

Reconstrução nasal complexa com combinação de retalhos bilaterais em dobradiça e retalho paramediano frontal, após cirurgia de Mohs

Complex nasal reconstruction using the combination of bilateral hinge flaps and frontal paramedian flap after Mohs surgery

DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.201573525>

RESUMO

Reconstrução de defeitos cirúrgicos nasais, especialmente quando há comprometimento simultâneo, de espessura total de asa nasal bilateral, ponta e dorso nasal, é complexa. Várias opções cirúrgicas são descritas, e a maioria dos autores recomenda enxerto de cartilagem de orelha ou retalho condromucoso de septo nasal, em associação ao retalho médio frontal, para conferir rigidez estrutural à asa nasal e impedir que se colapse durante a inspiração. Os autores descrevem uma alternativa de reconstrução, livre de cartilagem, por meio da combinação de retalhos em dobradiça a partir do sulco nasogeniano, associado ao retalho paramediano frontal.

Palavras-chave: cirurgia de Mohs; carcinoma basocelular; neoplasias nasais; retalhos cirúrgicos; cartilagens nasais

ABSTRACT

The reconstruction of nasal surgical defects, especially when there is total thickness bilateral simultaneous involvement of the nasal ala, tip, and dorsum, is complex. Several surgical options are described, and most authors recommend ear cartilage graft or chondro-mucous flap of the nasal septum, associated with the frontal median flap in order to lend structural rigidity to the nasal ala, preventing it from collapsing during inspiration. The authors describe an alternative reconstruction technique without the use of cartilage through the combination of hinge flaps from the nasogenian fold, associated with a frontal paramedian flap.

Keywords: Mohs surgery; carcinoma, basal cell; nose neoplasms; surgical flaps; nasal cartilages

INTRODUÇÃO

A incidência de câncer de pele no nariz é alta, sendo o carcinoma basocelular (CBC) o mais prevalente.^{1,2}

Além de sua função olfativa, o nariz permite a passagem de ar para as vias aéreas superiores, filtrando e umedecendo o ar, além de ter importante participação na fonação. Cosmeticamente, o nariz é dividido em subunidades, devido às características locais de cada área; são elas: a ponta nasal, as asas nasais, a columela, as laterais do nariz, o dorso nasal e a glabella.^{1,3}

Tumores recidivados ou de subtipo histológico agressivo podem ter grande extensão subclínica e acometer estruturas profundas, como osso e cartilagem, causando grandes prejuízos funcionais e cosméticos ao paciente.^{4,5}

Novas Técnicas

Autores:

Frederico Hassin Sanchez¹
José Saulo Torres Delgado²

¹ Chefe do Centro de Cirurgia Micrográfica do Rio de Janeiro Policlínica Ronaldo Gazolla – Rio de Janeiro (RJ); responsável técnico da Clínica Catarinense de Dermatologia – Chapecó (SC), Brasil.

² Observer fellow no Centro de Cirurgia Micrográfica do Rio de Janeiro Policlínica Ronaldo Gazolla – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Correspondência para:

Centro de Cirurgia Micrográfica do Rio de Janeiro
A/C. Frederico Hassin Sanchez
Rua da Assembleia, 10 / sala 2807
20011-000 - Rio de Janeiro - RJ
E-mail: dermatomohs@gmail.com

Data de recebimento: 29/08/2015

Data de aprovação: 22/09/2015

Trabalho realizado no Centro de Cirurgia Micrográfica do Rio de Janeiro Policlínica Ronaldo Gazolla – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Suporte financeiro: Nenhum

Conflito de interesse: Nenhum

Vários tratamentos são descritos para o CBC, e, devido à grande precisão do controle histológico das margens cirúrgicas, a cirurgia micrográfica de Mohs é o método de escolha para os tumores agressivos ou recidivados, por apresentar mais chances de cura, com os menores índices de recidiva^{4,6} e com a vantagem adicional de poupar o tecido sadio justatumoral^{4,6}.

Tumores infiltrativos extensos podem acometer as cartilagens das asas nasais causando sua transfixação ou amputação total, juntamente com a ponta nasal, levando a defeitos cirúrgicos complexos.^{4,7} A reconstrução cirúrgica de tais defeitos é desafiadora, especialmente porque exige que a técnica utilizada confira estabilidade estrutural para suplantar a ausência da cartilagem alar e o colapso da asa nasal durante a inspiração.^{4,7}

O retalho paramediano frontal, descrito inicialmente na Índia, vem sendo usado há séculos para reconstruções do terço distal do nariz,⁷ e o uso de enxertos de cartilagem de hélice ou concha auricular é classicamente descrito em associação ao retalho paramediano,^{4,7} com o intuito de promover a sustentação adequada, quando ocorre amputação total ou parcial da asa nasal.⁷ De Quervain,⁸ em 1902, descreve a utilização de um retalho composto condromucoso do septo nasal, em dobradiça, para reconstrução do forro e da parede lateral do nariz. Kazanjian e Converse⁹ demonstram o uso de tecidos do septo nasal para restaurar o forro nasal.

