

Retalho interpolado do sulco nasogeniano para reconstrução da asa nasal após cirurgia micrográfica de Mohs

Nasolabial interpolation flap for alar reconstruction after Mohs micrographic surgery

RESUMO

Introdução: O retalho interpolado do sulco nasogeniano é retalho essencial em reconstrução nasal. Suas principais indicações são defeitos extensos e profundos da asa nasal.

Objetivos: avaliar a utilidade do retalho interpolado do sulco nasogeniano para reconstrução alar após cirurgia micrográfica de Mohs, sobretudo em ambiente ambulatorial e sob anestesia local, bem como discutir refinamentos em seu *design* e execução.

Métodos: Estudo retrospectivo de pacientes com defeitos de asa nasal decorrentes de cirurgia micrográfica de Mohs reparados com retalho interpolado do sulco nasogeniano.

Resultados: 18 pacientes foram incluídos no estudo; sete (39%) tinham defeitos localizados apenas na asa e foram reconstruídos com retalho interpolado do sulco nasogeniano isoladamente; 11 (61%), entretanto, tinham defeitos envolvendo a asa e alguma subunidade anatômica adjacente. Esses pacientes foram submetidos a reconstrução combinada. Ressecção da porção remanescente de alguma subunidade foi realizada em 14 (78%) dos casos. Não houve complicações ou recorrência após seguimento médio de 29 meses. Ótimos resultados funcionais e estéticos foram alcançados em todos os pacientes.

Conclusões: O retalho interpolado do sulco nasogeniano é retalho fundamental na reconstrução de defeitos alares após cirurgia micrográfica de Mohs. Se subunidades adjacentes como bochecha medial ou parede nasal estiverem envolvidas, o retalho interpolado do sulco nasogeniano deve ser combinado com outro método de reparo. O retalho interpolado do sulco nasogeniano pode ser realizado com segurança em ambiente ambulatorial.

Palavras-chave: cirurgia de Mohs; retalhos cirúrgicos; neoplasias nasais.

ABSTRACT

Introduction: The nasolabial interpolation flap is an essential flap in nasal reconstruction. Its main indications are deep and extensive defects of the nasal ala.

Objectives: To evaluate the usefulness of the nasolabial fold interpolation flap for alar reconstruction after Mohs micrographic surgery—especially in an outpatient setting and under local anesthesia—as well as to discuss refinements in its design and execution.

Methods: Retrospective study of patients with nasal ala defects resulting from Mohs micrographic surgery repaired with nasolabial interpolation flap.

Results: Eighteen patients were included in the study; 7 (39%) had localized defects in the ala only and were reconstructed with an isolated nasolabial interpolation flap; however 11 (61%) had defects involving both the ala and some adjacent anatomical subunit. These patients underwent a combined reconstruction. Resection of the remaining portion of a subunit was performed in 14 (78%) cases. There were no complications or recurrence after an average follow up of 29 months. Excellent functional and aesthetic results were achieved in all patients.

Conclusions: The nasolabial interpolation flap is essential in the reconstruction of alar defects after Mohs micrographic surgery. If adjacent subunits are involved—such as the medial cheek or nasal sidewall—the nasolabial interpolation flap must be combined with another method of repair. The flap can be safely performed in an outpatient setting.

Keywords: Mohs surgery; surgical flaps; nose neoplasms.

Artigo Original

Autores:

Felipe Bochnia Cerci¹
Tri H Nguyen²

¹ Dermatologista. Dermatology fellowship pela Wake Forest University – Carolina do Norte, EUA. Preceptor da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba em cirurgia dermatológica e cirurgia de Mohs – Santa Casa de Misericórdia de Curitiba – Curitiba (PR), Brasil.

² Dermatologista em clínica privada. Diretor prévio do fellowship em cirurgia de Mohs do MD Anderson Cancer Center – University of Texas, Houston (TX), EUA.

Correspondência para:

Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba
Departamento de Dermatologia
A/C. Dr. Felipe Bochnia Cerci
Praça Rui Barbosa, 245 – Centro.
80010-030 – Curitiba – PR
E-mail: cercihc@hotmail.com

Data de recebimento: 10/04/2014
Data de aprovação: 13/06/2014

Trabalho realizado na Mohs & Dermatology Associates – Northwest Diagnostic Clinic – Houston (TX), EUA

Suporte financeiro: Nenhum
Conflitos de interesse: Nenhum

INTRODUÇÃO

O retalho interpolado do sulco nasogeniano (RISN) é retalho essencial em reconstrução nasal. A pele da área doadora (bochecha medial) é muito semelhante à da asa nasal.¹ Suas principais indicações são defeitos extensos e profundos da asa nasal e, menos frequentemente, pequenos defeitos da porção inferior da ponta nasal e columela.² Treinamento adequado, boa técnica cirúrgica e planejamento cauteloso são necessários para atingir ótimos resultados.

