

CARCINOMA ESPINHO CELULAR DA FACE

Abordagem Terapêutica

CÉSAR MARTINS, JOSÉ ALBERTO DORES, F. RIBEIRO DE CARVALHO,
J. C. ALMEIDA GONÇALVES

Serviço de Dermatovenereologia. Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva. Hospital de Santarém. Santarém.

RESUMO

O carcinoma espinho-celular da pele e lábio é a neoplasia cutânea metastizante mais frequente. A coexistência de lesões pré-malignas, bem como a definição dos factores de risco são elementos importantes em termos de prognóstico e potencial metastizante do tumor. Os autores estudaram retrospectivamente, num período de sete anos, em 126 pacientes alguns destes factores e sobretudo analisaram as modalidades terapêuticas mais frequentemente utilizadas em função da unidade estética envolvida.

SUMMARY

Squamous Cell Carcinoma of the Face: Therapeutic Approach

Cutaneous squamous cell carcinoma is the most common metastatic skin cancer. The importance of early recognition and thorough treatment of premalignant lesions as well as the recognition of risk factors of the neoplasms that are most likely to metastasize must also be emphasized. A retrospective study of 126 patients, treated for primary squamous cell carcinoma of the face, was undertaken over a 7-year period. An attempt is made to define the major therapeutic modalities chosen, taking into consideration the specific anatomic location.

INTRODUÇÃO

A incidência do cancro de pele continua a aumentar. Os dados epidemiológicos referentes aos Estados Unidos mostram um aumento de 1/1500 para 1/150 de 1930 para 1990¹. O carcinoma espinho-celular (CEC) é a neoplasia cutânea mais frequente de entre as que possuem potencial metastizante, constituindo cerca de 20% dos tumores da pele². O CEC pode surgir *de novo* ou em associação com queratoses solares preexistentes³. A frequência de metastização é muito variável oscilando entre 0,5% e 16%⁴, sendo de 2% a 6% nos tumores que surgem sobre lesões actínicas prévias^{5,6}. Os parâmetros definidos pelo *American Joint Comitee on Cancer* para o CEC da pele e do lábio atendem sobretudo à dimensão, profundidade e existência de metastização regional e/ou sistémica. A classificação TNM resultante, engloba consequentemente um grande número de tumores na classe T1, não os distinguindo em termos de potencial metastático. Surge assim o conceito de factor de risco,

na tentativa de identificar dentro das várias classes TNM, os tumores com maior possibilidade de metastizar. Os factores são clínico-histológicos incluindo dimensão, espessura, localização, grau de diferenciação histológica, invasão perineural, duração antes do tratamento, recorrência após tratamento prévio, estado de imunossupressão e coexistência de doença linfoproliferativa subjacente⁷⁻⁹.

A face, especialmente o lábio inferior, sujeita constantemente à radiação solar é local de eleição para o aparecimento do CEC. As maiores taxas de recorrência e metastização ocorridas em algumas das suas unidades, nomeadamente auricular e labial^{10, 11}, colocam problemas estéticos e oncológicos importantes, consequentes às margens de segurança propostas. Alguns autores advogam margens de excisão de 4 mm para além dos limites clínicos do tumor, excepto nos casos considerados de alto risco nos quais pelo menos 6 mm são recomendados¹²

A importância das unidades estéticas deriva das regras que impõem aos procedimentos técnicos e do conceito oncológico inerente à drenagem linfática e metastização ganglionar. O sistema linfático da face é constituído por uma primeira linha ganglionar que inclui os gânglios submentonianos submaxilares, parotídeos, pré-auriculares e uma segunda linha, englobando os gânglios da cadeia jugular. O sistema é de crucial importância quando se trata de CEC da pele pois 80% a 85% das metástases são inicialmente para os gânglios regionais^{13,14}, tornando plausível a hipótese de cura para tumores com risco elevado de metástases, não excluindo no entanto, a possibilidade de envolvimento sistémico no paciente com micrometastização regional não detectável clinicamente ou por meios complementares de diagnóstico.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo realizado através da análise dos registos clínicos dos doentes observados nas consultas de Dermatologia e Cirurgia Plástica do Hospital Distrital de Santarém, em que o diagnóstico clínico de CEC da face foi evocado. O estudo englobou sete anos, compreendidos entre 1987 e 1993.

A face, compreendida entre as linhas de implantação do cabelo e submentoniana, foi dividida em sete unidades estéticas: frontal (frontal, glabella e supra-orbitária), geniana (geniana, malar e sub-orbitária), temporal (temporal e parotídeo-mastoídea), labial (lábio inferior, lábio superior e mento), auricular, nasal e orbitária.

