

Carcinoma basocelular da pálpebra – fatores relacionados com a recidiva tumoral*

*Basal cell carcinoma of the eyelid – factors related to recurrence**

Luciana Akemi Ishi¹Ivana Cardoso Pereira¹Silvana Artioli Schellini²Mariângela Esther Alencar Marques³Carlos Roberto Padovani⁴

Resumo: FUNDAMENTOS – O carcinoma basocelular (CBC) palpebral é o tumor maligno mais freqüente das pálpebras, sendo possível observar casos em que existe recidiva após a exérese tumoral.

OBJETIVO – O objetivo deste estudo foi procurar reconhecer fatores relacionados com a recidiva do CBC palpebral.

MÉTODOS – No período de 1998 a 2001 foram detectados, na Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp, 23 pacientes que apresentaram recidiva clínica de CBC palpebral. Foi realizada análise retrospectiva dos pacientes, analisando-se idade, sexo, história de exposição solar, localização do tumor na pálpebra, diagnóstico clínico, diagnóstico histológico, acometimento de bordas cirúrgicas e tempo de seguimento.

RESULTADOS – Em meio aos 23 pacientes analisados, não houve predominância de sexo, e a média de idade foi de 72,9 anos. Dos tumores localizados exclusivamente na pálpebra inferior, sobretudo no canto interno (74,0%), 34,7% eram do tipo sólido ulcerado, e a maioria (66,6%) apresentava margens cirúrgicas livres, quando da ressecção tumoral.

CONCLUSÃO – A maioria das recidivas de CBC palpebral foi de tumores do tipo sólido e localizados no canto interno. Margens cirúrgicas livres não representam garantia de que a lesão não vá recidivar ou surgir “de novo”.

Palavras-chave: carcinoma basocelular; histologia; neoplasias; recidiva; recidiva local de neoplasia.

Summary: BACKGROUND – Basal cell carcinoma (BCC) is the most common malignant tumor located in the eyelid and there is a possibility of recurrent tumor after excision.

OBJECTIVE – This study was done to evaluate the features related to recidive basal cell carcinoma.

METHODS – A retrospective survey was done at Botucatu School of Medicine - UNESP, from 1998 to 2001. A total of 23 patients presented recidive basal cell carcinoma. The patients were studied according to sex, age, solar exposure, tumor localization, histological presentation, resection margins and follow up.

RESULTS – Recidive BCC occurred in Caucasians, mostly in females (52.0%), all in the lower eyelid, mainly in the internal canthus (74.0%), ulcerated solid histological form (34.7%) and 66.6% had clear resection margins.

CONCLUSION – The majority of recurrent BCC were solid and occurred in the internal canthus. Clear margins do not guarantee that a new lesion will not occur.

Keywords: carcinoma, basal cell; histology; neoplasms; recurrence; neoplasm recurrence, local.

INTRODUÇÃO

O carcinoma basocelular (CBC) representa percentual que varia de 75,0¹ a 92,0%² dos tumores malignos da pálpebra. Ocorre geralmente em idosos, estando o maior número de portadores na faixa de 50 a 70 anos,^{3,4} sendo rara a possi-

INTRODUCTION

Basal cell carcinoma (BCC) accounts for 75.01 to 92.0%² of malignant tumors of the eyelid. They usually occur in the elderly, especially those aged 50 to 70 years,^{3,4} and their occurrence before 40 or after 80 years of age is rare.

Recebido em 18.09.2003. / Received in September, 18th of 2003.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 12.03.2004. / Approved by the Consultive Council and accepted for publication in March, 12th of 2004.

* Trabalho realizado na Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp – São Paulo. / Work done at “Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp – São Paulo”.

¹ Residente do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço – Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp. / Resident, Dept. of Ophthalmology, Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery – Botucatu School of Medicine/Unesp.

² Professora livre-docente do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço – Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp. / Post-Doctoral Studies Professor, Dept. of Ophthalmology, Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery – Botucatu School of Medicine/Unesp.

³ Professora doutora do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp. / Ph.D., Professor, Pathology Dept., Botucatu School of Medicine/Unesp.

⁴ Professor titular do Departamento de Bioestatística do Instituto de Biociências/Unesp, Botucatu. / Titular Professor, Biostatistics Dept., Institute of Biosciences/Unesp, Botucatu.

bilidade de ocorrência antes dos 40 e depois dos 80 anos.

Já foi amplamente demonstrado que o tumor é mais freqüente em pessoas que apresentam exposição solar inadequada, mais especificamente, à radiação ultravioleta, porém, além da exposição solar, outros fatores relacionados ao desenvolvimento do CBC devem existir, uma vez que filmes poliméricos para medida da radiação recebida em sete regiões das pálpebras, colocados em ambas as pálpebras, revelaram que quantidade semelhante de radiação é recebida por ambas as pálpebras,⁵ sendo difícil explicar a incidência muitas vezes maior do tumor na pálpebra inferior.

