

## CARCINOMA BASOCELULAR EM SUPERCÍLIO RECONSTRUÇÃO COM RETALHO BILATERAL: UM RELATO DE CASO

FAÍCO FILHO, Klinger Soares<sup>1</sup>  
OLIVEIRA, Aline Sanches  
BATISTA, Débora Cristina de Freitas  
SILVA, Kelly Cordeiro  
PENA, Leila Batista  
DUARTE, Luana Pimentel  
WONDOLLINGER, Ruan Carling Schott  
LIMA, Joyce de Sousa Fiorini

Recebido em: 2017.05.02

Aprovado em: 2018.03.05

ISSUE DOI: 10.3738/1982.2278.2758

**RESUMO:** O carcinoma basocelular (CBC) é a neoplasia maligna mais comum em humanos e sua incidência vem aumentando nas últimas décadas. Apesar das baixas taxas de mortalidade e de rara ocorrência de metástases, o tumor pode apresentar comportamento invasivo local e recidivas após o tratamento, provocando importante morbidade. Exposição à radiação ultravioleta representa o principal fator de risco ambiental associado a sua gênese, sendo portanto, um fator prevenível. O presente trabalho visa relatar o caso de uma paciente diagnosticada com carcinoma basocelular do tipo infiltrativo em supercílio, que foi submetida à cirurgia de retirada da lesão utilizando-se a técnica de reconstrução com retalho bilateral. Tal procedimento foi acompanhado pelos estudantes autores do trabalho, que aprofundaram-se no tema e realizaram uma extensa revisão correlacionada. Foi também explorada a dificuldade de reconstrução do local acometido, que representa um desafio ao cirurgião, tanto pelo baixo número de opções corretivas quanto pela região esteticamente crucial ao paciente. Concluiu-se que além de um diagnóstico precoce, é fundamental que o tratamento adequado seja implementado, e posteriormente, um acompanhamento ambulatorial rigoroso deve ser realizado.

**Palavras-chave:** Carcinoma basocelular. Supercílio. Retalho bilateral

**SUMMARY :** Basal cell carcinoma (BCC) is the most common malignant neoplasm in humans and its incidence has been increasing in recent decades. Despite the low mortality rates and the rare occurrence of metastases, the tumor may present local invasive behavior and relapses after treatment, causing important morbidity. Exposure to ultraviolet radiation represents the main environmental risk factor associated with its genesis, and is therefore a preventable factor. The present study aims to report the case of a patient diagnosed with basal cell carcinoma of the infiltrative type on the eyebrow, who underwent surgery to remove the lesion using the technique of bilateral flap reconstruction. This procedure was followed by the student authors of the study, who deepened the subject and carried out an extensive review related to it. The difficulty of reconstructing the affected site was also explored, which represents a challenge to the surgeon, both because of the low number of corrective options and the region aesthetically crucial to the patient. It was concluded that in addition to an early diagnosis, it is essential that appropriate treatment be implemented, and afterwards, a rigorous outpatient follow-up should be performed.

**Keywords:** Basal cell carcinoma. Eyebrow. Bilateral flap reconstruction

**RESUMEN:** El carcinoma de células basales (CCB) es el tumor maligno más frecuente en los seres humanos y su incidencia ha aumentado en las últimas décadas. Aunque suponga bajas tasas de mortalidad y la aparición de metástasis sea infrecuente, el tumor puede tener un comportamiento local invasivo y recidivas después del tratamiento, por lo que presenta niveles de morbilidad significativos. La exposición a la radiación ultravioleta es el principal factor de riesgo ambiental asociado a su génesis y, por lo tanto, es un factor prevenible. Este artículo describe un caso clínico de un paciente diagnosticado con carcinoma de células basales del tipo infiltrativo en la ceja, que se sometió a una extracción quirúrgica de la lesión mediante la técnica de reconstrucción con solapa bilateral.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Ouro Preto

Este procedimiento fue seguido por los estudiantes y autores del trabajo, que realizaron una extensa revisión sobre el asunto. Además, fue explorada la dificultad de reconstrucción de la zona tratada, que representa un reto para el cirujano ya que existen pocas opciones de reparación local y es un área estéticamente importante para el paciente. Se ha concluido que, además de un diagnóstico temprano, es esencial que sea implementado el tratamiento adecuado y que, más tarde, sea realizada una atención ambulatoria rigurosa.

