



SBD
Sociedade Brasileira de
Cirurgia Dermatológica



Surgical & Cosmetic Dermatology

www.surgicalcosmetic.org.br/

Resultados do tratamento de câncer de pele facial usando retalhos locais no Hospital de Oncologia da Cidade de Can Tho de 2021 a 2023

Results of facial skin cancer treatment using local skin flaps at Can Tho City Oncology Hospital from 2021 to 2023

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.2025170368>

RESUMO

INTRODUÇÃO: A cirurgia reconstrutiva continua sendo o principal método de tratamento do câncer de pele facial, visando tanto a restauração anatômica quanto a estética. Muitos cirurgiões preferem o uso de retalhos locais para a reconstrução facial.

OBJETIVO: Descrever as características clínicas e subclínicas do câncer de pele facial e avaliar os resultados do tratamento com retalhos locais.

MÉTODOS: Estudo transversal descritivo com intervenção clínica, sem grupo controle, realizado com 84 pacientes diagnosticados com câncer de pele facial e atendidos no Hospital de Oncologia da Cidade de Can Tho entre maio de 2021 e abril de 2023.

RESULTADOS: Os resultados foram avaliados durante a internação e 6 meses após a cirurgia. Dos 84 pacientes, 68 apresentavam carcinoma basocelular e 16 tinham carcinoma espinocelular. O nariz foi o local mais frequentemente tratado, com 43 casos. Lesões menores que 2 cm corresponderam a 70,2% dos casos. Após 6 meses, 65 dos 84 pacientes (77,4%) apresentavam cicatrizes mínimas e disfarçáveis, resultando em uma taxa de sucesso estético de 73,8%.

CONCLUSÕES: Os principais fatores que influenciam os resultados cirúrgicos incluem a experiência do cirurgião, a localização e o tamanho da lesão, a extensão da invasão tumoral e a elasticidade da pele.

Palavras-chave: Dermatoses Faciais; Retalhos Cirúrgicos; População do Sudeste Asiático.

ABSTRACT

BACKGROUND: Reconstructive surgery remains the primary approach for treating facial skin cancer, aiming to restore both anatomy and aesthetics. Local flaps are commonly preferred for facial reconstruction.

OBJECTIVE: To describe the clinical and subclinical characteristics of facial skin cancer and evaluate treatment outcomes using local flaps.

METHODS: A descriptive cross-sectional study with clinical intervention, without a control group, was conducted on 84 patients diagnosed with facial skin cancer and treated at Can Tho City Oncology Hospital from May 2021 to April 2023.

RESULTS: Outcomes were assessed during hospitalization and 6 months postoperatively. Among the 84 patients, 68 had basal cell carcinoma, and 16 had squamous cell carcinoma. The nose was the most frequently treated site, accounting for 43 cases. Lesions smaller than 2 cm comprised 70.2% of cases. After 6 months, 65 out of 84 flap sites (77.4%) exhibited minimal scarring that could be concealed, with an aesthetic success rate of 73.8%.

CONCLUSIONS: Key factors influencing surgical outcomes include the surgeon's experience, lesion location and size, tumor invasion extent, and skin elasticity.

Keywords: Facial Dermatoses; Surgical Flaps; Southeast Asian People.

Artigo Original

Autores:

Du Van Truong¹
Lam Van Nguyen¹
Nam Ky Nguyen²
Luat Thao Huynh³
Mai Huynh Truc Phuong¹

- ¹ Can Tho University of Medicine and Pharmacy, Department of Medicine, Can Tho, Vietnã
- ² Can Tho University of Medicine and Pharmacy, Department of Pharmacology and Clinical Pharmacy, Can Tho, Vietnã
- ³ Can Tho Oncology Hospital, Can Tho, Vietnã

Correspondência:

Lam Van Nguyen
E-mail: nvlam@ctump.edu.vn

Fonte de financiamento: Nenhuma.

Conflito de interesses: Nenhum.

