

## **Carcinoma basocelular: métodos diagnósticos e condutas terapêuticas**

### **Basal cell carcinoma: diagnostic methods and therapeutic approaches**

DOI:10.34119/bjhrv6n4-212

Recebimento dos originais: 11/07/2023

Aceitação para publicação: 07/08/2023

#### **Karenn Parreiras Pires Barcaro**

Graduada em Medicina pela Universidade do Grande Rio - Campus Duque de Caxias

Instituição: Hospital Caxias D'or

Endereço: Av. Brg. Lima e Silva, 821, Jardim Vinte e Cinco de Agosto, Duque de Caxias - RJ, CEP: 25071-181

E-mail: karennparreiras@yahoo.com.br

#### **Alexandre Siles Vargas Junior**

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ)

Instituição: Hospital Cinco de Outubro

Endereço: R. Belém, s/n, Floresta Nova, Canaã dos Carajás - PA, CEP: 68537-000

E-mail: alexandresilesvargas@gmail.com

#### **Anita Dias Guimarães**

Graduada em Medicina pela Universidade do Grande Rio - Campus Duque de Caxias

Instituição: Hospital Municipal Pedro II

Endereço: R. do Prado, 325, Santa Cruz, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 23555-012

E-mail: anitaguimaraes482@gmail.com

#### **Sérgio Gustavo Romeiro Barcaro**

Graduado em Medicina pela Universidade do Grande Rio - Campus Duque de Caxias

Instituição: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo (HRAC - USP)

Endereço: Rua Silvio Marchione, 3-20, Vila Nova Cidade Universitária, Bauru - SP, CEP: 17012-900

E-mail: sergiogustavorb@gmail.com

#### **Lícia de Lima Lopes**

Graduada em Medicina pelo Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU) - Recife

Instituição: Unidade Básica de Saúde (UBS) - Tamandúá

Endereço: Sítio Tamandua, São Bento do Una - PE

E-mail: dralicialopes@gmail.com

#### **Vinícius Costa Soares**

Graduando em Medicina

Instituição: Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES)

Endereço: R. João Patrício Araújo, 179, Veneza, Ipatinga - MG, CEP: 35164-251

E-mail: viniciuscsoares9@hotmail.com

**Emanuele Aluize de Menezes**

Graduada em Medicina pela União das Faculdades dos Grandes Lagos – São José do Rio Preto

Instituição: Unidade de Pronto Atendimento (UPA) - Zona Noroeste  
Endereço: Av. Jovino de Mello, 927, Areia Branca, Santos - SP, CEP: 11089-001  
E-mail: emanuelemenezes90@yahoo.com.br

**Giovana Abrão Pelodan Esteves**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ)  
Endereço: Praça Frei Orlando, 170, Centro, São João del Rei - MG, CEP: 36307-352  
E-mail: gio.apesteves@aluno.ufsj.edu.br

**Isadora Porto de Aquino**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Itaúna (UIT)  
Endereço: Rodovia MG 431 Km 45, s/n, Itaúna - MG, CEP: 35680-142  
E-mail: isadoraportoquino@gmail.com

**Lais Nogueira Monteiro**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Itaúna (UIT)  
Endereço: Rodovia MG 431 Km 45, s/n, Itaúna - MG, CEP: 35680-142  
E-mail: laismonteiro@outlook.com

**RESUMO**

O carcinoma basocelular (CBC) consiste na neoplasia de pele mais comum, representando cerca de 80% dos cânceres de pele não melanoma, sendo mais incidente em homens caucasianos acima dos 50 anos. Sua patogênese envolve uma complexa interação entre a exposição aos fatores de risco e os fatores genéticos e imunes do hospedeiro. Todavia, sabe-se que consiste em um tumor de células basalóides, dispostas em massas, com característica paliçada na periferia, sendo localizados, mais frequentemente, em regiões expostas ao sol (raios ultravioletas), como face, orelhas, pescoço, couro cabeludo, ombros e costas. Há diversos subtipos descritos e não há uma classificação universalmente definida. Contudo, sabe-se que o mais comum é o CBC nodular. As manifestações clínicas decorrentes do CBC são muito amplas e variam de paciente para paciente, conforme a apresentação e gravidade da doença. Além disso, cada subtipo possui sua lesão característica. No que tange ao diagnóstico, este, é clínico, baseado na história de evolução e características clínicas das lesões (dermatoscopia), além da realização de biópsia para análise histopatológica da lesão. O manejo terapêutico é imprescindível, a fim de evitar evolução do quadro. Em caso de doença localizada, a excisão padrão com margem de segurança é o tratamento mais comum para todos os tipos de CBCs. Sendo que, ultimamente, a cirurgia micrográfica de Mohs mostrou-se uma abordagem cirúrgica especializada que remove menos pele sadia adjacente ao tumor, podendo ser considerada uma técnica mais refinada e precisa. Em lesões com critérios de baixo risco, pode ser tentado tratamentos conservadores. Contudo, a excisão consiste na técnica mais segura, sendo associada a altos índices de cura. Vale ressaltar que a exposição solar controlada e o uso de protetor solar devem ser indicados em associação a qualquer modalidade terapêutica.

