



## Retalho em caracol como uma opção de reconstrução de defeito nasal: uma série de dois casos

*Snail flap as an option to reconstruct a nasal defect: a series of two cases*

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.2022140043>

### RESUMO

Carcinoma basocelular (CBC) é o câncer de pele mais comum. Quando localizado na região nasal, a reconstrução do defeito resultante de sua exérese pode se tornar muito desafiadora para o cirurgião dermatológico. A técnica do retalho em caracol (RC) pode ser utilizada para defeitos, principalmente na parede lateral do nariz, mas também a utilizamos de maneira modificada para fechamento de lesão da asa nasal. Nos dois casos, os resultados foram satisfatórios, tanto pela cosmética quanto pela funcionalidade.

**Palavras-chave:** Carcinoma Basocelular; Retalhos Cirúrgicos; Nariz

### ABSTRACT

*Basal cell carcinoma (BCC) is the most common skin cancer. When located in the nasal region, reconstructing the defect resulting from its exeresis can become very challenging for the dermatological surgeon. The snail flap (SF) technique can be used to correct defects, mainly on the nose's lateral wall, but we use it in a modified way to close the nasal wing injury. In both cases, the results were satisfactory, cosmetically and functionally.*

**Keywords:** Carcinoma basal cell; Surgical flaps; Nose

## Relato de Caso

### Autores:

Rogério Nabor Kondo<sup>1</sup>  
Gabriela Bernardi Maia<sup>1</sup>  
Leticia Amstalde Bertoncini<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Clínica Médica, Universidade Estadual de Londrina, Londrina (PR), Brasil.

### Correspondência:

Rogério Nabor Kondo  
Email: [kondo.dermato@gmail.com](mailto:kondo.dermato@gmail.com) / Alternative E-mail: [kondo.dermato@gmail.com](mailto:kondo.dermato@gmail.com)

**Fonte de financiamento:** Nenhuma.

**Conflito de interesses:** Nenhum.

**Data de submissão:** 07/05/2021

**Decisão final:** 23/08/2021

**Como citar este artigo:** Kondo RN, Maia GB, Bertoncini LA, Silva ST. Retalho em caracol como uma opção de reconstrução de defeito nasal: uma série de dois casos. *Surg Cosmet Dermatol.* 2021;13:e20210043.



## INTRODUÇÃO

O carcinoma basocelular (CBC) é o tipo mais comum de câncer da pele.<sup>1</sup> Algumas vezes, a excisão completa desse tipo de tumor requer a confecção de retalho para o fechamento do defeito resultante, principalmente nos maiores de 10mm.<sup>1,2</sup> Reconstruções na região nasal tornam-se mais desafiadoras para o cirurgião dermatológico devido às características locais como a estrutura rígida e a pouca mobilidade.<sup>3</sup>

O retalho em caracol (RC) é uma rotação que parte do pedículo faz um movimento de dobra sobre si mesmo, lembrando a concha de um caracol. Geralmente, é utilizado para corrigir defeitos circulares na parede nasal inferior, em que se utiliza a pele adjacente acima e lateralmente ao defeito para dar maior mobilidade ao retalho.<sup>4</sup>

Reportamos dois casos de pacientes onde foi utilizada reconstrução com RC após exérese de CBC nasal, sendo um deles com a lesão na parede lateral inferior do nariz (local em que o retalho é mais utilizado) e, em outra paciente, com lesão na asa nasal (região na qual sua confecção é pouca realizada), com