**Palabras clave:** Carcinoma de células basales. Las cejas. La aleta bilateral

## INTRODUÇÃO

O carcinoma basocelular (CBC), também conhecido como tumor de células basais, basalioma, epitelioma basocelular e úlcera roedora, é a neoplasia maligna mais comum no mundo, representando cerca de 70% a 80% de todos os tumores malignos de pele. Sua incidência apresenta atualmente um crescimento de 10% ao ano e, apesar de apresentar comportamento invasivo local e baixo potencial metastático, possui alta morbidade e gastos elevados para os sistemas de saúde mundiais para sua excisão (RUBIN, 2005; WONG, 2003; CHINEM; MIOT, 2011).

Acredita-se que o CBC desenvolve-se a partir da interação entre fatores genéticos e ambientais. A predisposição genética decorre de mutação do gene *Patched hedgehog* (PTCH) e sua via de sinalização, com perda da heterozigotidade, e consequente perda da expressão do gene supressor tumoral. Dentre os fatores ambientais, a radiação ultravioleta é considerada a principal causa de carcinoma basocelular, relacionando-se ao tempo, à intensidade e à quantidade de exposição. O risco se torna significativamente maior na exposição recreativa ao sol e após o surgimento de sardas na infância e adolescência, não tendo sido encontradas evidências de associação entre as queimaduras solares no adulto e o surgimento da lesão. Além disso, estudos mostram que a exposição intensa e intermitente apresenta um maior risco no desenvolvimento da lesão que a exposição de menor intensidade porém contínua (WONG, 2003; KUMAR et al., 2010; RUBIN, 2005).

Fatores físicos como pele do tipo 1 (clara, que sempre queima e nunca bronzeia), cabelos ruivos ou loiros, olhos claros, além de influenciarem nos efeitos da radiação ultravioleta na pele, são considerados fatores de riscos externos para a lesão (WONG, 2003; RUBIN, 2005).

## RELATO DE CASO

Paciente de 44 anos, sexo feminino, leucoderma e portadora de *diabetes mellitus* tipo 2 em uso de metformina e insulina NPH, foi encaminhada pela dermatologia à cirurgia plástica devido a presença de lesão de cerca de um ano de evolução em terço médio de supercílio esquerdo. Ao exame físico a lesão foi caracterizada como nodular com ulceração central, perolada e com presença de telangiectasias em borda, sendo seu tamanho aproximado de 1,5 cm de diâmetro.

A biópsia incisional mostrou que se tratava de carcinoma basocelular infiltrativo, sendo então indicada ressecção ampla da lesão. Seus exames pré-operatórios apenas revelaram como alterações glicemia de 166 mg/dL e hemoglobina glicada de 9,5%. A cirurgia foi realizada sob anestesia local e sedação endovenosa, em ambiente hospitalar.

A área a ser reconstruída apresentou cerca de cinco centímetros em seu maior diâmetro, na porção central do supercílio esquerdo. Devido a extensão da área a ser reconstruída, optou-se por um retalho local de avanço bilateral em H, maior na porção lateral, com o objetivo de evitar a distorção da região glabellar e a assimetria. As incisões foram posicionadas nas linhas das rugas, com o bisturi paralelo aos folículos pilosos.

A paciente apresentou boa evolução, sem intercorrências no pós-operatório. Os pontos foram retirados decorridos dez dias da cirurgia. O resultado da biópsia excisional revelou carcinoma basocelular do tipo nodular infiltrativo, com bordas livres, dispensando propeidêutica complementar.

## DISCUSSÃO

O tipo histológico nodular encontrado na paciente vai de encontro aos estudos, tanto mundiais quanto brasileiros, em que este tipo histológico é o mais comum dos carcinomas basocelulares (KIRKHAM, 1997; SILVEIRA et al., 2007; NASSER, 2005; SREERAM et al., 2016; MANTESE et al., 2006; CRUZ, 2007; CASTILHO et al., 2010).