Portanto, a radiação ultravioleta tem importância, mas outros fatores devem existir, tais como a predisposição ao desenvolvimento de tumores (33,4% dos portadores de CBC palpebral apresentam outros tumores na face), exposição a carcinógenos, predisposição genética (portadores de xeroderma pigmentoso e albinismo desenvolvem CBC mais freqüente e mais precocemente). Outra observação que reforça a teoria da predisposição genética ou de fatores imunológicos é a da existência de alta porcentagem (cerca de 41%) de pacientes com tumores de pálpebra, nos quais se detectam outros tumores na pele ou em outras localizações.⁶

O CBC forma-se por deficiência na maturação e ceratinização da célula. Cresce e penetra a derme, formando uma massa invasiva nodular que raramente metastatiza. Algumas vezes, porém, existe recidiva desse tumor após a exérese. As razões apontadas para a recidiva são várias, nem sempre claramente conhecidas.

O presente estudo foi realizado com o objetivo de reconhecer fatores que possam estar relacionados com a recidiva tumoral do CBC da pálpebra.

MATERIAL E MÉTODO

Durante o período de 1998 a 2001, foram observados na Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp 23 pacientes que apresentaram recidiva de CBC palpebral. Esses indivíduos foram analisados quanto às variáveis idade, sexo, história de exposição solar, localização do tumor, diagnóstico clínico, diagnóstico histológico, acometimento de margens cirúrgicas e tempo de seguimento.

Dos 23 pacientes pesquisados, seis apresentavam a primeira e a segunda peças cirúrgicas analisadas pelo Serviço de Patologia (Unesp, Botucatu). Essas peças foram comparadas, procurando-se avaliar as características histológicas do tumor primário e do recidivado.

Os dados colhidos foram submetidos à avaliação de estatísticas descritivas.

RESULTADOS

As características dos 23 pacientes estão apresentadas na tabela 1. Dos 23 portadores de CBC palpebral recidivado, 12 (52%) eram do sexo feminino, não havendo distribuição preferencial por sexo. A média de idade dos pacientes foi de 72,9 anos.

Havia história de exposição solar involuntária excess-

It has already been widely demonstrated that such tumors are more frequent among people that present inappropriate solar exposure and more specifically to ultraviolet radiation. However, besides solar exposure, there must be other factors related to the development of BCC, since polymer film used to measure radiation placed on seven areas of the upper and lower eyelids has showed that a similar amount of radiation is received by both,⁵ thus it is difficult to explain the much greater incidence of tumors in the lower eyelid.

Therefore, ultraviolet radiation is important, but other factors are involved, such as a predisposition to the development of tumors (33.4% of individuals with BCC of the eyelids present other tumors in the face), exposure to carcinogens, genetic predisposition (patients with xeroderma pigmentosum and albinism develop BCC more frequently and more precociously). Another observation that reinforces the theory of genetic predisposition or of immunological factors is the high percentage (approximately 41%) of patients with eyelid tumor and more tumors detected in the skin or in other areas.⁶

BCC is formed due to a deficiency in the maturation and keratinization of the cell. It grows and penetrates the dermis, forming a nodular invasive mass that rarely metastasizes. Sometimes, however, recurrence of the tumor is seen after exeresis. Several reasons have been proposed for the recurrence but these are not always clearly understood.

The present study was performed with the objective of identifying factors related to the tumoral recurrence of BCC in the eyelid.

MATERIAL AND METHODS

From 1998 to 2001, 23 patients were seen at the School of Medicine of Botucatu/Unesp that presented recurrence of BCC of the eyelids. These individuals were analyzed according to the variables of: age, sex, history of solar exposure, location of the tumor, clinical diagnosis, histological diagnosis, involvement of surgical margins and follow-up time.

Of the 23 patients studied, six presented the first and the second surgical pieces analyzed by the Pathology Service (Unesp, Botucatu). These pieces were compared, in order to evaluate the histological characteristics of the primary and the recurrent tumors.

The data collected were submitted to descriptive statistical evaluation.

RESULTS

The characteristics of the 23 patients are presented in table 1. There was no predominance according to gender, 12/23 (52%) patients with recurrent BCC of the eyelids were female. The mean age of the patients was 72.9 years.

There was a history of involuntary excessive solar exposure in 19 (83%) cases and all the patients (100%) were white.