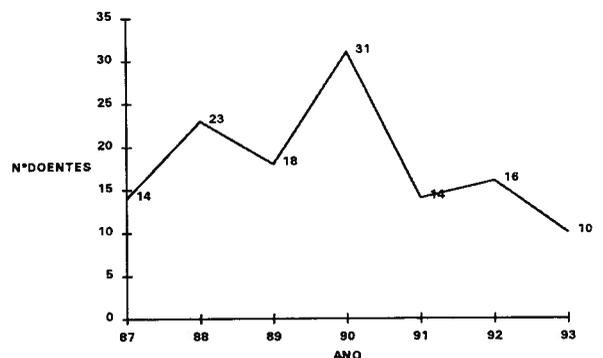
Foram analisados diferentes parâmetros que incluíram idade, sexo, fototipo, estado constitucional geral, existência de lesões associadas (lupus eritematoso, úlcera crónica, sequelas de queimadura ou cicatrizes instáveis), existência de lesões pré-cancerosas (queratose e queilite actínicas), tempo de evolução, localização, dimensões, metastização na altura do diagnóstico do tumor primário ou durante o período de *follow-up*, grau de diferenciação histológico e coexistência de outros tumores (CEC não localizado à face, queratoacantoma, basalioma e melanoma maligno). Os hábitos tabágicos, alcoólicos e a higiene dentária foram considerados no CEC do lábio. Os doentes submetidos a terapêutica mas que abandonaram o *follow-up* no período compreendido entre um e cinco anos foram convocados por carta e reexaminados. Os doentes que não compareceram não foram incluídos para efeitos de recidivas tumorais.

RESULTADOS

De um número total de 1203 situações clínicas consi-

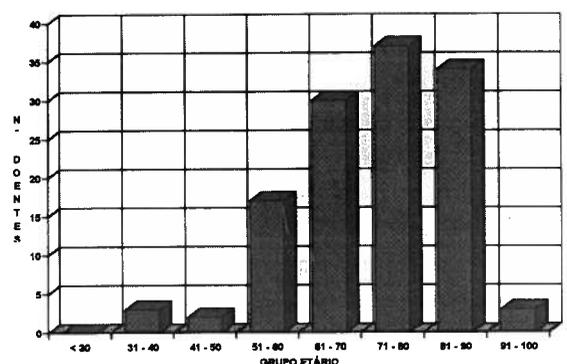
deradas tumores cutâneos malignos, observadas no período de 1987 a 1993, 324 correspondiam a CEC, 763 a carcinoma baso-celular e 116 a outros tumores malignos, incluindo o melanoma maligno. Do universo considerado, 126 corresponderam a CEC da face, sendo apenas considerados os casos com confirmação histológica. Além do histológico, foi considerado critério de exclusão, o tratamento do tumor antes do período considerado, tratando-se pois de persistência ou recidiva. Em termos de invasão só foram considerados os gânglios confirmados histologicamente.

O número de casos observados de CEC da face atingiu um pico em 1990, tendo posteriormente diminuído de frequência sem modificações significativas nos últimos três anos (*Quadro I*). A distribuição por sexos foi semelhante, sendo 62 do sexo feminino e 64 do masculino. Os



Quadro I - Distribuição por anos

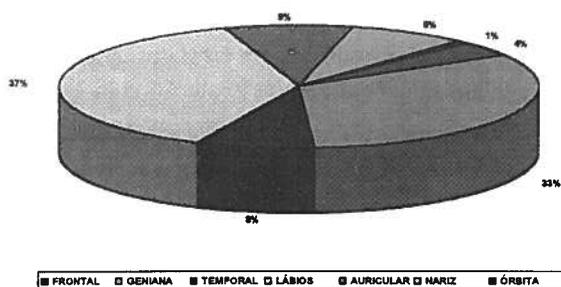
grupos etários mais atingidos foram os compreendidos entre os 61 e os 90 anos, sendo a idade mínima os 34 e a máxima os 97. A média de idades por sexos foi para os homens de 69,1 e para as mulheres de 73,4 (*Quadro II*). Em 62 dos pacientes coexistiam queratoses actínicas e em 20, queilite actínica. Quanto ao fototipo dos doentes, este enquadrava-se nos graus 1-11 em 20 casos, 10 apre-



Quadro II - Distribuição por grupos etários

sentavam fototipo III e um tipo IV. Em 75,4% dos casos não existia qualquer referência a este parâmetro. As outras situações tumorais incluíram 23 basiliomas, 9 CEC de outras regiões anatómicas, 2 queratoacantomas e 1 melanoma maligno.

