



Análise do Tratamento do Carcinoma Basocelular

Analysis of Basal Cell Carcinoma Treatment

EDUARDO WIETHORN RODRIGUES¹
MORGHANA RIBEIRO MOREIRA²
PATRÍCIA BATTISTI MENEGAZZO³

RESUMO

Introdução: O câncer de pele na população brasileira é a neoplasia mais comum. Localiza-se com mais frequência na face, causando morbidade tanto funcional quanto estética aos pacientes. O tratamento consiste na ressecção oncológica da lesão, preservando a função com a menor deformidade possível. O câncer de pele mais comum é o carcinoma basocelular (CBC), correspondendo entre 70-80% dos casos. **Método:** Avaliamos retrospectivamente 73 pacientes com 95 carcinomas basocelulares no período de março de 2010 a maio de 2012. Foram analisados os seguintes critérios: idade, sexo, cor, comorbidades, exposição solar, presença de consulta prévia com dermatologia, localização da lesão, tamanho da lesão, tipo clínico, tipo histológico, tipo de reconstrução, complicações cirúrgicas, margem cirúrgicas, conduta na margem cirúrgica comprometida, anatomopatológico após reintervenção, presença de recidiva e aparecimento de outra lesão primária no mesmo paciente. **Resultados:** A idade média foi de 60,73 anos. O sexo feminino correspondeu a 56,16%. A Exposição solar foi referida em 73,97% dos casos. O tamanho médio da lesão foi 0,91 cm. O local mais frequente foi a face (71,58%). O retalho local foi utilizado em 54,74% dos casos. O CBC sólido circunscrito foi o mais frequente. As margens comprometidas ocorreram em 8,42% dos casos, demonstrando relação com lesões maiores de 2cm e com o nariz sem significância estatística. **Conclusão:** No tratamento do carcinoma basocelular é importante a participação do cirurgião plástico, objetivando a ressecção sob princípios oncológicos, realizando a reparação da área afetada, a manutenção funcional e a menor alteração estética possível.

Descritores: Carcinoma; Terapêutica; Pele; Epidemiologia; Neoplasias cutâneas.

ABSTRACT

Introduction: Skin cancer is the most common neoplasm in the Brazilian population. It most frequently presents on the face, causing functional and aesthetic morbidity in patients. Its treatment consists in resection of the lesion while preserving the skin's function with the least possible deformity. The most common skin cancer is basal cell carcinoma (BCC), representing 70–80% of all cases. **Methods:** We retrospectively evaluated 73 patients with 95 BCCs from March 2010 to May 2012. The following characteristics were analyzed: age, sex, skin color, comorbidities, sun exposure, prior dermatological consultation, lesion site,

Instituição: Ambulatório de Cirurgia Plástica
Centro de Referência São Judas - Prefeitura
Municipal de Itajaí-SC e Consultório Privado
do Autor.

Artigo submetido: 23/6/2012.
Artigo aceito: 9/11/2014.

DOI: 10.5935/2177-1235.2014RBCP0089

¹Cirurgião Plástico - Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

²Acadêmico de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI - Acadêmico de Medicina.

³Acadêmico de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI - Acadêmico de Medicina.

lesion size, clinical type, histological type, reconstruction type, surgical complications, surgical margins, management of compromised surgical margins, anatomical pathology after reintervention, recurrence, and appearance of another primary lesion in the same patient. **Results:** The mean age of the patients was 60.73 years. Female patients accounted for 56.16%. Sun exposure was reported in 73.97% of patients. The mean lesion size was 0.91 cm, and the most common lesion site was the face (71.58%). A local flap was used in 54.74% of cases. Circumscribed solid BCC was the most common type. Compromised margins occurred in 8.42% of cases, demonstrating a relation between lesions >2 cm and the nose but without statistical significance. **Conclusion:** The plastic surgeon plays an important role in the treatment of BCC, aiming to perform resection following oncological principles, repair the affected area, and maintain the skin's functionality with the least possible cosmetic alterations.

Keywords: Carcinoma; Therapy; Skin; Epidemiology; Cutaneous neoplasms.