Data de Submissão: 28/04/2024

Decisão final: 28/08/2024

Como citar este artigo:

Truong DV, Nguyen LM, Nguyen NK, Huynh LT, Phuong MHT. Resultados do tratamento de câncer de pele facial usando retalhos de pele tópicos no Hospital de Oncologia da Cidade de Can Tho de 2021 a 2023. Surg Cosmet Dermatol. 025;17:e20250368.



INTRODUÇÃO

O câncer de pele é comumente tratado com cirurgia ou quimioterapia, especialmente em casos avançados. No entanto, além do controle da doença, há uma necessidade crescente de considerar as questões estéticas. O câncer de pele facial não apenas compromete estruturas anatômicas essenciais, mas também afeta significativamente a aparência. Infelizmente, sua incidência está aumentando em muitos países.

A correção cirúrgica de defeitos nos tecidos moles faciais envolve três desafios principais: a remoção completa do tumor para minimizar o risco de recorrência, a prevenção ou correção de déficits funcionais decorrentes da excisão do tumor e a reconstrução do defeito com o objetivo de alcançar o melhor resultado estético possível.¹ O tratamento do câncer de pele facial no Vietnã e em muitos outros países ainda envolve excisão ampla seguida de reconstrução da área afetada.²

Um dos métodos mais utilizados para reconstrução facial é a técnica de retalho local, que apresenta diversas vantagens, como a abundância de vasos sanguíneos, a possibilidade de deslocamento do retalho por distâncias consideráveis, um pedículo vascular longo e estreito, em comparação com os retalhos cutâneos convencionais, e uma qualidade de cobertura que se ajusta à espessura e à cor do tecido da área do defeito. Além disso, ele pode ocultar cicatrizes cirúrgicas nas rugas da pele, tornando-se uma abordagem amplamente utilizada na maioria dos casos.

No Hospital de Oncologia da Cidade de Can Tho, o tratamento do câncer de pele facial é realizado desde sua fundação, em outubro de 2007. A maioria dos pacientes chega à clínica com lesões extensas que comprometem significativamente sua aparência, dificultando a reconstrução do defeito. Apesar do número considerável de internações para o tratamento do câncer de pele facial (119 casos em 2019 e 125 casos em 2020), poucos estudos avaliaram e monitoraram de forma abrangente os métodos de reconstrução após a remoção do tumor. Por isso, este estudo foi conduzido para avaliar os resultados do tratamento do câncer de pele facial utilizando a técnica de retalho local.

MÉTODOS

Este foi um estudo descritivo transversal com intervenção clínica, sem grupo controle, conduzido com uma amostra de 84 pacientes. O estudo foi realizado de maio de 2021 a abril de 2023 no Departamento de Cirurgia I do Hospital de Oncologia da Cidade de Can Tho, Vietnã.

Foram incluídos pacientes com diagnóstico confirmado de câncer de pele facial por exame histopatológico e com defeitos cirúrgicos elegíveis para reconstrução com retalhos locais. Apenas aqueles que forneceram consentimento informado foram incluídos. Pacientes com diagnóstico de sarcoma, linfoma ou câncer de pele anexial foram excluídos devido às características histopatológicas distintas dessas neoplasias.

Procedimento técnico para ressecção e modelagem de tumor

Antes da cirurgia, é realizado um exame clínico para de-

terminar a localização e o tamanho da lesão e revisar o histórico médico do paciente. Fatores que influenciam o processo de reconstrução, incluindo considerações estéticas, elasticidade da pele e o envolvimento de estruturas anatômicas críticas, são avaliados. O plano de tratamento é explicado detalhadamente ao paciente. Caso haja suspeita de invasão tumoral abaixo da pele, é realizada uma tomografia computadorizada, enquanto uma ressonância magnética é utilizada para avaliar uma possível invasão óssea. As avaliações pré-operatórias incluem exames hematológicos de rotina, testes de função hepática e renal, dosagem de proteínas no sangue, análise de urina, radiografia de tórax, eletrocardiograma e ecocardiograma para avaliar o estado geral do paciente.