Em relação ao gênero, nos estudos analisados, verifica-se predominância no sexo feminino, o que vai ao encontro do caso apresentado (MANTESE et al., 2006; NARIKAWA et al., 2011; CRUZ, 2007; BENEDET et al., 2007). No entanto, essa informação não é unânime, sendo o sexo masculino predominante em alguns estudos (NALDI et al., 2000; BASTIAENS et al., 1998; MAAFS et al., 1997).

Em um estudo realizado por Santos e colaboradores (2007) com duração de vinte anos, percebeu-se que ao longo do tempo, houve aumento relativo da frequência de mulheres acometidas com o CBC. No começo desse estudo em 1986, as mulheres compreendiam 43,7%, passando para 52,4% nos últimos quatro anos de estudo (2002 a 2006).

Em estudo realizado por Nasser (2005), onde foram analisados 5.254 casos de CBC na cidade de Blumenau – SC nos anos de 1980-1999, o predomínio foi do sexo feminino em 51,1%. O estudo de Custódio e colaboradores (2010) realizado na cidade de Tubarão – SC, com 3.253 casos, também houve predomínio do sexo feminino em 51,2% dos casos. Já no estudo realizado por Silveira e colaboradores (2007), analisando 634 casos, houve predomínio em 54,4% do sexo feminino. Em recente estudo realizado em Mangalore, na Índia, realizado por Sreeram e colaboradores (2016) na análise de cem casos no período de 2006-2014, o sexo feminino também foi predominante em 54% dos casos.

Para Mantese e colaboradores (2006), o fato das mulheres estarem sendo predominantes nos estudos pode ser explicado parcialmente, pelo fato das mulheres serem alvo de inúmeras campanhas educacionais de prevenção ao câncer, o que as tornam mais conscientes e atentas às mudanças no corpo. Dessa forma, ao promover maior consciência corporal elas conseguem observar mais precocemente quaisquer alterações.

Quanto à etnia, os estudos são unânimes em descrever a etnia caucasiana como a mais prevalente nos pacientes acometidos com CBC (SANTOS et al., 2007, SILVEIRA et al., 2007; NASSER, 2005; SREERAM et al., 2016, MANTESE et al., 2006). Para Silveira e colaboradores (2007), isso ocorre devido à não conscientização da população sobre os riscos decorrentes da exposição solar e pela cor de pele bronzeada ser vista como sinônimo de beleza pelas pessoas.

Em relação à idade dos pacientes acometidos com os carcinomas basocelulares, o ponto de corte nos estudos analisados foi a partir de 40 anos, o que corrobora com o caso da paciente deste relato que possui 44 anos. Dados mostram que a incidência do câncer aumenta com a idade, devido ao aumento cumulativo de mutações decorrentes da exposição à luz solar (NARIKAWA et al., 2011; CRUZ, 2007; SOYSAL et al., 2008; AURORA; BLODI, 1970).

Quando referimos à área acometida, há maior prevalência das lesões na porção superior da face, fato este que se ratifica pela maior exposição da região à luz solar ao longo da vida, muitas vezes sem proteção alguma. Em contrapartida, a área dos membros inferiores e abdome tiveram um acometimento menor, justamente pela menor incidência da radiação ultravioleta nessas regiões (CRUZ, 2007; BENEDET et al., 2007; MANTESE et al., 2006; CUSTÓDIO et al., 2010; NASSER, 2005;

SREERAM, 2016).

Alguns fatores de risco podem estar relacionados ao desenvolvimento dos CBC. Em estudo caso-controle realizado por Ferreira e colaboradores (2011) na cidade de Taubaté – SP, no período de 2005 a 2006 foram elencados os seguintes fatores de risco: pele clara, aumento de exposição à luz solar ocupacional e não-ocupacional, fotoproteção e histórico familiar de câncer de pele associado ao desenvolvimento de câncer cutâneo não melanoma positivo.

## **TÉCNICA CIRÚRGICA UTILIZADA**

A cirurgia plástica pode ser dividida em estética e reparadora. A plástica reparadora consiste na reabilitação da função de diversas estruturas, geralmente após traumas, doenças ou variações e anomalias congênitas, melhorando seu estado funcional e aproximando o indivíduo do conceito de normalidade (SANTOS et al., 2012).