INTRODUÇÃO

O câncer de pele na população brasileira é a neoplasia mais comum. Segundo o Instituto Nacional do Câncer, estima-se para o ano de 2012 a quantidade de 62.680 novos casos de câncer de pele, não melanoma, entre homens e 71.490 para as mulheres¹. O câncer de pele localiza-se com mais frequência na face causando morbidade tanto funcional quanto estética aos pacientes, além de ter consequências na diminuição da auto-estima². O tratamento tem como objetivo a ressecção oncológica da lesão, preservando a função e causando a menor deformidade possível³.

O câncer de pele mais comum é o carcinoma basocelular (CBC), correspondendo entre 70-80% dos casos^{4,5}. O tipo mais comum de CBC é o nodular. Os fatores de risco para o desenvolvimento do CBC são: fototipo I e II de Fitzpatrick⁶, idosos, história de exposição solar, história de câncer de pele não melanoma prévio, presença de ceratose actínica, xeroderma pigmentoso e síndrome de Gorlin-Goltz^{6,7}. Na literatura encontramos uma maior frequência em homens, porém alguns estudos demonstram as mulheres com maior frequência^{4,8}.

A conduta mais frequente para o tratamento é a ressecção cirúrgica com margem de segurança. A margem preconizada na literatura encontra-se entre 3-4mm para lesões circunscritas, como a forma nodular, e com tamanho menor que 2cm, e entre 5-6mm para tumores com margens pouco definidas, como os superficiais e infiltrativos, ou com tamanho maior que 2cm^{4,5,9}. O índice de margens comprometidas na literatura varia entre 4% a 18%, sendo que a conduta quanto às margens é controversa na literatura, pois somente um terço dos pacientes apresentaram doença residual na reoperação^{6,10-14}.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é estudar a casuística de 2 anos do autor no tratamento do carcinoma basocelular,

analisando o perfil clínico, histológico e terapêutico dos pacientes.

MÉTODO

Avaliamos retrospectivamente os prontuários dos pacientes operados por carcinoma basocelular no Ambulatório de Cirurgia Plástica do Centro de Referência Celso Afonso Liberato- prefeitura municipal de Itajaí-SC e consultório privado do autor, no período de março de 2010 a maio de 2012.

Os critérios de inclusão foram: 1) diagnóstico de carcinoma basocelular. 2) pacientes operados pelo autor. 3) seguimento ambulatorial completo até 6 meses após a cirurgia. Os critérios de exclusão foram: 1) dados incompletos no prontuário médico 2) pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico que não compareceram para seguimento pós-operatório.

Foram analisados os seguintes critérios: idade, sexo, cor, comorbidades, exposição solar, presença de consulta prévia com dermatologia, localização da lesão, tamanho da lesão, tipo clínico, tipo histológico, tipo de reconstrução, complicações cirúrgicas, margem cirúrgicas, conduta na margem cirúrgica comprometida, anatomopatológico após reintervenção, presença de recidiva e aparecimento de outra lesão primária no mesmo paciente.

Foram operados neste período 108 pacientes, sendo que utilizando os critérios de inclusão e exclusão selecionamos 95 lesões em 73 pacientes. Destes 73 pacientes 71 são do centro de referência e 2 casos do consultório privado. Os pacientes avaliados foram operados em centro cirúrgico ambulatorial sob anestesia local (lidocaína), respeitando o limite máximo 50% da dose permitida. O centro de referência disponibiliza de centro cirúrgico ambulatorial. Os pacientes do consultório privado realizaram o procedimento em hospital privado da região.

As margens cirúrgicas adotadas foram de 4mm para tumores menores de 2cm, com bordos definidos, e de 6mm

em tumores acima de 2cm e/ou com contornos mal definidos. A conduta principal na margem comprometida foi à ampliação cirúrgica.

Para fins de classificação, os CBC foram divididos na sua forma clínica em nodular, ulcerado, superficial, e esclerodermiforme conforme Quintas¹⁵ e Bariani⁵. Na forma histológica em: sólido circunscrito, sólido infiltrativo, metatípico ou basoescamoso, superficial ou multicêntrico e esclerodermiforme. Em relação ao diâmetro, dividimos as lesões em até 1cm; 1,1 a 2cm e maior que 2cm¹⁵.