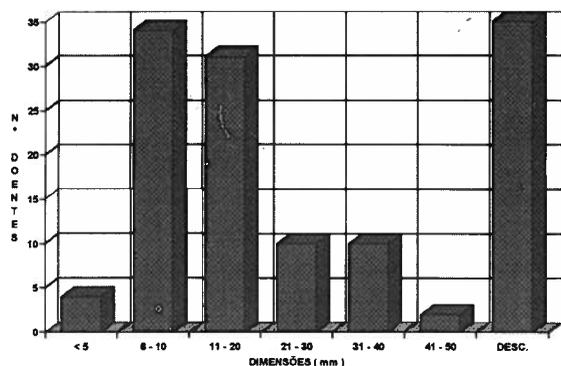
A localização predominante foi a labial e geniana. Nas regiões auricular, temporal e nasal observaram-se um número semelhante de casos. As unidades estéticas menos afectadas foram a frontal e a orbitária (*Quadro III*).



Quadro III - Distribuição por unidades estéticas

Quanto à evolução do tumor até à data da primeira observação, 69 (54,8%) dos doentes referia tempo inferior a um ano, sendo este de 1 a 5 anos em 46 (36,5%). Em apenas cinco doentes este tempo foi mencionado como superior a cinco anos e em seis casos não foi possível apurar qualquer informação. Num dos casos o CEC surgiu sobre lupus eritematoso discóide crónico. As dimensões tumorais consideradas no seu maior eixo eram inferiores a 2 cm em 69 (54,8%) > casos, sendo superiores a este valor em 22 (17,5%) doentes. No entanto em 35 (27,7%) casos não foi possível apurar a dimensão do tumor (*Quadro IV*). A histologia do CEC foi analisada em termos de grau de diferenciação no sentido da queratinização e englobou três classes. Em 34, o

Quadro IV - Dimensões Tumorais



relatório histopatológico não fazia referência ao grau de diferenciação. Dos restantes, 71 (56,3%) foram considerados bem diferenciados, 16 (12,7%) moderadamente diferenciados e apenas 5 foram classificadas como mal diferenciados. Em 2 CEC do lábio inferior havia metastização regional, confirmada histologicamente, à data da 1ª observação, estando interessados os gânglios submaxilares.

As modalidades terapêuticas mais utilizadas foram a cirurgia convencional (58 casos) e a criocirurgia (48 casos), totalizando 84,1% dos tumores tratados. A quimioterapia sem controlo microscópico sistemático¹⁵⁻¹⁹ foi empregue no tratamento de 19 (15,1%) das neoplasias e em um paciente foram empregues mais que uma modalidade terapêutica. A radioterapia foi utilizada como terapêutica do tumor primário em apenas um caso com objectivo paliativo e de citoredução, tendo no entanto sido utilizada como terapêutica adjuvante em um caso de CEC do lábio inferior com metástases submaxilares. A electrocirurgia e a cirurgia de Mohs não foram utilizadas. O CEC da pálpebra superior esquerda foi submetido a criocirurgia fraccionada^{20, 21}. Não são incluídos os tratamentos efectuados nas recorrências dos tumores inicialmente considerados. Dos 126 doentes, 22 não cumpriram o *follow-up* adequado, sendo o maior grupo constituído por pacientes com menos de um ano de seguimento. Cerca de 31% apresenta um *follow-up* de pelo menos quatro anos, estando os restantes doentes ainda em observação (*Quadro V*). O *follow-up* médio para os

Quadro V - Anos de Follow-up

FOLLOW UP ANOS	REOBSERVADOS	NÃO REOBSERVADOS (*)
< 1	26	15
2	24	5
3	15	2
4	14	0
> 5	25	
TOTAL	104	22

(*) Incluindo 6 doentes falecidos (por CEC ou outra causa)

doentes com seguimento é de 2,97 anos e para os não reobservados de 1,41 anos, resultando numa média ponderada total de 2,7 anos para a globalidade do grupo. O número de recidivas, observadas nos 104 doentes é de 8 correspondendo a 4 CEC do lábio inferior, 2 da região geniana, 1 da auricular e 1 do nariz, o que equivale a 7% (*Quadro V*).

DISCUSSÃO

A - RESULTADOS GLOBAIS

Os dados epidemiológicos são na sua globalidade

coincidentes com os da literatura, verificando-se maior frequência de CEC da face a partir dos 50 anos de idade com predomínio na sétima década de vida, existência de lesões pré-cancerosas em grande número de doentes e fototipo baixo²²⁻²⁴. A relação por sexos foi de aproximadamente 1:1. O pico de frequência observado em 1990 com posterior estabilização poderá tão somente ser o reflexo de um maior número de doentes referenciados a estes serviços e que tradicionalmente drenavam para outras instituições, e não uma diminuição real da frequência de CEC, contrária aliás à tendência geral²⁵⁻²⁷.