Apresenta-se aqui uma intervenção terapêutica no âmbito da cirurgia plástica reparadora. As principais indicações para a exérese cirúrgica são tumores bem delimitados, de preferência não recidivados e que infiltram a profundidade (TERZIAN, 2009), como as características apresentadas pelo carcinoma da paciente.

A lesão superciliar manifestada pela mesma era compatível com carcinoma basocelular nodular e foi submetida à excisão e à reconstrução com resultado estético favorável. A cirurgia foi realizada em ambiente hospitalar utilizando-se a técnica de avanço de retalho local bilateral em H. O objetivo do tratamento foi retirar a lesão com margens livres e não causar deformidade, preservando a saúde e a aparência da paciente, sem comprometer o contorno facial.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica - SBCP (2016), o tratamento cirúrgico dos cânceres de pele, incluindo o carcinoma basocelular, consiste em quatro etapas: anestesia, remoção, reconstrução e resultados. Na primeira etapa é realizada a anestesia, neste caso optou-se por anestesia local e sedação endovenosa, mas em outros casos pode haver a necessidade da realização de anestesia geral.

A segunda etapa consiste na remoção do tumor. É importante respeitar as margens de ressecção preconizadas, para que seja retirado completamente o tumor. No caso em questão, como se tratava de um tumor menor que 2 cm de diâmetro e não agressivo, 4 mm de margens era a recomendação para a sua retirada completa, com profundidade até o tecido subcutâneo ou a camada mais profunda que possa estar acometida (TERZIAN, 2009). Para aumentar a acurácia da cirurgia, pode ser realizada a análise intra-operatória das margens cirúrgicas (TERZIAN, 2009).

Em seguida, efetua-se a reconstrução, podendo ser feita por segunda intenção, sutura direta, enxertos ou retalhos. No caso em questão optou-se por retalho local, que reposiciona o tecido saudável adjacente sobre a ferida. A linha de sutura também deve ser posicionada de forma a minimizar a aparência da cicatriz resultante, e, quando possível, seguir os vincos e as curvas naturais da face. Nota-se que a reconstrução após excisão cirúrgica é uma etapa essencial, já que é neste momento que os defeitos podem ser corrigidos. Por último, realiza-se a finalização das reconstruções primárias e aplicação de curativo nas incisões (SBCP, 2016).

Apesar dessas etapas padrões, existem diferentes abordagens cirúrgicas que podem ser utilizadas para o tratamento do CBC. A escolha da técnica deve ser adequada e individualizada para cada caso, já que a mesma influencia nos resultados estéticos e funcionais, podendo prevenir recidivas do tumor e deformidades. O prognóstico depende do tipo do tumor e do tratamento estabelecido (TERZIAN, 2009).

As principais vantagens da exérese cirúrgica em relação aos tratamentos não cirúrgicos são: a produção de melhor material para estudo anatomopatológico; a possibilidade de ótimos resultados estéticos; pós-operatório mais rápido, sem comprometimento do cotidiano do paciente se o tumor for relativamente pequeno; não é tumor dependente (à exceção da cirurgia micrográfica), ou seja, trata praticamente todos os tipos de tumores, desde que outros métodos não estejam mais indicados por outras condições (estado clínico do paciente, custo e exequibilidade do método etc). Em relação às desvantagens, tem-se: é operador-dependente e necessita de domínio de uma boa técnica cirúrgica para a obtenção dos melhores resultados; faz-se essencial a disponibilidade de condições materiais e humanas e em grande parte tem maior custo (TERZIAN, 2009).

A seleção da melhor técnica cirúrgica dependerá do tamanho, localização e profundidade da ferida operatória. A sutura direta é inexecutável em situações de grandes perdas, como a área apresentada pela paciente aqui relatada e a utilização de enxertos livres nessa área não permite manter o aspecto natural da sobrancelha, tornando o uso de retalhos a melhor opção.

