facial e sua drenagem pela via angular facial<sup>6</sup>.

Os retalhos de avanço têm configurações linear e são movidos deslizando até o defeito, tendo melhores resultados nas áreas de maior elasticidade e redundância da pele, como a prega nasogeniana. São classificados em unipediculados, bipediculados, V-Y, Y-V e ilhados. Foi optado pelo retalho unipediculados, bipediculados, criado por incisão paralela que permite um movimento deslizante da pele em um único vetor para o defeito, em um sentido, proporcionando o avanço direto do retalho sobre o defeito<sup>6</sup>.

Os retalhos mediofrontais (medianos, paramedianos) foram descritos pela primeira vez em uma pesquisa médica indiana, aproximadamente em 700 dC. A necessidade dessa operação surgiu da prática indiana comum de amputar a ponta do nariz como punição para uma variedade de crimes, do roubo ao adultério<sup>7</sup>.

Com frequência, o retalho frontal paramediano é confeccionado com a base centralizada em uma das artérias supratrocleares. Com a captura do pedículo arterial dominante é possível levantar e transferir uma grande quantidade de pele e tecido subcutâneo em um pedículo de 1,2cm. Burget & Menick descreveram a extensão das incisões para o pedículo abaixo da borda óssea da órbita com objetivo de ganhar comprimento adicional ao retalho, sendo esse método usado geralmente. Uma vantagem é evitar a transferência de pele de couro cabeludo para o nariz e a região média da face, onde o crescimento de cabelos não é desejável<sup>6</sup>.

Retalhos paramedianos são confeccionados a partir de moldes do defeito nasal, orbital ou terço médio da face que requer cobertura. Para qualquer uma dessas áreas um molde do defeito é criado e levado para a frente, imediatamente abaixo do início do couro cabeludo. Incisões planejadas são estendidas em sentido inferior até a borda orbital a fim de capturar a artéria supratrocLEAR, a qual emerge da órbita superomedial cerca de 2 cm lateral à linha média, percorrendo em torno de 2 cm verticalmente e, depois, começa a se ramificar de maneira significativa, sendo a dissecação procedida no sentido cefalocaudal, sendo o plano supraperiosteal apropriado para os 50% superiores do retalho e subperiosteal para o restante, a fim de capturar o pedículo com segurança. É um procedimento realizado em duas etapas na reconstrução nasal, em que o pedículo é devidamente na segunda etapa, em geral após o período de maturação de três semanas<sup>6</sup>.

O cuidado pós-operatório engloba a retenção da umidade ao redor do pedículo, de forma que a dissecação não crie trombose das estruturas arteriais e venosas, como cita<sup>7</sup>.

Uma vez cicatrizado por completo o retalho paramediano frontal pode necessitar redução de seu volume e modelagem adicional, o que é tolerado pelo

tecido transferido<sup>6</sup>.

#### 4. CONCLUSÃO

Os avanços no tratamento do câncer de cabeça e pescoço continuam a exigir modificações das abordagens que temos tomado no tratamento de vítimas dessas moléstias devastadoras. A ressecção completa do tecido tumoral representa a maior chance de cura desses indivíduos, devendo o cirurgião estar habilitado para sua extirpação completa, bem como no domínio das técnicas de reconstrução contemporânea, utilizando-se retalhos regional e livre, objetivando a melhor autoestima do paciente, bem como início imediato da terapia de reabilitação e reinserção social precoce do enfermo.

#### REFERÊNCIAS

- [1] More KI, Dalley AF. Anatomia orientada para a clínica 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- [2] Kumae V, Abas A k Fausto. N. Robbins; Cotran: Patologia – Bases patológicas das Doenças. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- [3] Guyton A, Hall J. Tratamento de Fisiologia Médica, 11 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- [4] De Vita VT Jr, Hellman S, Rosemberg SD. Cancer, Principles and Practice of Oncology, 8 ed. Philadelphia: JB Lippincott; 2008.
- [5] Kierszenbaum A, Tres I. Histologia e Biologia Celular, 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- [6] Urken M, Cheney M, Blackwell K. Retalhos Livres e regionais para reconstrução de cabeça e pescoço, 2 ed. Rio de Janeiro: Revienter, 2012.
- [7] Baker S. Retalhos locais em reconstrução facial, 2 ed. Rio de Janeiro: Dilivros, 2009.