

**CARCINOMA BASOCELULAR: UM ESTUDO DE CASO DE UMA
NEOPLASIA CUTÂNEA COM CARACTERÍSTICA
HISTOPATOLÓGICA AGRESSIVA**

**BASAL CELL CARCINOMA: A CASE STUDY OF A CUTANEOUS
NEOPLASIA WITH AGGRESSIVE HISTOPATHOLOGICAL
CHARACTERISTIC**

SCARLETT RICHTER **BERTOGLIO**. Graduanda do curso de Medicina da Faculdade Ingá – UNINGÁ.

ANTÔNIO CARLOS TOURINHO DE **CASTRO**. Médico Oncologista e Preceptor do Ensino dos Acadêmicos do HONPAR – Hospital Norte Paranaense.

PRISCILA MASSON **MAIA**. Psicóloga Especialista em Psicologia Clínica Psicanalítica e Graduanda do curso de Medicina da Faculdade Ingá – UNINGÁ.

GIOVANNA MENIN DA **SILVA**. Graduanda do curso de Medicina da Faculdade Ingá – UNINGÁ.

LUDILAINE **BRONZATI**. Graduanda do curso de Medicina da Faculdade Ingá – UNINGÁ.

LUCIA JEORGEA DOS SANTOS **COELHO**. Graduanda do curso de Medicina da Faculdade Ingá – UNINGÁ.

Rod PR 317, n.6114, CEP 87035-510, Maringá-PR. E-mail: scarlett_bertoglio@outlook.com

RESUMO

Segundo a Sociedade Brasileira de Dermatologia, o câncer de pele corresponde a aproximadamente 33% de todos os diagnósticos da doença no Brasil, e são registrados, a cada ano cerca de 180 mil novos casos, pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA). Trata-se de uma doença com crescimento descontrolado e anormal das células da pele, sendo dividida em câncer de pele não melanoma, os mais comuns, e melanoma cutâneo, um dos mais agressivos. Dentre os cânceres de pele não melanoma (CPNM), o carcinoma basocelular é o mais prevalente na população. Embora, apresente baixa letalidade, corresponde a uma neoplasia que vem exibindo novos comportamentos clínicos e epidemiológicos. O presente relato de caso tem a oferecer com um subtipo de carcinoma basocelular (CBC) de característica agressiva e de menor incidência na população acometida, contribuindo com seu diagnóstico e a forma de tratamento escolhida para seu devido reparo, uma vez que, a reconstrução dos defeitos cirúrgicos gerados pela excisão de tumores constitui um desafio para os cirurgiões. Sendo assim, de forma a reduzir os danos estéticos e a morbidade, o estudo reside em apontar direções aos profissionais quanto ao diagnóstico e métodos terapêuticos.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de Pele. Câncer de Pele Não Melanoma. Carcinoma Basocelular. Neoplasia Cutânea.

ABSTRACT

According to Brazilian Dermatology Society, skin cancer corresponds to about 33% of all cancer diagnoses in Brazil. Every year around 180 thousand new cases are registered, according to National Cancer Institute. This disease is characterized by the uncontrollable and abnormal growth of skin cells, being divided in non melanoma skin cancer (most common) and cutaneous melanoma, one of the most aggressive ones. Regarding non melanoma skin cancer, basal cell carcinoma is the most prevalent type. Although its lethality is lower, this neoplasm has been showing new epidemiology and clinical patterns. The present case report is regarding a sub-type of basal cell carcinoma with an aggressive behavior that is less common in its affected population, aiming to contribute in its early diagnoses and best therapeutic choice, since the reconstruction of surgical defects generated by tumor excisions are a challenge to surgeons. Therefore, aiming to reduce esthetic and morbid damages, this study should be able to point directions to professionals regarding the neoplasm diagnoses and therapeutic methods.

KEYWORDS: Skin Cancer. Non Melanoma Skin Cancer. Basal Cell Carcinoma. Cutaneous Neoplasia.