Saliente-se o número significativo de tumores com dimensões superiores a 2 cm (T2 da classificação TNM) bem como o facto de mais de um terço das situações terem um tempo de evolução superior a um ano, o que questiona a acuidade diagnóstica e o efeito das campanhas realizadas²⁸. Estas lesões devem ser automaticamente incluídas nas categorias de alto risco e tratadas como tal.

A maioria dos tumores era bem diferenciada em termos histológicos, não parecendo haver relação com o prognóstico ou o potencial metastizante. A complexidade dos eventos histológicos não se compadece com uma classificação apenas segundo o grau de diferenciação das células no sentido da queratinização. Há que considerar o padrão arquitectural, profundidade de invasão, invasão perineural, resposta inflamatória, atipias nucleares e citológicas^{7,29}. Não foi possível avaliar o nível de invasão e a espessura tumoral.

A região anatómica é de crucial importância no que diz respeito ao potencial metastizante^{7,10,11}. Em dois casos de CEC do lábio havia metastização à data da primeira observação para as cadeias ganglionares habituais. De salientar que em três casos a palpação ganglionar detectou adenopatias que obrigaram à biópsia ganglionar, revelando-se esta negativa quanto ao envolvimento metastático.

Quanto ao *follow-up* dos doentes submetidos a terapêutica com objectivo curativo por CEC, deve considerar-se que além do risco de recidiva que aumenta com o período de seguimento considerado, sendo máximo aos dois anos^{30,31}, existe a possibilidade de novas lesões tumorais. Assim, no sentido de detectar a maioria das recidivas e metastases do CEC tratado bem como o surgimento de novos CEC, alguns autores³² advogam que os pacientes devem ser reobservados todos os três meses durante o primeiro ano após terapêutica e de seis em seis meses até aos 4 anos. Na nossa opinião, a observação trimestral deve ser efectuada durante os primeiros dois anos, e semestralmente até aos cinco anos. O número de

doentes incluídos neste estudo não permite retirar conclusões em termos de recidivas ou recorrências, pois menos de 50% do grupo apresenta o *follow-up* necessário. No que diz respeito aos óbitos registados em pacientes ainda durante o período de *follow-up*, é impossível atribuí-los com segurança ao CEC. A dificuldade existente, à semelhança de outros estudos³³, deve-se sobretudo a diagnósticos inespecíficos considerados como causa de morte.

B - TERAPÊUTICAS UTILIZADAS NAS UNIDADES ESTÉTICAS

1 - FRONTAL

A criocirurgia foi utilizada em 60% dos casos, principalmente em tumores de curta evolução com expansão sub-clínica menos provável e margem aparente bem definida, aproveitando o osso frontal resistente a baixas temperaturas (a fixação da bola de gelo ao osso subjacente é um critério de segurança). A anestesia é imprescindível para impedir as cefaleias durante o procedimento. Deve interessar os ramos supra-orbicular e supra-trocLEAR, correspondentes ao oftálmico (10 ramo do facial), sendo alcançada pela injeção anestésica no rebordo supra-orbicular ao nível da linha medio-pupilar e avançando sagitalmente^{34,35}. Os aplicadores de contacto estão especialmente indicados nas superfícies lisas e permitem um melhor controle da área de congelação que deve englobar a margem de segurança. Nesta localização pode ser exercida maior pressão sobre o aplicador, permitindo uma congelação mais profunda. No entanto, o ramo superior do facial e as artérias supra-orbicular e temporal superficial, são estruturas a considerar, devendo ser protegidas com "almofada" de anestésico e se necessário soro fisiológico, no intuito de as afastar da frente de congelação. São realizados obrigatoriamente dois ciclos, intervalados por um período de descongelação natural afastado de qualquer fonte de calor, sendo a congelação mais facilmente atingida no segundo ciclo. A profundidade da congelação é aproximadamente igual à distância entre a extremidade do aplicador e a periferia da área já congelada. Por regra, o tempo de descongelação corresponde ao dobro do tempo de congelação^{36,37}.

Nesta unidade estética as movimentações de tecidos são difíceis pelo que a cirurgia não foi a modalidade mais usada. As zonas dadoras de tecidos são representadas pela glabella, e rugas horizontais (em pacientes idosos). O *undermining* deve ser feito ao nível superior da gordura sub-cutânea para não se lesarem estruturas sensoriais. Se este não for suficiente, podem-se utilizar

incisões de relaxamento na gália³⁸ ou métodos de expansão tecidual^{39,40}. As linhas de junção existentes são a linha anterior de implantação do cabelo, o sobrolho e a prega temporal. As linhas de tensão são na sua grande maioria, horizontais curvando para baixo ao nível temporal. Nas reconstruções e encerramento directo a simetria facial é dada pelo nivelamento dos sobrolhos⁴¹.

