

Relato de caso

Autores:

Bárbara de Oliveira Martins¹
 Juliana Câmara Mariz¹
 Laura Franco Belga¹
 Marcella Leal Novello D'Elia¹
 Carlos Baptista Barcaui¹

¹ Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Correspondência:

Bárbara de Oliveira Martins
 Boulevard 28 de setembro, 77 - 2º andar
 Vila Isabel
 20551-030 Rio de Janeiro (RJ)
 E-mail: bomartins1@gmail.com

Data de recebimento: 26/08/2020

Data de aprovação: 04/03/2021

Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.



Opções de reconstrução para fechamento de defeitos cirúrgicos nasais

Reconstruction options for the closure of nasal surgical defects

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201243692>

RESUMO

O carcinoma basocelular é o câncer de pele não melanoma mais comum, sendo o nariz o local de maior ocorrência. O tratamento de primeira escolha é a excisão cirúrgica. Defeitos nasais são um desafio para os cirurgiões devido à dificuldade para manter a funcionalidade e o bom resultado estético. Ao planejar a reconstrução, deve-se considerar as características anatômicas do nariz e individualidades do paciente. Relatamos quatro casos com defeitos cirúrgicos localizados em topografias semelhantes, abordados com técnicas de fechamento diferentes – fechamento primário, retalho, enxerto e segunda intenção – com resultados igualmente satisfatórios dos pontos de vista estético e funcional.

Palavras-chave: Carcinoma Basocelular; Nariz; Reconstrução; Retalhos Cirúrgicos; Transplante de Pele

ABSTRACT

Basal cell carcinoma is the most common type of nonmelanoma skin cancer, and the nose is the most common site. The treatment of choice, surgical excision, may cause nasal defects, which may be challenging for surgeons for maintaining functionality and aesthetics. When planning the reconstruction, one should carefully consider the nose's anatomical features and the patient's individual characteristics. We report four cases of nasal defects due to surgical excision of basal cell carcinoma approached with different closure techniques (primary closure, flap, graft, and second-intention healing), achieving equally satisfactory esthetic and functional results.

Keywords: Carcinoma Basal Cell; Nose; Reconstruction; Surgical Flaps; Skin Transplantation

INTRODUÇÃO

O câncer de pele não melanoma é a neoplasia mais comum no mundo e o carcinoma basocelular (CBC) é o mais frequente (75%), seguido pelo carcinoma espinocelular (20%) e melanoma (5%).¹ Cabeça e pescoço são as regiões mais acometidas, mais comumente o nariz devido à exposição solar cumulativa.²

Na abordagem de lesões malignas na face, o objetivo primordial é a realização da cirurgia com margens oncológicas livres visando à completa excisão tumoral – tratamento padrão-ouro. Em segundo plano, estão manutenção da funcionalidade e obtenção de bom resultado estético.^{1,2} No entanto, quando o

defeito cirúrgico gerado está próximo a orifícios da cabeça e do pescoço, ressecção com margem de segurança e reconstrução geram maior dificuldade, exigindo conhecimento, experiência e criatividade por parte do cirurgião e, muitas vezes, a confecção de retalhos e enxertos.¹

MÉTODOS

Caso 1 - Paciente masculino, 63 anos, lesão papulosa na asa nasal direita, realizada exérese e fechamento por segunda intenção (Figura 1).

Caso 2 - Paciente feminina, 64 anos, lesão nodular com área de ulceração entre a parede lateral do nariz e a asa nasal esquerda. Exérese e fechamento primário (Figura 2).

Caso 3 - Paciente masculino, 70 anos, lesão nodular ulcerada na lateral direita do nariz. Exérese e reconstrução com retalho de rotação (Figuras 3 e 4).

Caso 4 - Paciente masculino, 91 anos, lesão nodular ulcerada na lateral esquerda do nariz. Exérese e enxerto cutâneo com região infraclavicular como área doadora (Figuras 5 e 6).

Todos os casos eram clinicamente sugestivos de CBC, confirmados por meio de dermatoscopia por profissional experiente. Aplicada anestesia local com solução anestésica e realizada exérese das lesões com margens cirúrgicas de 4mm delimitadas por dermatoscopia. A sutura, quando realizada, foi feita com nylon 5-0. Procedimentos sem intercorrências no intra e pós-operatório.