Tabela 1: Apresentação dos indivíduos portadores de CBC recidivado
 Table 1: Features of the individuals with recurrent BCC

P	Sexo	Idade	Sol	Tu	Local	Tamanho (cm)	Histopatológico	Margem	Seguimento
<i>P</i>	<i>Sex</i>	<i>Age</i>	<i>Sol</i>	<i>Tu</i>	<i>Local</i>	<i>Size (cm)</i>	<i>Histopathology</i>	<i>Margin</i>	<i>Follow-up</i>
1	F	84	Sim <i>Yes</i>	< 1 ano <i>< 1 yr</i>	PE/CI <i>LE/IC</i>	0.5	Sólido metatípico <i>Solid metatypical</i>	livre <i>clear</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>
2	F	90	Sim <i>Yes</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>	PD/CI <i>RE/IC</i>	0.7 x 0.7	Sólido ulcerado <i>Solid ulcerated</i>	livre <i>clear</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>
3	M	81	Sim <i>Yes</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>	PD/CI <i>RE/IC</i>	0.5 x 0.5	Sólido ulcerado <i>Solid ulcerated</i>	livre <i>clear</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>
4	F	72	Sim <i>Yes</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>	PE/CI <i>LE/IC</i>	0.7 x 0.4	Adenocístico <i>Adenocystic</i>	acometida <i>involved</i>	> 5 anos <i>> 5 yrs</i>
5	F	46	Sim <i>Yes</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>	PE/CI <i>LE/IC</i>	1.8 x 0.2	Esclerodermiforme <i>Sclerodermiform</i>	acometida <i>involved</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>
6	M	71	Sim <i>Yes</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>	PE/CI <i>LE/IC</i>	0.3	Sólido cístico ulcerado <i>Solid cystic ulcerated</i>	livre <i>clear</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>
7	F	73	Não <i>No</i>	< 1 ano <i>< 1 yr</i>	PD/CE <i>RE/EC</i>	0.5	Sólido ulcerado <i>Solid ulcerated</i>	acometida <i>involved</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>
8	F	57	Sim <i>Yes</i>	> 5 anos <i>> 5 yrs</i>	PE/CI <i>LE/IC</i>	0.6	Não especificado <i>Not specified</i>	livre <i>clear</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>
9	M	75	Sim <i>Yes</i>	> 5 anos <i>> 5 yrs</i>	PE/CI <i>LE/IC</i>	0.5 x 0.5	Sólido ulcerado <i>Solid ulcerated</i>	livre <i>clear</i>	< 1 ano <i>< 1 yr</i>
10	M	64	Sim <i>Yes</i>	< 1 ano <i>< 1 yr</i>	PE/CI <i>LE/IC</i>	1.0 x 0.3	Esclerodermiforme ulcerado <i>Sclerodermiform ulcerated</i>	acometida <i>involved</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>
11	M	53	Sim <i>Yes</i>	> 5 anos <i>> 5 yrs</i>	PD/CI <i>RE/IC</i>	1.5 x 0.6	Sólido ulcerado <i>Solid ulcerated</i>	livre <i>clear</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>
12	F	72	Sim <i>Yes</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>	PE/CI <i>LE/IC</i>	1.0 x 1.0	Não especificado <i>Not specified</i>	livre <i>clear</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>
13	F	54	Sim <i>Yes</i>	< 1 ano <i>< 1 yr</i>	PE/CI <i>LE/IC</i>	1.0 x 0.6	Sólido <i>Solid</i>	livre <i>clear</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>
14	M	93	Não <i>No</i>	< 1 ano <i>< 1 yr</i>	PD/CE <i>RE/EC</i>	0.6	Sólido metafísico <i>Solid metaphysical</i>	livre <i>clear</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>
15	F	83	Sim <i>Yes</i>	< 1 ano <i>< 1 yr</i>	PD/CE <i>RE/EC</i>	1.4 x 1.2	Sólido <i>Solid</i>	livre <i>clear</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>
16	F	80	Sim <i>Yes</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>	PD/CI <i>PD/IC</i>	0.7 x 0.6	Esclerodermiforme ulcerado <i>Sclerodermiform ulcerated</i>	livre <i>clear</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>
17	F	72	Sim <i>Yes</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>	PD/CI <i>RE/IC</i>	0.5 x 0.3	Não especificado <i>Not specified</i>	acometida <i>involved</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>
18	M	57	Sim <i>Yes</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>	PE/CI <i>LE/IC</i>	1.2 x 1.0	Sólido ulcerado <i>Solid ulcerated</i>	livre <i>clear</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>
19	M	75	Sim <i>Yes</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>	PD/CI <i>RE/IC</i>	0.8 x 1.2	Sólido ulcerado <i>Solid ulcerated</i>	acometida <i>involved</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>
20	M	72	Sim <i>Yes</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>	PE/CI <i>LE/IC</i>	0.4 x 0.3	Não especificado <i>Not specified</i>	livre <i>clear</i>	> 5 anos <i>> 5 yrs</i>
21	F	80	Sim <i>Yes</i>	< 1 ano <i>< 1 yr</i>	PE/CI <i>LE/IC</i>	0.5	Sólido ulcerado <i>Solid ulcerated</i>	livre <i>clear</i>	> 5 anos <i>> 5 yrs</i>
22	M	87	Sim <i>Yes</i>	< 1 ano <i>< 1 yr</i>	PE/CE <i>LE/EC</i>	0.7	Sólido metatípico <i>Solid metatypical</i>	acometida <i>involved</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>
23	M	85	Não <i>No</i>	> 5 anos <i>> 5 yrs</i>	PD/CI <i>RE/IC</i>	0.6 x 0.2	Não especificado <i>Not specified</i>	livre <i>clear</i>	1 a 5 anos <i>1 to 5 yrs</i>