De acordo com Franco e Franco (2011), retalhos são "segmentos corporais de tamanho e espessura variáveis, compostos de um ou mais tecidos, que são levados a outros locais, na proximidade ou a distância e que dependem, para sua sobrevivência, de circulação arteriovenosa fornecida por seus locais de origem ou de destino". De acordo com a sua localização, os retalhos podem ser classificados como locais ou à distância (FLORES, 2011). A técnica utilizada com a paciente em questão envolveu o uso de retalho local, ou seja, adjacente à lesão. Como vantagem, os retalhos locais apresentam o fato de geralmente manter as características da pele a ser reconstituída (cor, textura, pelos, espessura) e de necessitar de menos estágios operatórios e menos tempo de hospitalização, ideais para indivíduos mais idosos (FLORES, 2011). Os retalhos locais em avanço, movem-se diretamente sobre o defeito, não havendo movimentos de rotação ou de lateralidade. Estes retalhos podem ser de pedículo simples, bipediculado ou em V-Y.

O melhor retalho é aquele que permite, de forma mais simples, a reconstrução total de uma área com perda de substância, como a apresentada pela paciente em questão após a retirada do tumor. Deve ainda manter, da melhor maneira possível, as características naturais do local: cor, espessura, textura, elasticidade, presença ou não de pêlos e /ou outros anexos da pele, sem distorções ou retrações, preservando a função do local reconstruído, além do aspecto estético, sem provocar sequelas na área doadora (FLORES, 2011).

Para o caso descrito, as seguintes possibilidades poderiam ter sido cogitadas: retalho em ilha supraorbital, retalho periglabeal e o retalho de avanço, uni ou bilateral. O retalho em ilha supraorbital é rotineiramente usado para reparar defeitos no lábio cutâneo superior e um pouco menos frequentemente nas bochechas, nariz e testa. A região do supercílio é um local incomum de aplicação da técnica, já que questiona-se a viabilidade vascular deste retalho nesta região (GARDNER; GOLDBERG, 2002). No entanto Gardner e Goldberg (2002), ao relatarem o uso da técnica de retalho em ilha, concluíram que a mesma apresenta-se como alternativa de reparação ao reconstruir defeitos substanciais da região da sobrancelha, uma vez que produziu excelentes resultados funcionais e estéticos e a reparação foi concluída com êxito.

A opção pelo retalho de avanço bilateral em H, no caso evidenciado, deveu-se ao fato que, ao ser incluído no retalho todo o supercílio remanescente, pôde-se avançar e posicioná-lo na área excisada, mantendo-se a coloração e textura da pele, além da direção e aspecto dos pelos regionais (LOPES FILHO et al., 2009). O segundo retalho de avanço contralateral permitiu que houvesse uma aproximação das bordas sem tensão, com ausência de distorções na região glabeal. A vantagem adicional deste tipo de reconstrução é permitir que as incisões sejam posicionadas nas linhas de rugas, tornando-as

menos perceptíveis.

Os retalhos de avanço possuem configuração linear e são movidos deslizando-se em direção à área excisada, o que envolve esticar a pele do retalho. Assim, retalhos de avanço funcionam melhor em áreas de maior elasticidade da pele. Basicamente, trata-se do fechamento em camadas lineares, envolvendo o enfraquecimento e o avanço direto dos tecidos um em relação ao outro para fechar a região acometida. A transferência de tecidos é conseguida movendo-se o retalho e o seu pedículo num único vetor. A maior tensão de fechamento da ferida é perpendicular à margem distal do retalho (BAKER, 2014).

Ao cogitar o uso da técnica de retalho de avanço, é importante considerar a localização dos vetores de tensão de fechamento da ferida, a localização das linhas de incisão e se eles respeitam as linhas de tensão cutânea relaxada (linhas de Langer) e os limites estéticos. Como em todos os reparos locais, é importante avaliar a pele adjacente para a correspondência na qualidade das principais características (textura, cor, consistência e crescimento de pêlos) (BAKER, 2014).

Para a execução da técnica escolhida (retalho local de avanço bilateral em H), a lesão foi delineada de acordo com a margem adequada (Fig. 1) e em seguida foi excisada segundo o delineamento realizado (Fig. 2).