Embora a maioria dos artigos recomende o uso de cartilagem, os autores deste artigo defendem que mesmo quando ocorrem defeitos extensos, de espessura total de asa nasal, com perda parcial das cartilagens alares, nem sempre é imperativo o uso de retalho ou enxerto de cartilagem, para dar sustentação estrutural à asa nasal.

O presente artigo descreve uma opção livre de cartilagem para reconstrução total da asa nasal, ponta e dorso do nariz, por meio da combinação de retalho paramediano, associado a retalho em dobradiça bilateral, a partir do sulco nasogeniano.

MÉTODOS

Foi selecionado para cirurgia micrográfica de Mohs, um paciente do sexo masculino de 83 anos, com carcinoma basocelular infiltrante, duas vezes recidivado, em dorso nasal, medindo aproximadamente 3 x 2cm, que se estendia para as regiões laterais do nariz e malar bilateral (Figura 1). Foram obtidas margens livres após quatro fases de ampliação, com acometimento e perda parcial das cartilagens alares bilaterais (Figura 2) e transfixação da asa nasal e mucosa, assim como perda do dorso do nariz e parte da ponta nasal (Figuras 3 e 4).

O primeiro passo visa reconstruir o forro mucoso das asas nasais por meio da confecção bilateral de retalhos em dobradiças, a partir do sulco nasogeniano. Esses retalhos são desenhados medindo-se o tamanho do defeito a ser coberto, simulando a inclinação desejável da asa nasal com um pedaço de gaze. O retalho é descolado do sulco nasogeniano, deixando um pedículo subcutâneo espesso em sua porção proximal para garantir a vascularização da porção distal do retalho (Figura 5). A face do retalho, revestida com epiderme, é dobrada sobre si mesma, e sua porção distal é suturada ao septo nasal remanescente, formando



FIGURA 1: Carcinoma basocelular infiltrante duas vezes recidivado, operado anteriormente com técnica convencional em outro serviço



FIGURA 2: Defeito cirúrgico de espessura total das asas nasais, após quatro fases de ampliação de margens, com técnica micrográfica de Mohs; perda parcial das cartilagens alares



FIGURA 3: Defeito cirúrgico final, com perda parcial da asa nasal bilateralmente e exposição do osso nasal

uma tenda, que permite a passagem do ar e vai dar origem à parte interna da nova asa nasal (Figura 6). A área doador no sulco nasogeniano é suturada primariamente. Em seguida, o objetivo é diminuir o defeito da região malar paranasal e das paredes laterais do nariz, o que é feito pelo deslocamento simples da pele da re-



FIGURA 4: Marcação do retalho paramediano frontal e confecção do retalho em dobradiça em sulco nasogeniano esquerdo



FIGURA 5: Dobrando o retalho a partir do sulco nasogeniano, para reconstrução do forro mucoso nasal. A parte distal do retalho em dobradiça é suturada no septo nasal remanescente. Notar que o pedículo vascular do retalho é principalmente oriundo dos ramos da artéria angular que nutrem o tecido celular subcutâneo dessa região



FIGURA 6: Pós-operatório imediato: sutura dos sulcos nasogenianos após posicionamento dos retalhos em dobradiças bilaterais. Retalho paramediano com pedículo espesso, e região frontal parcialmente suturada. Região doadora distal na frente é deixada para cicatrizar por segunda intenção

gião malar e sutura no periósteo da parede nasal lateral.

O passo seguinte é a confecção do retalho paramediano. Mede-se com uma gaze o defeito a ser coberto pelo retalho, a partir de sua base, localizada na área superior da porção medial da sobrancelha. Com um movimento de rotação da gaze para a região frontal, estima-se o tamanho do retalho a ser confeccionado para cobrir todo o defeito no nariz. O retalho é desenhado com a conformação do defeito cirúrgico que deverá cobrir no nariz¹⁰ e descolado em três níveis diferentes de profundidade na região frontal, sendo superficial na parte distal, próximo à linha de implantação capilar, subgaleal na parte central e supraperiosteal na porção proximal¹⁰, junto ao pedículo vascular, representado pela artéria supratroclear.