DISCUSSÃO

O nariz tem importante função na estética facial.³ É a estrutura facial mais exposta ao sol e, portanto, a mais acometida por CBC. O CBC é neoplasia maligna das células germinativas foliculares, sem lesões precursoras descritas, cujos fatores de risco envolvem exposição à radiação ultravioleta, fototipos claros, história familiar positiva, efêlides na infância, imunossupressão, exposição ao arsênio, cicatrizes e doenças hereditárias. A morta-

lidade pelo CBC é inferior a 0,1% - com taxa de cura superior a 90% quando excisado -, e metástases são raras.⁴

Os princípios gerais de reconstrução de defeitos cutâneos englobam características, comorbidades, preferências do paciente - o que deve ser bem estabelecido na consulta pré-operatória -, localização e dimensões do defeito.^{5,6} Outros aspectos que merecem atenção são uso de anticoagulante e tabagismo, pelo impacto negativo no processo cicatricial.⁵

Independentemente da localização ou do tamanho da lesão, no momento da cirurgia é preciso preparar toda a face, fornecendo ao cirurgião boa visualização e acesso caso seja necessário estender a incisão.⁵ De acordo com o National Comprehensive Cancer Network (NCCN), o plano terapêutico deve ser estabelecido a partir da estratificação de risco do CBC, cujos critérios incluem localização e tamanho da lesão, definição das bordas, se a lesão é primária ou recorrente, presença de imunossupressão, tratamento prévio com radioterapia no sítio da lesão, subtipo histológico e envolvimento perineural. No que se refere à excisão cirúrgica, para lesões consideradas de baixo risco, são preconizadas margens de 4mm; se alto risco, a recomendação é recorrer à cirurgia de Mohs ou, em caso de técnicas sem avaliação completa da margem do tumor, aconselha-se conhecimento da extensão subclínica do CBC, estabelecendo margens amplas, com avaliação destas no pós-operatório e fechamento primário ou tardio do defeito cirúrgico. Para ambos os casos, a radioterapia surge como opção em pacientes não candidatos à cirurgia, e a terapia sistêmica - Vismodegib e Sonidegib - é indicada para casos de alto risco, com doença avançada localmente em que a radioterapia ou cirurgia curativa não são viáveis.⁷

Quanto às lesões excisadas na região nasal, opções para reparo do defeito cirúrgico envolvem cicatrização por segunda intenção, fechamento primário, retalhos e enxerto cutâneo.⁶ A cicatrização por segunda intenção é subutilizada^{5,8}, entretanto possui inúmeras vantagens, incluindo ótimos resultados estéticos, sendo os melhores quando em áreas côncavas do nariz e em le-

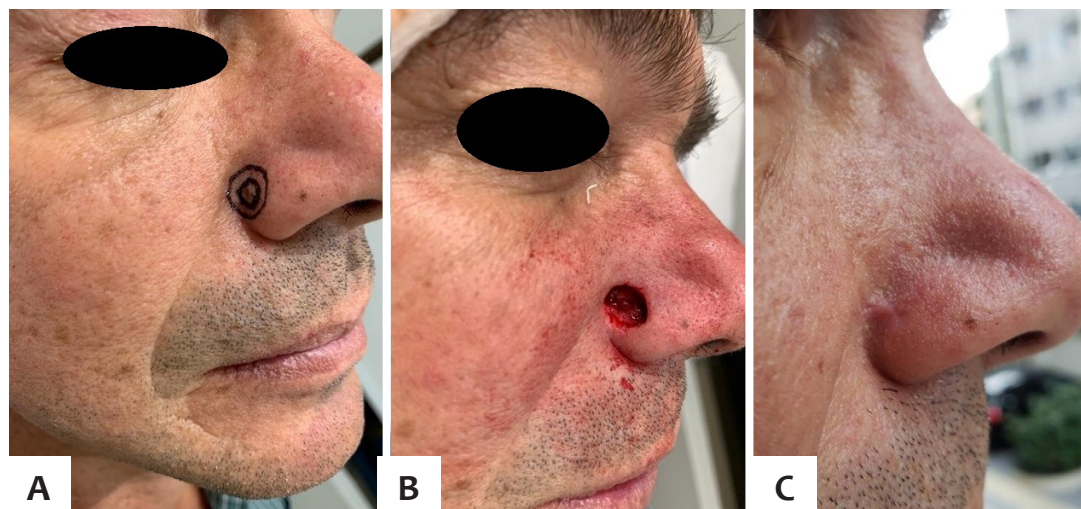


FIGURA 1: Caso 1. **A** - Lesão na asa nasal direita. **B** - Defeito cirúrgico. **C** - Resultado final após cicatrização por segunda intenção.

