

Relato de Caso

Retalho A-T para reconstrução de ferida operatória em região malar

A-T flap for the reconstruction of an operative wound in the malar region

Autores:

Rogério Nabor Kondo¹
Rubens Pontello Junior²

¹ Professor universitário, médico

² Professor universitário (médico), médico dermatologista e professor-assistente de dermatologia do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná da Universidade Estadual de Londrina - Londrina (PR), Brasil.

Correspondência para:

Rogério Nabor Kondo
Rua Paes Leme 1186 Jardim Ipiranga
86010-610 – Londrina – PR
E-mail: rkondo@onda.com.br

Data de recebimento: 27/02/2015

Data de aprovação: 22/08/2015

Trabalho realizado pelo Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná da Universidade Estadual de Londrina - Londrina (PR), Brasil.

Suporte financeiro: Nenhum

Conflito de interesse: Nenhum

DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.201573619>

RESUMO

A região malar é local de tumores de pele, e, algumas vezes, o fechamento primário não é possível após excisão total da lesão. O retalho A-T é bom método para reconstruir um defeito amplo e profundo na qual o tecido local adjacente não permite o fechamento direto. O estudo descreve a aplicação de um retalho A-T como opção para reconstrução de ferida operatória secundária à excisão de carcinoma basocelular.

Palavras-chave: retalhos cirúrgicos; zigoma; carcinoma basocelular

ABSTRACT

The malar region is the site of skin tumors and sometimes a primary closure is not possible after the excision of the lesion. The A-T flap is a good method for reconstructing an broad and deep defect in which the local surrounding tissue does not allow direct closure. The present study describes the implementation of an A-T flap as an option for the reconstruction of an operative wound secondary to the excision of a basal cell carcinoma.

Keywords: surgical flaps; zygoma; carcinoma, basal cell

INTRODUÇÃO

As neoplasias de pele são mais frequentemente encontradas na face, área anatômica de muita importância estética para os pacientes. Por isso, promover a cura do tumor, preservando a função e a cosmética local, pode ser um grande desafio para os cirurgiões dermatológicos, ainda mais quando há necessidade da confecção de retalho.¹

Descrevemos a aplicação de um retalho A-T como opção para resolução de ferida secundária à exérese de carcinoma basocelular (CBC) em região malar.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 67 anos, caucasiana, com placa infiltrada em região malar esquerda com biopsia prévia compatível com carcinoma basocelular. Realizados marcação de 5mm de margens e desenho do retalho (Figura 1). Defeito cirúrgico após excisão do tumor não passível de fechamento primário (Figuras 2). O retalho foi suturado na posição com fio mononáilon 5.0 (Figura 3). Após seis meses, apresenta-se sem sinais de recidivas do CBC e com bom aspecto estético-funcional (Figura 4).



FIGURA 1: Marcação de lesão com margens de 0,5cm e desenho de retalho A-T

DISCUSSÃO

Os retalhos cutâneos são recursos que podem ser necessários para o fechamento de excisões de tumores de pele na face.¹⁻⁴ Na região malar, reconstruções de grandes feridas resultantes podem ser um verdadeiro desafio para o cirurgião dermatológico, uma vez que se devem preservar a função e a estética local.²⁻⁴

Retalho de avanço e rotação, utilizando o sulco nasogeniano e o rebordo orbital inferior, tem sido descrito para fechamento de defeitos cutâneos na região malar.^{2,3} No presente caso, os autores fizeram a opção de retalho A-T, na qual a lesão corresponderia ao “A”, e o encontro dos sulcos do rebordo orbital inferior, nasofacial e nasogeniano corresponderia ao teto do “T” (Figuras 1, 2 e 3). A cicatriz resultante do teto do “T” fica “oculta” naturalmente nos sulcos preexistentes (sulcos do rebordo infraorbitário, nasofacial e nasogeniano), e a cicatriz “A” (pilar do “T”), na bissetriz dos sulcos do rebordo infraorbitário e nasogeniano).