**Palavras-chave:** carcinoma basocelular, diagnóstico, tratamento.

## ABSTRACT

Basal cell carcinoma (BCC) is the most common skin neoplasm, accounting for approximately 80% of non-melanoma skin cancers, with a higher incidence in Caucasian men over 50 years of age. Its pathogenesis involves a complex interaction between exposure to risk factors and host genetic and immune factors. However, it is known that it consists of a tumor of basaloid cells, arranged in masses, with a palisade characteristic on the periphery, being located, more frequently, in regions exposed to the sun (ultraviolet rays), such as the face, ears, neck, scalp, shoulders and back. There are several described subtypes and there is no universally defined classification. However, it is known that the most common is nodular BCC. The clinical manifestations resulting from BCC are very broad and vary from patient to patient and according to the presentation and severity of the disease. In addition, each subtype has its characteristic lesion. With regard to the diagnosis, this is clinical, based on the history of evolution and clinical characteristics of the lesions (dermoscopy), in addition to performing a biopsy for histopathological analysis of the lesion. Therapeutic management is essential in order to avoid evolution of the condition. In case of localized disease, standard excision with a 4 mm margin is the most common treatment for all types of BCCs. Since, lately, Mohs micrographic surgery has shown to be a specialized surgical approach that removes less healthy skin adjacent to the tumor, and can be considered a more refined and accurate technique. In lesions with low-risk criteria, conservative treatments can be tried. However, excision is the safest technique and is associated with high cure rates. It is noteworthy that controlled sun exposure and the use of sunscreen should be indicated in association with any therapeutic modality.

**Keywords:** basal cell carcinoma, diagnosis, treatment.

## 1 INTRODUÇÃO

O carcinoma basocelular (CBC) consiste no câncer de pele mais comum, correspondendo a cerca de 80-90% dos cânceres de pele na população adulta e caucasiana acima dos 50 anos. Sua origem se dá na camada basal da epiderme e a exposição aos raios ultravioleta (UV) é o principal fator relacionado ao aparecimento desse tipo de câncer. O acometimento da pele pode ser evidenciado das mais variadas formas, desde lesões superficiais até mais extensas e de difícil manejo (BASSET-SEGUIN; HERMS, 2020).

Entre os vários subtipos clínicos de CBC, os mais descritos na literatura são o CBC nodular, o CBC superficial e o CBC morfeiforme (BASSET-SEGUIN; HERMS, 2020). Em relação aos fatores de prognóstico, a classificação do CBC disserta-se entre baixo risco e alto risco. De forma resumida, os de alto risco apresentam maior tamanho, lesões mal definidas, subtipo histológico morfeiforme e metatípico, alta recorrência, localização perivascular e perineural (FANIA et al., 2020).

Dessa forma, o diagnóstico e análises precoces são fundamentais para a melhor resposta terapêutica. Vale ressaltar que medidas de precaução, especialmente quando realizadas desde a infância, podem melhorar o desfecho da doença. O tratamento chave para o CBC consiste na

remoção completa da lesão por excisão ou cirurgia de Mohs. Entretanto, em casos especiais, pode ser tratado com criocirurgia, eletrodissecção e curetagem, medicamentos tópicos e terapia fotodinâmica (NAIK; DESAI, 2022)

## 2 OBJETIVO

O objetivo deste artigo é reunir informações, mediante análise de estudos recentes, acerca dos aspectos inerentes ao carcinoma basocelular, sobretudo no tocante a epidemiologia, manifestações clínicas, diagnóstico e manejo cirúrgico.