O procedimento cirúrgico envolve várias etapas. O comprimento e a largura da lesão são medidos, e suas margens e limites de ressecção são marcados com tinta. A margem de ressecção para carcinoma basocelular é determinada com base no tamanho da lesão e nos fatores de risco: 3 a 5 mm para lesões pequenas (menos de 2 cm) e 7 a 10 mm para lesões maiores ou de alto risco. Para o carcinoma de células escamosas, a margem de ressecção se estende de 5 a 15 mm além do limite visível do tumor, incluindo o halo eritematoso. O defeito é classificado como simples ou complexo para estabelecer um plano de reconstrução, que pode envolver uma ou mais etapas. O retalho é planejado para cobrir o defeito da maneira mais adequada, preservando as unidades estéticas. Durante a excisão, a linha de incisão é alinhada com as dobras naturais da pele sempre que possível. Amostras histológicas são coletadas das quatro bordas da pele, da base do tumor e do próprio tumor para análise patológica.

O acompanhamento pós-operatório concentra-se na avaliação da perfusão do retalho cutâneo, do processo de cicatrização e de possíveis complicações precoces até a alta hospitalar. As avaliações são baseadas nas opiniões do cirurgião, do clínico e do paciente. A documentação fotográfica é realizada em quatro momentos: antes da cirurgia, durante o procedimento, no pós-operatório e nas consultas de seguimento agendadas para 7 dias, 1 mês, 3 meses e 6 meses após a cirurgia. Os registros dos pacientes são mantidos, e informações complementares são obtidas por meio de telefonemas ou consultas presenciais.

Os desfechos cirúrgicos são avaliados em três categorias: oncológica, funcional e estética. A avaliação oncológica verifica a margem de ressecção e monitora a recorrência local, regional ou distal. A avaliação funcional analisa o impacto da cirurgia na área operada e em estruturas adjacentes, identificando possíveis déficits funcionais. O resultado estético é classificado em três níveis: 1) Bom: Ausência de assimetria ou sinais visíveis de cirurgia plástica, ou presença apenas de cicatriz ou assimetria leve que não compromete significativamente a aparência facial; 2) Moderado: Assimetria perceptível ou leve distorção facial que não compromete gravemente a aparência; e 3) Ruim: Deformidade significativa ou cicatrizes que alteram visivelmente a aparência facial do paciente.

RESULTADOS

Características gerais

O estudo incluiu 84 pacientes com idades entre 26 e 92 anos, com uma idade média de $66,5 \pm 0,2$ anos. A proporção de pacientes do sexo feminino foi maior do que a de pacientes do sexo masculino, com uma razão feminino/masculino de 1,4. A maioria dos pacientes residia em áreas rurais (75%) e 52,4% tinham ocupações com exposição direta à luz solar.

A análise histopatológica identificou carcinoma basocelular em 66 pacientes e carcinoma espinocelular em 18. A localização mais comum dos tumores foi o nariz, afetando 51,2% dos pacientes, seguido pelas regiões da bochecha e dos olhos (ambas 15,5%), lábios (14,3%) e supercílios (3,5%). Lesões com até 2 cm representaram 70,2% dos casos. O tempo médio entre o início da lesão e a admissão hospitalar foi de 12 meses em 47 dos 84 pacientes (56%). A maioria dos pacientes (74 dos 84) foi diagnosticada nos estágios clínicos I ou II.

Os resultados do controle das margens mostraram que, em 66 casos de carcinoma basocelular, seis apresentaram pelo menos uma margem positiva após a excisão. No entanto, não foi observada recorrência durante o período de seguimento de 6 meses. Nos 18 casos de carcinoma de células escamosas excisados, todas as margens estavam livres de tumor, mas em dois casos houve recorrência.

