

Utilidade do retalho de avanço e rotação para fechamento de defeitos cutâneos na região malar

Usefulness of rotation and advancement flap for the closure of skin defects in the malar region

Autores:

Gaston Galimberti¹
Damian Ferrario²
Gabriela Ribeiro Casabona³
Leiza Molinari³

¹ Chefe do Departamento de Oncologia Cutânea e Cirurgia Dermatológica do Hospital Italiano de Buenos Aires – Buenos Aires, Argentina.

² Médico assistente no Hospital Italiano de Buenos Aires – Buenos Aires, Argentina.

³ Fellow em cirurgia dermatológica e cirurgia de Mohs pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) – São Paulo (SP) e colaboradora no ambulatório de cirurgia dermatológica da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) – Santo André (SP), Brasil.

Correspondência para:

Dra. Gabriela Ribeiro Casabona
Rua Veiga Filho 350 / conjunto 106 -
Higienópolis
01229-000 - Sao Paulo - SP
E-mail: grcasabona@uol.com.br

Data de recebimento: 20/12/2012

Data de aprovação: 05/03/2013

Trabalho realizado no Departamento de Oncologia Cutânea e Cirurgia Dermatológica do Hospital Italiano de Buenos Aires – Buenos Aires, Argentina.

Suporte Financeiro: Nenhum
Conflito de Interesses: Nenhum

RESUMO

Apresenta-se retalho de avanço e rotação que pode ser utilizado para a reconstrução de defeitos cirúrgicos localizados na região malar. O desenho se resume num triângulo contendo o defeito em que uma linha desce paralela à lateral do nariz, acompanhando o sulco nasogeniano; outra se inicia no mesmo ponto e segue as linhas dinâmicas da região malar. Para finalizar, executa-se um triângulo de Burow no final do sulco. A força de tensão final se dá sobre a parede nasal evitando o ectrópio, e o reposicionamento da gordura malar devolve o contorno da região.

Palavras-chave: cirurgia de Mohs; retalhos cirúrgicos; zigoma.

ABSTRACT

The present study introduces an advancement and rotation flap that can be used for the reconstruction of surgical defects located in the malar region. The design is essentially a triangle containing the defect, where one line runs parallel to the lateral part of the nose along the nasolabial fold, while another starts at the same point and follows the dynamic lines of the malar region. In order to complete the geometrical shape of the flap, a Burow's triangle is performed at the end of the fold. The final tension force occurs on the nasal wall, preventing ectropion. The repositioning of the malar fat restores the contour of the region.

Keywords: mohs surgery; surgical flaps; zygoma.

INTRODUÇÃO

Retalhos consistem no movimento de uma área de pele, adjacente ou não a um defeito a ser reparado, que possui nutrição através de pedículo vascular próprio. Podem ser classificados, de acordo com o movimento da pele em direção à área receptora, em quatro tipos: avanço, rotação, transposição e interpolação.¹⁻³ Essa classificação só contempla o movimento principal do retalho. Em muitas situações temos que realizar dois tipos de movimento para obter resultado estético e funcional superior, citando como exemplo a combinação de movimentos de avanço e rotação que propomos neste artigo. A região malar é área cosmética da face que parece um triângulo invertido, conferindo simetria e volume à face. É delimitada superiormente pela pálpebra inferior, lateralmente pela região pré-auricular e medialmente pela região lateral do nariz que se continua pelo sulco nasogeniano. A abundante rede neurovascular, a mobilidade e o volume conferido pelo tecido celular subcutâneo dessa região são características únicas que permitem a realização de vários tipos de retalhos.⁴⁻⁹ A reparação da região malar superior requer, no entanto, atenção para alguns itens, tais como:

- orientação do vetor de tensão ao final da reconstrução para evitar o ectrópio, pela proximidade com a pálpebra inferior;
- restauração das características próprias de textura, volume e mobilidade;
- atenção para a cicatriz final nessa área que fica muito visível se o sentido das incisões não acompanhar a direção das linhas de tensão da pele (RTSL).

Propomos, neste artigo, um retalho de avanço e rotação unipediculado para reparo de defeitos localizados na parte superior e medial da região malar. Restaura-se o volume da região ao se utilizar pele adjacente e com características semelhantes, localizando o ponto de tensão na região lateral do nariz.

MÉTODO

Esse retalho foi realizado em 15 pacientes no Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina, após cirurgia micrográfica de Mohs, resultando em defeitos cirúrgicos médios e grandes localizados na região malar superior ou central.

A) Desenho do retalho

1) Triângulo primário: inclui-se a ferida cirúrgica (A) em um triângulo com a base sobre a parede nasal e as outras duas linhas tangenciando o defeito, se encontrando na região lateral e formando uma ponta (B); é essencial observar as linhas de força e o rebordo orbital.