O RISN é classificado como retalho interpolado em estágios por ter as seguintes características: pedículo vascular baseado em uma artéria específica e/ou em suas tributárias, área doadora distante e não contígua ao defeito e mais de um estágio para realização completa.³ Outros retalhos interpolados, como o retalho paramediano frontal (RPF) podem reparar defeitos nasais distais.⁴ O quadro 1 compara as características do RISN e do RPF na reconstrução nasal. Uma vantagem do RISN em relação aos demais retalhos para reconstrução alar é a preservação do sulco alar, cuja restauração é difícil uma vez ele “apagado” por retalhos de único estágio (transposição do sulco nasogeniano), resultando em assimetria dos sulcos alares e resultado desfavorável.⁵ As desvantagens relacionadas ao retalho são a necessidade de dois estágios, cuidados pós-operatórios com o pedículo exposto e, em homens, potencial transferência de pelos para a asa nasal.² A cicatriz da área doadora é geralmente imperceptível. Porém, pode ocorrer assimetria dos sulcos nasogenianos.⁶

O propósito deste estudo é avaliar a utilidade do RISN na reconstrução alar após cirurgia micrográfica de Mohs, sobretudo em ambiente ambulatorial e sob anestesia local, bem como discutir refinamentos em seu *design* e execução.

MÉTODOS

Pacientes

Foi realizado estudo retrospectivo de 18 pacientes cujos defeitos alares decorrentes de cirurgia micrográfica de Mohs foram reparados com RISN. Os casos foram selecionados de uma prática privada de cirurgia de Mohs no período de 2010 a 2013. Através de revisão de prontuários e análise de extensa documentação fotográfica, os seguintes dados demográficos e cirúrgicos foram avaliados: idade, gênero, tipo do tumor, tamanho do defeito e subunidades envolvidas, número de estágios de Mohs, medidas suplementares para conforto do paciente, enxerto de cartilagem, *design* do pedículo, complicações pós-operatórias, tabagismo, seguimento e resultados.

Previamente à cirurgia, todos os pacientes assinaram termo de consentimento informado permitindo a publicação de fotografias em revistas científicas. Todos os procedimentos (cirurgias de Mohs para remoção do tumor e subsequente reconstrução) ocorreram em ambiente ambulatorial. Bloqueio de nervo (infraorbital) suplementou a anestesia local em alguns casos. Antes do procedimento, os pacientes receberam analgésicos, benzodiazepínicos ou antibióticos via oral, se necessário. A maioria das reconstruções ocorreu no mesmo dia após a cirurgia de Mohs. Tipicamente, o segundo estágio foi realizado de três a quatro semanas após o primeiro.

Design e execução do retalho

O RISN requer conhecimento significativo de anatomia, planejamento cirúrgico e habilidade cirúrgica para seu correto *design* e bem-sucedida execução. O pedículo é demarcado próximo à porção lateral do sulco alar. Diferentemente do pedículo do RPF, que contém a artéria supratroclear, o RISN depende de perfurantes miocutâneas e tributárias da artéria angular para sua viabilidade, o que faz dele um retalho randômico. Por isso, sua vascularização é inferior à do RPF.² Os quadros 2 e 3 descrevem passo a passo o *design* e a execução do retalho. (Figuras 1 a 5) Uma variação do *design* tradicional é opção nos pacientes em que pelos podem ser transferidos da bochecha medial para o nariz. Neste caso, o pedículo é baseado inferiormente para recrutar tecido da porção superior e medial da bochecha, adjacente à parede nasal.

RESULTADOS

Dezoito pacientes foram incluídos no estudo. Dados demográficos e cirúrgicos são mostrados na tabela 1. A idade dos pacientes variou de 46 a 82 anos (média, 69 anos), sem diferença no gênero (9 homens X 9 mulheres). O carcinoma basocelular foi o câncer mais comum encontrado (n = 16), seguido do carcinoma espinocelular (n = 2). O número de estágios de Mohs necessários para obter margens livres variou de 1 a 6 (média, 2,55). O tamanho dos defeitos cirúrgicos variou de 1,5cm X 1cm a 2cm X 1,8cm (média, 1,8 x 1,4cm). Dados referentes a medidas suplementares para maior conforto dos pacientes estavam disponíveis em 14 pacientes. Seis (33%) pacientes receberam ansiolíticos ou analgésicos orais como adjuvantes à anestesia local. Bloqueio infraorbitário foi realizado em oito (57%) dos pacientes. Apenas um participante era tabagista.

Sete pacientes (39%) tinham defeitos localizados apenas na asa e foram reconstruídos com RISN isoladamente; 11 (61%), entretanto, tinham defeitos envolvendo a asa e alguma subunidade anatômica adjacente. Esses pacientes foram submetidos à reconstrução combinada, mais comumente segunda intenção (n = 7), devido à localização favorável e pequeno tamanho do defeito não alar. Para os pacientes remanescentes, fechamento primário (n = 2), avanço da bochecha (n = 1) e colágeno dérmico bovino (n = 1) foram combinados com RISN. A subunidade adjacente mais frequentemente afetada foi a parede nasal (n = 7), seguida da bochecha medial (n = 3). Ressecção da porção remanescente de alguma subunidade foi realizada em 14 (78%) dos casos.