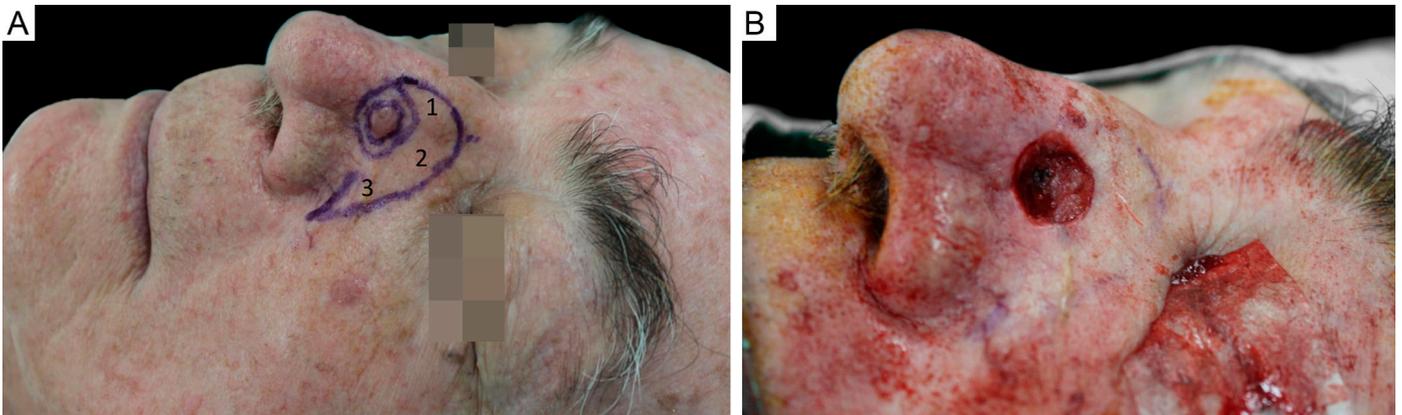
resultado estético satisfatório em ambos os casos. O objetivo do relato de casos é exemplificar o RC e demonstrar uma opção da técnica para corrigir defeitos na asa nasal, com fácil execução e bom nível de satisfação dos pacientes.

## MÉTODO

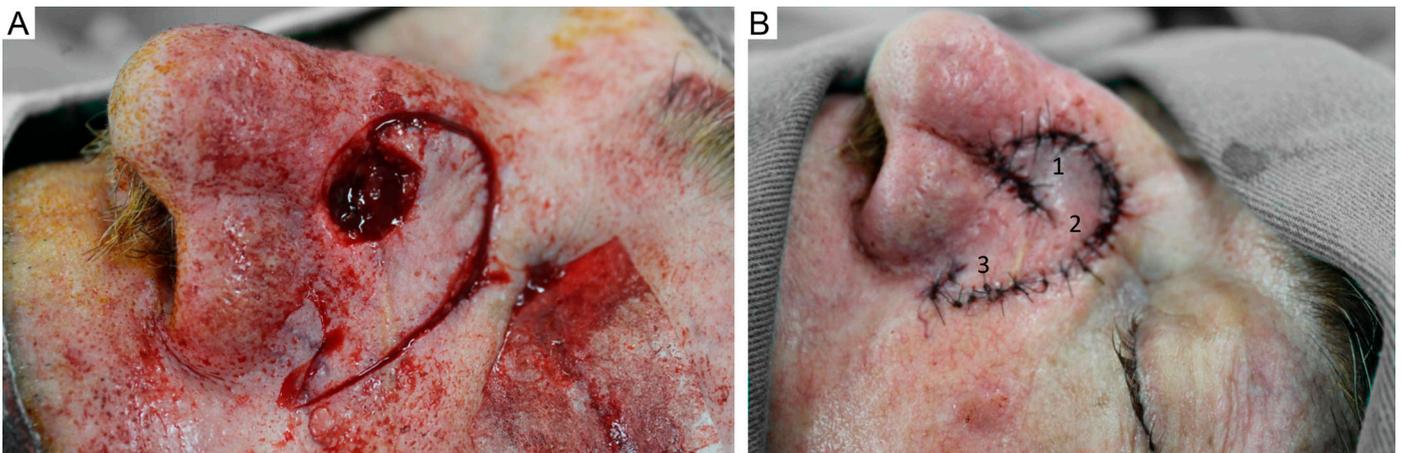
Foram tratados dois pacientes com CBC em região nasal:

Paciente 1: Paciente masculino, 80 anos, fototipo III, com placa perolada, 12mm x 9mm, em dorso lateral esquerdo inferior da região nasal, compatível com CBC pela biópsia. Foi realizada a exérese da lesão com margens de segurança de 5mm. O defeito resultante foi de 17mm no maior eixo e optou-se por RC (Figuras 1, 2 e 3).