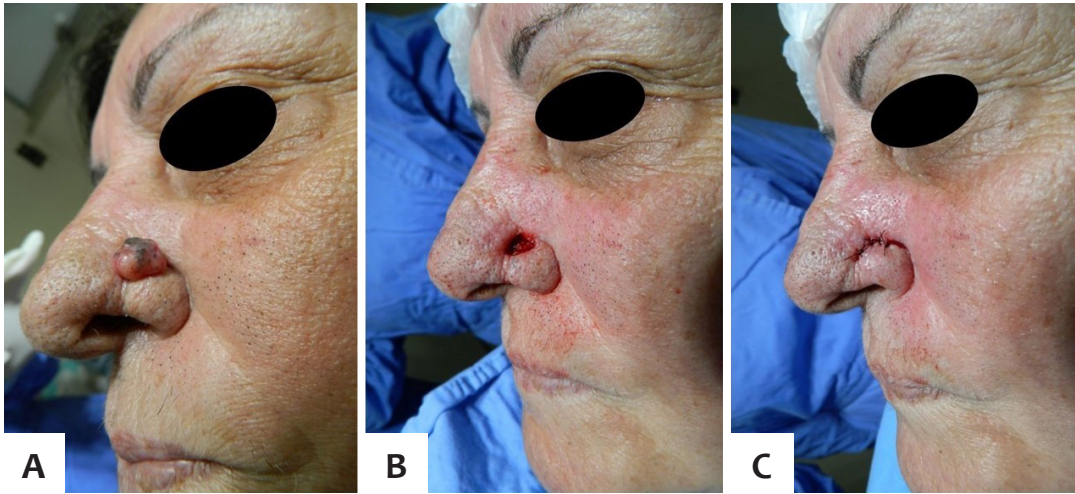


FIGURA 2: Caso 2. A - Lesão entre a parede lateral do nariz e asa nasal esquerda. B - Defeito cirúrgico. C - Fechamento primário com ponto simples

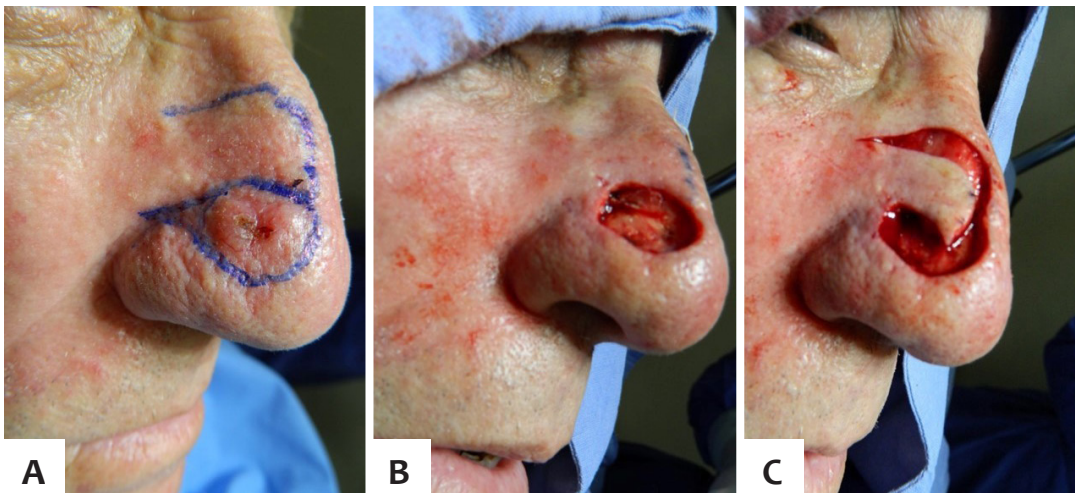


FIGURA 3: Caso 3. A - Lesão na lateral direita do nariz e demarcação do retalho. B - Defeito cirúrgico. C - Posicionamento do retalho de rotação