Suporte estrutural fornecido por cartilagem auricular foi necessário em 17 (94%) pacientes. O enxerto de cartilagem foi retirado da fossa escafoide/anti-hélice (n = 16) ou concha (n = 1) através de incisão posterior em 15 (83%) dos pacientes. Colágeno dérmico bovino foi usado em três (17%) pacientes para cobrir a superfície exposta do pedículo.

Não houve complicações como sangramento pós-operatório, infecção ou necrose. Não foi observada nenhuma recorrência após seguimento que variou de cinco a 49 meses (média, 29 meses). Ótimos resultados funcionais e estéticos foram alcançados em todos os pacientes.

QUADRO 1: Comparação entre o retalho interpolado do sulco nasogeniano e o retalho paramediano frontal		
Parâmetros	Retalho interpolado de sulco nasogeniano (RISN)	Retalho paramediano frontal (PFF)
Indicações	Asa nasal. Menos frequentemente: ponta, columela e raiz nasal. Defeitos menores. Menor complexidade.	Ponta nasal, asa. Menos frequentemente: parede e dorso, periorbital. Defeitos maiores, múltiplas subunidades.
Vascularização e criação do pedículo	Padrão randômico: tributárias da artéria angular e artérias perfurantes musculares. Criação do pedículo pode ser mais difícil. Vascularização menos confiável. Retalho sob maior risco em tabagistas.	Padrão axial: contém a artéria supratroclear e suas tributárias. Artéria dorsal nasal como suprimento sanguíneo secundário. Identificação previsível do vaso e mais fácil preservação. Vascularização robusta, o que permite revisões em estágios intermediários e reparo do forro nasal com enxertos de pele.
Morbidade pós-operatória	Menos dor, geralmente relacionada à área doadora de cartilagem. Náusea, cefaléia e vômitos são raros. Pacientes podem usar óculos, dirigir. Geralmente podem trabalhar.	Dor é variável, geralmente relacionada à área doadora de cartilagem. Raros, porém mais frequentes que no RISN. Difícil usar óculos sem aparelhos personalizados. Continuar trabalhando pode ser difícil (após o 1º. estágio).
Enxerto de cartilagem	Patência da válvula nasal deve ser preservada. Cartilagem é necessária na maioria dos casos para balancear as forças de contração da cicatrização.	Patência da válvula nasal deve ser preservada. Necessidade de cartilagem é variável.
Limitações (pacientes)	Pacientes jovens com sulcos nasogenianos menos proeminentes podem desenvolver cicatrizes mais visíveis. Transferência de pelos é mais provável; proveniente da área de barba em homens.	Medida vertical da frente determina o alcance do retalho, sendo muito variável. Transferência de pelos varia conforme extensão do RPF e densidade de cabelos na parte frontal do couro cabeludo.

DISCUSSÃO

A asa nasal é local comum para ocorrência de câncer de pele e, frequentemente, apresenta defeitos cirúrgicos desafiadores após cirurgia micrográfica de Mohs.⁷ As opções de reparo devem ser individualizadas para cada paciente e defeito cirúrgico. Para defeitos extensos e profundos da asa, entretanto, são limitadas as opções que promovam bons resultados funcionais e estéticos. Apesar de outras opções poderem ser consideradas para tais defeitos, o RISN tem a vantagem de preservar o sulco alar e camuflar a cicatriz no sulco nasogeniano.⁵ A natureza “macia” e fibrogordurosa da área doadora da bochecha é outra vantagem do RISN. O tecido da bochecha tende a se contrair e causar *trapdoor*. Enquanto isso pode ser desfavorável em outros locais, pode eficientemente recriar a convexidade do lóbulo alar. O RPF é mais espesso e rígido, sendo menos capaz de simular o contorno suave e convexo da asa.⁸

O princípio das subunidades anatômicas é conceito fundamental em reconstrução. Se um defeito envolve mais do que a metade da subunidade, excisar o restante e restaurá-la por inteiro pode oferecer melhores resultados.⁹ (Figura 1) Neste estudo 14 (78%) pacientes tiveram a subunidade alar remanescente ressecada obtendo excelentes resultados. Esse princípio, entretanto, não é absoluto.¹⁰ Através de seleção cautelosa, alguns defeitos podem ser reparados sem ressecção completa da subunidade.

Quando diferentes subunidades são afetadas, opções de fechamento independentes devem ser consideradas. Isso é principalmente válido para subunidades separadas por concavidades como o sulco alar. Tentativa de restaurar asa nasal e bochecha medial/parede nasal com o RISN pode resultar em asa nasal maior e apagamento do sulco alar. Pequenos defeitos adjacentes nessas áreas devem ser deixados para cicatrizar por segunda intenção, o que contribui na recriação da concavidade do sulco alar. Para defeitos médios a grandes, retalho de avanço da bochecha é uma opção sensata. Seguindo esse princípio, todos os pacientes com defeitos que se estenderam para bochecha medial ou parede nasal foram reconstruídos com opções combinadas. (Figura 1)

O RISN fornece espessura de tecidos moles, mas não fornece suporte estrutural. Mucosa nasal (forro nasal) e cartilagem são as infraestruturas que devem estar intactas ou ser suplementadas ou restauradas previamente ao RISN.¹¹ Uma vez que o RISN é mais frequentemente utilizado para defeitos alares de espessura parcial, reparo do forro nasal não será abordado neste artigo.