Avaliação dos resultados do tratamento

Após 6 meses de seguimento, os resultados foram apresentados em duas tabelas: uma avaliando os resultados de curto prazo (1 a 3 meses) e a outra avaliando os resultados de longo

prazo (3 a 6 meses). A partir desses achados, foi desenvolvido um algoritmo de ressecção tumoral.

DISCUSSÃO

Dos 84 casos de câncer de pele facial estudados (66 casos de carcinoma basocelular, 18 casos de carcinoma espinocelular), 36 (42,9%) eram do sexo masculino e 48 (57,1%) do sexo feminino. A idade dos pacientes variou de 26 a 92 anos, com idade média de $66,5 \pm 0,2$ anos. Em pesquisas anteriores realizadas por Trinh Hung Manh, a média de idade era de $64,92 \pm 0,1$ anos, enquanto Duong Manh Chien encontrou uma média de idade de $68 \pm 13,1$ anos.^{1,3} A média de idade dos pacientes em todos os estudos foi bastante alta e a taxa de incidência aumentou gradualmente com a faixa etária.

A proporção entre mulheres e homens neste estudo foi de 34:50, com um número maior de mulheres. Isso pode ser explicado pelo fato de os homens serem menos propensos a inspecionar a pele e usar protetor solar, enquanto as mulheres tendem a procurar avaliação dermatológica ao primeiro sinal de lesão cutânea. Como resultado, os tumores potencialmente malignos são detectados mais precocemente nas mulheres. Estudos sugerem que as mulheres geralmente são mais proativas na proteção da pele contra a exposição solar, o que pode ajudar a reduzir os efeitos prejudiciais da radiação UV.¹⁰

O estudo constatou que 78,6% dos pacientes residiam em áreas rurais, onde a maioria trabalhava na agricultura, resultando em significativa exposição ao sol. A proporção de indivíduos que

TABELA 1: Avaliação dos resultados recentes à cirurgia plástica após a ressecção do tumor (n = 84)

| Critérios de avaliação | Total | Razão (%) | Pacientes com carcinoma basocelular (n = 66) | | Pacientes com carcinoma de células escamosas (n = 18) | |
|---------------------------------|-------|-----------|--|-----------|---|-----------|
| | | | | Razão (%) | | Razão (%) |
| Vitalidade do retalho | 84 | 100 | 66 | 100 | 18 | 100 |
| Boa | 78 | 92,9 | 62 | 93 | 16 | 88,9 |
| Regular | 6 | 7,1 | 4 | 7 | 2 | 11,1 |
| Ruim | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Função de cobertura | 84 | 100 | 66 | 100 | 18 | 100 |
| Boa | 73 | 86,9 | 59 | 89,4 | 14 | 77,8 |
| Regular | 11 | 13,1 | 7 | 10,6 | 4 | 22,2 |
| Ruim | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Condição de cicatrização | 84 | 100 | 66 | 100 | 18 | 100 |
| Boa | 64 | 76,2 | 53 | 80,3 | 11 | 61,1 |
| Regular | 20 | 23,8 | 13 | 19,7 | 7 | 38,9 |
| Ruim | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

TABELA 2: Avaliação de outros resultados da cirurgia plástica após a excisão do tumor (n = 84)

| Critérios de avaliação | Total | Razão (%) | Pacientes com carcinoma basocelular (n = 66) | | Pacientes com carcinoma de células escamosas (n = 66) | |
|-----------------------------------|-------|-----------|--|-----------|---|-----------|
| | | | Razão (%) | Razão (%) | Razão (%) | Razão (%) |
| * Coloração do retalho | 84 | 100 | 66 | 100 | 18 | 100 |
| Boa | 76 | 90,5 | 57 | 96,6 | 10 | 71,4 |
| Regular | 8 | 9,5 | 2 | 3,4 | 4 | 28,6 |
| Ruim | 0 | 0 | | 0 | | 0 |
| * Espessura do retalho | 84 | 100 | 66 | 100 | 18 | 100 |
| Boa | 72 | 85,7 | 59 | 89,4 | 13 | 72,2 |
| Regular | 8 | 9,5 | 5 | 7,6 | 3 | 16,7 |
| Ruim | 4 | 4,8 | 2 | 3,0 | 2 | 11,1 |
| * Condição de cicatrização | 84 | 100 | 66 | 100 | 18 | 100 |
| Boa | 65 | 77,4 | 52 | 78,8 | 13 | 72,2 |
| Regular | 15 | 17,8 | 11 | 16,7 | 4 | 22,2 |
| Ruim | 4 | 4,8 | 3 | 4,5 | 1 | 5,6 |
| * Condição cosmética | 84 | 100 | 66 | 100 | 18 | 100 |
| Boa | 62 | 73,8 | 51 | 77,3 | 11 | 61,1 |
| Regular | 18 | 21,4 | 13 | 19,7 | 5 | 27,8 |
| Ruim | 4 | 4,8 | 2 | 3,0 | 2 | 11,1 |