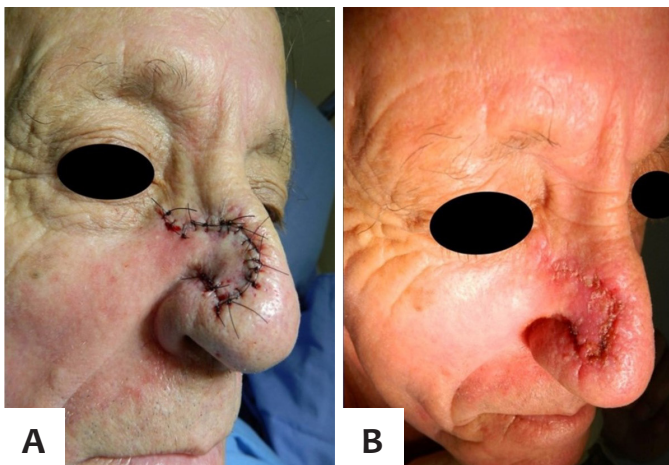


FIGURA 4: Caso 3. A - Fixação do retalho de rotação. B - Resultado após uma semana do procedimento

sões mais superficiais e menores que 2cm.⁵ Além disso, é útil para pacientes que não tolerariam procedimento reconstrutivo.⁵ As feridas cicatrizadas continuam a melhorar a aparência ao longo do tempo.⁸

O fechamento primário é mais utilizado para defeitos com até 1cm.^{2,9} Áreas nasais não sebáceas superiores são mais favoráveis devido à maior mobilidade. Dissecção ampla é crucial para aproximar as margens sob mínima tensão, além da sutura interna, quando necessário, a qual também reduz a tensão no fechamento da ferida. Devido a simplicidade, menores complicações e custos, o fechamento primário é muito empregado.² Contudo, a pele do terço inferior do nariz possui mobilidade limitada e, portanto, o emprego do fechamento primário restringe-se a pequenos defeitos.²

Com relação aos retalhos, há três tipos básicos de movimento do tecido: transposição, avanço e rotação.⁶ O retalho de rotação pode reconstruir defeitos de 1 a 2cm no dorso e ponta

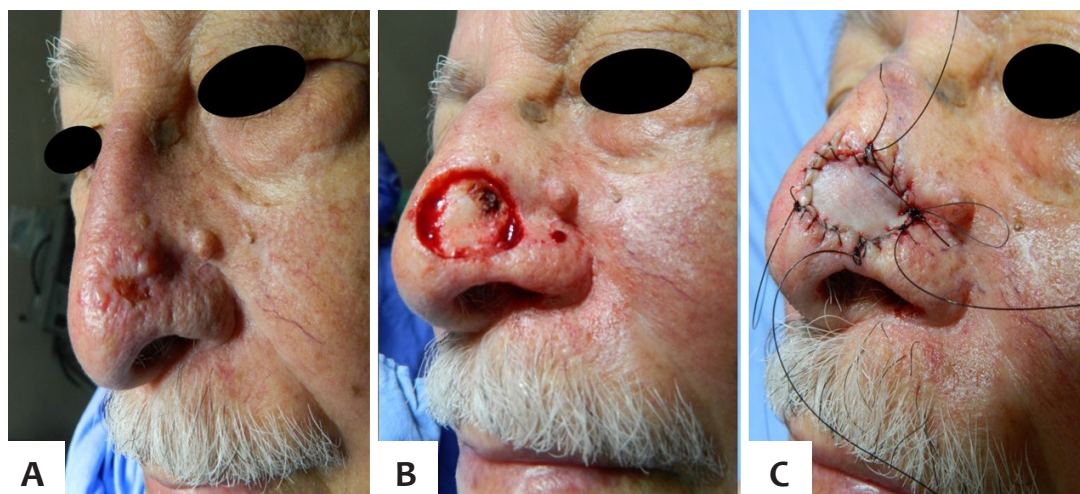


FIGURA 5: Caso 4. A - Lesão na lateral esquerda do nariz. **B** - Defeito cirúrgico. **C** - Fixação do enxerto