Na análise das variáveis da margem cirúrgica comprometida utilizamos o teste qui-quadrado. Adotamos o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Devido ao presente trabalho ser um estudo retrospectivo dos casos operados pelo autor não foi submetido ao comitê de ética.

RESULTADOS

A idade média dos pacientes foi de 60,73 anos, sendo que 50,68% encontram-se na faixa dos 60-80 anos. A amostra variou, quanto a idade, entre 29 e 83 anos. A distribuição dos pacientes pelo sexo é 56,16% feminino e 43,84% masculino. O seguimento pós-operatório dos pacientes foi em média de 12,3 meses, variando entre 6 a 19 meses. Os pacientes estudados são de cor branca (fototipo I e II de Fitzpatrick). Em relação às comorbidades, 19,18% apresentaram hipertensão arterial sistêmica e 13,70% diabetes mellitus. A exposição solar foi referida em 73,97%, sendo que a profissão de agricultor e pescador correspondeu a 40,74%.

Os pacientes operados possuíam biópsia prévia e en-

caminhamento pelo dermatologista em 43,84% dos casos. O tamanho médio da lesão foi de 0,91cm variando entre 0,2-3,5cm. Os pacientes estudados tinham 1,33 lesões por paciente. Os pacientes operados tiveram uma segunda lesão primária diagnosticada em 13,70%, sendo que em média isto ocorreu 7,5 meses após a primeira cirurgia. O local mais frequente foi a face em 71,58% da amostra. A Tabela 1 demonstra a distribuição das lesões conforme o local.

A distribuição dos tipos clínicos foi nodular em 36,84%(n=35), Ulcerado em 38,95%(n=37), Esclerodermiforme em 13,68%(n=13) e superficial em 10,53%(n=10). A Distribuição dos tipos histológicos foi Sólido-circunscrito em 53,68%(n=51), Sólido-infiltrativo em 27,37%(n=26), Superficial ou Multicêntrico em 17,89%(n=17) e Basoescamoso em 1,05%(n=1). O tipo de reconstrução utilizada nos pacientes foi retalho local em 54,74%, fechamento primário em 40% e autoenxertia de pele em 5,26%. O retalho mais utilizado foi o bilobado (30,91%). As Figuras 1 (A, B e C), 2 (A, B C, D, E e F) e 3 (A, B, C, D e E) demonstram tipos de reconstrução utilizadas.

CBC superficial da ponta nasal



Figura 1 (A). Pré-operatório, paciente feminina, 81 anos. **(B).** Trans-operatório - Enxerto de pele na ponta nasal. **(C).** Pós-operatório 4 meses. Anatomopatológico demonstrou margens cirúrgicas livres.

Tabela 1. Topografia das Lesões

Local	n	%
Nasal	25	26,32%
Malar	11	11,58%
Frontal	3	3,16%
Temporal	3	3,16%
Palpebral	9	9,47%
Cervical	4	4,21%
Couro Cabeludo	2	2,11%
Retroauricular	1	1,05%
Pré-auricular	2	2,11%
Lábio	3	3,16%
Sulco Nasogeniano	5	5,26%
Braço	7	7,37%
Ombro	5	5,26%
Tórax	6	6,32%
Perna	1	1,05%
Dorso	6	6,32%
Mão	2	2,11%
TOTAL	95	100,00%

CBC nodular frontal e temporal



Figura 2 (A). Pré-operatório região frontal, paciente feminina, 69 anos. **(B).** Pré-operatório região temporal, paciente feminina 69 anos. **(C).** Marcação de retalho bilobado para reparação. **(D).** Marcação de retalho de rotação pré-auricular para reparação. **(E).** Pós-operatório 1 ano. Anatomopatológico demonstrou margens cirúrgicas livres. **(F).** Pós-operatório 1 ano. Anatomopatológico demonstrou margens cirúrgicas livres.