## 3 METODOLOGIA

Realizou-se pesquisa de artigos científicos indexados nas bases de dados Latindex e MEDLINE/PubMed entre os anos de 2018 e 2023. Os descritores utilizados, segundo o “MeSH Terms”, foram: *carcinoma basal cell, diagnosis, treatment*. Foram encontrados 450 artigos, segundo os critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 5 anos, textos completos, gratuitos e tipo de estudo. Papers pagos e com data de publicação em período superior aos últimos 5 anos foram excluídos da análise, selecionando-se 13 artigos pertinentes à discussão.

## 4 EPIDEMIOLOGIA

O CBC é o câncer de pele mais frequente em pacientes adultos de pele clara, com sua incidência mundial aumentando continuamente, sendo mais frequente após os 50 anos de idade, com uma relação mulher/homem de 2:1. Porém, alguns pacientes desenvolvem CBC em idade mais precoce (< 40 anos), como os que possuem síndromes de predisposição genética, como xeroderma pigmentoso (XP) ou síndrome do nevo basocelular (SNBC), podendo desenvolver CBC mesmo antes dos 20 anos de idade (BASSET-SEGUIN; HERMS, 2020).

A incidência varia de acordo com a localização geográfica, com a maior sendo relatada na Austrália (até 1.000/100.000 habitantes por ano), seguida pelos EUA (212–407/100.000 habitantes femininos e masculinos por ano, respectivamente) e Europa (variação média de 76,21/100.000 pessoas-ano no Reino Unido para 157 por 100.000 pessoas-ano na Holanda em 2009). Em contrapartida, a menor incidência é observada na África (<1/100.000 pessoas por ano) (BASSET-SEGUIN; HERMS, 2020).

O fator de risco mais significativo para o desenvolvimento do CBC é a exposição ao sol, tanto na infância de forma recreativa ou ocupacional na vida adulta, devido aos raios UV (UVA e, principalmente, UVB). Isso explica porque a maioria dos tumores está localizada na pele exposta ao sol e é mais frequente em pessoas de pele clara, com a população caucasiana

tendo uma prevalência muito maior. Outro fator de risco é a imunossupressão, com aumento de mais de 10 vezes no CBC, principalmente, em receptores de transplante renal (BASSET-SEGUIN; HERMS, 2020; NAIK; DESAI, 2022).

A incidência de CBC em todo o mundo aumentou constantemente em 3–10% a cada ano. Sendo que o maior observado na Europa, onde a incidência aumentou 5% ao ano nos últimos 10 anos, contra cerca de 2% nos Estados Unidos (DIKA et al., 2020; CHEN et al., 2022). Devido a uma melhor abordagem diagnóstica, associado ao envelhecimento da população, esta tendência epidemiológica deverá continuar no futuro próximo, com a incidência de CBC aumentando dramaticamente após os 40 anos de idade, principalmente mulheres, como resultado do aumento da exposição aos raios UV do sol ou de fontes artificiais (NAIK; DESAI, 2022).

## 5 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

O CBC possui diversas formas de manifestações clínicas a depender do seu subtipo histológico. Em geral, os pacientes queixam de uma lesão que aumenta de tamanho com o passar do tempo, que não cicatriza, podendo estar associada a prurido ou, até mesmo, a sangramento e ulceração. Sua localização prevalece em áreas expostas ao sol, principalmente, no nariz, face e pescoço, o que causa um impacto psicológico importante para o paciente. Raramente, pode acometer a mucosa genital (FIRNHABER JM, 2020; NICULET et al., 2021; IZABELA ŁASIŃSKA et al., 2022).

O subtipo mais comum é o CBC nodular, com prevalência de 60 a 80% dos casos. Apresenta-se como um nódulo brilhante, perolado, de superfície lisa, bordas arredondadas e com telangiectasias arboriformes visíveis ao exame clínico. Podem evoluir com ulceração, mas mantendo a borda nítida. O local de maior acometimento é a face com maior prevalência na região geniana, sulcos nasolabiais, região frontal e pálpebras. Alguns diagnósticos diferenciais devem ser considerados, como molusco contagioso, hiperplasia sebácea, melanoma amelanótico e ceratoacantoma (quando ulceradas). Outra forma de apresentação do CBC nodular ocorre quando a lesão contém melanina, sendo denominado como CBC pigmentado, podendo conferir coloração azulada, marrom ou preta. O seu diagnóstico diferencial se dá com o melanoma (FANIA et al., 2020; FIRNHABER JM, 2020).