Paciente 2: Paciente feminino, 73 anos, fototipo III, com placa eritematosa, 6mm x 5mm, em asa nasal à esquerda da região nasal, compatível com CBC pela biópsia. Foi realizada a exérese da lesão com margens de segurança de 5mm. O defeito resultante foi de 11mm no maior eixo e optou-se por RC (Figuras 4, 5 e 6).



**FIGURE 1: A** - Marcação da lesão, com margem de 5mm, e dos locais de incisão do retalho. As três porções do retalho: (1) porção alar, (2) corpo e (3) cauda. **B** - Defeito



**FIGURE 2: A** - Incisão do retalho. **B** - Retalho posicionado e suturado

Descrição da técnica utilizada no paciente 1 (Figuras 1 e 2):

- a) Paciente em decúbito dorsal horizontal;
- b) Marcação com azul de metileno ou caneta cirúrgica da lesão, com margem de 5mm, e dos locais de incisão do retalho: um arco que se inicia no defeito, em sua porção superior, estendendo-se até o sulco nasogeniano homolateral e, a partir desse ponto, realiza-se uma incisão retrógrada (back-cut). Esse retalho tem três porções: (1) porção alar, (2) corpo e (3) cauda (Figura 1A);
- c) Antissepsia com polivinil-iodina 10% tópico;
- d) Colocação de campos cirúrgicos;
- e) Anestesia infiltrativa com lidocaína 2% com vasoconstritor;
- f) Incisão da lesão com lâmina 15 e exérese circular em bloco da peça;
- g) Hemostasia;
- h) Incisão do retalho, iniciando-se no defeito, fazendo um arco em sua posição superior, passando pela região malar até

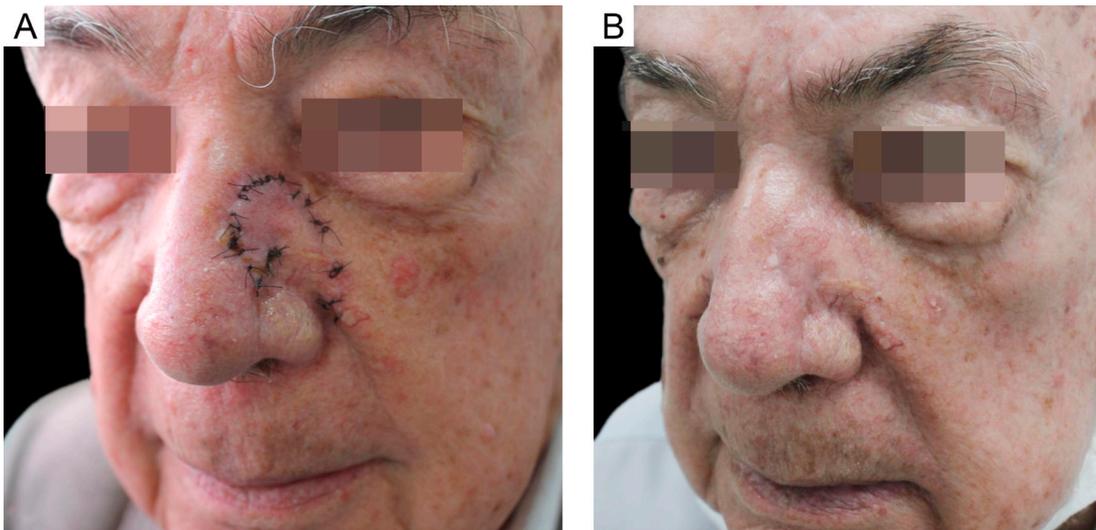
o sulco nasogeniano (conforme marcação prévia). A partir desse ponto, é feita uma incisão retrógrada;

- i) Descolamento do retalho;
- j) Posicionamento do retalho e demais suturas com mononylon 5.0, pontos simples. A porção alar faz uma dobra sobre ela mesma (aspecto de “enrolar” sobre si mesma). Aspecto em concha de caracol (Figuras 2A e 2B);
- k) Limpeza local com soro fisiológico;
- l) Curativo oclusivo.