2 - GENIANA

As precauções nesta região concernem sobretudo à lesão dos ramos do facial, principalmente na localização mais superficial. Assim, o ramo mandibular marginal pode ser facilmente lesado ao nível do platisma e o ramo temporal antes de entrar na região temporal, quando atravessa a arcada zigomática. As consequências de uma possível agressão são respectivamente, a aparente queda do lábio inferior contralateral e a impossibilidade de franzir a testa ou elevar o sobrolho. A rica rede vascular existente bem como a localização profunda da artéria facial e temporal superficial, torna o risco de comprometimento do sistema vascular menor. A última preocupação está relacionada com o canal parotídeo (Stenon) que jaz na zona medio-geniana relativamente profundo por baixo do S.M.A.S. (Sistema Músculo Aponevrótico Superficial)³⁵.

Embora a criocirurgia, nos moldes acima descritos, tenha sido a técnica mais empregue (61%), a quimio-cirurgia sem controle microscópico sistemático é também uma arma terapêutica para esta unidade, sendo responsável por 27% dos doentes tratados, correspondendo a 60% dos casos em que esta modalidade foi empregue. A anestesia troncular é conseguida pelo bloqueio do infra-orbicular (ramo terminal do maxilar) 1 cm abaixo do rebordo orbicular, numa linha vertical que passa pelo meio da pupila. A injeção de 1-2 ml de anestésico pode ser feita através da pele ou intraoralmente no sulco labial³⁴. A aplicação da pasta de cloreto de zinco leva à necrose e fixação parcialmente electiva dos tecidos tumorais com posterior destacamento da região demarcada. A arquitetura tecidual é mantida nos cortes histológicos. Os passos técnicos devem ser sucessivamente repetidos até excisão completa do tumor e respectiva margem de segurança¹⁵⁻¹⁹. É uma alternativa eficaz à cirurgia de Mohs, nos centros que não dispõem desta técnica, sendo mais fácil, rápida e económica.

A cirurgia, praticada em apenas 12% dos casos, pode ser realizada com segurança nesta unidade. Normalmente existe tecido suficiente para permitir o encerramento directo, sendo o *undermining* possível ao nível da gordura sub-cutânea sem risco de lesão vascular importante. Os retalhos devem ser empregues, não

sendo de encorajar os enxertos ou encerramentos por segunda intenção⁴². Nos defeitos não adjacentes às linhas de junção devem ser utilizadas incisões paralelas às linhas de tensão da pele, podendo no entanto resultar repuxamento das pálpebras, lábio superior e comissura labial⁴¹.

3 - TEMPORAL

Além da cirurgia convencional (40%) foram também utilizadas com igual frequência a criocirurgia (30%) e a quimio-cirurgia (30%). Todas as técnicas utilizadas devem ter em atenção a manutenção do sobrolho e área cantal, evitando a distorção da linha de implantação do cabelo. À excepção do ramo temporal do nervo facial, é uma unidade de fácil manejo devido à abundância de tecido permitindo múltiplos retalhos⁴¹.

4 - LABIAL

Trata-se de uma unidade estética muito importante pois pequenas distorções podem ser desfigurantes e/ou causar comprometimento funcional.

A cirurgia convencional foi utilizada em 94% das situações sendo as restantes 6% resolvidas por criocirurgia. A anestesia obtém-se pelo bloqueio do nervo infra-orbital para o lábio superior e do nervo mental para o lábio inferior. Este é conseguido pela infiltração anestésica acima do sulco labial na base dos 1º e 2º premolares³⁴. A única precaução diz respeito à secção da artéria labial que passa na submucosa por baixo do músculo. As lesões inferiores a um terço são removidas em cunha com encerramento directo metódico por planos. Para as de maiores dimensões são necessários retalhos, que caem em dois grandes grupos. Os que envolvem a rotação de 180º de uma cunha da parte central do lábio oposto e os que implicam a mobilização de tecidos de diferentes dimensões em torno de um ponto considerado pivot, a comissura labial. O retalho de Sabbatini-Abbe é exemplo dos primeiros, enquadrando-se os de Est Lander, Gillies e Karapandzic nos últimos. O retalho de Gillies representa uma extensão do Estlander em que o formato passa a ser quadrilátero; o desenvolvimento técnico deu origem ao retalho proposto por Karapandzic. Neste, através da utilização de linhas de incisão paralelas às margens labiais com preservação do rolo neuro-vascular e utilização de dois retalhos que se suturam na linha média consegue-se a reconstrução da globalidade do lábio afectado, com pouco prejuízo funcional^{42,43,44}.

