

## Como eu Faço

### Autores:

Ivander Bastazini Júnior<sup>1</sup>  
Letícia Arsie Contin<sup>2</sup>  
Cinthia Janine Meira Alves<sup>3</sup>  
Consuelo Maria Santos  
Albuquerque Nascimento<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico, Dermatologista, chefe da Seção de Cirurgia Dermatológica do Instituto Lauro de Souza Lima

<sup>2</sup>Médico-residente – Instituto Lauro de Souza Lima

<sup>3</sup>Médica-residente – Instituto Lauro de Souza Lima

<sup>4</sup>Médica, Dermatologista, – Instituto Lauro de Souza Lima

### Correspondência para:

Ivander Bastazini Júnior  
Rodovia Comandante João  
Ribeiro de Barros, Km 225/226.  
Caixa Postal 3.021.  
CEP: 1703-4971  
Bauru – SP

# Cicatrização por segunda intenção de asa nasal: revisando antigos conceitos

## Healing by secondary intention of the nasal ala: reviewing old concepts

### RESUMO

A necessidade de correção cirúrgica de grandes defeitos na asa nasal é frequente. Diversas são as técnicas de reconstrução, que, de maneira geral, são complexas, exigindo maior conhecimento técnico e nem sempre atingindo o resultado estético desejado. Os autores discutem as indicações e a praticidade, além dos bons resultados estéticos da cicatrização por segunda intenção em grandes defeitos na asa nasal.

**Palavras-chave:** cicatrização de feridas, nariz, carcinoma basocelular.

### ABSTRACT

*Surgical repair of large defects in nasal ala is often needed. There are several reconstruction techniques, which in general are complex, require greater technical knowledge, and not always reach the desired esthetic result. The authors discuss the indications and practicality, in addition to good cosmetic results of healing by secondary intention of large defects in nasal ala.*

**Keywords:** wound healing, nose, basal cell carcinoma.

### INTRODUÇÃO

Grandes reconstruções cirúrgicas no nariz sempre são desafiadoras principalmente quando envolvem a asa nasal. Diversas técnicas de reconstrução já foram descritas, com suas indicações orientadas, frequentemente, pelo tamanho do defeito.<sup>1,2</sup>

Os pequenos defeitos na asa nasal podem ser de difícil resolução e, se superiores a 1 cm, direcionam o cirurgião à reconstrução, usando amplos retalhos ou enxertos. São procedimentos complexos, de longa duração, e que muitas vezes geram cicatrizes distantes do defeito primário. Além disso, o resultado estético nem sempre é o desejado.

A cicatrização por segunda intenção para defeitos na face já foi muito estudada.<sup>3,5</sup> Em geral, não é a primeira opção, sendo lembrada nas áreas faciais côncavas e em caso de defeitos pequenos, superficiais e longe de bordas livres.<sup>4</sup> Na asa nasal, é muito citada quando da realização de eletrocoagulação e curetagem para pequenos tumores.

Atualmente, pouco se discute sobre essa modalidade na literatura e parece esquecida sua utilidade como opção prática e cosmeticamente satisfatória para diversos locais de difícil reconstrução ou com maior risco de recidiva tumoral.

### MATERIAL E MÉTODOS

Foram excisados cirurgicamente carcinomas basocelulares (CBC) localizados na asa nasal com tamanhos variados, gerando defeitos primários iguais ou superiores a 1 cm. Sempre que esses defeitos não atingiam o sulco alar, não se aproximavam da borda da asa nasal e a profundidade se limitava ao subcutâneo, eram deixados para cicatrizar por segunda intenção, mesmo que comprometessem quase toda a área da asa nasal (Figuras 1A e 2A). Os pacientes eram orientados a realizar limpeza diária e aplicação de pomada antibiótica iniciada 24 horas após a cirurgia.

### RESULTADOS

Todos os pacientes evoluíram sem dor ou sangramento e alguns apresentaram apenas dificuldade na limpeza adequada da ferida, porém não foram observados casos de infecção secundária. Os resultados estéticos foram bons, com ótima aceitação pelos pacientes (Figuras 1B e 2B). Retrações ocorreram somente quando o defeito chegava a menos de 3 mm da borda da asa nasal ou invadia o sulco nasogeniano (Figuras 3A e 3B), mas nenhum paciente optou por correção posterior.



Figura 1A. Lesão no pós-operatório imediato.  
Figura 1B. Pós-operatório de lesão da Figura 1A: seguimento de dois meses.



Figura 2A. Lesão no pós-operatório imediato.  
Figura 2B. Pós-operatório de lesão da Figura 2A: seguimento de seis meses.



Figura 3A. Lesão atingindo a borda da asa nasal.  
Figura 3B. Pós-operatório de lesão da Figura 3A, com três meses de seguimento, com retração de borda nasal.