Após o descolamento do retalho da região frontal, ele é transposto para cobrir o defeito cirúrgico na área nasal, idealmente com pouca tensão e evitando dobrar excessivamente o pedículo vascular, o que acarretaria isquemia e necrose distal do retalho. A fixação do retalho é realizada inicialmente na ponta nasal, para posicionar e orientar os outros pontos de fixação, por meio de sutura simples. As partes distais laterais do retalho são fixadas sobre os retalhos em dobradiça para reconstituir as asas nasais. A área doadora e região frontal é suturada primariamente em sua porção medial; a porção distal próxima à linha de implantação capilar é deixada para cicatrizar por segunda intenção.

O retalho é deixado na posição com seu pedículo vascular durante aproximadamente três semanas até sua autonomização. Tampões nasais de gaze são deixados durante sete dias.

Após três semanas, verifica-se a viabilidade do retalho pelo teste de isquemia do pedículo, pressionando-se o mesmo com uma pinça de Pean, com garrote, ou simples digitopressão. Se a pele do retalho permanecer corada, é sinal de que a neovascularização proveniente da área receptora é suficiente para nutrir o retalho, e o pedículo pode ser seccionado.

A parte proximal do pedículo é devolvida à área de origem, na região frontal. A parte central do pedículo pode ser descartada junto com o excesso de tecido remanescente, e a porção distal é moldada na área receptora visando ao melhor resultado cosmético possível.

RESULTADO

O paciente evoluiu sem complicações, e a retirada dos pontos se deu em sete dias após a autonomização do retalho. A área deixada para cicatrizar por segunda intenção, na região frontal, epitelizou completamente em 90 dias. Houve bom resultado cosmético e funcional 12 meses após a cirurgia (Figura 7).

Discussão

Os retalhos bilaterais em dobradiça, com sua porção distal suturada no septo nasal, promovem adequado efeito de tenda, permitindo a livre passagem de ar pelas narinas. A disposição tecidual, formando um sanduíche de pele, pela combinação do retalho em dobradiça com o médio frontal, na região das asas nasais, suturados aos tecidos remanescentes, promoveu adequada rigidez estrutural, impedindo seu colapso durante a inspiração.



FIGURA 7:
Pós-operatório de 12 meses. Excelente resultado funcional e cosmético, sem sinais de recidiva tumoral

CONCLUSÃO

A combinação de retalho em dobradiça do sulco nasogeniano com o retalho paramediano frontal pode ser uma boa opção para a reconstrução de múltiplas subunidades anatômicas da porção distal do nariz, posto que fornece adequada sustentação estrutural, com bons resultados funcionais e cosméticos, sem a necessidade de enxertos de cartilagem. ●

REFERÊNCIAS

1. Choi JH, Kim YJ, Kim H, Nam SH, Choi YW. Distribution of Basal Cell Carcinoma and Squamous Cell Carcinoma by Facial Esthetic Unit. *Arch Plast Surg.* 2013;40(4):387-391.
2. Davinder J. Singh, Scott P. Bartlett. Aesthetic considerations in nasal reconstruction and the role of modified nasal subunits. *Plast Reconstr Surg.* 2003 ;111(2):639-51.
3. Sanchez FH., Estefan JL, Fernandez ID. Reconstrução completa de asa nasal com retalho de Spear após cirurgia micrográfica de Mohs no tratamento de carcinoma basocelular. *Surg Cosmet Dermatol* 2013;5(4):35-5-9.
4. Włodzimierz Wi ckiewicz, Andrzej Bieniek, Mieszko Wi ckiewicz, Lukasz Soczyk. Interdisciplinary treatment of BCC located on the nose - review of literature. *Adv Clin Exp Med.* 2013; 22(2): 289-93.
5. Charlotte M. Clark, Megan Furniss, Julian M. Mackay-Wiggan Basal cell carcinoma: an evidence-based treatment update. Charlte M. Clark, Megan Furniss, Julian M. Mackay-Wiggan. *Am J Clin Dermatol.* 2014; 15(3):197-216.
6. Fletcher KC Jr, Shonka DC Jr, Russell MA, Park SS. Defects of the nasal internal lining: etiology and repair. *Arch Facial Plast Surg.* 2005;7(3):189-94.
7. De Quervain F. Uber partielle seitliche Rhino- plastik. *Zentralbl. Chir.* 1902; 29:297.
8. Kazanjian V H., and Converse, J. M. The Surgical Treatment of Facial Injuries. Baltimore: Willians and Wilkins; 1949. p. 349-53.
9. Cerci FB, Nguyen TH. Retalho paramediano frontal na reconstrução de defeitos nasais complexos após cirurgia micrográfica de Mohs. *Surg Cosmet Dermatol* 2014;6(1):17-24.
10. Salmon PJ., Mortimer NJ, Hill SE. Muscular Hinge Flaps: Utility and Technique in Facial Reconstructive Surgery. *Dermatol Surg.* 2010;36(2): 227-34.