5 - AURICULAR

Dos 11 pacientes, 8 apresentavam *CEC considerado

avanzado para esta região anatómica (>1,5cm). A cirurgia convencional e a quimiorcirurgia foram utilizadas em 27,5% das situações respectivamente, sendo a criocirurgia a modalidade mais empregue (45%). Esta, pode também ser empregue em tumores que invadam o canal auditivo externo. Em casos muito agressivos são realizados três ciclos, com risco de perda da própria cartilagem. A diminuição da irrigação tumoral pela injeção de agentes anestésicos com vasoconstrictores ou compressão das artérias que irrigam a região pode ser utilizada como medida para diminuir a temperatura tornando mais eficazes os ciclos de criocirurgia em tumores avançados. Estes podem necessitar de ciclos de congelação intervalados, até que não existam áreas clínicas e histologicamente suspeitas^{45, 46}. A anestesia é realizada pelo bloqueio do nervo grande auricular que atravessa profundamente o esternocleidomastoideo 6,5 cm abaixo do canal auditivo externo, sendo a área anestesiada a face posterior e terço inferior anterior da orelha, bem como a cervical lateral³⁴.

Se a escolha terapêutica recair na cirurgia convencional devem usar-se retalhos para um defeito periférico sendo os enxertos e a cicatrização por segunda intenção aceitáveis em defeitos centrais. As zonas de mobilização de tecidos são a pré-auricular, pós-auricular e em menor grau o lóbulo da orelha. De uma forma geral os tumores inferiores a um quarto podem ser excisados em cunha com encerramento directo. Para defeitos maiores são utilizados retalhos, de que o pós-auricular pediculado é exemplo, permitindo uma incisão num local pouco visível^{41, 42}.

6 - NARIZ

Nesta área a pequena gravidade da secção nervosa ou vascular é compensada pela dificuldade de execução técnica. A criocirurgia foi realizada na maioria dos doentes (80%) tendo em atenção a invasão da cartilagem ou o atingimento das pregas onde o risco de penetração em profundidade pelo tumor é maior^{36, 37, 47}. A anestesia da globalidade da unidade estética requer três bloqueios nervosos. O infra-orbicular (ramo do maxilar), na linha médio-pupilar 1 cm abaixo do rebordo orbitário, correspondente à vertente nasal. O ramo nasal do infra-trocLEAR, na junção das cartilagens com os ossos nasais, referente à ponta, dorso e asas do nariz. O nasopalatino encontra-se na base da columela³⁴. Os retalhos são utilizados preferencialmente nos dois terços superiores tendo como zonas de recrutamento de tecidos a glabella, mediana frontal, sulco nasolabial e região geniana. O nível preferível para o "undermining" é abaixo do plano mus-

cular, por cima do penósteo e pericondrio. As linhas para eventuais incisões de relaxamento podem ser visualizadas se o paciente enrugar o nariz, sendo transversas no dorso e verticais nas asas. As linhas de junção incluem o sulco nasofacial, as pregas laterais do dorso, alares e junto à ponta do nariz⁴¹. Quando não é possível o encerramento directo ao nível dos dois terços superiores devem-se usar retalhos de que são exemplos, o retalho romboide de base inferior ou lateral para as vertentes laterais⁴⁸, o de deslizamento da vertente lateral e dorso⁴⁹ e mesmo aqueles que implicam deslocamento de outras unidades como o fronto-glabelar de transposição ou rotação^{41, 42}. O terço inferior devido à pouca elasticidade pode ser reconstruído com enxertos, sendo a zona dada o mais próximo possível da receptora. O principal cuidado estético é manter simétricas as asas do nariz e pálpebras inferiores.

7 - ÓRBITA

De destacar o emprego da criocirurgia fraccionada, na qual a abordagem é realizada em duas fases: congelação da área central para redução e nova sessão com vista à cura tumoral, esta com margem de segurança. Esta técnica e a da criocirurgia segmentar⁵⁰, empregue nesta unidade estética, diminuem o risco de ectropio existente mesmo em tumores de pequenas dimensões.

CONCLUSÃO

O tratamento moderno do cancro cutâneo implica o conhecimento das diferentes modalidades, representadas essencialmente pela cirurgia convencional, criocirurgia, electrocirurgia, cirurgia de Mohs, quimiorcirurgia sem controlo microscópico sistemático, radioterapia e quimioterapia⁵¹. A flexibilidade na sua aplicação, com o objectivo de oferecer ao paciente a melhor opção terapêutica, passa pela experiência pessoal, mas implica sempre a consideração criteriosa de diferentes factores. Estes englobam não só os acima mencionados, considerados de risco para metastização, mas outros, tais como o número de lesões a serem tratadas, o grau de fotoenvelhecimento da pele circunjacente, a idade e estado geral do paciente⁵².