2) Incisão de movimento

A partir da base do triângulo realiza-se incisão caudal (C) que se continua com o sulco nasogeniano, respeitando uma margem de pelo menos 3mm da asa nasal para que mantenha o espaço fisiológico entre regiões do cosméticas. A incisão deve ser feita até o plano muscular, tomando-se cuidado para evitar a secção das artérias maxilar externa e angular. Como muitas vezes é necessária grande movimentação, quanto mais longa for essa incisão, maior será o movimento conseguido; portanto, ela deve descer até a comissura labial, onde é desenhado um triângulo de descarga (D), que pode ser feito de várias formas e tamanhos conforme a necessidade de movimentação do retalho.¹⁰ (Figuras 1 e 2)

3) Desenho do triângulo de Burow caudal

Quando realizamos o movimento de avanço-rotação do retalho, nos deparamos com dois problemas: sobra de pele na região caudal e a resistência da parte inferior. Para resolvê-los propomos realizar a retirada de um segundo defeito inferior, como descrito abaixo, antes de movimentar o retalho:^{4,5,8}

A) Forma clássica: retira-se um triângulo da região caudal do retalho cuja base seria continuação da incisão de movimento. Quanto mais alto for o defeito, maior será o triângulo (Figuras 1 e 3).

B) Triângulo de Burow invertido: retira-se um triângulo da região caudal do retalho. Este tipo de triângulo, invertido, gera maior mobilidade ascendente, mas sua cicatriz é menos estética (Figuras 2 e 3).

C) Corte retrógrado: trata-se de incisão de descarga que dá grande mobilidade ao retalho (Figura 3).

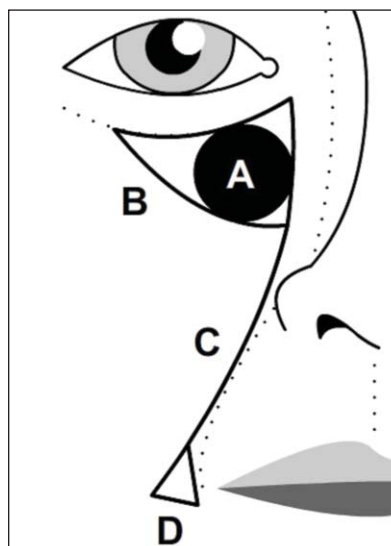


FIGURA 1: A- Defeito, B- triângulo com incisão respeitando a borda periorbitária, C- incisão ao longo parede lateral nasal seguindo-se pelo sulco nasogeniano, D- triângulo de descarga

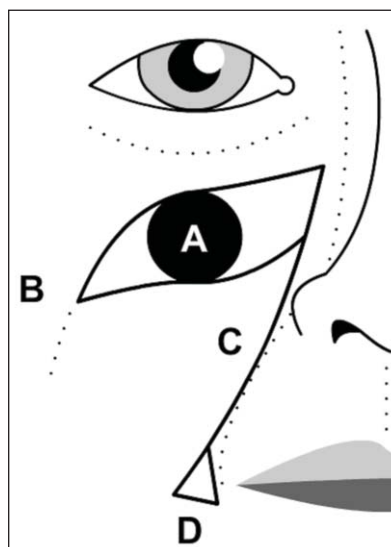


FIGURA 2: A- Defeito, B- triângulo com incisão respeitando as RTSL, C- incisão ao longo de parede lateral nasal e seguindo-se pelo sulco nasogeniano, D- triângulo de descarga

D) Zetaplastia: utiliza-se quando a pele tem bastante flacidez, mas necessitamos de um vetor horizontal maior (Figuras 3 e 4).

4) Movimento do retalho

Antes de movimentar o retalho devemos fazer dissecação seguida de hemostasia minuciosa, mantendo-a num plano profundo próximo a seu pedículo. Depois traciona-se a ponta do retalho com gancho na derme, elevando-a (como uma tenda) até o ângulo formado entre a base e a linha superior do triângulo primário.⁷ (Figura 4)

5) Sutura

A sutura desse retalho é um importante passo para evitar a tração da região palpebral e ectrópio secundário. Inicialmente realizam-se três suturas em “U” a partir da região inferior do retalho no subcutâneo profundo (pontos 1,2 e 3)

	A	B	C	D
1				
2				
3				
4				

FIGURA 3: Diferentes formas para resolver o setor caudal
 1- Triângulo de Burow. 2-Triângulo de Burow invertido.
 3-Corte retrógrado. 4-Zetaplastia.

A=Desenho. B= Defeito inicial e localização dos tipos de deslocamento (flechas retas e curvas). C= deslocamento final prévio à sutura. D= Forma da sutura final. (*) O asterisco marca o setor caudal do retalho e como se mobiliza à medida que ascende (flechas retas em B e C). A zetaplastia se destina a tirar a tensão do retalho e não a aumentar o deslocamento superior.