O CBC superficial é o segundo subtipo mais comum e menos invasivo, representando até 15% da prevalência. Se apresenta por uma mácula, pápula ou placa fina circunscrita, escamosa e rosada, a qual pode regredir de forma espontânea deixando uma área atrófica e hipopigmentada. Acomete mais o tronco e extremidades, podendo ser multifocal, o que leva à

necessidade de uma excisão incompleta, necessitando de um bom acompanhamento. Em pacientes jovens, o CBC superficial pode ser o mais frequente subtipo clínico. Dentre os diagnósticos diferenciais incluem eczema e psoríase (FIRNHABER JM, 2020; NICULET et al., 2021).

O CBC esclerodermiforme é responsável por até 10% dos casos de CBC. Apresenta-se como placas ou depressões endurecidas, branco-marfim, brilhantes, lisas e de bordas mal definidas. É o subtipo mais agressivo e geralmente leva a uma extensa destruição do local de acometimento. Por fim, outro subtipo é o CBC fibroepitelial ou fibroepitelioma de Pinkus, o qual consiste em uma distinta variante que se apresenta com telangiectasias arboriformes finas associadas a vasos puntiformes e estrias esbranquiçadas, sendo mais comumente encontrado no terço inferior do dorso (FANIA et al., 2020; FIRNHABER JM, 2020; MARCIAL ÁLVAREZ-SALAFRANCA; M; ZABALLOS, 2021).

## 6 DIAGNÓSTICO

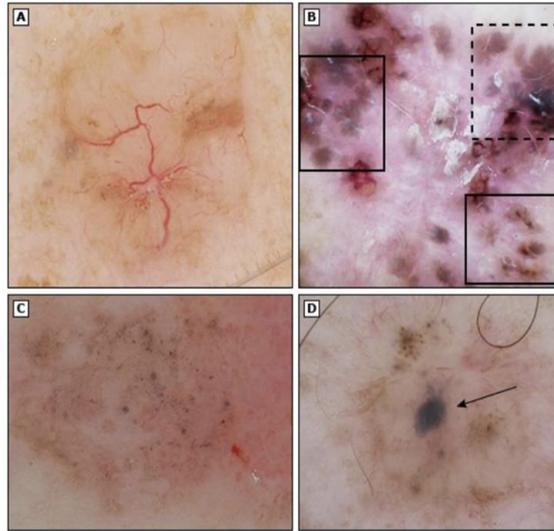
O diagnóstico de CBC é feito através da anamnese, avaliando a presença de situações consideradas como fatores de risco e do exame físico, com a avaliação das lesões características da patologia. Para facilitar a descrição da lesão, aplica-se a regra do “ABCDE”, que permite a distinção de assimetria, borda, cor, dimensão e evolução da pápula. A dermatoscopia é uma técnica não invasiva com sensibilidade e especificidade em torno de 91 e 95% respectivamente, em que se utiliza o dermatoscópio para visualização de estruturas subsuperficiais da pele na epiderme, junção dermoepidérmica e derme superficial, as quais, geralmente, não são visíveis ao olho nu. Os critérios diagnósticos para o CBC incluem a falta de uma rede pigmentar e a presença de pelo menos uma característica positiva para a patologia (MARCIAL ÁLVAREZ-SALAFRANCA; M; ZABALLOS, 2021; NICULET et al., 2021; REITER et al., 2021).

Tabela 1 - Características positivas para lesões de CBC

Estruturas não pigmentadas	Estruturas pigmentadas
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Vasos de arborização</li> <li>● Ulceração e pequenas erosões</li> <li>● Manchas e fios brancos e brilhantes (vistos com dermatoscopia polarizada)</li> <li>● Telangiectasias finas, curtas e superficiais</li> <li>● Múltiplos glóbulos, amarelados-esbranquiçados agregados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Áreas semelhantes a folhas</li> <li>● Grandes ninhos ovoides cinza-azulados</li> <li>● Múltiplos glóbulos cinza-azulados, não agregados</li> <li>● Estruturas de rodas de raios, incluindo glóbulos concêntricos</li> <li>● Múltiplos pontos marrons a cinza em foco</li> <li>● Pontos azul-cinza em uma distribuição de dispersão de tiro de pássaro</li> </ul>