BIBLIOGRAFIA

1. LOMBARD D, NEUBAUER TE, CANFIELD D et al: Behavioral community intervention to reduce the risk of skin cancer. *J Appl Behav Anal* 1991; 24: 677-686.
2. SHIFFMAN NJ: Squamous cell carcinomas of the pinna. *Can J Surg* 1975; 18: 279-283.
3. WORRELL JT, KARROUM J, LYONS J et al: Evolution of cutaneous neoplasms. *Skin Cancer* 1993; 8: 75-93.

4. SCOTT MD, POLLACK SV: Metastases from squamous cell carcinoma of the skin and lip: an analysis of twenty-seven cases. *J Am Acad Dermatol* 1989; 21: 241-248.
5. CHUANG TY, POPESCU NA, SU WPD et al: Squamous cell carcinoma: a population-based incidence study in Rochester, Minn. *Arch Dermatol* 1990; 126:185-188.
6. KATZ AK, URBACH F, LILIENFELD AM: The frequency and risk of metastases in squamous cell carcinoma of the skin. *Cancer* 1957; 10:1162-1166.
7. SALASCHE SJ, CHENEY ML, VARVARES MA: Recognition and management of the high-risk cutaneous squamous cell carcinoma. *Current Problems in Dermatology* 1993; 5:141-192.
8. VITALINO PP, URBACH F: The relative importance of risk factors in nonmelanoma carcinoma. *Arch Dermatol* 1980; 116:454-456.
9. O'DELL BL, JESSEN T, BECKER CE et al: Diminished immune response in sun-damaged skin. *Arch Dermatol* 1980; 116: 559-561.
10. CRUSE CW, RADOCHA FR: Squamous cell carcinoma of the lip. *Plast Reconstr Surg* 1987; 80: 787.
11. ROBINS P, NIX M: Analysis of persistent disease on the ear following Mohs surgery. *Head Neck* 1984; 6: 998-1006.
12. BRODLAND DG, ZITELLI JA: Surgical margins for excision of primary cutaneous squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1992; 27: 241-247.
13. JOHNSON TM, ROWE DE, NELSON BR: Squamous cell carcinoma of the skin (excluding lip and oral mucosa). *J Am Acad Dermatol* 1992; 26: 467-484.
14. EPSTEIN E: Malignant sun-induced squamous cell carcinoma of the skin. *J Dermatol Surg Oncol* 1983; 9: 505-506.
15. GONÇALVES JCA, ASCENÇÃO AC: Chemosurgery without systematised microscopic control - A new simplified technique. *Skin Cancer* 1986; 2:137-150.
16. GONÇALVES JCA: Chemosurgery without systematised microscopic control of advanced cutaneous cancer: I - Report of 9 cases of squamous-cell carcinoma. *Skin Cancer* 1986; 3:197-210.
17. GONÇALVES JCA: Chemosurgery without systematised microscopic control of advanced cutaneous cancer: II - Report of 2 cases of invasive squamouscell carcinoma of the hand. *Skin Cancer* 1986; 4: 297-303.
18. GONÇALVES JCA: Chemosurgery without systematised microscopic control of cutaneous cancer: IV - Report of 8 cases of malignant melanoma. *Skin Cancer* 1989; 4: 79-85.
19. GONÇALVES JCA: Chemomastectomy for advanced cancer. *Skin Cancer* 1987; 2: 49-68.
20. GONÇALVES JCA: Cryochirurgie des cancers des paupières. I Jornadas Científicas Franco-Portuguesas de Ginecologia e Crioterapia. Santarém, 1990.
21. GONÇALVES JCA: New cryosurgical technique for periocular cancer. Eleventh Annual Meeting. American College of Cryosurgery. New Orleans, 1990.
22. ROBERTS LD: Incidence of nonmelanoma skin cancer in West Glamorgan, South Wales. *Br J Dermatol* 1990; 122: 399.
23. CORREIA MP, FREITAS JP, SILVA LC: Carcinoma espinho-celular. Casuística 1985-1991. *Trab Soc Port Derm Ven* 1992; 3: 204-208.
24. PIMENTEL S, FIADEIRO MT, RODRIGUES JCF: Squamous cell carcinoma: review of the cases observed in a Lisbon hospital over two-year period. *Skin Cancer* 1988; 3: 99-102.
25. GLASS AG, HOOVER RN: The emerging epidemic of melanoma and squamous cell skin cancer. *JAMA* 1989; 262: 2097-2100.
26. WEINSTOCK MA: The epidemic of squamous cell carcinoma. *JAMA* 1989; 262: 2138-2140.