M= masculino; F= feminino. PD= pálpebra direita; PE= pálpebra esquerda; CI= canto interno; CE= canto externo.
 M = male; F= female. PD = right eyelid; PE = left eyelid; CI = internal canthus; CE = external canthus.

siva em 19 pacientes (83%) e todos (100%) eram brancos. O tempo de aparecimento da lesão variou de um a cinco anos.

Todos os pacientes (100%) apresentavam o tumor recidivado na pálpebra inferior, sendo localizado na esquerda em 57% e na pálpebra direita em 43%; 74% acometiam o canto interno, e 26%, o canto externo (Gráfico 1).

Clinicamente o diagnóstico foi confirmado pela histopatologia em 82,6% dos pacientes (Gráfico 2).

Quanto ao diagnóstico histológico, todos tinham diagnóstico de CBC, sendo o tipo mais comum o sólido ulcerado (34,7%) (Gráfico 3).

O tempo de seguimento dos pacientes até o aparecimento da recidiva variou de um a cinco anos.

Dos pacientes estudados, 16 (69,5%) apresentavam margens cirúrgicas livres de neoplasia, e sete (30,4%) apresentavam acometimento das margens de ressecção (Gráfico 4).

Avaliando-se os portadores que tiveram as duas peças cirúrgicas analisadas, observou-se que a recidiva ocorreu com o mesmo padrão da lesão inicial em 50% dos casos e que cerca de 66,6% dos indivíduos apresentaram margens livres na primeira remoção da lesão e, mesmo assim, desenvolveram recidiva (Tabela 2). As lesões foram consideradas recidivadas e não reincentes por estar novamente presentes no sítio original da primeira lesão, mas a hipótese de lesão surgindo “de novo” não pode ser afastada.

DISCUSSÃO

O CBC caracteriza-se por apresentar crescimento lento, com pouquíssimas possibilidades de acometimento linfático ou metástases. A lesão de localização palpebral é bastante aparente. No Brasil, porém, é comum o fato de que o paciente procure tratamento tardiamente. A procura tardia leva à probabilidade de lesões mais extensas, dificultando a exérese.

Recorrências e recidivas do CBC já foram relatadas em torno de 9,5%,⁷ 14,3%,⁸ 17,8%⁹ e 22,0%,⁴ o que deter-

The lesions had appeared from one to five years previously.

All the patients (100%) presented the tumor recidive in the lower eyelid, of these 57% were located in the left eyelid and the remaining 43% in the right eyelid; 74% involved the internal canthus and 26% the external canthus (Graph 1).

Clinical diagnosis was confirmed by histopathology in 82.6% of the patients (Graph 2).

Regarding the histological diagnosis, the cases were all of BCC, and the most common was the ulcerated solid type (34.7%) (Graph 3).

The time the patients were followed up before onset of the recurrence varied from one to five years.

Of the patients studied, 16 (69.5%) presented surgical margins free of neoplasia, and seven (30.4%) presented involvement of the resection margins (Graph 4).

Evaluating the patients that had the two surgical pieces analyzed, it was observed that the recurrence presented the same pattern as the initial lesion in 50% of the cases and that about 66.6% of the individuals presented clear margins following the first removal of the lesion and nevertheless were recidivists (Table 2). The lesions were considered recurrent or non-recurrent according to whether they were present in the original site of the first lesion, but the possibility of the lesion occurring de novo cannot be discarded.

DISCUSSION

BCC is characterized by slow growth, with little possibility of lymphatic involvement or metastases. Lesions located in the eyelid are easily visible, yet in Brazil, it is common for the patient to delay seeking treatment. This leads to the probability of more extensive lesions, thereby hindering exeresis.