Enxertos de cartilagem podem ser estruturais (cartilagem nativa presente, mas necessidade de cartilagem adicional para suporte) ou restauradores (reposição de cartilagem removida). Enxertos de cartilagem para o RISN são geralmente estruturais

QUADRO 2: Estágio 1 do retalho interpolado do sulco nasogeniano – passos e comentários

PASSOS	COMENTÁRIOS
1 – Marque os limites naturais antes de anestésias	Marque o sulco nasogeniano e as subunidades nasais. Considere ressecar o restante da subunidade alar, exceto 1 mm adjacente às bordas da base e rima alares (Figura 1).
2 – Crie um molde antecipado do reparo (defeito +/- subunidades adjacentes)	Crie o molde antes de excisar qualquer subunidade para evitar dimensões artificialmente maiores devido à contração do defeito. Use a embalagem da sutura como molde. O molde pode ser baseado na metade contralateral não afetada.
3 – Transfira o modelo à bochecha	Posicione-o com a medida mais larga sobre a linha da comissura oral (Figura 2). O movimento do retalho é anti-horário quando o defeito é na asa nasal direita, e horário quando na esquerda. Posicione o retalho já levando em consideração qual movimento fará. Confirme o alcance do retalho usando um fio de sutura ou gaze.
4 – Desenhe o pedículo	Desenhe triângulos medial e lateralmente ao retalho para criar uma elipse. O triângulo proximal deve estreitar pelo menos 0.5 cm abaixo do sulco alar para evitar o seu apagamento. Apesar de o triângulo medial ser desenhado estreito, o pedículo subjacente é largo e profundo para maximizar o suprimento sanguíneo (pedículo miosubcutâneo) (Figura 2).
5 – Anestesia	Anestesia local com bloqueio (nervo infraorbital). Considere benzodiazepínicos ou analgésicos orais para conforto do paciente. Evite anestésias todas as áreas ao mesmo tempo. Ordene a anestesia local para maximizar o conforto do paciente. Primeiro, anestesia a área doadora da cartilagem, depois a bochecha. Remova a cartilagem e comece a descolar o retalho. Apenas depois de o retalho ter sido parcialmente descolado, anestesia o nariz. No nariz, considere suplementar com bupivacaína para ação mais duradoura.
6 (#) – Reparo do forro nasal	O RISN é mais eficaz quando o forro nasal está intacto.
7 (*) – Retirada do enxerto de cartilagem	Anti-hélice ou concha são áreas ideais. Cartilagem da anti-hélice (Figura 3A) é mais frequentemente usada para RISN. Entretanto, caso maior rigidez seja necessária, cartilagem da concha pode ser utilizada. Os enxertos devem ser mais longos do que a medida horizontal dos defeitos para serem adequadamente fixados. Se necessário, esculpa a cartilagem para evitar bordas afiadas. Aplique pressão temporária nas áreas doadoras.
8 (*) – Fechamento da orelha	A orelha é um local comum de hematoma após retirada do enxerto de cartilagem. Suture-a primeiro colocando um curativo de Brown antes de incisar a bochecha.
9 (*) – Suture a cartilagem no nariz	Crie “bolsos” em cada lado do defeito com a lâmina de bisturi. A cartilagem deve ser inserida nesses bolsos (Figura 3B). Sutura em 8 – ajuda a estabilizar a extremidade livre da cartilagem. Sutura em U ou sutura simples – ajudam a estabilizar a cartilagem sobre cartilagem subjacente ou a estabilizar a cartilagem na borda livre nasal.
10 – Incise o retalho	Na borda superior do retalho, incline a incisão para dentro para criar uma borda delicada (encaixe melhor para borda livre alar). Nas demais bordas, incise verticalmente.
11 – Descole o retalho	O retalho é elevado em dois planos diferentes. Na margem distal, eleve-o no subcutâneo superficial (3 mm subdérmico). Na margem do pedículo, eleve-o num plano mais profundo para incluir subcutâneo profundo e fibras do elevador do lábio superior e da asa nasal (Figura 4). Inclusão parcial do músculo é essencial para preservar as artérias perfurantes para suprir o retalho.
12 – Prepare o defeito	Apare as bordas tornando-as perpendiculares, exceto a borda livre nasal, a qual deve ter uma borda inclinada (para dentro), para melhor encaixe da borda inclinada do retalho. O restante da subunidade alar não deve ser ressecada até divisão do pedículo (exceto se for a porção medial da asa).
13 – “Emagreça” a parte distal do retalho	Quando necessário, remova o excesso de subcutâneo da parte distal do retalho, deixando uma fina camada de gordura subdérmica. Avalie a vascularização (sangramento nos bordos do retalho) conforme o for emagrecendo.
14 – Suture a área doadora	Suture a bochecha primariamente orientando o vetor súpero e obliquamente, em duas camadas. Isso gradativamente levará o retalho ao defeito.
15 – Suture o retalho no nariz	Inicie pela porção medial da asa com suturas superficiais interrompidas para alinhar e inserir o retalho. Depois de alinhado, suture o restante em dois planos para minimizar as linhas de incisão.
16 – Cubra o pedículo	Ao contrário do pedículo do RFP, o pedículo do RISN tem menor chance de sangrar no pós-operatório. Se necessário, o pedículo exposto pode ser recoberto com colágeno dérmico bovino ou Surgicel R para reduzir a possibilidade de sangramento.
17 – Curativo do pedículo	Envolva o pedículo com gaze impregnada de vaselina, sem pressão excessiva.