FIGURA 1: A - Paciente do sexo feminino, 56 anos, com carcinoma basocelular na região do nariz e da bochecha, submetida à excisão do tumor e reconstrução com retalho local. A - Condição pré-operatória; B, C - Estágios intraoperatórios; D - Aparência pós-operatória em 7 dias; E - Aparência pós-operatória em 1 mês; F - Aparência pós-operatória em 6 meses

trabalhavam ao ar livre era de 52,4%, inferior à pesquisa de Trinh Hung Manh, que foi de 80,9%.³ A exposição ao sol permanece como o principal fator de risco para UTD, com trabalhadores ao ar livre apresentando uma maior prevalência da doença. De acordo com David C. Whiteman, um estudo australiano revelou que indivíduos com ocupações externas tinham 5,5 vezes mais chances de desenvolver câncer de pele em comparação àqueles que trabalhavam em ambientes internos, e o tom de pele claro aumentava esse risco em até 10,5 vezes.¹¹ Essa maior suscetibilidade pode ser explicada pela exposição prolongada a fatores de risco e pela defesa imunológica comprometida. Além disso, o estudo destaca que muitos pacientes podem não ter conhecimento sobre o carcinoma basocelular e o carcinoma espinocelular ou podem experimentar atrasos no diagnóstico e tratamento devido à dependência da medicina tradicional ou ao diagnóstico incorreto inicial como condições fúngicas ou inflamatórias. Achados semelhantes foram relatados por Doan Huu Nghi e pelo Partido Comunista, onde a taxa de incidência foi de 68%.⁴

Os pacientes com carcinoma basocelular representaram 78,6% do total deste estudo, enquanto os pacientes com carcinoma espinocelular representaram 21,4%. As estatísticas das investigações de Trinh Hung Manh mostram uma correlação entre essas duas categorias.³ Dos 66 pacientes com carcinoma basocelular, seis apresentaram margens de ressecção positivas, não tendo sido registrada nenhuma recorrência. Isso pode ser atribuído ao curso tipicamente lento do carcinoma basocelular. No entanto, estudos anteriores indicam que as taxas de recorrência tendem a aumentar com o tempo, principalmente nos primeiros 2 anos após a cirurgia, podendo continuar a subir entre 2 e 5 anos pós-operatórios. De acordo com a pesquisa de Trinh Hung Manh, o tempo médio entre a cirurgia inicial e a recidiva foi de 25 meses, variando de 3 meses até 51,1 meses.

A margem cirúrgica estava entre 5 e 10 mm em 78,1% dos casos. A margem padrão para carcinoma basocelular geralmente é de 5 a 10 mm. Em dois casos de carcinoma espinocelular, a margem cirúrgica foi inferior a 5 mm devido à proximidade do tumor com estruturas críticas, como a cartilagem da pálpebra, o que impossibilitou uma ressecção mais ampla. Entre os 18 casos de carcinoma espinocelular, dois apresentaram recorrência, apesar das margens cirúrgicas negativas. Uma das recorrências ocorreu em uma paciente com lesão de 4 × 6 cm na bochecha, classificada como carcinoma espinocelular agressivo grau 2, que apresentou recidiva local 3 meses após a cirurgia.