**FIGURA 1** – Delineamento da lesão - *H-flap*.



Fonte: Arquivo pessoal

**FIGURA 2** - Aspecto observado após a excisão da lesão.



Fonte: Arquivo pessoal

Foram então construídos os retalhos de avanço bilateral, com os eixos orientados segundo as linhas de rugas (Fig. 3). Como já citado, o retalho foi propositalmente maior na porção lateral com o objetivo de evitar a distorção da região glabellar e assimetria. Antes de movimentar o retalho devemos

fazer dissecação seguida de hemostasia minuciosa, mantendo-a num plano profundo próximo a seu pedículo. Embora geralmente elevados no plano subcutâneo, os retalhos podem ser mais facilmente elevados no plano subgaleal/subfrontal em pacientes idosos com a pele mais fina. O fechamento procede de lateral para medial, alimentando os retalhos centralmente e assim, ao contrário de outros métodos, evita-se a necessidade de excisar os triângulos de Burrow, o que resultaria em cicatrizes verticais desnecessárias (ROSE et al., 2001). Dessa forma, ao se encontrar centralmente, os retalhos formaram um "H". Observou-se o alcance do objetivo previamente estabelecido, com a manutenção da simetria e a uniformidade de posição das sobancelhas (Fig. 4).

Os retalhos bilaterais de avanço podem ser reparos em H ou em T, dependendo da configuração do defeito e do número de incisões utilizadas. O reparo em H é muitas vezes referido como "H-plasty". Cada lado do retalho é responsável por cobrir uma parte do defeito, mas, como aqui ocorrido, os dois lados não têm necessariamente que ter o mesmo comprimento. Seu comprimento será determinado principalmente pela elasticidade e fluidez do tecido no local. Ao projetar e dissecar os retalhos, é aconselhável primeiro incisar e elevar apenas um deles. Em ocasiões, é conseguido um movimento suficiente da pele com um único retalho, de modo que o segundo não é necessário ou pode ser feito com comprimento menor. A vantagem do reparo bilateral é que a tração igual dos dois lados opostos diminui a distorção do tecido e a propensão para o desvio das estruturas da linha média para um dos lados (BAKER, 2014).

Como o local de acometimento pelo CBC na paciente foi o supercílio, a técnica de retalho de avanço bilateral em H foi recomendada, uma vez que, como já abordado, as cicatrizes transversais tendem a ser camufladas nos sulcos da pele da testa. O uso de outras técnicas de reconstrução (retalhos V-Y, retalhos de avanço com rotação A-T) resultariam numa cicatriz vertical mais significativa, ou em cicatrizes oblíquas menos bem camufladas nos vincos da pele, ou ainda em ruptura da linha dos pelos (ROSE et al., 2001).

Embora as incisões transversais comprometam os nervos supra-palatino e supra-orbitário, especialmente se os retalhos são elevadas no plano subgaleal, dissecação cuidadosa deve reduzir consideravelmente o risco de tais danos. Deve-se ressaltar também que a alteração de sensibilidade é comumente associada a retalhos cutâneos locais, mas os incômodos são mínimos para os pacientes (ROSE et al., 2001).

**FIGURA 3** - Retalhos de avanço retangular bilaterais, com os eixos longos orientados na direção dos sulcos transversais da pele.



Fonte: Arquivo pessoal



**FIGURA 4** - Pós operatório. Aspecto em "H" obtido após a união dos retalhos e fechamento.



Fonte: Arquivo pessoal

**FIGURA 5** – Pós operatório de 2 meses.



Fonte: Arquivo pessoal

Ebrahimi e Nejadsarvari (2013) realizaram a técnica de avanço de retalho bilateral H na reconstrução da região da testa após a excisão de tumores em dez pacientes (mediana de idade de 61 anos). Os resultados estéticos do retalho em H foram, em todos os casos, muito bons com a satisfação de todos os pacientes. Através deste estudo, os autores concluíram que esta técnica é uma maneira confiável e segura para reconstrução da região superior da testa quando a área a ser reconstruída apresentar lesões com dimensões entre 4 cm e 6 cm. As direções das incisões são paralelas à linha de tensão da pele em repouso. O seguimento a longo prazo mostrou cicatrizes discretas e boa textura e cor correspondente à testa reconstruída. (EBRAHIMI; NEJADSARVARI, 2013).

## CONCLUSÃO

O acometimento da região dos supercílios pelo carcinoma basocelular apresenta um desafio ao cirurgião, já que possui número limitado de possibilidades reconstitutivas.