#Passo 6: necessário para defeitos de espessura total.

*Passos 7, 8 e 9: casos que requerem enxerto de cartilagem. O enxerto de cartilagem no retalho interpolado de sulco nasogeniano é estrutural e não restaurador, uma vez que cartilagem está ausente da maior parte do tecido fibrogorduroso da asa nasal.

QUADRO 3: Estágio 2 retalho interpolado do sulco nasogeniano – passos e comentários

PASSOS	COMENTÁRIOS
1 – Divisão do pedículo	Incise o pedículo, em forma de V, próximo à base.
2 – Suture a base do pedículo	Fechamento primário ou em forma de V usando a porção proximal do pedículo.
3 – Excise o restante da subunidade	Excise o restante da subunidade, exceto por 1-2 mm da base alar, a qual serve para ancorar o retalho e manter o sulco alar lateral. Se enxerto de cartilagem foi inserido, cuidado adicional deve ser tomado.
4 – Apare e “emagreça” o retalho	Eleve com cautela a porção lateral do retalho incisando as linhas de sutura do estágio 1 (Figura 5). Marque o excesso de pele a ser excisado. “Emagreça” e apare o retalho conforme necessário.
5 – Suture o retalho	Reaproxime as bordas com cautela, em dois planos.



FIGURA 1: Defeito envolvendo mais do que 50% da asa nasal esquerda. A porção remanescente da asa foi removida. A porção envolvendo a parede nasal inferior (pontilhado) foi deixada cicatrizar por segunda intenção.

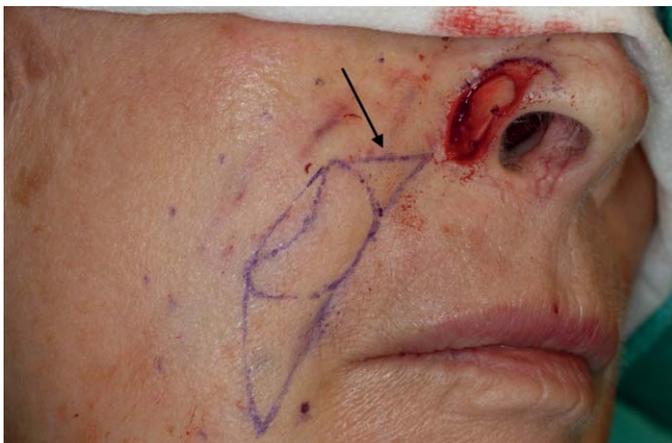


FIGURA 2: Design do retalho com a parte mais larga posicionada acima da comissura labial. O triângulo proximal (flecha) é propositalmente menor na superfície para melhor mobilidade do pedículo. O triângulo distal deve ser grande o suficiente para ressecar o excesso de tecido.

e não restauradores, já que não há cartilagem na maior parte da asa nasal, mas apenas tecido fibrogorduroso. Funções estruturais da cartilagem incluem: 1) prevenir contração tecidual e distorção, 2) suportar retalho “pesado”, 3) manter patência nasal e ampliar válvula nasal interna, e 4) fornecer contorno para suporte.³ Áreas doadoras de cartilagem incluem a fossa escafoide/anti-hélice e concha auricular.^{12,13}

As incisões para retirada de cartilagem podem ser anteriores ou posteriores. Incisões anteriores são de acesso mais fácil, porém resultam em cicatrizes mais visíveis. Cartilagem da anti-hélice é ideal para segmentos longos, flexíveis e retilíneos (Figura 3), enquanto a da concha é ideal para enxertos que demandem mais curvatura, substância e rigidez. Enxertos da concha são mais indicados para evitar colapso da válvula e do lóbulo nasais. Enxertos da anti-hélice são mais indicados para evitar contração da borda livre nasal.^{12,13} Geralmente é necessário esculpir o enxerto para obter espessura, forma, bordas e contorno desejados. Isso deve ser realizado cautelosamente já que a cartilagem é estrutura frágil e pode fraturar durante o processo. Tradicionalmente, usa-se lâmina 15 para esculpir; porém uma lâmina de *shave* permite esculpir mais delicadamente os contornos do enxerto. Enxertos de cartilagem podem ser retirados com segurança sob anestesia local com baixo índice de complicações.^{14,15} Dor pós-operatória é variável. Entretanto, se houve enxerto de cartilagem, a região auricular doadora é previsivelmente mais dolorosa do que a região da bochecha. Para conforto do paciente, é aconselhado injetar anestésicos de longa duração (bupivacaína) após a sutura da área auricular doadora, além de analgesia pós-operatória (anti-inflamatórios/narcóticos combinados).