Ocorreu complicação inicial em 7 casos (7,37%), sendo que a complicação mais frequente foi necrose parcial do retalho em 3 pacientes (5,77% dos retalhos). Tivemos 2 casos de infecção de ferida operatória e 2 casos de deiscência parcial da sutura. As complicações tardias ocorreram em 5 casos (5,26%) sendo a cicatriz inestética a complicação mais frequente (3 pacientes), seguida de edema do retalho

CBC superficial ou multicêntrico Temporal

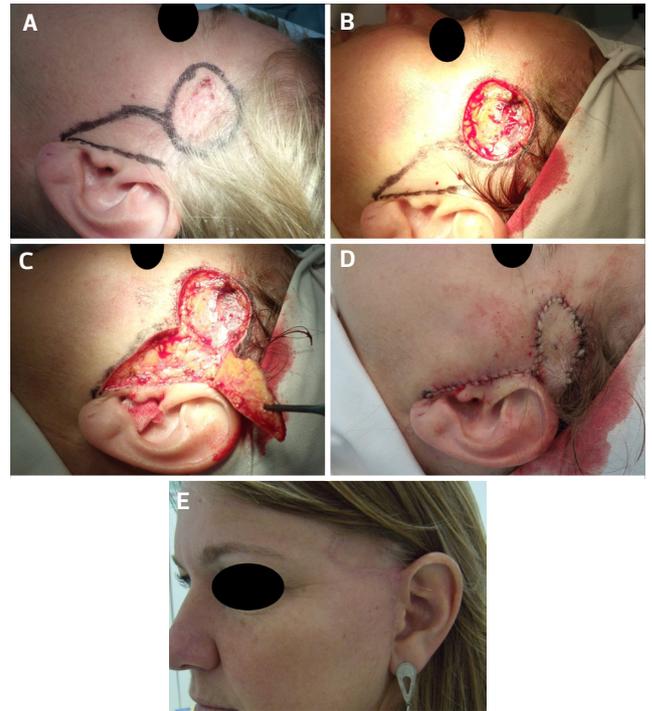


Figura 3 (A). Pré-operatório. Paciente feminina, 36 anos. Marcação de retalho de rotação pré-auricular. **(B).** Lesão Ressecada. **(C).** Rotação do Retalho. **(D).** Retalho deslocado e suturado no local do defeito. **(E).** Pós-operatório 6 meses. Anatomopatológico demonstrou margens cirúrgicas livres.

(1 caso) e excedente de pele na área de rotação (1 caso). A Figura 4 (A, B, C e D) demonstra algumas complicações pós-operatórias.

Complicações pós-operatórias

O exame anatomopatológico demonstrou margens comprometidas em 8,42% dos pacientes, sendo a margem lateral a mais comprometida (62,50%). A pele adjacente demonstrou ceratose actínica em 27,37% dos CBC retirados. A conduta na margem foi de ampliação cirúrgica em 7 pacientes (87,50%) e acompanhamento clínico em 1 paciente (12,50%). O paciente que realizou acompanhamento clínico apresentava comprometimento lateral da margem e propomos a ampliação de margem, porém devido à idade (82 anos) a família optou por acompanhamento clínico. No momento encontra-se 12 meses sem recidiva. Nas lesões que realizamos ampliação cirúrgica, 85,71% (6 ampliações) apresentaram anatomopatológico com ausência de neoplasia residual. Somente 1 ampliação deu positiva para neoplasia e conseguimos obter margens cirúrgicas livres no segundo procedimento. Na amostra não ocorreu recidiva da neoplasia no período estudado.