INTRODUÇÃO

Dentre as neoplasias mais comuns na população brasileira, temos as neoplasias cutâneas, as quais nas últimas décadas vem apresentando uma elevada incidência (ANÁLISE, 2006; CÂNCER, 2017; RODRIGUES; MOREIRA; MENEGAZZO, 2014; TERZIAN, 2009). Classificadas, corriqueiramente, em câncer de pele não melanoma e melanoma cutâneo. Temos que, dos CPNM, destaca-se o carcinoma basocelular, originalmente descrito por Jacob, em 1827, mas denominado epitelioma basocelular apenas em 1903 por Krompecher (CHINEN; MIOT, 2011; RODRIGUES; MOREIRA; MENEGAZZO, 2014; TERZIAN, 2009). Corresponde aproximadamente entre 70-80% dos casos, sendo o nodular o tipo mais comum (BROETTO et al., 2012; CHINEN; MIOT, 2011; MANTESE et al., 2006; RODRIGUES; MOREIRA; MENEGAZZO, 2014). Assim, trata-se de uma afecção que acarreta ao paciente morbidade tanto funcional quanto estética, bem como representa um problema de saúde pública ao gerar tributos ao sistema de saúde (ANÁLISE, 2006; RODRIGUES; MOREIRA; MENEGAZZO, 2014).

Explana-se um câncer que não apresenta lesões precursoras descritas, denota comportamento invasivo local, baixo grau de malignidade e baixo potencial metastático. Segundo a literatura, acredita-se que suas células são originadas a partir de células pluripotentes imaturas da epiderme interfolicular e as da bainha externa do folículo piloso (BROETTO et al., 2012; CHINEN; MIOT, 2011; MANTESE et al., 2006; TERZIAN, 2009). É uma neoplasia que surge com maior frequência em áreas que contém unidades pilossebáceas, e seu crescimento é dependente do estroma produzido pelos fibroblastos, podendo ser essa uma das justificativas para a sua incapacidade de metastizar (TERZIAN, 2009).

Ademais, os fatores de risco para o CBC são: história de exposição a raios ultravioletas A e B, considerado o principal fator de risco; condição econômica,

com aumento nas classes mais favorecidas; história familiar de CBC; idosos, incidência acentua-se com a idade, com prevalência em torno dos 69 anos; xeroderma pigmentoso, doença autossômica recessiva; síndrome do nevo basocelular, doença autossômica dominante; síndrome de Bazex, doença dominante ligada ao X; ceratose actínica; fototipo I e II de Fitzpatrick (Tabela 1); história de câncer de pele não melanoma prévio; síndrome de Gorlin-Goltz; entre outros (BROETTO et al., 2012; CHINEN; MIOT, 2011; MANTESE et al., 2006; RODRIGUES; MOREIRA; MENEGAZZO, 2014; TERZIAN, 2009). Não apenas, sua frequência é maior nas pessoas de pele clara, com sardas, que tiveram queimaduras solares intensas na infância (BROETTO et al., 2012; TERZIAN, 2009).

Tabela 1- Classificação de Fitzpatrick.

GRUPO	ERITEMA	BRONZEADO	SENSIBILIDADE
I Branca	Sempre	Nunca	Muito sensível
II Branca	Sempre	Às vezes	Sensível
III Morena clara	Moderado	Moderado	Normal
IV Morena moderada	Pouco	Sempre	Normal
V Morena escura	Raro	Sempre	Pouco sensível
VI Negra		Pele muito pigmentada	Insensível

Fonte: Sociedade brasileira de dermatologia.

Em relação a exposição solar como fator de risco, é observado que, a ação dos raios ultravioletas B, de forma intermitente, produzem reações mutagênicas no DNA (CHINEN; MIOT, 2011; MANTESE et al., 2006; OLIVEIRA, 2013; SGARBI; CARMO; ROSA, 2007; TOFETTI; OLIVEIRA, 2006). O índice de frequência dessa neoplasia varia de acordo com a região e a composição étnica da população, apresentando maior acometimento em homens por razões profissionais, na região sul, onde existe maior concentração de pessoas de pele clara, e nas proximidades dos trópicos (CHINEN; MIOT, 2011; OLIVEIRA, 2013; SGARBI; CARMO; ROSA, 2007; TERZIAN, 2009). Além do mais, notou-se um aumento da incidência no gênero feminino, principalmente naquelas com menos de 40 anos de idade, devido ao lazer fotoexposto e bronzeamento natural e artificial (CHINEN; MIOT, 2011; MANTESE et al., 2006). No entanto, as mulheres procuram precocemente o auxílio médico comparado aos homens, conseqüentemente tendem a ter menores diâmetros de lesão (CHINEN; MIOT, 2011). Aliás, alguns estudos exibem que a proteção ao sol na infância e adolescência reduzem significativamente os riscos de câncer de pele, pois nesse tipo de câncer a exposição solar tem efeito cumulativo (OLIVEIRA, 2013).