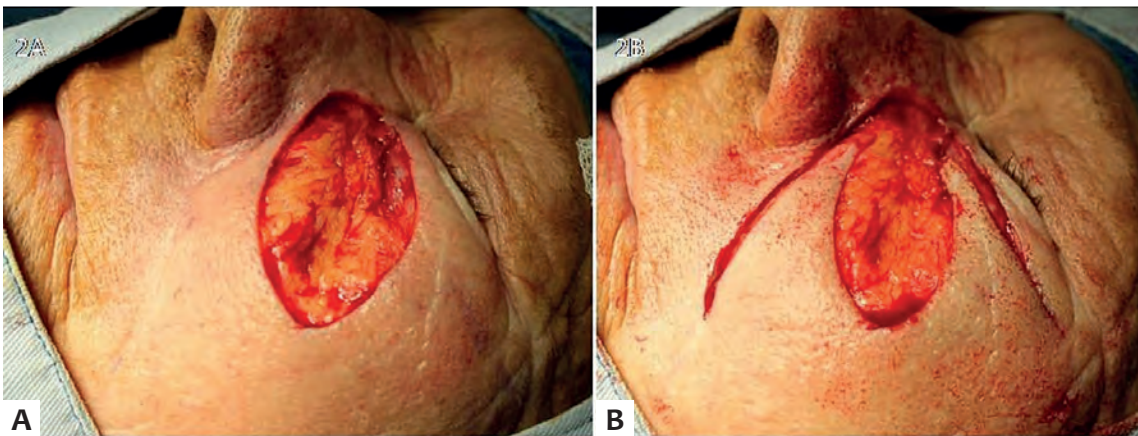


FIGURA 2 A E B: Aspecto do defeito cirúrgico após ressecção com margens de 0,5cm e incisão do retalho

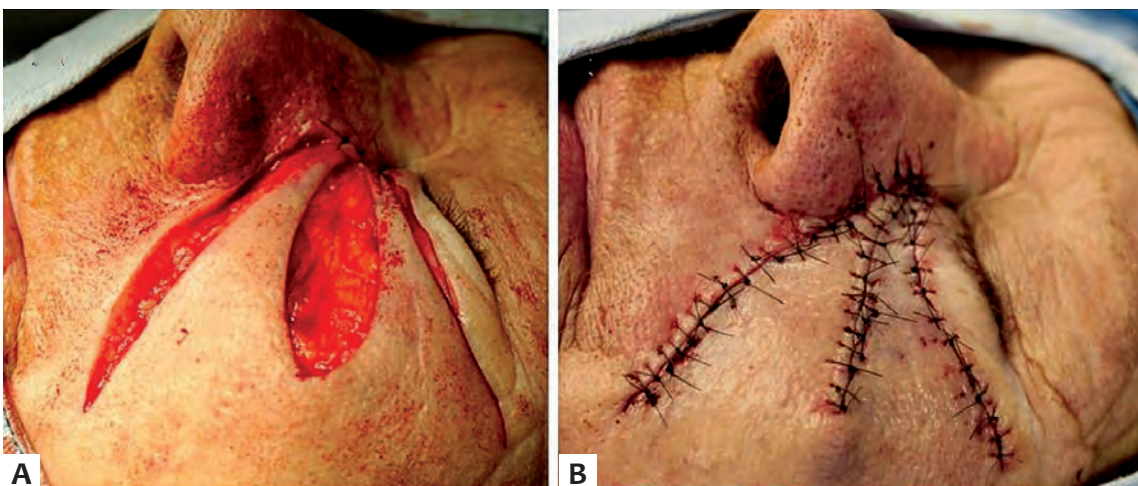


FIGURA 3 A E B: Retalho em posição e suturado



FIGURA 4 : Aspecto do retalho seis meses depois

No presente caso, o fechamento primário da lesão resultante não seria possível. Optou-se por um retalho em vez de enxerto, visando a melhor resultado estético. A paciente não apresentou deiscência de suturas, com boa integração de retalho e área receptora, e sem ectrópio secundário. Seis meses após o procedimento, constata-se bom resultado cosmético e funcional, além de não apresentar evidências de recidiva do tumor (Figura 4).

CONCLUSÃO

A utilização de retalho A-T pode ser boa opção para resolução de grandes defeitos secundários à exérese de tumores cutâneos na região malar. ●

O retalho A-T é classificado como de avançamento bilateral, de acordo com seu movimento principal em direção à área do defeito.^{2,5} É um excelente método para solucionar um defeito amplo e profundo na qual o tecido adjacente não permite o fechamento direto. Tem as vantagens de ser realizado com anestésico local e de resolução num único tempo cirúrgico. Resultados satisfatórios dependem da técnica utilizada e do treinamento para executá-la, além das condições de saúde do paciente e de seu pós-operatório.⁵

REFERÊNCIAS

1. Hassan MI, Hassan DAE. Reconstruction after removal of basal cell carcinoma. *J Am Sci.* 2012; 8(7):42-9.
2. Baker SR. Advancement flaps. In: Baker SR, editor. *Local flaps in facial reconstruction*. 2th ed. Philadelphia: Mosby- Elsevier; 2007. p.415-74.
3. Galimberti G, Ferrario D, Casabona GR, Molinari L. Utilidade de retalho de avanço e rotação para fechamento de defeitos cutâneos na região malar. *Surg Cosmetic Dermatol.* 2013;5(1):76-9.
4. Camacho-Martinez FM, Rollon A, Salazar C, Rodriguez-Rey EM, Moreno D. Free flaps in Surgical Dermatology. Comparison between fasciocutaneous and myocutaneous free flaps in facial reconstructions. *An Bras Dermatol.* 2011;86(6):1145-50.
5. Pontello Junior R, Kondo RN, Pontello R. A utilização de retalho A-T para reconstrução de ferida operatória no dorso da mão. *Surg Cosmetic Dermatol.* 2013;5(3):270-2.