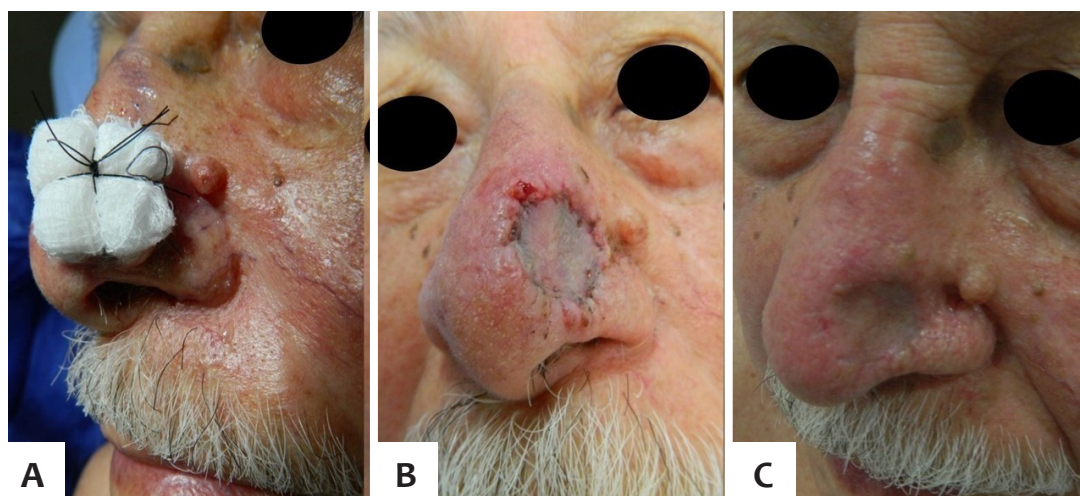


FIGURA 6: Caso 4. A - Curativo de Brown. **B** - Resultado após uma semana do procedimento. **C** - Resultado após 14 dias da cirurgia

nasais.^{2,10} Consiste em girar o tecido adjacente em torno de um eixo para fechar o defeito primário.⁶ Está entre os que apresentam melhores resultados. Recruta tegumento adjacente ao defeito, com propriedades clínicas (textura, espessura, cor) e histológicas (espessura dérmica, densidade de glândulas pilosebáceas) semelhantes. Assim, ele satisfaz ao princípio de Millard, segundo o qual “a pele mais próxima é a melhor pele” ou ao princípio de analogia de Gillies, que preconiza a substituição de um tecido por um equivalente oriundo de locais doadores vizinhos.¹¹

Dentre os retalhos, vale destacar, ainda, os de interposição: o subtipo paramediano frontal (indiano), com grande aplicabilidade para defeitos nasais amplos e profundos na região distal do nariz^{12,13,14}, bem como o nasogeniano de interposição, excelente opção para reconstrução da asa nasal. Apesar da necessidade de dois ou mais tempos operatórios, os resultados estético e funcional finais são satisfatórios.¹⁴

Se não projetado adequadamente, o retalho pode causar distorções anatômicas. São contraindicados se a neoplasia não

for completamente excisada pelo risco de recorrência do tumor sob o retalho.⁶ As contraindicações relativas incluem risco de hemorragia e aspectos que podem predispor à má cicatrização de feridas.^{6,15}

O enxerto de pele não é considerado substituto ideal para a pele nasal, principalmente para a pele espessa e sebácea de ponta, asa, paredes laterais inferiores ou dorso.² Trata-se, porém, de solução rápida e simples em pacientes de risco cirúrgico elevado ou em lesões com alta probabilidade de recorrência.¹⁶ Recruta tecido à distância, favorecendo ocorrência de discromia, diferença de espessura da pele e irregularidade em sua superfície, além da possibilidade de retração, levando a resultados menos simétricos e inestéticos.^{12,16} As áreas doadoras mais utilizadas são a supraclavicular e retroauricular.¹⁶

CONCLUSÃO

Reconstruções de defeitos cirúrgicos no nariz trazem dificuldade em virtude dos contornos anatômicos únicos, im-

portância funcional e estética dessa estrutura. A escolha da modalidade reconstrutiva dependerá da localização, do tamanho e da profundidade do defeito cirúrgico, além da experiência do cirurgião. Embora existam várias formas de reconstrução para defeitos nasais, cabe ao cirurgião a decisão de qual abordagem trará melhores resultados estéticos e funcionais, sendo a individualização do tratamento a melhor escolha.