Fonte: NICULET et al., 2021

Figura 1 - Dermatoscopia do CBC



Legenda: (A)- Vasos arborizados. (B)- Estruturas semelhantes a rodas/raios/ estruturas concêntricas (quadrados sólidos) e estruturas semelhantes a folhas (quadrados tracejados). (C)- Múltiplos glóbulos e pontos agregados cinza-azulados. (D)- Grande ninho ovóide azul-acinzentado (seta contínua).

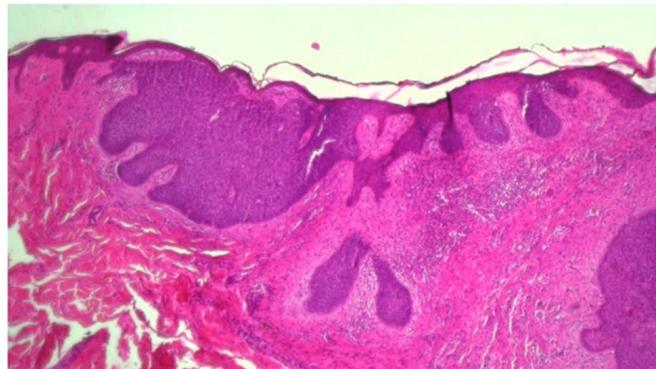
Fonte: IZABELA ŁASIŃSKA et al., 2022

A biópsia é o exame com capacidade de confirmação diagnóstica e determinação do subtipo histológico do CBC, podendo ser utilizada a biópsia shaving, por punção ou excisão. Apesar de haver possibilidade de realizar o diagnóstico sem a biópsia, estudos sugerem fortemente utilizá-la quando a lesão exibe características atípicas para CBC, o paciente não tem história prévia de CBC ou a lesão exibe características clínicas sugestivas de CBC com alto risco de recorrência. Através da biópsia é possível classificar os subtipos de CBC, os quais são diferenciados de acordo com o risco do tumor. Os de baixo risco são: nodular, superficial, pigmentado, fibroepitelial e diferenciação anexial. Os de alto risco incluem: infiltrante, micronodular, esclerosante, basoescamoso e sarcomatóide (NICULET et al., 2021; REITER et al., 2021; VILLANI et al., 2022).

A histopatologia do CBC é amplamente caracterizada por agregados de células basais com citoplasma pequeno, núcleos grandes e hipercromáticos, células apoptóticas incluídas em um estroma fibromixóide com espaços de retração tumoral. A angiogênese é um indicador do desenvolvimento e progressão do tumor, sendo que o estroma ao redor do CBC também revela aumento do número de microvasos, estando associado ao comportamento agressivo local. Recentemente, novas tecnologias foram desenvolvidas para o diagnóstico de CBC, como Tomografia de coerência óptica (TCO), microscopia confocal de reflectância (MCR), ultrassonografia de alta resolução (UAR), espectroscopia Raman ou geração de imagens de pulso Terahertz (NICULET et al., 2021; VILLANI et al., 2022).

O tipo nodular é apresentado microscopicamente como grandes ninhos ou ilhas de células basalóides malignas com arranjo celular central e aleatório, estroma mucoide com células fusiformes, com/sem depósitos amiloides. Já o tipo superficial (figura 2) se desenvolve como pequenas ilhas ou lóbulos de células basalóides localizadas na derme superficial com ligação à epiderme e no interior de um estroma mixóide, associado a um infiltrado inflamatório liquenóide em faixa, podendo aparecer como um tumor multicêntrico e, às vezes, fazer parte de um tumor de padrão misto, com componentes micronodulares, nodulares ou infiltrante. O tipo pigmentado é uma variante do CBC nodular ou superficial, que contém pigmento melanina derivado de um número aumentado de melanócitos dendríticos dentro dos ninhos tumorais malignos, sendo encontrado no interior das células basalóides malignas ou dos macrófagos que circundam a proliferação maligna (REITER et al., 2021; GAMBINI et al., 2022).