Recurrent BCCs have been reported at frequencies of 9.5%,⁷ 14.3%,⁸ 17.8%⁹ and 22.0%,⁴ which indicates the

Gráfico 1: Distribuição dos CBCs recidivados, segundo localização do tumor na pálpebra inferior / *Graph 1: Distribution of the recurrent BCCs, according to localization of the tumor in the lower eyelid.*

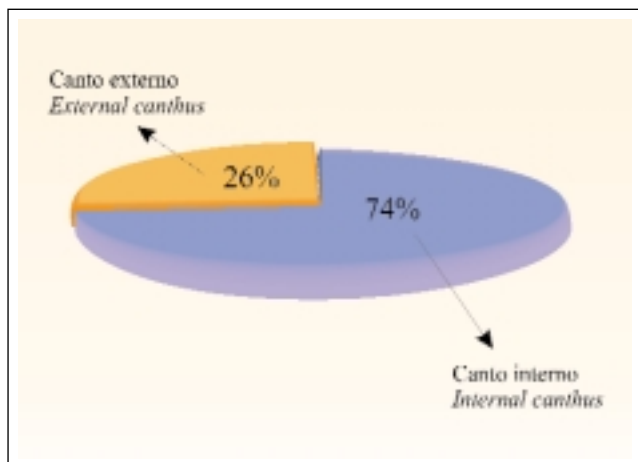
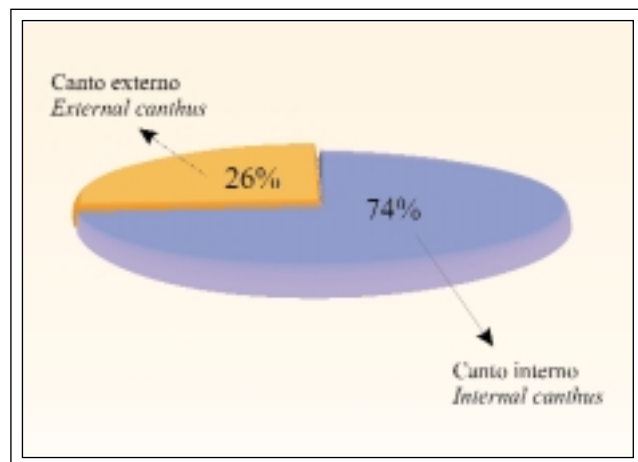


Gráfico 2: Distribuição dos CBCs recidivados, segundo diagnóstico clínico / *Graph 2: Distribution of the recurrent BCCs, according to clinical diagnosis*



mina a necessidade do seguimento criterioso e prolongado do paciente.

As causas que levam à recidiva da lesão podem ser várias, entre elas fatores genéticos, manutenção de fatores agressivos predisponentes do meio ambiente, tipo histológico e manejo cirúrgico inadequado do tumor.

Na região em que o presente estudo foi desenvolvido, vivem muitos descendentes de europeus que trabalham na lavoura, indivíduos mais predispostos ao desenvolvimento dos tumores e que não podem evitar a exposição solar devido ao fato de ela estar relacionada a atividades laborativas.

As recidivas ocorreram igualmente em ambos os sexos, sendo mais freqüentes justamente na faixa etária mais acometida pelo tumor, não sendo possível caracterizar esse fator como predisponente.

Os tumores localizados na pálpebra inferior, principalmente os do canto interno, foram os que mais recidivaram. A explicação para isso poderia estar relacionada com a maior ocorrência tumoral nessa localização ou por realização de ressecções cirúrgicas econômicas, visando preservar estruturas importantes dessa região.

É importante ressaltar que as ressecções tumorais devem ser amplas, e não se deve tentar preservar estruturas potencialmente acometidas, principalmente pelo risco de invasão orbitária nos tumores de canto interno, o que pode ocorrer em 2,09% dos portadores de CBC da pálpebra¹⁰ e já foi observado no Serviço em que se desenvolveu o estudo.¹¹ Além da órbita, o tumor pode alcançar a cavidade nasal e os seios da face. Quando há necessidade de ressecção conservadora para preservar estruturas nobres, pode-se recorrer à cirurgia micrográfica de Mohs, que permite realizar análise de todas as margens em cortes de congelação durante o ato cirúrgico.

O tipo de CBC mais freqüente no Brasil é o sólido, responsável por 64,0% dos CBCs.⁴ Talvez seja a maior pre-

need for a meticulous and prolonged follow-up of these patients.

There are several causes that lead to the recurrence of the lesion, including genetic factors, maintenance of aggressive predisposing factors in the environment, histological type and inadequate surgical management of the tumor.

In the region in which the present study was undertaken, there are many descendants of Europeans that are farm workers, these individuals are more predisposed to the development of tumors as they cannot avoid the solar exposure linked to their profession.

The recurrences occurred equally among both sexes, and were more frequent exactly in the age group most affected by the tumor, it was not possible to characterize this as a predisposing factor.

Tumors located in the lower eyelid, mainly in the internal canthus, presented the most recurrences. A possible explanation for this could be related to the greater occurrence of tumors in this location or to the performing of conservative surgical resections, in order to preserve important structures in this area.