Além disso, trata-se de uma área esteticamente crucial, que faz parte do enquadramento central do rosto. A sobrancelha ideal deve ter simetria com aquela contralateral e varrer lateralmente da sua origem mediana sobre o rebordo supra-orbitário, afinando suavemente em direção à porção final sobre a margem superior do rebordo orbitário lateral. Descontinuidades ou distorções deste ideal podem levar a preocupação e angústia para os pacientes, o que justifica a grande preocupação em manter os contornos da região o mais próximo do natural.



Como discutido em relação às possibilidades e aplicações de tratamentos, indubitavelmente, o tratamento cirúrgico era o indicado para o caso descrito, sendo que todas opções de abordagem (retalho em ilha supraorbital, retalho periglabeolar e o retalho de avanço, uni ou bilateral) poderiam permitir a retirada satisfatória do tumor, mas render um resultado esteticamente diferente. A técnica foi escolhida visando aos melhores resultados estéticos e funcionais possíveis, considerando o aspecto e a localização da lesão. O segundo retalho de avanço contralateral permitiu que houvesse uma aproximação das bordas sem tensão, com ausência de distorções na região glabeolar e as incisões foram posicionadas nas linhas de rugas, ficando menos perceptíveis.

Concluímos que o tratamento cirúrgico permitiu a exérese completa do tumor, evitando a sua recidiva. A paciente deve ser acompanhada ambulatorialmente, visando à prevenção de recidivas e da ocorrência de outros tipos de tumores de pele.

## REFERÊNCIAS

- AURORA A. L., BLODI F. C. Lesion of the eyelids: a clinicopathological study. **Surv Ophthalmol**, v. 15, p. 94-104, 1970.
- BAKER, S. R. Advancement flaps. In: BAKER, S. R. **Local Flaps in Facial Reconstruction: Expert Consult**. 3 ed. Elsevier: 2014. cap. 9.
- BASTIAENS, M. T. et al. Differences in age, site distribution, and sex between nodular and superficial basal cell carcinomas indicate different types of tumors. **Journal of investigative dermatology**, v. 110, n. 6, p. 880-884, 1998.
- BENEDET, L. et al. Avaliação clínica e histopatológica dos pacientes portadores de carcinoma basocelular diagnosticados no instituto de diagnóstico anátomo-patológico em Florianópolis-SC de janeiro a fevereiro de 2004. **ACM Arq Catar Med**, v. 36, n. 1, p. 37-44, 2007.
- CASTILHO, I. G.; SOUSA, M. A. A.; LEITE, R. M. S. Fotoexposição e fatores de risco para câncer da pele: uma avaliação de hábitos e conhecimentos entre estudantes universitários. **An Bras Dermatol**, v. 85, n. 2, p. 173-8, 2010.
- CHINEM, V. P.; MIOT, H. A. Epidemiologia do carcinoma basocelular. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, p. 292-305, 2011.
- CRUZ, Z. C. L. Incidencia de carcinoma basocelular y epidermoide. **Dermatología Revista Mexicana**, v. 51, n. 4, p. 49-53, 2007.
- CUSTÓDIO, G. et al. Epidemiology of basal cell carcinomas in Tubarão, Santa Catarina (SC), Brazil between 1999 and 2008. **Anais brasileiros de dermatologia**, v. 85, n. 6, p. 819-826, 2010.
- EBRAHIMI, A.; NEJADSARVARI, N. Upper Forehead Skin Reconstruction with H-Flap. **Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery**, v. 6, issue 3, p. 152-154, 2013.
- FLORES, L. R. P. Retalhos Cutâneos: Fisiologia, Classificação, Principais Retalhos. In MÉLEGA, J. M.; VITERBO, F.; MENDES, F. H. **Cirurgia Plástica: Os princípios e a Atualidade**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Capítulo 11.
- FERREIRA, F. R.; NASCIMENTO, L. F. C.; ROTTA, O. Fatores de risco para câncer da pele não melanoma em Taubaté, SP: um estudo caso-controle. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 4, p. 431-437, 2011.