O pedículo do RISN pode ser miocutâneo (porção cutânea do pedículo conectada) ou miosubcutâneo (epiderme e derme proximais são completamente incisadas e liberadas).³ (Figura 6) O *design* miosubcutâneo é preferível já que torna o retalho em retalho em ilha, libera as restrições causadas pela epiderme e derme, e reduz tensão e torção no pedículo. Além disso, o *design* em ilha permite dissecação de um pedículo mais largo

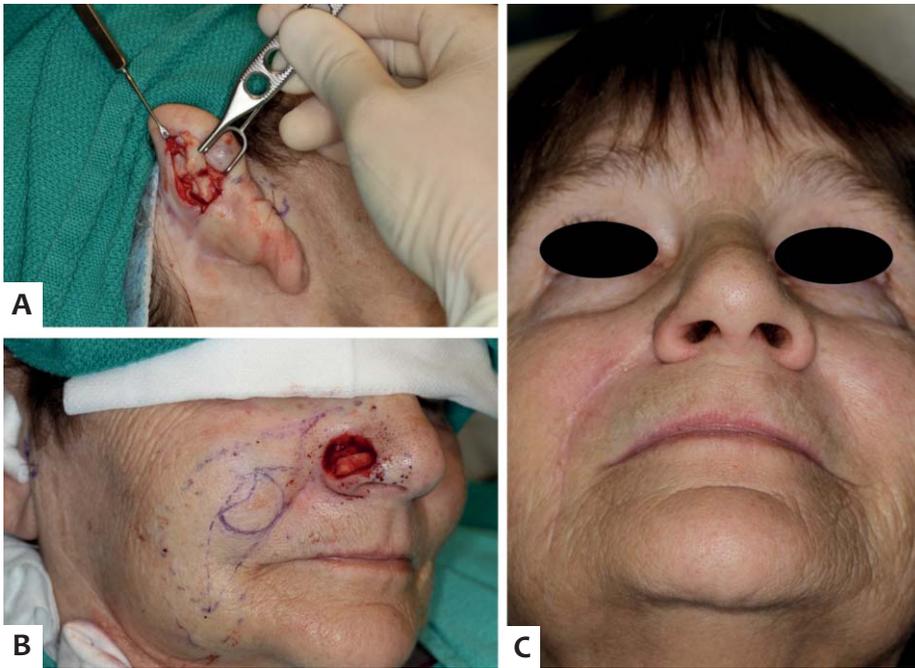


FIGURA 3: A) Enxerto de cartilagem retirado da fossa escafoide via incisão posterior. B) Enxerto de cartilagem fixado. C) 4 meses pós-operatório. Contorno alar preservado sem comprometimento do vestíbulo nasal.

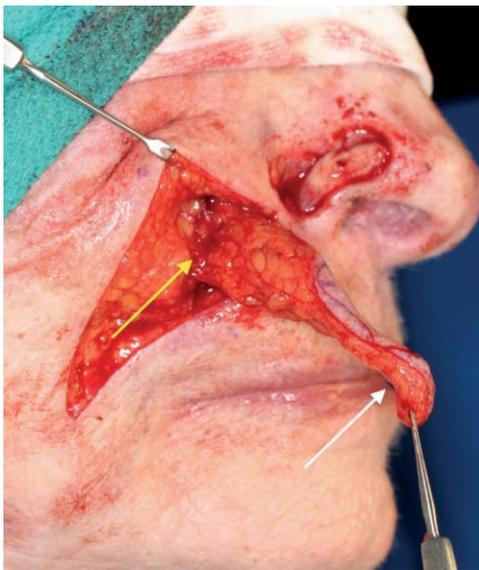


FIGURA 4: Retalho elevado no subcutâneo superficial em sua metade distal (flecha branca) e subcutâneo profundo na metade proximal. Note largo pedículo miocutâneo com fibras do músculo elevador do lábio superior e da asa nasal (flecha amarela)



FIGURA 5: Retalho elevado para “emagrecimento” durante o segundo estágio. O gancho é usado para tracionar delicadamente.

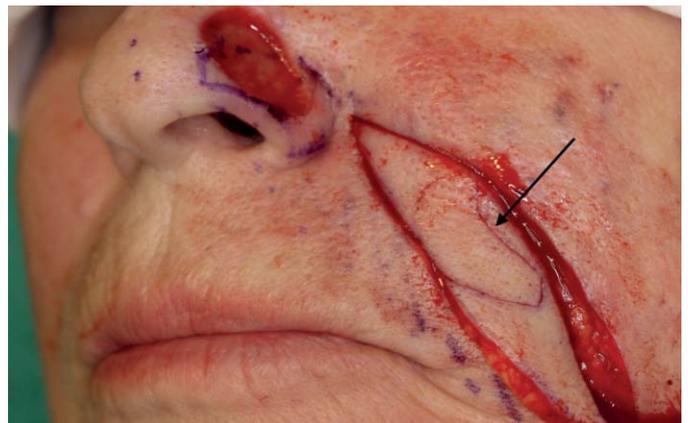


FIGURA 6: Pedículo miocutâneo. Epiderme e derme são completamente incisadas na porção próxima ao sulco alar. O retalho é incisado superficialmente (flecha) previamente à mobilização.

com triângulo proximal menor, aumentando a mobilidade. Independente do *design*, ambos os pedículos devem conter fibras musculares do elevador do lábio superior e da asa nasal. Neste estudo, todos os pedículos foram miosubcutâneos.