It is important to emphasize that the resections of tumors should be complete and that one should not attempt to preserve structures that are potentially involved, mainly given the risk of orbital invasion of the tumors in the internal canthus that can occur in 2.09% of patients with BCC of the eyelids,¹⁰ as has already been observed in the service in which this study was carried out.¹¹ Besides the orbit, the tumor can involve the nasal cavity and the paranasal sinuses. When there is need for conservative resection in order to preserve noble structures, Mohs micrographic surgery can be used as this allows an analysis of all of the margins in frozen sections during the surgical act.

The most frequent BCC in Brazil is the solid type, responsible for 64.0% of BCCs.⁴ It is perhaps the greater

Gráfico 3: Distribuição dos CBCs recidivados, segundo diagnóstico histológico / Graph 3: Distribution of the recurrent BCCs, according to histological diagnosis

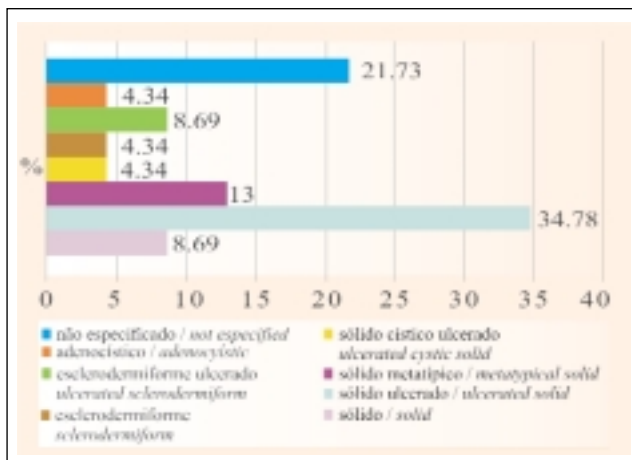


Gráfico 4: Distribuição dos CBCs recidivados, segundo acometimento de margens cirúrgicas / Graph 4: Distribution of the recurrent BCCs, according to involvement of the surgical margins

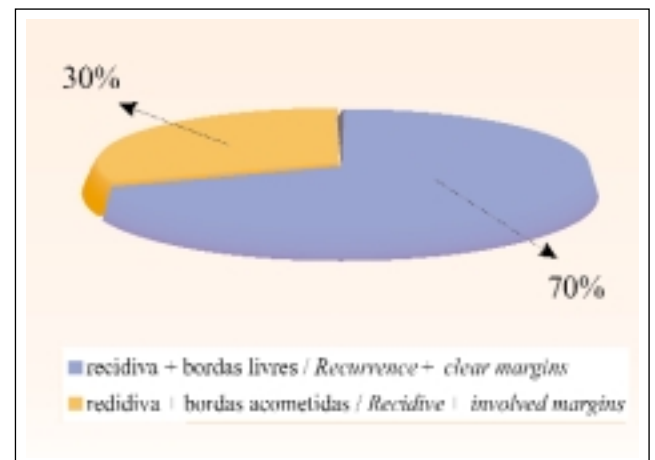


Tabela 2: Apresentação dos pacientes que tiveram duas peças cirúrgicas avaliadas
 Table 2: Presentation of the patients who had two surgical specimens evaluated

Identificação <i>Identification</i>	Localização <i>Localization</i>	Margens <i>Margins</i>	Histologia <i>Histology</i>
1. JFC / JFC	OD, PI, CI / RE, LoE, IC 2. acometidas / 2. involved	1. livres / clear 2. sólido ulcerado / Solid ulcerated	1. sólido ulcerado / Solid ulcerated
2. FMO / FMO	OD, PI, CI / RE, LoE, IC 2. acometidas / involved	1. livres / clear 2. sólido multicêntrico / Solid multicentric	1. sólido, cístico, exulcerado 1. Solid, cystic, ulcerated
3. MPM / MPM	1. OD, PI, CI / RE, LoE, IC 2. OD, PI, PS, CI 2. RE, LoE, UpE, IC	1. livres / clear 2. acometidas / involved	1. sólido ulcerado / Solid ulcerated 2. metatípico / Metatypical
4. MAS / MAS	OE, PI, CI / LE, LoE, IC 2. comprometidas / involved 3. livres / clear	1. comprometidas / involved 2. esclerodermiforme / Sclerodermiform 3. esclerodermiforme / Sclerodermiform	1. esclerodermiforme / Sclerodermiform
5. MC / MC	OE, PI, CI / LE, LoE, IC 2. livres / clear	1. livres / clear 2. metatípico / Metatypical	1. sólido metatípico / Solid metatypical
6. AS / AS	OE, PI, CI / LE, LoE, IC 2. comprometidas / involved	1. comprometidas / involved 2. sólido / Solid	1. adenocístico / Adenocystic
7. BF / BF	OD, PI, CE / RE, LoE, EC 2. livres / clear	1. comprometidas / involved 2. sólido ulcerado / Solid ulcerated	1. sólido ulcerado / Solid ulcerated