Em relação às suas formas clínicas, a literatura evidencia tamanhos e formas variadas, assim como, crescimento lento e assintomático. No início, podem ser confundidos com lesões como acne, escoriações, nevos ou alergias. De modo geral, apresentam bordas elevadas e uma área central perolada com telangiectasias associadas, e em sua grande maioria são lesões únicas, todavia, lesões simultâneas ou subsequentes não são raras (CHINEN; MIOT, 2011; TERZIAN, 2009). Demais, 80% dessa neoplasia encontra-se na face, desses 30% na região nasal (CHINEN; MIOT, 2011; RODRIGUES; MOREIRA; MENEGAZZO, 2014). Há discordâncias entre autores, mas de maneira geral o CBC é dividido clinicamente em quatro subtipos: nodulares; superficiais;

fibrosantes ou esclerodermiformes; e fibroepitelioma (CHINEN; MIOT, 2011; TERZIAN, 2009).

Classificação de acordo com seus aspectos clínicos predominantes (TERZIAN, 2009):

1. Nodular: é o CBC mais frequente, com predominância em áreas de cabeça e pescoço (áreas foto envelhecidas). Apresenta-se inicialmente como pápula arredondada, bem delimitada, de coloração clara, rosada ou perolada, com superfície lisa e brilhante, podendo haver telangiectasias tortuosas e irregulares. Quando apresenta ulceração central é denominado CBC nódulo-ulcerado.
2. Superficial: segundo tipo clínico mais comum, com predominância em áreas do tronco e membros. Geralmente são múltiplos, apresenta-se como placa eritematosa bem delimitada, redonda ou oval, com superfície escamosa e bordas peroladas levemente sobrelevadas. É o tipo menos agressivo, pois tem crescimento lento horizontal e invade planos mais profundos após longa evolução.
3. Esclerodermiforme ou fibrosante: é o mais agressivo, pois apresenta crescimento infiltrativo e irregular. O tumor é firme e indurado, superfície lisa, plano ou levemente sobrelevado, branco a amarelado, com margens mal delimitadas.
4. Fibroepitelioma: é uma variante rara do CBC, que ocorre nas regiões lombar, pubiana, genital ou nas extremidades. Inicialmente apresenta-se de forma superficial, e evolui com lesão pedunculada ou em domo, rosada, com consistência amolecida, sendo comum a presença de múltiplas lesões.

Dentre a classificação histopatológica, é definida como um agregado de células basalóides neoplásicas ligadas à epiderme ou ao epitélio de um anexo cutâneo (TERZIAN, 2009). Ocasionalmente observamos necrose central ou padrão cístico nos lóbulos tumorais. Uma de suas características é a penetração da derme das células tumorais, acarretando em retração do estroma ou formação de lacunas ao redor do tumor (CHINEN; MIOT, 2011; TERZIAN, 2009). Os cinco tipos histológicos de CBC são reconhecidos através de seus padrões de arquitetura e da reação do estroma ao tumor. Dessa forma, dividimos em duas categorias: os de padrões menos agressivos e os de padrões mais agressivos (TERZIAN, 2009). Temos que as formas esclerodermiformes, infiltrativas e micronodulares são as consideradas com comportamento clínico mais agressivo e maior risco de recidivas, pois são caracterizados por apresentarem padrão infiltrativo de crescimento e são mal delimitados (BROETTO et al., 2012; CHINEN; MIOT, 2011; RODRIGUES; MOREIRA; MENEGAZZO, 2014; TERZIAN, 2009).

Em princípio, para a realização do tratamento deve-se levar em conta a idade e as condições clínicas do paciente, a estética do procedimento, a localização anatômica, tamanho e limites do tumor, tal como o padrão histológico, número de lesões e se é primário ou recidivante (BROETTO et al., 2012). De modo geral, é possível redefinir esses aspectos em três fatores: fatores relacionados ao paciente; fatores relacionados ao médico e fatores relacionados ao tumor (Tabela 2) (TERZIAN, 2009). As opções terapêuticas são: curetagem; cirurgia excecional; eletrocauterização; radioterapia; terapia fotodinâmica; criocirurgia, entre outras. Embora haja muitas opções terapêuticas, a reconstrução após excisão cirúrgica é a etapa essencial. A abordagem

cirúrgica consiste na ressecção oncológica da lesão com margem de segurança preconizada entre 3 a 4 mm para aqueles que possuem margens bem definidas (circunscritas) e entre 5 a 6 mm para tumores com margens pouco definidas (RODRIGUES; MOREIRA; MENEGAZZO, 2014).