Complicações potenciais do RISN incluem sangramento pós-operatório, cicatrização inadequada, infecção, deiscência, distorção de margens livres e necrose.¹⁶ Em estudo recente por Newlove e Cook,¹⁷ a taxa de complicações, quando cirurgiões dermatológicos realizaram RISN num ambiente ambulatorial sob anestesia local, foi igual ou menor do que em estudos de RISN de outras especialidades cirúrgicas. Neste estudo não houve complicações, possivelmente devido ao menor número de pacientes.

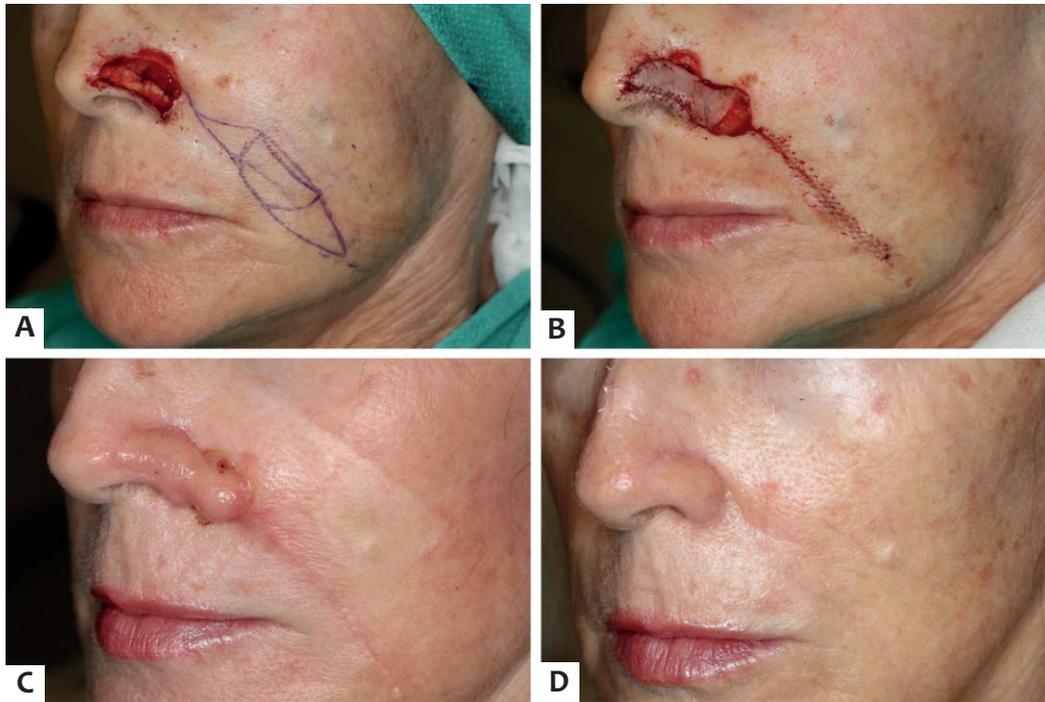


FIGURA 7: A) Defeito com cartilagem fixada. B) Retalho suturado. A parede nasal inferior foi deixada cicatrizar por segunda intenção. C) Retalho antes da divisão do pedículo. D) 7 meses pós-operatório com restauração da convexidade alar e preservação do sulco alar.