A detecção de tumores faciais é geralmente simples devido à sua visibilidade. O estudo constatou que 54,8% dos pacientes se apresentaram com tumores menores que 5 cm. O estadiamento do tumor foi determinado com base no tamanho do tumor (T) e no envolvimento de linfonodos (N), considerando o grau de infiltração tecidual e os achados clínicos. A maioria dos casos foi classificada como T1 (54,8%), seguida por T2 (34,2%) e T4 (11%).

O estudo constatou que 70,2% dos pacientes apresentavam tumores com tamanho menor ou igual a 2 cm, sendo que os homens tendiam a ter tumores maiores do que as mulheres.

De acordo com os estudos de Trinh Hung Manh, 63,7% dos casos tinham lesões menores que 2 cm, enquanto Bach Quang Tuyen encontrou uma proporção ligeiramente menor (53,12%). A região mais afetada foi o nariz, com 51,2% dos casos, sendo que em 27/43 casos (62,8%) o tumor estava localizado nas asas nasais. Outras localizações comuns incluíram as bochechas e a área dos olhos (15,5% cada), os lábios (14,3%) e a testa (3,5%). Um estudo de Janjua OS et al. relatou tendência semelhante, com tumores nasais representando 31,5% dos casos, seguidos de lesões nas bochechas (26,9%).⁵

A predominância de tumores nasais pode ser atribuída à localização central do nariz na face, onde desempenha um papel crucial tanto na função quanto na estética. Sua proeminência torna as deformidades facilmente perceptíveis, afetando não apenas a aparência física, mas também o bem-estar psicológico. A restauração do contorno nasal é fundamental para a manutenção da simetria facial e da qualidade de vida do paciente.⁶

No caso do câncer de pele, o tamanho do tumor era menos essencial do que a profundidade de penetração do tumor, a dificuldade de reconstrução e o reaparecimento ou não do tumor após a cirurgia dependiam mais da profundidade de penetração do tumor do que da profundidade do tumor. No entanto, devido às restrições de tamanho e deslocamento, os retalhos locais eram frequentemente sugeridos para lesões menores e médias na face, especialmente aquelas com deformidades nas pálpebras e nas asas nasais.⁷ Os locais de recorrência mais prevalentes foram o canto interno do olho, o filtro, o sulco nasolabial, a região pré-auricular e o sulco pós-auricular.

Mais da metade dos casos de carcinoma basocelular e carcinoma espinocelular desta pesquisa tinham lesões de até 2 cm (76,7%), seguidas por tumores entre 2 e 5 cm (12,3%) e maiores que 5 cm (11%). A maior proporção de tumores pequenos em comparação com estudos anteriores pode refletir melhorias na detecção precoce e no acesso aos cuidados de saúde. Ao comparar o tamanho do defeito com a viabilidade do retalho, lesões ≤ 5 cm apresentaram uma taxa de sucesso de 92,3%, enquanto as lesões > 5 cm tiveram uma taxa de 87,5%. Estudos de Duong Manh Chien e Bui Xuan Truong não encontraram diferença significativa entre o tamanho do defeito e a sobrevida do retalho.⁸ No entanto, a profundidade da invasão tumoral afetou a viabilidade do retalho. Casos de invasão simples da pele tiveram uma taxa de sobrevida do retalho de 91,8%, enquanto aqueles envolvendo cartilagem e periósteo apresentaram uma taxa um pouco mais baixa, de 80%. A invasão tumoral mais profunda, particularmente em estruturas como o músculo orbicular dos olhos, aumenta a probabilidade de recorrência e exige abordagens reconstrutivas mais complexas.