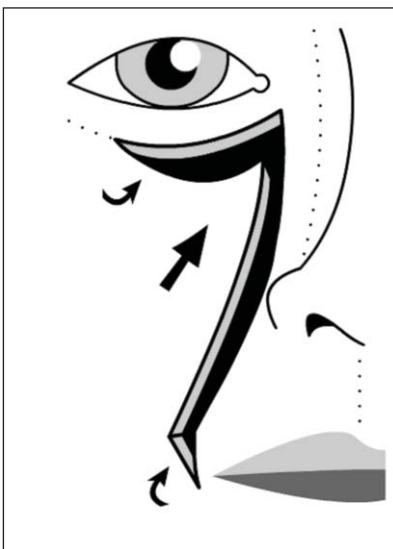


FIGURA 4: Movimento do retalho

com fio absorvível 4.0. Esses pontos diminuem o espaço criado pelo descolamento, bem como a tensão pela ancoragem do tecido subcutâneo em seu novo leito, transferindo a tensão final para a base na lateral nasal. Outro ponto, o identificado como 5 na figura 5, fixa a gordura malar na borda periosteal quando o defeito tangencia a pálpebra inferior, com o objeti-

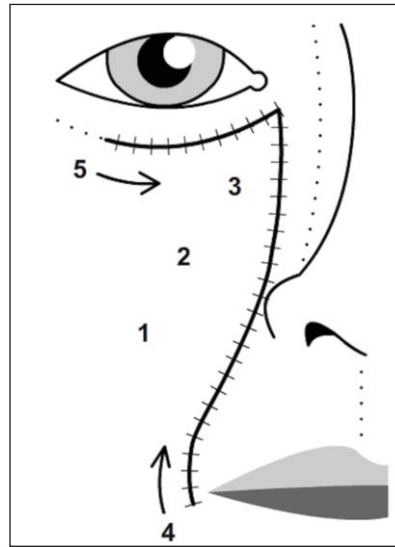


FIGURA 5: Ordem dos pontos de sutura

vo de diminuir a tensão vertical na pálpebra.^{1,2} A seguir um fio absorvível 5.0 é usado para sutura dérmica iniciando-se pela região caudal e ascendendo pela lateral do nariz (ponto 4); por fim, devemos suturar a pele com fio inabsorvível 5.0 ou 6.0. (Figura 5)

RESULTADOS

Dos 15 pacientes três evoluíram com edema palpebral, ectrópio e tenda na região lateral do nariz. Os outros evoluíram sem sequelas estéticas e com cicatrizes inaparentes após acompanhamento de 12 meses (Figura 6 e 7).

DISCUSSÃO

Essa é uma das opções de retalho para a reconstrução da região malar cujas vantagens são:

- Excelente resultado estético, por utilizar pele de mesma área cosmética e porque as linhas de sutura acabam ficando ocultas nos limites entre a região malar e a pálpebra inferior, nariz e sulco nasogeniano. É importante também que a ancoragem e a força de tensão final fiquem direcionadas na parede lateral do nariz, dando a esse retalho maior segurança para evitar o ectrópio secundário;
- Menor risco de edema palpebral, pois se conserva a drenagem da pálpebra inferior;
- Altas taxas de sobrevida, uma vez que tem um grande pedículo vasculolinfático.

Mas, como todo retalho com grande descolamento e próximo à pálpebra, demanda alguns cuidados:

- não deve ser realizado se o defeito invade a pálpebra inferior. Nesses casos devemos aproximar o retalho e cobrir a parte malar do defeito e optar por avanço lateral ou enxerto de espessura total para cobrir a área palpebral;
- não utilizar em defeitos que invadem a parede nasal para evitar a formação de tenda entre as regiões malar e nasal;