FRANCO, T.; FRANCO, D. Retalhos Cutâneos: Fisiologia e Classificação. In MÉLEGA, J. M.; VITERBO, F.; MENDES, F. H. **Cirurgia Plástica: Os princípios e a Atualidade**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Capítulo 10.

GARDNER, E. S.; GOLDBERG, L. H. Eyebrow Reconstruction With the Subcutaneous Island Pedicle Flap. **Dermatol Surg**, v. 28, p. 921-925, 2002.

KIRKHAM, N. Tumors and Cysts of the Epidermidis. In: ELDER, D., ELENITSAS, R., JAWORSKY, C., JOHNSON JR, B. Eds. **Lever's: Hystopathology of the skin**. 8. ed. Philadelphia New York: Lippincott-Raven Publishers, 1997. p. 685-746.

KUMAR, et al. **Robbins e Cotran: Patologia - Bases patológicas das doenças**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 1458 p.

LOPES FILHO, L. L. et al. Frontal basal cell carcinoma with eyebrow involvement: surgical treatment with bilateral advancement flap. **Surgical & Cosmetic Dermatology**, v. 1, n.2, p. 100-102, 2009.

MAAFS, E. et al. Basal cell carcinoma of trunk and extremities. **International journal of dermatology**, v. 36, n. 8, p. 622-628, 1997.

MANTESE, S. A. O. et al. Carcinoma basocelular - Análise de 300 casos observados em Uberlândia - MG. **An. Bras. Dermatol.**, v. 81, n. 2, p. 136-142, 2006.

NALDI, L. et al. Host-related and environmental risk factors for cutaneous basal cell carcinoma: evidence from an Italian case-control study. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 42, n. 3, p. 446-452, 2000.

NARIKAWA, S.; PADOVANI, C. R.; SCHELLINI, S. A. Frequência de ocorrência de carcinoma basocelular palpebral na região Centro-Oeste paulista e características dos portadores. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, p. 245-247, 2011.

NASSER, N. Epidemiologia dos carcinomas basocelulares em Blumenau, SC, Brasil, de 1980 a 1999. **An. Bras. Dermatol.**, v. 80, n. 4, p. 363-368, 2005.

ROSE, V. et al. The H-flap: a useful flap for forehead reconstruction. **British Journal of Plastic Surgery**, v. 54, p.705-707, 2001.

RUBIN, A. I.; CHEN, E.H.; RATNER, D. Basal cell carcinoma. **New England Journal of Medicine**, 2005.

SANTOS, A. B. O. et al. Estudo epidemiológico de 230 casos de carcinoma basocelular agressivos em cabeça e pescoço. **Rev. bras. cir. cabeça pescoço**, v. 36, n. 4, 2007.

SANTOS, N. P.; BARNABÉ, A. S.; FORNARI, J. V.; FERRAZ, R. B. N. Avaliação do nível de dor em pacientes submetidos a cirurgias plásticas estéticas ou reparadoras. **Rev Bras Cir Plást**, v. 27, n. 2, p. 190-194, 2012.

SILVEIRA, M. L. et al. Estudo epidemiológico dos carcinomas basocelulares, na população atendida no Conjunto Hospitalar de Sorocaba, no período de 2001 a 2005. **XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação-Universidade do Vale do Paraíba**, p. 1369-72, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, 2016. Cirurgias e procedimentos - Câncer de Pele. Disponível em: <http://www2.cirurgiaplastica.org.br/cirurgias-e-procedimentos/cancer-de-pele/>.

SOYSAL H.G., SOYSAL E., MARKOÇ F., ARDIÇ F. Basal cell carcinoma of the eyelids and periorbital region in a Turkish population. **Ophthal Plast Reconstr Surg**, n. 24, v.3, p. 201-6, 2008.

---

SREERAM, S. et al. Morphological Spectrum of Basal Cell Carcinoma in Southern Karnataka. 2016.

TERZIAN L.R. Carcinoma Basocelular. In: SILVA, M. R., CASTRO, M. C. R. **Fundamentos da Dermatologia**. 1a edição. Rio de Janeiro: Atheneu; 2009. p. 1709-1725

WONG, C. S. M.; STRANGE, R. C.; LEAR, J. T. Basal cell carcinoma. *British Medical Journal*, v. 327, n. 7418, p. 794, 2003.