Tabela 2- Fatores considerados antes da escolha terapêutica:

RELACIONADO AO PACIENTE	RELACIONADO AO MÉDICO	RELACIONADO AO TUMOR
IDADE	EXPERIÊNCIA	TIPO CLÍNICO
DOENÇAS CONGÊNITAS	EFICÁCIA DO TRATAMENTO	TUMORES MAIORES QUE 2 CM
COAGULOPATIAS		TUMORES NA ÁREA “H” DA FACE (Figura 1)
IMUNOSSUPRESSÃO		RECIDIVADO

Fonte: TERZIAN (2009).

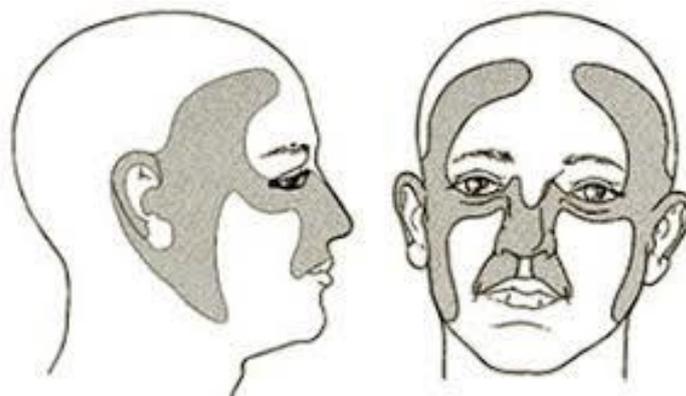


Figura 1 – “H da face”. Áreas em cinza correspondem ao “H” da face, locais com maior risco de recidiva para os carcinomas basocelulares.

Fonte: TERZIAN (2009).

A reconstrução dos defeitos cirúrgicos gerados pela excisão de tumores constitui desafios para os cirurgiões, devido a anatomia e a limitação de pele para a execução da correção (CINTRA et al., 2013; SOUSA et al., 2018). Sendo em grande parte encontrado na face, e dessa 30% na região nasal, temos em alguns casos excepcionais, a indicação de reconstrução nasal. Os enxertos de pele total podem ter bons resultados, mas seus riscos são maiores, tais como: cicatrizes deprimidas, modificação da estética do nariz, discromias, entre outras. Com o propósito de reduzir esses riscos, passou-se a abordar cirurgicamente retalhos de pedículos (COSTA, 2016). Por tanto, uma das técnicas é baseada no uso de retalhos cutâneos, os quais apresentam grande versatilidade, dentre eles o retalho frontal mediano, denominada como método indiano (CINTRA et al., 2013; SOUSA et al., 2018). Portanto, tal procedimento tem como base elevar o tecido da linha média com vascularização de vasos supraorbitais e supratrocleares bilateralmente, tendo sua base desenhada na altura das sobrancelhas e seu comprimento delimitado pela linha de implantação do cabelo. Assim, para atingir a região nasal, há uma rotação de 180° (COSTA, 2016).

A reincidência do CBC é mais comum no primeiro ano de vida após a primeira lesão, visto que, a maior chance de cura desta neoplasia depende de um tratamento adequado, com sua remoção completa no primeiro tratamento, pois os tumores recidivados apresentam alto índice de falha (CÂNCER, 2017; TERZIAN, 2009). A taxa de mortalidade é baixa devido à precocidade do diagnóstico nas áreas expostas e ao seu crescimento lento. No entanto, sua morbidade está relacionada à invasão e destruição tecidual local, principalmente na cabeça e pescoço (TERZIAN, 2009). Em síntese, considerado um problema de saúde pública, o CBC é passível de controle através da prevenção primária (proteção contra a exposição excessiva à luz solar) e secundária (realizando diagnóstico precoce e tratamento oportuno). Prontamente, o Estado deve cada vez mais investir em políticas públicas informativas e educacionais, com divulgação e orientação quanto aos hábitos da exposição solar e seus riscos.