Um mês após a cirurgia, as cicatrizes estavam marrom-escuras, ligeiramente elevadas e causavam leve retração do tecido ao redor. Após três meses, as cicatrizes haviam clareado para branco, e o tecido ao redor retornou gradualmente ao normal. Aos seis meses, 90,5% dos retalhos de pele apresentavam cor correspondente ao tecido circundante, 85,7% tinham espessura comparável à pele adjacente, e 77,4% das cicatrizes (65 de 84 ca-

sos) eram mínimas. A taxa geral de sucesso estético foi de 73,8%.

Em um estudo de Nguyen Quang Ruc, os resultados do acompanhamento após 6 meses mostraram que 73,1% dos pacientes obtiveram bons resultados, 26,9% obtiveram bons resultados, e nenhum caso foi classificado como ruim.⁹

CONCLUSÃO

Os retalhos locais são uma opção eficaz de tratamento para a reconstrução de câncer de pele facial. Após seis meses, os resultados cirúrgicos mostraram cicatrizes mínimas e discretas em 77,4% dos casos, com uma taxa de sucesso estético de 73,8%,

atendendo às expectativas tanto do cirurgião quanto do paciente. A competência do cirurgião em planejar os retalhos de forma que se ajustem adequadamente ao local e tamanho do defeito desempenha um papel crucial no sucesso da cirurgia.

É necessário mais acompanhamento para avaliar completamente a eficácia de longo prazo do tratamento. Para estudos futuros, recomendamos o uso de análise por congelamento de seção nos casos em que seja difícil distinguir entre tumor e tecido saudável, especialmente em áreas de alto risco de recorrência. ●

REFERÊNCIAS:

1. Chien DM, Anh DH. Evaluating the results of local flap reconstruction after excision of basal cell skin cancer in the cheek area. *J Med Res.* 2022;155(7):67-74.
2. NCCN Guidelines for patients. Basal cell and squamous cell skin cancers. 2022.
3. Manh TH. Research on clinical and histopathological characteristics and evaluate surgical results of treatment of squamous cell carcinoma, basal cell carcinoma of the skin of the head, face and neck area. *Res Clin Med Pharm.* 2016: 108.
4. Nghi DH. Skin cancer. *Oncology.* 2001: 223-9.
5. Janjua OS, Qureshi SM. Basal cell carcinoma of the head and neck region: an analysis of 171 cases. *J Skin Cancer.* 2012;943472:1-4.
6. Manh NT, Lam VN, Tuan LD. Evaluation of clinical characteristics of nasal soft tissue defects surgically treated with forehead skin flaps. *Viet Med J.* 2022;511(2).
7. Cass ND, Terella AM. Reconstruction of the cheek. *Facial Plast Surg Clin N Am.* 2019;27(1):55-66.
8. Truong BX. Research on wide excision - plastic surgery to treat facial skin cancer
9. [Doctor of Medicine Thesis] Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy. 2011.
10. Ruc NQ. Evaluating the results of surgery to reconstruct small and medium soft tissue defects after resection of facial basal cell cancer [Master's thesis in Medicine]. Ha Noi Medical University. 2019.
11. Tuan NAH, Hai VV, Thuong NHC, Dieu DP. Correlation between anthropometric indices of the nasal bone area on adult vietnamese bodies. *Viet Med J.* 2021;503(1):40.
12. Whiteman DC, Olsen CM, MacGregor S, Law MH, Thompson B, Dusingize JC, et al. The effect of screening on melanoma incidence and biopsy rates. *Brit J Dermatol.* 2022;187(4):515-522.
13. Tuyen QB, Tho HN, Duc QN. Using local tissue in the treatment of head, face and neck skin cancer. *Clin Med.* 2009;108(2):102-107.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Du Van Truong

Análise estatística, 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.

Lam Van Nguyen ORCID 0000-0001-5970-0528

Análise estatística, 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.

Nam Ky Nguyen

Análise estatística, Concepção e planejamento do estudo, 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.

Luat Thao Huynh

Aprovação da versão final do manuscrito, Concepção e planejamento do estudo, 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 do manuscrito.

Mai Huynh Truc Phuong

Contribuição do autor: Aprovação da versão final do manuscrito.