Figura 2 - Histologia do CBC superficial



Legenda: CBC misto com componentes superficiais multicêntricos e nodulares, associado a denso infiltrado inflamatório. Coloração de hematoxilina e eosina em tecido de homem idoso, caucasiano, com lesão na região de cabeça e pescoço. Ampliação, x40.

Fonte: NICULET et al., 2021

O CBC com diferenciação anexial define um subtipo de CBC frequentemente encontrado na pele ao redor dos olhos, exibindo diferenciação para glândulas foliculares, écrinas, apócrinas ou sebáceas. A diferenciação matricial no CBC é revelada pela presença de células sombra; a variante infundíbulo-cística caracteriza-se pela presença de pequenos espaços infundibulares semelhantes a cistos no interior dos nódulos tumorais; sebócitos maduros podem ser encontrados no CBC com diferenciação sebácea, enquanto estruturas ductais, como as encontradas nas glândulas écrinas e apócrinas (e secreção de decapitação na diferenciação apócrina) são encontradas no CBC com diferenciação para glândulas sudoríparas écrinas ou apócrinas. Já o tipo fibroepitelial é uma variante distinta composta por filamentos finos de células basalóides anastomosadas com padrão de desenvolvimento reticular, ligadas à epiderme

e dentro de um estroma fibroblástico. Às vezes, raras ilhas basalóides podem ser encontradas (NICULET et al., 2021; REITER et al., 2021; GAMBINI et al., 2022).

O CBC micronodular é formado por pequenas ilhas ou ninhos de células tumorais malignas que se infiltram profundamente na derme, às vezes, até no tecido subcutâneo. O tumor tem um arranjo semelhante a um satélite de nódulos discretos com contornos irregulares, revestidos por uma fina margem de estroma e separados por colágeno dérmico normal. O tipo infiltrante é composto por cordões de células tumorais que se infiltram profundamente, com bordas anguladas e têm um padrão de invasão irregular e permeável na borda do tumor. O CBC esclerosante é constituído por filamentos/cordões muito finos de células tumorais encontrados em um tipo de estroma colagenoso, raramente com fissura tumor-estroma (NICULET et al., 2021; REITER et al., 2021; CHEN et al., 2022).

O carcinoma basoescamoso é um subtipo caracterizado pela presença de características tumorais de CBC e CEC (Carcinoma Espinocelular), com áreas de transição entre os dois. Os ninhos tumorais são constituídos por células basalóides, que se misturam com células escamosas atípicas com citoplasma eosinofílico, dispersas ou com distribuição focal. O estroma é, muitas vezes, altamente celular, com aparência fibrótica. A diferenciação sarcomatóide (carcinoma metaplásico) caracteriza-se por uma proliferação maligna de células basalóides encontradas dentro de um estroma sarcomatoso com histologia variável. O componente estromal mesenquimal maligno pode assumir a forma de osteossarcoma, condrossarcoma, leiomiossarcoma, sarcoma indiferenciado pleomórfico ou rabiomiossarcoma (NICULET et al., 2021; REITER et al., 2021; GAMBINI et al., 2022).

## 7 TRATAMENTO

A excisão cirúrgica padrão é o tratamento de escolha para CBCs de baixo risco. Limites cirúrgicos livres de 3 a 4 mm são geralmente aceitáveis para a eliminação do tumor em CBCs pequenos (< 2 cm). Contudo, as recomendações da prática clínica propuseram abas transparentes de 4 mm, além de que a avaliação da margem tumoral intra-cirúrgica deve ser realizada para garantir a eliminação do tumor. A taxa de reaparecimento de CBCs após a excisão padrão é geralmente modesta, com taxas de recorrência em 5 anos para lesões de baixo risco variando de 0,7 a 5%. Uma vez que a anatomia local é alterada como resultado da reorganização do tecido, o fechamento linear ou cicatrização por segunda intenção deve ser idealmente usado para completar a reconstrução (NAIK; DESAI, 2022).