RELATO DE CASO

Paciente trabalhador rural do sexo masculino, de 65 anos de idade, branco, diabético e hipertenso, com relato de lesão em ponta da região nasal, de crescimento lento e progressivo em aproximadamente 1 ano. Procurou ajuda médica em sua cidade, da qual foi encaminhado para avaliação e resolução em um Hospital no norte do Paraná, onde foi acompanhado e examinado. Ao exame físico, observou-se uma lesão hipercrômica elevada na região do dorso nasal, sem outros achados e particularidades. Sendo assim, levantou-se a hipótese de um tumor nasal. Dessa forma, o paciente foi submetido à cirurgia após a realização de exames pré-operatórios, os quais, exceto a glicemia, estavam dentro dos parâmetros de normalidade.

No intraoperatório, realizou-se ressecção da lesão em aproximadamente 3 a 4 cm, respeitando os limites de margem de segurança, após o material foi encaminhada para avaliação anatomopatológica. Consequente, no procedimento cirúrgico foi realizado um retalho miocutâneo frontal com vascularização da artéria supratroclear. Em seguida foi realizado uma autonomização do mesmo e ressecção do pedículo vascular 21 dias após o primeiro procedimento cirúrgico, conforme fotos em anexo (Anexo 1). O laudo histopatológico demonstrou tratar-se de uma neoplasia de histogênese determinada em carcinoma basocelular sólido-cístico/micronodular, com características de 26 mm de diâmetro e 7 mm de espessura, infiltração até a derme reticular profunda e ausência de invasão vascular e perineural. Ainda, apresentou classificação de estadiamento em pT2. O paciente evoluiu bem pós cirurgia, recebendo alta com retorno para acompanhamento em 3 meses.

DISCUSSÃO

Temos que a intermitente exposição solar vivenciada pelo paciente, o qual é trabalhador rural e de pele clara, se relaciona com a epidemiologia do CBC, pois acarreta ao paciente lesões cumulativas, que aparecem em um período de dez a 50 anos após o dano solar (TERZIAN, 2009). Assim como, o gênero masculino condiz com a predominância relatada pelas fontes literárias, sendo o sexo mais acometido, principalmente os de pele clara. No entanto, há divergências literárias quanto a essa afirmação, nas quais algumas trazem o sexo feminino como o prevalente, em especial nas últimas décadas (ANÁLISE,

2006; CÂNCER, 2017; RODRIGUES; MOREIRA; MENEGAZZO, 2014; TERZIAN, 2009).

No que se refere a área acometida, no caso a ponta da região nasal, trata-se de uma das áreas mais acometidas pelo CBC, sendo, 80% encontrado na face e desses, 30% na região nasal, ou seja, locais de maior exposição solar ao longo da vida (ANÁLISE, 2006; RODRIGUES; MOREIRA; MENEGAZZO, 2014; TERZIAN, 2009). Quanto à idade, a média para aparecimento dos danos é em torno dos 69 anos, corroborando com a idade de diagnóstico do paciente em 65 anos. Em contrapartida, o que chama a atenção para o caso em discussão é o tipo histológico micronodular identificado no paciente, o que não vai de encontro aos estudos, nos quais o tipo nodular é o mais comum dos CBC, denotando um caso mais raro e de maior agressividade, uma vez que, o mesmo é classificado histologicamente com um padrão agressivo (ANÁLISE, 2006; CÂNCER, 2017).

Quanto a técnica cirúrgica, foi realizado um retalho miocutâneo frontal com pedículo vascular baseado na artéria supratroclear, a qual segundo a literatura percorre a linha paramediana passando profundamente sobre o periósteo e a margem supraorbital até atingir uma posição subdérmica abaixo da pele (CINTRA et al., 2013). Estudos demonstram que a artéria supratroclear é o suprimento axial do retalho. Por conseguinte, a técnica cirúrgica de escolha vai de encontro as opções oferecidas pela literatura, visto que para reconstrução nasal, o retalho médio-frontal é a melhor opção, por permitir transferência de tecido de forma eficiente e com mínima deformidade da área doadora (CINTRA et al., 2013; SGARBI; CARMO; ROSA, 2007; TOFETTI; OLIVEIRA, 2006).