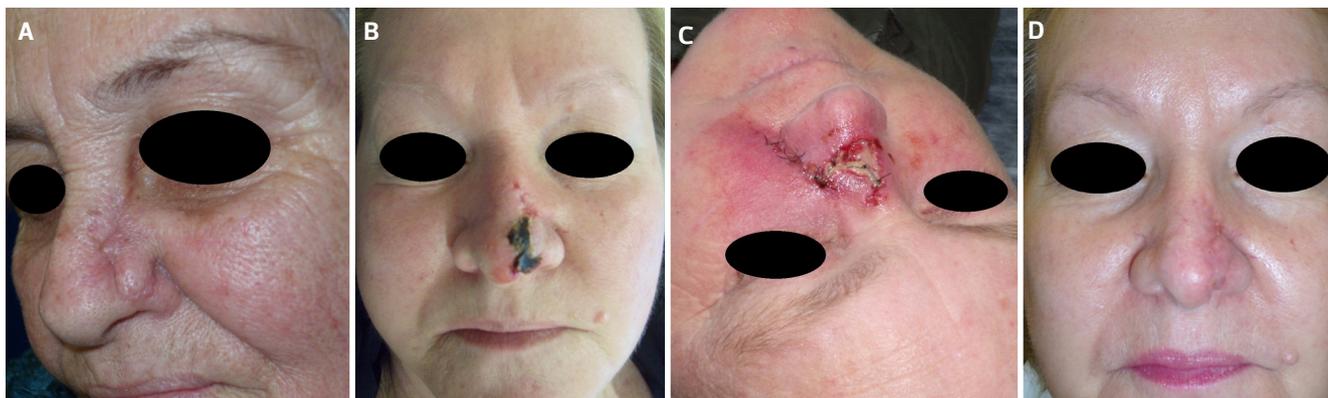


Figura 4 (A). Edema persistente em retalho bilobado. orientamos drenagem linfática e massagem local, com melhora do edema sem necessidade de abordagem cirúrgica. **(B).** Necrose de retalho bilobado. Optamos por curativos locais e cicatrização por segunda intenção. **(C).** Infecção Local e deiscência da sutura. Implementamos antibioticoterapia e curativos locais com pomadas antibióticas, com melhora da infecção e cicatrização da lesão por segunda intenção. Paciente com DM. **(D).** Resultado da cicatrização por segunda intenção da necrose. Propomos a paciente segunda cirurgia para refinamento da reconstrução. Paciente estava satisfeita, não quis realizar procedimento.

Tabela 2. Associação entre o diâmetro da lesão e as margens comprometidas.

Diâmetro	Margem Comprometida					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
até 1cm	4	6,06%	62	93,94%	66	100,00%
1,1 a 2 cm	2	9,09%	20	90,91%	22	100,00%
>2cm	2	28,57%	5	71,43%	7	100,00%
Total	8	8,42%	87	91,58%	95	100,00%

p = 0,124

Tabela 3. Associação entre o tipo clínico e as margens comprometidas.

Tipo Clínico	Margem Comprometida					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nodular	2	5,71%	33	94,29%	35	100,00%
Ulcerado	4	10,81%	33	89,19%	37	100,00%
Esclerodermiforme	1	7,69%	12	92,31%	13	100,00%
Superficial	1	10,00%	9	90,00%	10	100,00%
Total	8	8,42%	87	91,58%	95	100,00%

p = 0,885

Tabela 4. Associação entre o tipo histológico e as margens comprometidas.

	Margem Comprometida					
	Sim		Não		Total	
Tipo Histológico	n	%	n	%	n	%
Sólido Circunscrito	2	3,92%	49	96,08%	51	100,00%
Sólido-Infiltrativo	3	11,54%	23	88,46%	26	100,00%
Superficial	3	17,65%	14	82,35%	17	100,00%
Basoescamoso	0	0,00%	1	100,00%	1	100,00%
Total	8	8,42%	87	91,58%	95	100,00%

p = 0,304

Tabela 5. Associação entre a topografia e as margens comprometidas.

	Margem Comprometida					
	Sim		Não		Total	
Localização	n	%	n	%	n	%
Nariz	5	20,00%	20	80,00%	25	100,00%
Malar	1	9,09%	10	90,91%	11	100,00%
Pálpebra	1	11,11%	8	88,89%	9	100,00%
Braço	1	14,29%	6	85,71%	7	100,00%
Demais Áreas	0	0,00%	43	100,00%	43	100,00%
Total	8	8,42%	87	91,58%	95	100,00%

p = 0,068

DISCUSSÃO

O carcinoma basocelular ocorre com maior frequência nos indivíduos com mais de 60 anos, compatível com os resultados encontrados^{6,16-18}. A literatura apresenta maior frequência em homens com história de exposição solar e profissões que propiciem a exposição solar como o agricultor^{7,8,15,19}. Em nosso estudo obtivemos maior frequência de mulheres assim como Nasser^{6,9}. Os pacientes fototipo I e II de Fitzpatrick têm maior frequência de CBC^{5,7}. Nossa amostra é composta por pacientes caucasianos, provavelmente devido a maior descendência de imigrantes europeus na região do vale do Itajaí.