27. URBACH F: Incidence of nonmelanoma skin cancer. *Dermatol Cím* 1991; 9: 751-755.
28. CRISTOFOLINI M, BIANCHI R, BOI S et al: Effectiveness of the health campaign for the early diagnosis of cutaneous melanoma in Trentino, Italy. *J Dermatol Surg Oncol* 1993; 19:117-120.
29. LAWRENCE N, COTTELL WI: Perineural invasion bt SCC of the skin: results using the Mohs technique. *J Dermatol Surg Oncol* 1993; 19:1041-1046.
30. DINEHART SM, CHU DZJ, MANERS AW et al: Immunosuppression in patients with metastatic squamous cell carcinoma from the skin. *J Dermatol Surg Oncol* 1990; 16: 271-274.
31. ROWE DE, CARROL RJ, DAY CL: Prognostic factors for local recurrence, metastasis, and survival rates in squamous cell carcinoma of the skin, ear, and lip: implications for treatment modality selection. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26: 976-990.
32. FRANKEL DH, HANUSA BH, ZITELLI JA: New primary non-melanoma skin cancer in patients with a history of squamous cell carcinoma of the skin: implications and recommendations for follow-up. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26: 720-726.
33. OSTERLIND A, HJALGRIM H, KULINSKY B et al: Skin cancer as a cause of death in Denmark. *Br J Dermatol*, 1991; 125: 580-582.
34. RANDLE HW, SALASSA JR, ROENIGK RK: Know your anatomy: local anesthesia for cutaneous lesions of the head and neck - practical applications of peripheral nerve blocks. *J Dermatol Surg Oncol* 1992; 18: 231-235.
35. HEIDEGGER GW: Atlas de anatomia humana. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan S. A., 1978; 78-89.
36. TORRE D: Cryosurgical instrumentation and depth dose monitoring. *Clinics in Dermatology* 1990; 8: 48-60.
37. SIWIEC ED: Cryosurgery in the treatment of Skin cancers: indications and management. *Clinics in Dermatology* 1990; 8: 80-85.
38. STONER JG, SWANSON NA: Use of the bipediced flap for forehead reconstruction. *J Dermatol Surg Oncol* 1954; 10: 213-215.
39. GREENBAUM SS: Intraoperative tissue expansion with the Foley catheter. *J Dermatol Surg Oncol* 1993; 19:1079-1053.
40. AULETTER MJ, MATARASSO SL, GLOGAU RG et al: Comparison of Skin hooks and Foley catheters for immediate tissue expansion. *J Dermatol Surg Oncol* 1993; 19:1084-1058.
41. SUMMERS BK, SIEGLE RJ: Facial cutaneous reconstructive surgery: facial flaps. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29: 917-941.
42. MCGREGOR IA: Técnicas fundamentales en cirugía plástica y sus aplicaciones quirúrgicas. Barcelona: Salvat 1979; 171-200.
43. MAZZOLA RF, LUPO G: Evolving concepts in lip reconstruction. *Clinics Plastic Surgery* 1954; 11: 583-618.
44. LUPO G, MAZZOLA RF: Our experience with lip reconstruction: a lesson from history. *Clinics Plastic Surgery* 1984; 11: 619-636.
45. GAGE AA: Cryosurgery of advanced tumors. *Clinics in Dermatology* 1990; 8: 86-95.
46. KUFLIK EG, GAGE AA: Cryosurgical treatment for skin cancer. New York, Tokyo: Igaku-Shoin, 1990; 169-182.
47. KUFLIK EG, GAGE AA: Cryosurgical treatment for skin cancer. New York, Tokyo: Igaku-Shoin, 1990; 155-168
48. ZITEILI JA, FAZIO MJ: Reconstruction of the nose with local flaps. *J Dermatol Surg Oncol* 1991; 17:184-189.
49. SALASCHE SJ, GRABSKI WJ: Flaps for the central face. New York: Churchil Livingstone, 1990: 36-37.
50. KUFLIK EG, GAGE AA: Cryosurgical treatment for skin cancer. New York, Tokyo: Igaku-Shoin, 1990; 189 - 200.
51. ALBRIGHT S: Treatment of skin cancer using multiple modalities. *J Am Acad Dermatol* 1982; 7:143-171
52. ANDREAS TA, CAMPOS FA, SEMERARO C: Surgical treatment of carcinoma of the lip. *J Dermatol Surg Oncol* 1982; 8: 367-376.