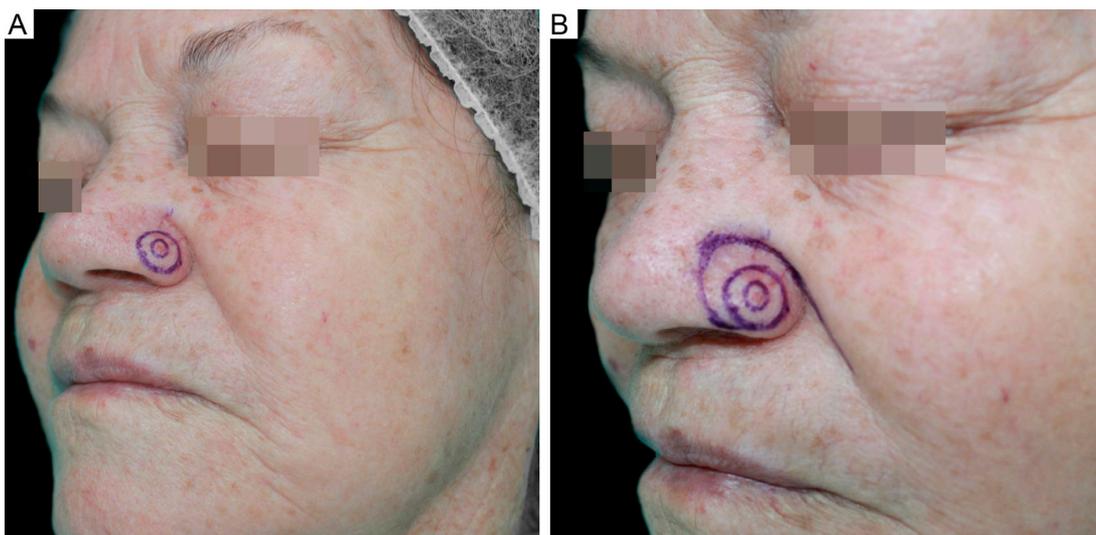
Descrição da técnica utilizada no paciente 2 (Figuras 4, 5 e 6A):

As diferenças entre as técnicas dos pacientes 1 e 2 estão nos itens b, h e j (as sequências das duas técnicas nos itens a, c, d, e, f, g, i, k e l são as mesmas).

b) Marcação com azul de metileno ou caneta cirúrgica da lesão, com margem de 5mm, e dos locais de incisão do retalho: um arco que se inicia na região inferior do defeito, contornan-



**FIGURE 3:** A - Uma semana após cirurgia. B - Quatro meses de pós-operatório



**FIGURE 4:** A - Marcação da lesão com margem de 5mm. B - Marcação da incisão do retalho

do-o em arco em espiral até o sulco nasogeniano homolateral, sem necessidade de uma incisão retrógrada (Figuras 4 e 5);

h) Incisão do retalho, iniciando-se na região inferior do defeito, fazendo um arco em espiral até o sulco nasogeniano (conforme marcação prévia);

j) Posicionamento do retalho e demais suturas com mononylon 5.0, pontos simples. A porção proximal ao defeito faz uma dobra sobre ela mesma (aspecto de “enrolar” sobre si mesma). Aspecto em concha de caracol (Figuras 4B, 5B e 6A).

## RESULTADOS

Paciente 1: Paciente evoluiu sem intercorrências nos primeiros dias de pós-operatório. Houve boa cicatrização e acomodação, com resultado estético satisfatório no pós-operatório tardio (Figura 3B).

Paciente 2: Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório imediato. Houve boa cicatrização e acomodação, com resultado estético satisfatório no pós-operatório tardio (Figuras 6A e 6B).

## DISCUSSÃO

RC é uma técnica de retalho em rotação, mas pode ser também considerada em “ilha”, pois mantém a vascularização em sua região central. Utilizada para corrigir defeitos circulares na parede nasal inferior, é considerada uma boa alternativa para interpolação nasolabial, já que pode ser realizada em um único tempo cirúrgico.<sup>4</sup>

Não há uma exclusividade para aplicação do RC na parede nasal nem restrição apenas à área nasal. Ao aplicar um retar-