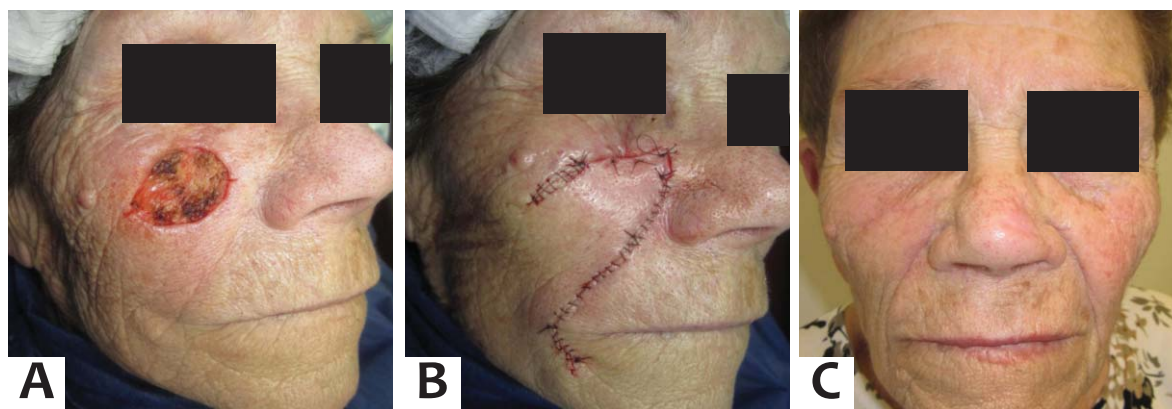


Figura 6: A. Defeito final após duas fases de cirurgia micrográfica de Mohs
B: Imediatamente após a reconstrução
C: Pós-operatório de um ano

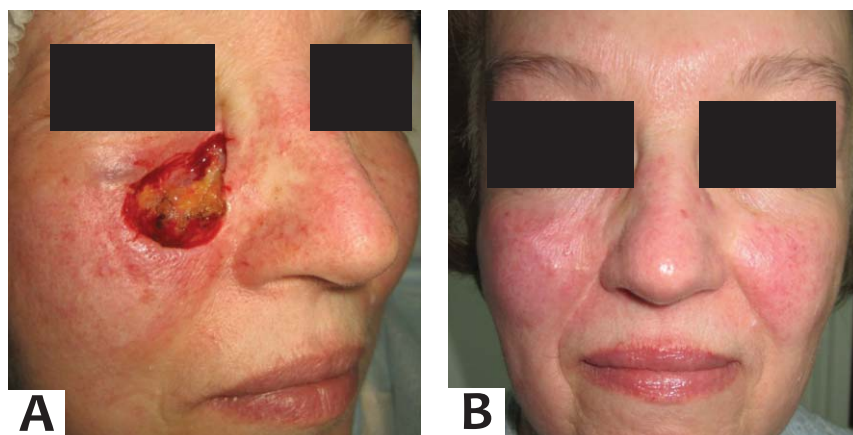


Figura 7: A. Defeito após retirada de CBC na região malar;
B. resultado após 1 ano

- em homens há risco de elevar a linha superior da barba uma vez que a pele da região caudal vai ser fixada no malar;
- para defeitos na região malar superior é necessário diminuir a gordura da ponta para que a região não fique côncava e com efeito de tenda.

CONCLUSÃO

Esse retalho de avanço-rotação misto e unipediculado é opção cirúrgica interessante para correções de defeitos de tamanho médio e grande na região malar superior. Este estudo mostrou que a técnica pode ser realizada e reproduzida, porém mais casos devem ser realizados para obtenção de maior significância estatística de sucessos e complicações. ●

REFERÊNCIAS

1. Harris G. Non margina defects of the lower eyelid, cheek, and lateral canthal region. In:Harris G. Atlas of Oculofacial Reconstruction: Principles and Techniques for the Repair of Periocular Defects. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
2. Krishnan R, Garman M, Nunez-Gussman J, Orengo I. Advancement Flaps: A Basic Theme with Many Variations. *Dermatol Surg.* 2005;31(8 pt 2): 986-94.
3. Pérez Santos S, Marengo Otero R, González-Beato Merino MJ, García Morrás P, Bueno Marco C, Lázaro Ochaíta P. Colgajos de avance con triângulo de Burow en la cara. *Actas Dermosifiliogr* 2002;93(10): 602-6.
4. Gormley DE. A brief analysis of the Burrow's wedge/triangle principle. *J Dermatol Surg Oncol.*1985;11(2):121-3.
5. Suzuki S., Matsuda K., Nishimura Y. Proposal for a new comprehensive classification of V-Y plasty and its analogues: the pros and cons of inverted versus ordinary Burow's triangle excision. *Plast Reconstr Surg.*1996; 98(6):1016-22.
6. Bennett RG. Local skin flaps on the cheeks. *J Dermatol Surg Oncol.* 1991;17(2):161-5.
7. Boggio P, Gattoni M, Zanetta R, Leigheb G. Burow's triangle advancement flaps for excision of two closely approximated skin lesions. *Dermatol Surg.*, 1999;25(8):622-5.
8. Shan R. Baker MD. Local Flaps in Facial Reconstruction. 2da edición. Editorial: Mosby- Elsevier; 2007.
9. Randall K. Roenigk, John Louis Ratz, Henry H. Roenigk Jr. Roenigk's Dermatologic Surgery. Current Techniques in Procedural Dermatology. 3ra edición. Editorial: Informa Healthcare; 2006.
10. Galimberti G, Ferrario D, Molinari L, Jácome L, Galimberti R. Colgajo de avance: doble triângulo de Burow. Una opción para cierres de defectos faciales. *Dermatol Argent.* 2012,18(1): 72-5.