Este trabalho contempla quatro casos de defeitos localizados em topografias semelhantes, mas que foram abordados com técnicas de fechamento diferentes, de acordo com as características locais da pele do paciente, culminando em resultados funcionais e estéticos satisfatórios. ●

REFERÊNCIAS

- Freitas CAF, Santos AN, Bittner GC, Sanabria BD, Levenhagen MMMD, Hans-Filho G. Nonmelanoma skin cancer at critical facial sites: results and strategies of the surgical treatment of 102 patients. *J Skin Cancer*. 2019;2019:4798510.
- Salgarelli AC, Bellini P, Multinu A, Magnoni C, Francomano M, Fantini F, et al. Reconstruction of nasal skin cancer defects with local flaps. *J Skin Cancer*. 2011;2011:181093.
- Patel RG. Nasal anatomy and function. *Facial Plast Surg*. 2017;33(1):3-8.
- Montagna E, Lopes OS. Bases moleculares do carcinoma basocelular. *An Bras Dermatol*. 2017;92(4):518-21.
- Rogers-Vizena CR, Lalonde DH, Menick FJ, Bentz ML. Surgical treatment and reconstruction of nonmelanoma facial skin cancers. *Plast Reconstr Surg*. 2015;135(5):895e-908e.
- Prohaska J, Cook C. Rotation Flaps. [Updated 2020 Feb 13]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482371/>
- National Comprehensive Cancer Network. Basal Cell Skin Cancer (Version 1.2020). Available from: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/nmsc.pdf. Accessed May 23,2020.
- Liu KY, Silvestri B, Marquez J, Huston TL. Secondary intention healing after mohs surgical excision as an alternative to surgical repair: evaluation of wound characteristics and esthetic outcomes. *Ann Plast Surg*. 2020;85(S1 Suppl 1):S28-S32.
- Han DH, Mangoba DC, Lee DY, Jin HR. Reconstruction of nasal alar defects in asian patients. *Arch Facial Plast Surg*. 2012;14(5):312-17.
- Rohrich RJ, Griffin JR, Ansari M, Beran SJ, Potter JK. Nasal reconstruction--beyond aesthetic subunits: a 15-year review of 1334 cases. *Plast Reconstr Surg*. 2004;114(6):1405-19.
- Grandpierre X, Sartre JY, Duteille F. Reconstruction des pertes de substance superficielles du carrefour des sous-unités de la pointe, de l'aile et de la face latérale du nez : étude sur 36 patients [Reconstruction of superficial defects from the crossroad of nasal subunits, tip, alar lobe and lateral side wall: Study of 36 patients]. *Ann Chir Plast Esthet*. 2016;61(4):248-56.
- Ramsey ML, Ellison CA, Al Aboud AM. Interpolated Flaps. [Updated 2020 Jul 31]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470521/>
- Reckley LK, Peck JJ, Roof SB. Flap Basics III. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2017;25(3):337-46.
- Sakai RL, Tavares LCV, Komatsu CA, Faiwichow L. Retalho nasogeniano de interpolação na reconstrução da asa nasal após ressecção de tumores cutâneos. *Rev Bras Cir Plást*. 2018;33(2):217-21.
- Starkman SJ, Williams CT, Sherris DA. Flap Basics I: rotation and transposition flaps. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2017;25(3):313-21.
- Sbalchiero JC, Gregorio TCR, Leitão L, Leal PRA, Dibe MJA. Nasal tip reconstruction in cutaneous malignancies. *Rev Bras Cir Plást* 2005;20(1):12-6.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Bárbara de Oliveira Martins |  ORCID 0000-0002-6650-1719

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura.

Juliana Câmara Mariz |  ORCID 0000-0002-7292-1648

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Laura Franco Belga |  ORCID 0000-0002-8355-4185

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura.

Marcella Leal Novello D'Elia |  ORCID 0000-0002-3575-5732

Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Carlos Baptista Barcaui |  ORCID 0000-0002-3303-3656

Aprovação da versão final do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.