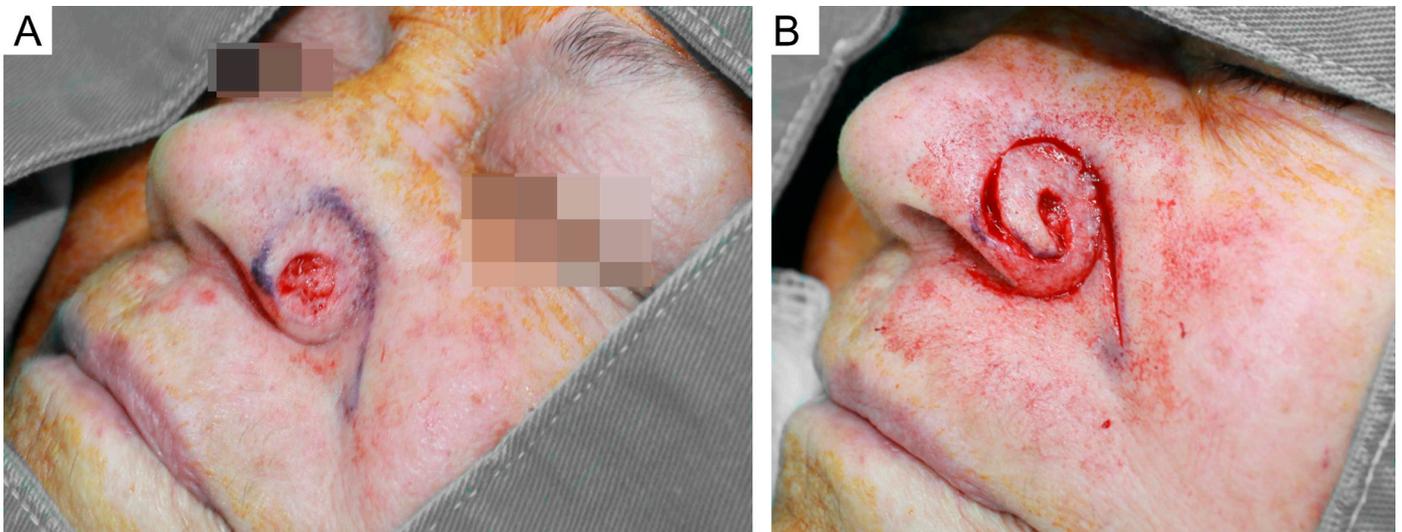


Figure 5: A - Defeito. B - Incisão do retalho

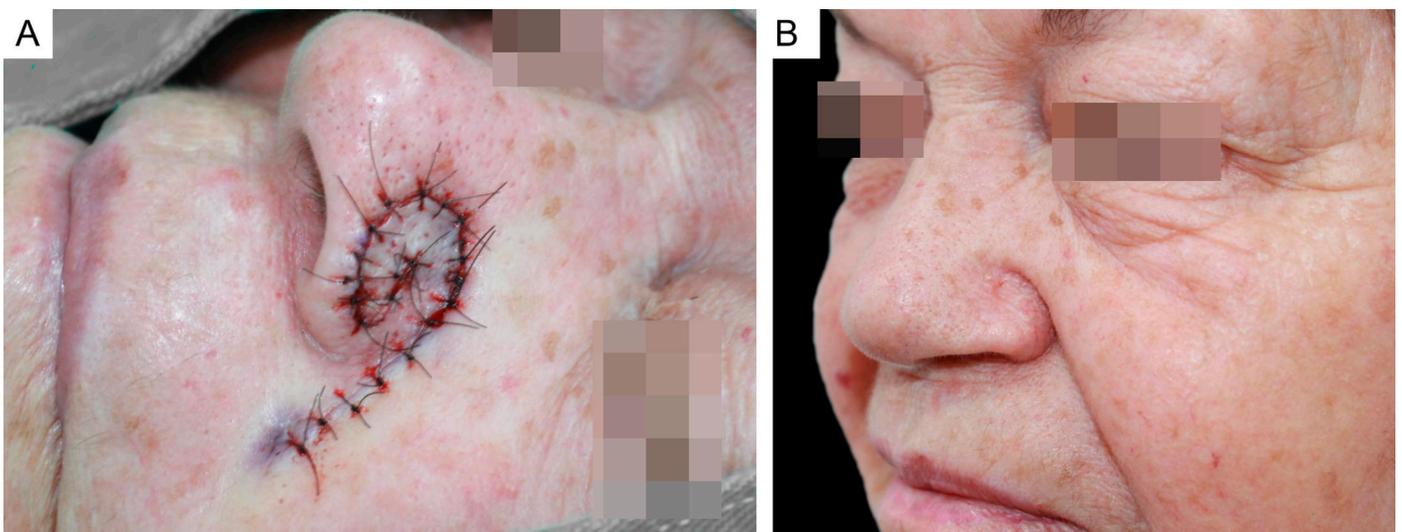


FIGURE 6: A - Retalho posicionado e suturado. B - Quatro meses de pós-operatório

lho que dobre sobre si mesmo, lembrando a concha do caracol, teremos um RC. Christopoulos et al. descreveram uma técnica de RC para reconstrução de defeitos no couro cabeludo<sup>5</sup>, e Aksu et al. utilizaram-na para região auricular externa.<sup>6</sup>

No paciente 1, realizamos o RC clássico. Incisionamos um arco que se iniciou na região superior do defeito até o sulco nasogeniano homolateral e, a partir desse ponto, realizamos uma incisão retrógrada (back-cut). Esse retalho possuía três porções: (1) porção alar, (2) corpo e (3) cauda. A porção alar reconstruiu a porção alar do defeito e tinha o mesmo tamanho dessa área. O corpo e a cauda do retalho possuíam o mesmo tamanho da dimensão vertical de todo o defeito e cobriram a antiga posição da porção alar<sup>4</sup> (Figuras 1A e 2B).

No paciente 2, aplicamos o RC modificado no defeito na asa nasal. O local de início da incisão do retalho foi na região inferior, fazendo um arco contornando quase que paralelamente o defeito para melhor acomodação e para que não houvesse elevação da asa nasal. Não só a extremidade do retalho dobrou sobre si mesmo, mas praticamente metade fez uma espiral (Figuras 5B e 6A).

O motivo do retalho em caracol (RC) ser pouco utilizado para região de asa nasal talvez seja pelas outras técnicas existentes (enxerto, avanço em ilha simples, transposição). Além disso, se for confeccionado, o RC, nas mesmas proporções e incisões do seu modelo clássico, sem ser modificado, poderia acarretar deformidades locais como, por exemplo, o elevação da asa nasal.