1= primeira exérese - 2= segunda exérese - 3= terceira exérese
 OD= olho direito; OE= olho esquerdo; PI= pálpebra inferior; PS= pálpebra superior;
 CI= canto interno; CE= canto externo.
 1 = first exeresis 2 = second exeresis 3 = third exeresis
 RE = right eye; LE = left eye; LoE = lower eyelid; UpE = upper eyelid;
 IC = internal canthus; EC = external canthus.

valência desse tipo de tumor o fator que levou à observação de maior número de recidivas desse tipo tumoral, sendo o sólido ulcerado responsável por cerca de 34% das recidivas, já que o CBC sólido não é o tipo mais agressivo dos CBCs.

O CBC pigmentado possui margens muito bem individualizadas, o que facilita a remoção completa do tumor. Já os tipos metatípico, o morphea ou o esclerodermiforme são os que apresentam maiores taxas de recorrência¹² devido à dificuldade de delimitação precisa das margens cirúrgicas adequadas para a completa remoção da área comprometida, que pode estar representada por pequenos blocos de tecido tumoral angustiadados em meio a intensa fibrose, característica desses tipos de carcinomas basocelulares. Pelos motivos expostos, o maior índice de comprometimento das margens cirúrgicas e, portanto, de risco de recidiva reside nas lesões esclerodermiformes. Vale a pena lembrar, entretanto, que a presença de comprometimento das margens cirúrgicas não significa necessariamente recidiva, uma vez que esses resquícios de tumor podem ser destruídos pela reação inflamatória e reparativa cicatricial. Muitas vezes existem vários pequenos focos de crescimento tumoral, o chamado CBC multicêntrico, tumor que facilmente pode não ser removido em sua totalidade.

prevalence of this type of tumor that has lead to the observation of a higher number of recurrences of this tumoral type, in that solid ulcerated tumors are responsible for about 34% of the recurrences, since solid BCC is not the most aggressive form of BCC.

Pigmented BCC have very well-defined margins, which facilitates complete removal of the tumor. The metatypical, morphea or sclerodermiform types of BCC, however, present higher recurrence rates¹² due to the difficulty in precisely determining appropriate surgical margins for the complete removal of the area involved, that can be represented by small blocks of tumoral tissue constrained amid intense fibrosis, characteristic of these types of basal cell carcinomas. For the above reasons, the greater rate of surgical margin involvement and, therefore, risk of recurrence lies in the sclerodermiform lesions. It should be remembered, however, that involvement of the surgical margins does not necessarily lead to recurrence, since these tumor remnants can be destroyed by the inflammatory reaction and cicatrization. Also, several small focuses of tumoral growth often exist, which is known as multicentric BCC, making the complete removal of the tumor difficult to be accomplished.

O exame histológico é importante para confirmação diagnóstica, definição do tipo histológico, avaliação da presença de ulceração microscópica e de acometimento das margens cirúrgicas de ressecção, bem como observação da distância do tumor em relação a essas margens.

A presença de margem de ressecção cirúrgica acometida não implica necessariamente recidiva, fato confirmado pela observação dos pacientes aqui relatados. Essa discordância pode ser explicada pela ação do processo inflamatório-reparativo que se segue à cirurgia, atuando na destruição de tumor residual. Segundo outros autores, a recidiva pode estar em percentual que varia de 11,8% a 27,2% dos indivíduos que apresentam margens cirúrgicas acometidas.^{4,7}

Portanto, devido à importância de se confirmar o diagnóstico, de se conhecer o tipo histológico do tumor (pode dar indícios da agressividade) e ao interesse em avaliar as margens cirúrgicas profundas e laterais, a realização do exame histológico é essencial no estudo desses tumores. Deve-se atentar para o fato de que um exame histopatológico de rotina não permite a avaliação de toda a extensão das margens cirúrgicas laterais e profundas, especialmente nas lesões volumosas. Esse fato deve ser considerado quando as recidivas ocorrem em tumores cujas margens estavam livres de neoplasia em avaliação histológica prévia. Outra consideração a ser feita diz respeito à distância da lesão em relação às margens de ressecção. Dificilmente encontra-se essa avaliação no laudo do patologista, a não ser naqueles casos em que o tumor está muito próximo da margem cirúrgica. Também não é comum a referência de delimitação precisa ou irregular da neoplasia próximo à margem de ressecção.

A avaliação dos fatores predisponentes ao desenvolvimento de recidiva tumoral nos CBCs da pálpebra, feita neste trabalho, não permitiu relacionar a recidiva com sexo, idade ou tipo histológico do tumor.