A cirurgia micrográfica de Mohs (CMM) é uma técnica cirúrgica especializada para remover cânceres de pele localmente invasivos e de alto risco. Consiste em um método preciso

e poupador de tecido para remoção de câncer de pele, nomeado em homenagem a Frederick Mohs, o cirurgião que o inventou. É um processo cirúrgico metódico para o tratamento de um amplo espectro de neoplasias cutâneas, incluindo CBC e CEC, e tem alta taxa de cura comprovada. O benefício fundamental da CMM é que ela permite o controle microscópico exato de toda a margem do tumor, preservando o máximo de tecido saudável possível. Uma fina margem de tecido é removida circunferencialmente ao redor e profundamente às margens clínicas do tumor durante este procedimento. Para facilitar o processamento do tecido, a amostra geralmente é removida com um bisel de 45 graus. O tecido é então rapidamente congelado e seccionado em um micrótomo criostato, permitindo seu rápido processamento (cerca de 15 a 30 min). Quando o tecido é seccionado horizontalmente, praticamente toda a margem do tecido (margens periféricas e profundas) pode ser estudada ao microscópio. O procedimento é repetido até que as margens histopatológicas do tumor sejam negativas (NAIK; DESAI, 2022).

Dessa forma, a excisão padrão é um dos tratamentos cirúrgicos mais comuns para CBC, em que é feita uma excisão com margem, visando a remoção do tumor e também de uma borda adicional de pele sadia, como margem de segurança. Os tecidos removidos são examinados ao microscópio, para averiguar se foram extraídas todas as células cancerosas. A técnica possui altos índices de cura, e também pode ser empregada no caso de tumores recorrentes. Já a CMM consiste em uma abordagem cirúrgica especializada que remove menos pele sadia adjacente ao tumor, podendo ser considerada a técnica mais refinada, precisa e efetiva para o tratamento dos tipos mais frequentes de câncer de pele. O procedimento consiste na retirada gradual das camadas do tumor e do exame de cada uma delas ao microscópio, até que se obtenha margem livre de células cancerosas. O nível de precisão e acerto pode chegar a 98%, já que as bordas são checadas pelo microscópio, durante a cirurgia (THOMSON et al., 2020).

Caso a excisão cirúrgica do CBC não for viável, contraindicada ou não preferida pelo paciente, a radioterapia pode ser uma opção de tratamento adicional. A radioterapia requer várias sessões e algumas alterações pós-irradiação podem ser observadas, como: despigmentação e radiodistrofia. Vale ressaltar que a recorrência do tumor após a radiação pode ser mais difícil de tratar. A eletrodissecação e curetagem são escolhas apropriadas para tumores primários não fibrosantes de baixo risco. As taxas de recorrência do tumor em cinco anos variam de menos de 2% a mais de 20%, dependendo das características da lesão e da habilidade do profissional. A crioterapia é considerada para CBC de baixo risco quando terapias mais eficazes são contraindicadas ou impraticáveis. A biópsia deve ser realizada antes do procedimento para determinar a profundidade do tumor, uma vez que a crioterapia não é indicada para tumores

com mais de 3 mm de profundidade. As taxas de recorrência relatadas para criocirurgia variam de menos de 2% a até 20%, dependendo das características da lesão e da duração do acompanhamento (THOMSON et al., 2020; NAIK; DESAI, 2022).

Como terapia medicamentosa, o imiquimod tópico (Aldara), um imunomodulador, é aprovado pela Food and Drug Administration (FDA) dos EUA para o tratamento de CBC superficial, mas não para outros subtipos de CBC. As taxas de cura clínica e histológica em um ano variam de 60% a 80%. A monoterapia com fluorouracil tópico, um antimetabólito, também é aprovada pela FDA para o tratamento de CBC superficial. Tais tratamentos são ideais para pacientes com tumores pequenos em locais de baixo risco que não toleram terapias mais definitivas. Vale salientar que não há diretrizes claras para o acompanhamento após um carcinoma de queratinócitos, mas o monitoramento da recorrência é importante, uma vez que o risco de câncer de pele subsequente em cinco anos é de 41%. Após mais de um diagnóstico, o risco em cinco anos aumenta para 82% (FIRNHABER JM, 2020).