Figura 4A. Lesão envolvendo grande área nasal e invadindo o sulco alar.  
Figura 4B. Pós-operatório de lesão da Figura 4A, com seis meses de seguimento, apresentando retração no sulco alar.

## DISCUSSÃO

Com frequência, diferentes tipos de retalhos ou enxertos são a primeira escolha para reconstruções na asa nasal.<sup>1,2</sup> Sua realização exige bom conhecimento técnico, prolongado tempo de cirurgia e aumento nos custos, além de gerar cicatrizes fora da área do defeito primário. Há ainda o risco de sangramento, necrose do retalho ou perda do enxerto e deiscência da ferida, que podem comprometer o resultado final.

Quando se permite a cicatrização por segunda intenção, diminui-se grande parte desses riscos, criando uma ferida única, de fácil tratamento, pouco dolorosa e que dificilmente sangra ou infecta.<sup>5</sup> Facilita também o reconhecimento precoce de sinais de recidiva do tumor, o que poderia ser dificultado por retalhos ou enxertos.<sup>3,4</sup> Além disso, uma vantagem teórica, embora não pro-

vada, seria a possibilidade de a cicatrização lenta e o processo de reparo da ferida terem ação protetora contra a recidiva tumoral.<sup>3</sup>

Zitelli considera a localização do defeito o fator preditor mais importante para o resultado estético. Outros fatores, como, por exemplo, idade, espessura da pele, densidade das estruturas anexiais e estado nutricional, teriam menos importância.<sup>4</sup> Áreas de superfície côncava do nariz, olhos, ouvidos e têmporas cicatrizam com excelentes resultados cosméticos, enquanto áreas de superfícies convexas deixam cicatrizes mais aparentes. No nariz, feridas no sulco alar e no sulco nasogeniano evoluem com ótimo resultado, enquanto feridas na ponta ou no dorso nasal não têm a mesma evolução.<sup>4</sup> Para alguns autores, a retração da borda alar só ocorre raramente, se a ferida envolver a maior parte da área da asa nasal ou chegar a poucos milímetros da borda alar.<sup>4</sup> Em nosso caso, observou-se que, quando ela atinge grande parte da área nasal, pode haver retração. Contudo, os fatores mais importantes causadores de retração foram a proximidade da borda da asa nasal (distância inferior a 3 mm) e a invasão do sulco nasogeniano (Figuras 4A e 4B). Quando respeitamos esses limites, mesmo que a maior parte da asa nasal seja retirada, a cicatrização ocorre adequadamente – e, se ocorrer retração, será leve. Cicatrizes hipertróficas não foram observadas.

A cor da pele e a profundidade da lesão também são fatores importantes no resultado estético. Cicatrizes maduras tendem a ser hipopigmentadas, o que é menos perceptível em pessoas de pele clara, lembrando também que as cicatrizes mais superficiais têm melhor aspecto.<sup>4</sup>

A ferida cirúrgica é de fácil cuidado, com limpeza diária e aplicação de pomada, devendo-se evitar o ressecamento e a formação de crostas que retardariam ainda mais a cicatrização. O período de cicatrização é longo e depende do tamanho da ferida, podendo ultrapassar três semanas. A utilização de curativos oclusivos nos primeiros dias ajuda a encurtar esse período. A lenta cicatrização é a principal desvantagem da técnica, podendo retardar o retorno do paciente às suas atividades.

Assim, o uso de cicatrização por segunda intenção para grandes defeitos na asa nasal é possível, prático, fácil e bem aceito pelos pacientes. Proporciona bons resultados estéticos, desde que respeitada a distância mínima da borda alar e do sulco nasogeniano. Pode, assim, em algumas situações, estar incluído entre as primeiras opções de reconstrução da asa nasal, evitando-se gasto de tempo excessivo em cirurgias complexas.

## REFERÊNCIAS

1. Zeikus OS, Maloney ME, Jellinek N J. Advancement flap for the Reconstruction of Nasal Ala and Lateral Nasal Tip Defects. *J Am Acad Dermatol* 2006; 55:1032-5.
2. Cook JL. Reconstructive Utility of Bilobed Flap: Lessons from Flap Successes and Failures. *Dermatol Surg* 2005; 31:1024-33.
3. Goldwyn RM, Rueckert F. The Value of Healing by Secondary Intention for Sizeable Defects of the Face. *Arch Surg* 1997; 112:285-92.
4. Zitelli JA. Wound Healing by Secondary Intention. *J Am Acad Dermatol* 1983; 9:407-15.
5. Albright III SD. Placement of "Guiding Sutures" to Counteract Undesirable Retraction of Tissues in and Around Functionally and Cosmetically Important Structures. *J Dermatol Surg Oncol* 1981; 7:446-9.