Além da parede nasal (paciente 1), outra localização em que o RC poderia ser aplicado seria na asa nasal (paciente 2). A técnica, para essa última localização, diferencia-se da primeira por utilizar praticamente a metade do retalho (não somente a extremidade) para dobrar sobre si mesmo. Para melhores resultados, os presentes autores aconselham a não realizá-la em defeitos cirúrgicos resultantes maiores que 15mm devido aos riscos de distorção alar.

## CONCLUSÃO

A utilização do RC pode ser boa opção para resolução de defeitos nas regiões da parede lateral e asa nasais. ●

## REFERÊNCIAS:

1. Kondo RN, Gon AS, Pontello Junior R. Recurrence rate of basal cell carcinoma in patients submitted to skin flaps or grafts. *An Bras Dermatol*. 2019;94(4):442-5.
2. Kondo RN, Pontello Junior R. A-T flap for the reconstruction of an operative wound in the malar region. *Surg Cosmet Dermatol*. 2015;7(3):272-4.
3. Nicolacópulos T, Kondo RN. Retalho A-T para reconstrução de ferida operatória na ponta nasal. *Cosmet Dermatol*. 2018;10(2):165-7.
4. Brodland DG. Flaps. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. *Dermatology*. 4th ed. New York: Elsevier; 2018. p.2496-2516.
5. Christopoulos G, Deraje V, Mbaidjol Z, Kannan RY. The "Snail Flap": A rotation flap in scalp reconstruction. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2020;8(1):e2599.
6. Aksu AE, Uzun H, Calis M, Safak T. Reconstruction of external auditory canal with a laterocervical twisted (snail) flap. *J Craniofac Surg*. 2013;24(3):e224-6.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

**Rogério Nabor Kondo**  ORCID 0000-0003-1848-3314

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

**Gabriela Bernardi Maia**  ORCID 0000-0002-3730-8207

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

**Leticia Amstalde Bertoncini**  ORCID 0000-0002-4687-8332

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

**Suellen Tormina da Silva**  ORCID 0000-0003-1175-0571

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