O tamanho médio da lesão foi menor que na literatura^{5,20}. Provavelmente o diagnóstico precoce e encaminhamento do dermatologista nos propiciam a tratar casos com diâmetro menor, sendo que em nossa amostra praticamente metade dos pacientes foi avaliado previamente pela dermatologia. Trabalhamos em conjunto com 4 dermatologistas dentro do centro de referência, tanto para detecção precoce quanto para seguimento do paciente no aparecimento de recidivas ou novas lesões primárias.

Os pacientes com carcinoma basocelular encontram-se suscetíveis a ter novos CBC, sendo que nosso índice foi compatível com Bariani⁵. Quintas¹⁵ refere que o segmento cefálico é o local mais acometido, sendo o nariz o local de maior frequência nos trabalhos científicos^{12,15}. O CBC nodular/ulcerado é o tipo mais comum^{5,12,15}, sendo que pode

haver variação de acordo com a nomenclatura utilizada para a classificação das neoplasias¹⁵. A presença de ceratose actínica nos demonstra dano solar a pele, causado pela exposição solar prolongada⁵.

A margem cirúrgica na literatura variam entre 1 a 10mm, em média entre 4 a 6mm, sendo que margem cirúrgica de 3 a 4mm são preconizadas para lesões menores que 2cm com bordos bem delimitados, como a forma nodular, e de 5 a 6mm para lesões maiores de 2cm e com bordos mal definidos, como os tipos superficial e esclerodermiforme^{12,20}.

Em nosso estudo encontramos a realização de retalhos locais para reconstrução do defeito após a ressecção do CBC, seguido do fechamento primário. Dependendo da topografia do defeito, devemos utilizar a reconstrução mais adequada objetivando um melhor resultado funcional e estético^{6,17,21}.

O retalho bilobado foi o mais utilizado nas reconstruções, sendo um retalho versátil, podendo ser aplicado em diversos sítios anatômicos, possibilitando formas variadas de reconstrução. As complicações cirúrgicas tiveram frequência maior que Veríssimo⁶.

O índice margem comprometida no nosso trabalho está em concordância com a literatura, que varia entre 5 a 25%^{11,15}. A margem lateral foi a mais comprometida em nosso estudo, sendo que optamos, na maior parte dos casos, pela ampliação das margens^{6,15}. A conduta sobre as margens não é uniforme na literatura, apesar da tendên-

cia maior pelos cirurgiões de realizar a sua ampliação⁶. A invasão do tumor nas margens cirúrgicas representa, em média na literatura, recorrência de 30% do CBC, porém a literatura demonstra que nas ampliações realizadas somente um terço dos pacientes apresentará doença residual¹². Encontramos propostas de tratamento conservador da margem comprometida e acompanhamento clínico, principalmente para pacientes com maior risco cirúrgico^{6,12}.

Não ocorreu recidiva no período estudado. Neste estudo adotamos na amostra acompanhamento mínimo de 6 meses sendo que obtivemos um acompanhamento de até 19 meses. O índice de recidiva na literatura pode chegar até a 14%⁶. Um seguimento clínico maior desta amostra deverá demonstrar o índice de recidiva destes pacientes.

Em relação às variáveis: diâmetro da lesão, tipo clínico, tipo histológico e topografia, em relação a margem cirúrgica, não encontramos significância estatística neste estudo. As áreas nasais e periorbitais, lesões maiores que 2cm e os tipos superficial e esclerodermiforme possuem maior probabilidade de margens positivas¹². Atribuímos à ausência de significância estatística provavelmente ao número de casos estudados, sendo que em uma amostra maior devemos encontrar significância.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou maior frequência em mulheres, acima de 60 anos e com história de exposição solar. A face foi o local mais acometido. O CBC sólido circunscrito foi o mais frequente. As margens comprometidas ocorreram em 8,42% dos casos demonstrando relação com as lesões maiores de 2cm e com a região nasal sem significância estatística. O tipo de reconstrução mais utilizado foi o retalho local.