De acordo com uma análise comparativa entre os diferentes tratamentos cirúrgicos para CBC primário comprovado histologicamente em adultos imunocompetentes, constatou-se que a cirurgia micrográfica de Mohs pode diminuir ligeiramente as taxas de recorrência em três e cinco anos, quando comparada com a excisão cirúrgica padrão (THOMSON et al., 2020). Quando comparada a abordagem cirúrgica com a abordagem não cirúrgica, o imiquimod, provavelmente, aumenta as taxas de recorrência de CBC em três e cinco anos. Pode haver pouca ou nenhuma diferença na cicatrização da lesão, embora o imiquimod possa aumentar as chances de melhor cicatrização, quando avaliada por um observador. A radioterapia pode aumentar as taxas de recorrência de CBC em três e quatro anos e, provavelmente, diminuir as chances de boa cicatrização. Por fim, a Metil-aminolevulinato (MAL-PDT), um tipo de terapia fotodinâmica que utiliza uma fonte de luz e um medicamento sensível à luz para matar células cancerígenas, pode aumentar as taxas de recorrência de CBC em três anos, apesar de está relacionada a boa cicatrização (THOMSON et al., 2020).

## 8 CONCLUSÃO

Em suma, o CBC é o tumor de pele não melanoma mais comum, sendo responsável por cerca de 80% dos casos. Sua origem se dá na camada basal da epiderme e, por isso, o seu nome. Apesar de serem localmente agressivos, raramente dão metástases. Existem diversos subtipos do CBC, sendo o nodular o mais prevalente. O diagnóstico baseia-se na avaliação clínica (anamnese e dermatoscopia da lesão), além de ser necessário a realização da biópsia para confirmação histopatológica. O tratamento inclui medidas gerais de cuidados com exposição

solar e a excisão cirúrgica como o método mais eficaz, seguro e, possivelmente, curativo. Ademais, em alguns casos, pode-se adotar tratamentos conservadores, como medicamentos, radioterapia e terapia fotodinâmica. Embora grandes avanços tenham sido identificados, algumas questões ainda permanecem indefinidas, ficando evidente a necessidade de novos estudos que abordem de maneira meticulosa o CBC e seu manejo, objetivando-se sanar as lacunas do conhecimento evidenciadas no presente artigo.

**REFERÊNCIAS**

- BASSET-SEGUIN, N.; HERMS, F. **Update in the Management of Basal Cell Carcinoma.** v. 100, n. 11, p. adv00140–adv00140, 1 jan. 2020.
- CHEN, O. et al. **Advances in Management and Therapeutics of Cutaneous Basal Cell Carcinoma.** v. 14, n. 15, p. 3720–3720, 30 jul. 2022.
- DIKA, E. et al. **Basal Cell Carcinoma: A Comprehensive Review.** v. 21, n. 15, p. 5572–5572, 4 ago. 2020.
- FANIA, L. et al. **Basal Cell Carcinoma: From Pathophysiology to Novel Therapeutic Approaches.** v. 8, n. 11, p. 449–449, 23 out. 2020.
- FIRNHABER JM. **Basal Cell and Cutaneous Squamous Cell Carcinomas: Diagnosis and Treatment.** American family physician, v. 102, n. 6, 2020.
- GAMBINI, D. et al. **Basal Cell Carcinoma and Hedgehog Pathway Inhibitors: Focus on Immune Response.** v. 9, 14 jun. 2022.
- IZABELA ŁASIŃSKA et al. **Basal Cell Carcinoma: Pathology, Current Clinical Treatment, and Potential Use of Lipid Nanoparticles.** v. 14, n. 11, p. 2778–2778, 3 jun. 2022.
- MARCIAL ÁLVAREZ-SALAFRANCA; M, A.; ZABALLOS, P. **Dermatoscopia del carcinoma basocelular: revisión actualizada.** v. 112, n. 4, p. 330–338, 1 abr. 2021.
- NAIK, P. P.; DESAI, M. **Basal Cell Carcinoma: A Narrative Review on Contemporary Diagnosis and Management.** v. 10, n. 2, p. 317–335, 21 jun. 2022.
- NICULET, E. et al. **Basal cell carcinoma: Comprehensive clinical and histopathological aspects, novel imaging tools and therapeutic approaches (Review).** v. 23, n. 1, 18 nov. 2021.
- REITER, O. et al. **Dermoscopic features of basal cell carcinoma and its subtypes: A systematic review.** v. 85, n. 3, p. 653–664, 1 set. 2021.
- THOMSON, J. J. et al. **Interventions for basal cell carcinoma of the skin.** v. 2020, n. 12, 17 nov. 2020.
- VILLANI, A. et al. **New Emerging Treatment Options for Advanced Basal Cell Carcinoma and Squamous Cell Carcinoma.** v. 39, n. 3, p. 1164–1178, 28 jan. 2022.