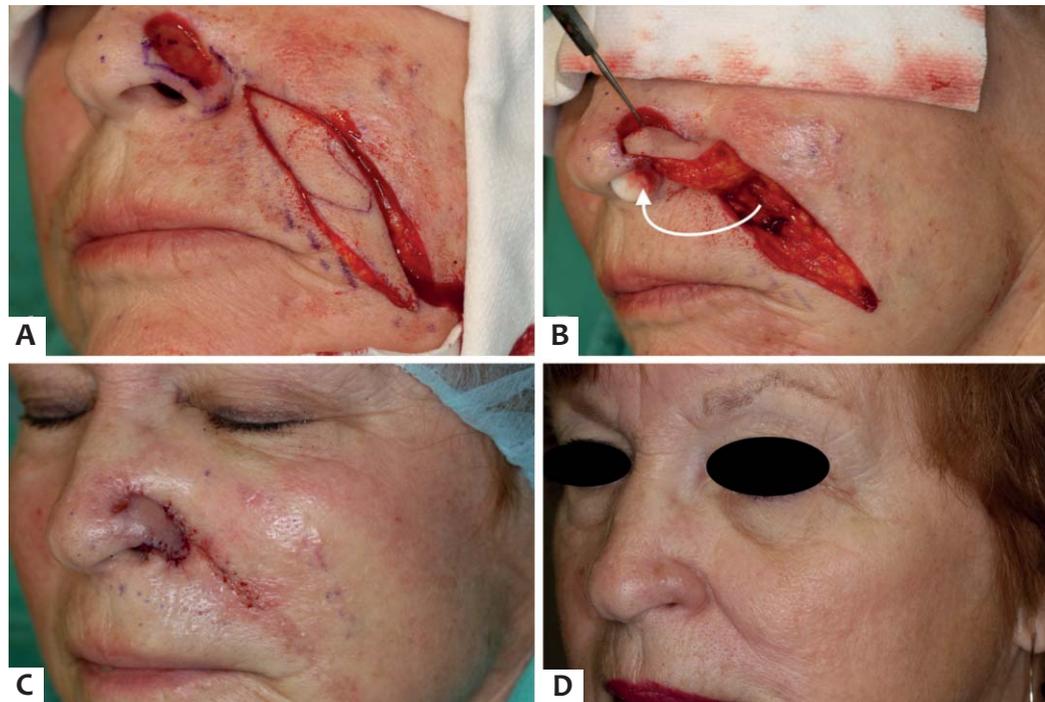


FIGURA 8: A) Design do retalho. B) Movimento do retalho (sentido horário (flecha) para defeitos do lado esquerdo). C) Retalho após divisão do pedículo. D) 3 meses pós-operatório.

CONCLUSÃO

O RISN é retalho fundamental na reconstrução de defeitos alares após cirurgia micrográfica de Mohs. Se subunidades adjacentes como bochecha medial ou parede nasal estiverem envolvidas, o RISN deve ser combinado com outro

método de reparo para obter melhores resultados. Com planejamento cirúrgico adequado e técnica meticulosa, o RISN pode ser realizado em ambiente ambulatorial de forma segura. (Figuras 7 e 8) ●

REFERÊNCIAS

1. Arden RL, Nawroz-Danish M, Yoo GH, Meleca RJ, Burgio DL. Nasal alar reconstruction: a critical analysis using melolabial island and paramedian forehead flaps. *Laryngoscope*. 1999;109(3):376-82.
2. Nguyen TH. Staged cheek-to-nose and auricular interpolation flaps. *Dermatol Surg*. 2005;31(8 Pt 2):1034-45.
3. Nguyen TH. Staged interpolation flaps. In: Roher TE, Cook JL, Nguyen TH, Mellele Jr, JR, editors. *Flaps and grafts in dermatologic surgery*. New York: Elsevier; 2007. p. 91-105.
4. Cerci FB, Nguyen TH. Paramedian forehead flap for complex nasal defects after Mohs micrographic surgery. *Surg Cosmet Dermatol* 2014;6(1):17-24.
5. Fader DJ, Baker SR, Johnson TM. The staged cheek-to-nose interpolation flap for reconstruction of the nasal alar rim/lobule. *J Am Acad Dermatol*. 1997;37(4):614-9.
6. Cook JL. The undesirable influence of reconstructive procedures on the symmetry of the nasolabial folds. *Dermatol Surg*. 2005;31(11 Pt 1):1409-16.
7. Cook JL. The lateral ala's volume and position are critical determinants of aesthetically successful nasal reconstruction: a photographic case series. *Dermatol Surg*. 2009;35(4):667-73.
8. Burget GC, Menick, FJ. *Aesthetic Reconstruction of the Nose*. St Louis: Mosby-Year Book; 1994. p. 57-91.
9. Burget GC, Menick FJ. The subunit principle in nasal reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 1985;76(2):239-47.
10. 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):1405-16; discussion 1417-9.
11. Burget GC. Aesthetic restoration of the nose. *Clin Plast Surg*. 1985;12(3):463-80.
12. Ratner D, Skouge JW. Surgical pearl: the use of free cartilage grafts in nasal alar reconstruction. *J Am Acad Dermatol*. 1997;36(4):622-4.
13. Byrd DR, Otley CC, Nguyen TH. Alar batten cartilage grafting in nasal reconstruction: functional and cosmetic results. *J Am Acad Dermatol*. 2000;43(5 Pt 1):833-6.
14. Sage RJ, Leach BC, Cook J. Antihelical cartilage grafts for reconstruction of mohs micrographic surgery defects. *Dermatol Surg*. 2012;38(12):1930-7.
15. Kaplan AL, Cook JL. The incidences of chondritis and perichondritis associated with the surgical manipulation of auricular cartilage. *Dermatol Surg*. 2004;30(1):58-62; discussion 62.
16. Arden RL, Miguel GS. The subcutaneous melolabial island flap for nasal alar reconstruction: a clinical review with nuances in technique. *Laryngoscope*. 2012;122(8):1685-9.
17. Newlove T, Cook J. Safety of Staged Interpolation Flaps After Mohs Micrographic Surgery in an Outpatient Setting: A Single-Center Experience. *Dermatol Surg*. 2013;39(11):1671-82.