Em suma, o caso relatado é relevante para que cirurgiões e dermatologistas deem a devida atenção ao carcinoma basocelular, visando cada vez mais o diagnóstico precoce e o devido tratamento, individualizado, ao paciente. Sem mencionar que, para se alcançar um bom resultado e boa recuperação pós-cirúrgica, é preciso além de boa técnica, conhecimento e aperfeiçoamento da mesma. Bem como, campanhas informativas e educativas à população, com maior atenção junto à vigilância e práticas educativas e preventivas do câncer de pele na atenção básica de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância desse estudo reside em apontar direções aos profissionais de saúde, principalmente clínicos/cirurgiões especialistas em oncologia e dermatologistas, quanto aos fatores de risco, identificação e tratamento dos CBC. Assim como, ser um indicativo de estratégias a serem utilizadas na população com risco para tal afecção.

O presente estudo tem como limitações o fato de ser um relato de caso, não permitindo generalizações. Apesar disso, oferece embasamentos literários quanto aos principais pontos a serem abordados pelo CBC.

REFERÊNCIAS

BROETTO, J. et al. Tratamento cirúrgico dos carcinomas basocelular e espinocelular: experiência dos serviços de cirurgia plástica do hospital Ipiranga. **Rev. Brasileira de Cirurgia Plástica**. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v27n4/09.pdf>>. Acesso em: 28 de ago. 2018.

CHINEM, V.P.; MIOT, H.A. Epidemiologia do carcinoma basocelular. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. Sociedade Brasileira de Dermatologia, v. 86, n. 2, p. 292-305, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n2/v86n2a13.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2018.

CINTRA, H.P.L. et al. Uso de retalho médio-frontal na reconstrução do nariz. **Rev. Brasileira de Cirurgia Plástica**, vol.28, no.2, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v28n2/v28n2a07.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2018.

COSTA, M.J.M. Versatilidade do retalho médio-frontal nas reconstruções faciais. **Rev. Brasileira de Cirurgia Plástica**, vol.31, no.4, 2016. Disponível em: <<http://www.rbcp.org.br/details/1784/pt-BR/versatilidade-do-retalho-medio-frontal-nas-reconstrucoes-faciais>>. Acesso em: 10 set. 2018.

MANTESE, S.A.O. et al. Carcinoma basocelular - Análise de 300 casos observados em Uberlândia - MG. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/abd/v81n2/v81n02a04.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2018.

OLIVEIRA, M.M.F. Radiação ultravioleta / índice ultravioleta e câncer de pele no Brasil: condições ambientais e vulnerabilidades sociais. **Rev. Brasileira de Climatologia**, vol.13, 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/usuario/Downloads/36764-135492-1-PB.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2018.

RODRIGUES, E.W.; MOREIRA, M.R.; MENEGAZZO, P.B. Análise do tratamento do carcinoma basocelular. **Rev. Brasileira de Cirurgia Plástica**. 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/usuario/Downloads/v29n4a06.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2018.

SGARBI, F.C.; CARMO, E.D.; ROSA, L.E.B. Radiação ultravioleta e carcinogênese. **Revista de Ciências Médicas**. 2007. Disponível em: <<file:///C:/Users/usuario/Downloads/1050-2116-1-SM.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2018.

Sociedade Brasileira de Dermatologia. Análise de dados das campanhas de prevenção ao câncer da pele promovidas pela Sociedade Brasileira de Dermatologia de 1999 a 2005. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n6/v81n06a04.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2018.

Sociedade Brasileira de Dermatologia. **Câncer de pele**. 2017. Disponível em: <<http://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/cancer-da-pele/64/>>. Acesso em: 26 ago. 2018.

SOUSA, P.P. et al. **Reconstrução da ponta nasal com retalho médio frontal**. Sociedade Brasileira de Dermatologia. 2018. Disponível em: <<http://www.surgicalcosmetic.org.br/detalhe-artigo/334/Reconstrucao-da-ponta-nasal-com-retalho-medio-frontal>>. Acesso em: 02 set. 2018.

TERZIAN, R.L. Carcinoma basocelular. In: RAMOS-E-SILVA, M.; CASTRO, M.C.R. **Fundamentos da Dermatologia**. 1º edição. Rio de Janeiro. Editora Atheneu. 2009.

TOFETTI, M.H.F.C.; OLIVEIRA, V.R. A importância do uso do filtro solar na prevenção do fotoenvelhecimento e do câncer de pele. **Rev. Científica da Universidade de Franca**, vol.6, no.1, p. 59-66, 2006. Disponível em: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/183-365-1-PB.pdf>. Acesso em: 01 set. 2018.