No tratamento do carcinoma basocelular é importante à participação do cirurgião plástico, objetivando a ressecção sob princípios oncológicos, realizando a reparação da área afetada, a manutenção funcional e a menor alteração estética possível.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012: Incidência do Câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>
2. Carvalho MP, Filho RS, Gomes HC, Veiga DF, Juliano Y, Ferreira LM. Auto-Estima em Pacientes com Carcinomas de Pele. *Rev Col Bras Cir*. 2007; 34(6):361-366.
3. Feijó MJ, Santana HW, Viana H, Machado AA, Pereira RMR. Uma Análise retrospectiva dos pacientes com tumoração em face sugestiva de câncer de pele submetidos a tratamento cirúrgico no IMIP. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2010; 25(supl): 39.

4. Bariani RL, Nahas FX, Barbosa MVJ, Farah AB, Ferreira LM. Basal cell carcinoma: an updated epidemiological and therapeutically profile of an urban population. *Acta Cir Bras*. 2006 Mar-Apr;21(2): 66-73.
5. Veríssimo P, Barbosa MVJ. Tratamento cirúrgico dos tumores de pele nasal em idosos. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2009; 24(21): 219-33.
6. Maia M, Proença NG, Moraes JC. Risk factors for basal cell carcinoma: a case-control study. *Rev. Saúde Pública*. 1995; 29(1): 27-37.
7. Chinem VP, Miot há. Epidemiology of basal cell carcinoma. *An. Bras. Dermatol.* 2011; 86(2): 292-305.
8. Nasser N. Epidemiologia dos carcinomas basocelulares em Blumenau, SC, Brasil, de 1980 a 1999. *An Bras Dermatol*. 2005; 80(4): 363-8.
9. Mélega J. *Cirurgia Plástica Fundamentos e Arte: Princípios Gerais* Rio de Janeiro: Medsi; 2002.
10. Su Y, Giorlando F, Ek EW, Dieu T. Incomplete excision of basal cell carcinoma: a prospective trial. *Plast Reconstr Surg*. 2007; 120(5): 1240-8.
11. Gregorio TCR, Sbalchiero JC, Leal, PRA. Acompanhamento a longo prazo de carcinomas basocelulares com margens comprometidas. *Rev. Soc. Bras. Cir. Plást.* 2005; 20(1): 8-11.
12. Eliezri YD, Cohen PR. Câncer recurrence following Mohs micrographic surgery: a mechanism of tumor persistence. *Plast Reconstr Surg*. 1992; 90(1): 121-5.
13. Holmivikst K, Rogers G, Dahl P A. Incidence of residual basal cell carcinoma in patients who appear free after biopsy. *J Am Acad Dermatol*. 2002; 46(4): 549-53.
14. Quintas RCS, Coutinho ALF. Fatores de risco para o comprometimento de margens cirúrgicas nas ressecções de carcinomas basocelular. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2008; 23(2): 116-19
15. Sbalchiero JC, Gregorio TCR, Leitão L, Leal, PRA, Dibe MJA. Conduta na reconstrução da Ponta Nasal no tratamento das neoplasias cutâneas. *Rev. Soc. Bras. Cir. Plást.* 2005; 20(1): 12-16.
16. Gallo JRB, Monteiro, EHF, Rossi RHP, Bicudo FPS, Seba JLV, Zuanazzi, GM, Alves RM, et al. Impacto da implantação do inítiluto do câncer no tratamento das neoplasias de pele na região noroeste paulista. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2009; 24(3): 362-67.
17. Chedid R, Borges KS, Santos P, Sbalchiero JC, Dibe MA, Leal PR. Perfil das reconstruções de pálpebra inferior no Instituto Nacional do Câncer: estudo retrospectivo de 137 casos.
18. Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. *Cirurgia Plástica*. São Paulo: Atheneu; 2005.
19. Gulleth Y, Goldberg N, Silverman RP, Gastman BR. What is the best surgical margin for a Basal cell carcinoma: a meta-analysis of the literature. *Plast Reconstr Surg*. 2010; 126(4): 1222-31.
20. Tissiani LAL, Alonso N, Carneiro MH, Bazzi K, Rocco M. Veratilidade do retalho bilobado. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2011; 26(3): 411-7.

*Autor correspondente:

Eduardo Wiethorn Rodrigues

Rua Lauro Muller, 757 - Bairro Fazenda - Itajai, SC, Brasil

CEP: 88301-401

E-mail: eduardorodriguesplastica@gmail.com