Os portadores desse tipo de lesão devem ser informados da possibilidade de recidiva e conscientizados da necessidade de acompanhamento por toda a vida. □

The histological exam is important for diagnostic confirmation, definition of the histological type, evaluation of the presence of microscopic ulceration and determining involvement of the surgical resection margins, as well as observing the distance of the tumor in relation to these margins.

The presence of involved surgical resection margin does not necessarily imply in recurrence, a fact confirmed by observation of the patients reported in this work. This discrepancy can be explained by the action of the inflammatory-reparative process that follows the surgery and plays a role in the destruction of residual tumor. According to other authors, the percentile of recurrence varies from 11.8% to 27.2% in the cases of individuals with involvement of the surgical margins.^{4,7}

Consequently, the histological exam is essential in the study of those tumors, given the importance of confirming the diagnosis, determining the histological type of the tumor (indicative of aggressiveness) and the interest in evaluating the deep and lateral surgical margins. One should be attentive to the fact that a routine histopathological exam does not allow evaluation of the entire extension of the lateral and deep surgical margins, especially in large lesions. This fact should be considered when recurrences occur in tumors whose margins were free of neoplasia in the previous histological evaluation. Another consideration concerns the distance of the lesion in relation to the resection margins. Such an evaluation is rarely found in the pathologist's report, except in those cases in which the tumor was very close to the surgical margin. Likewise, it is uncommon to see any reference to precise or irregular delimitation of the neoplasia close to the resection margin.

The evaluation of predisposing factors for the development of tumoral recurrence in BCCs of the eyelid, as done in this work, does not allow the relationship to be ascertained between recurrence and sex, age or histological type of the tumor.

Patients with this type of lesion should be informed as to the possibility of recurrence and be advised of the need for accompaniment throughout their lifetime. □

REFERÊNCIAS / REFERENCES

1. Soares EHS, Belo CV, Reis AKLB, Nunes RR, Mason EM. Tumores malignos da pálpebra. *Arq Bras Oftal* 2001; 64:287-9.
2. Schellini SA, Costa JP, Cardilo JA, Paro, PT, Marques MEA, Silva MRB. Neoplasias malignas das pálpebras na Faculdade de Medicina de Botucatu. *Rev Bras Oftalmol* 1990;49:47-53.
3. Aurora AL, Blodi FC. Lesion of the eyelids: a clinicopathological study. *Surv Ophthalmol* 1970;15:94-104.
4. Pereira IC, Schellini SA, Marques MEA, Padovani CR, Padovani CRP. Aspectos do carcinoma basocelular palpebral na região de Botucatu (SP). *Arq Bras Oftal* 2000;63:58.
5. Lindgren G, Diffey BL, Larko O . Basalcell carcinoma of the eyelids and solar ultraviolet radiation exposure. *Br J Ophthalmol* 1998;82:1412-5.
6. Swanson MW, Cloud G. A retrospective analysis of primary eye cancer at the University of Alabama 1958-1988 Part 2: Eyelid tumors. *J Am Optom Assoc* 1991;197:527-30.
7. Spraul CW, Ahr WM, Lang GK. Clinical and features of 141 primary basal cell carcinomas periocular region and their rate of recurrence after surgical excision. *Klin Monatsbl Augenheilkd*, 2000;21:207-14.
8. Sigurdsson H, Agnarsson BA Basalcell carcinoma of the eyelid – risk of recurrence according to adequacy of surgical margins. *Acta Ophthalmol* 1998; 76: 477 – 80.
9. Creppe MC, Sabe ACM, Schellini SA, Silva MRBM, Marques MEA, Padovani CR. Carcinoma Basocelular da pálpebra. In: Congresso Brasileiro de prevenção da cegueira, São Paulo, 1996. São Paulo; 1996: p. 374.
10. Howard GR, Nerad JA, Carter KD, Whitaker DC. Clinical characteristics associated with orbital invasion of cutaneous basal-cell and squamous cell tumors of the eyelid. *Am J Ophthalmol* 1992;15:123-33.
11. Schellini SA, Silva MRB, Xavier AP, Navarro LC, Marques MEA. Carcinoma basocelular com invasão orbitária - relato de 6 casos. *Rev Bras Oftalmol* 1999;58:129-132.
12. Pieh S, Kuchar A, Novak P, Kunstfeld R, Nagel G, Steinkogler FJ. Long term results after surgical basal cell carcinoma excision in the eyelid region. *Br J Ophthalmol* 1999;83:85-8.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA: / MAILING ADDRESS:

Silvana Artioli Schellini

Dep. OFT/ORL/CCP - Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Botucatu São Paulo 18618-970

e-mail: sartioli@fmb.unesp.br