

Reconstrução complexa em hemiface direita: o desafio de dois carcinomas basocelulares sincrônicos

Complex reconstruction in the right hemiface: the challenge of two synchronous basal cell carcinomas

DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.201683685>

RESUMO

O carcinoma basocelular é o tumor maligno de pele mais frequente, e sua incidência está aumentando, emergindo como um problema de saúde pública. O frequente atraso na busca de tratamento dificulta a remoção tumoral. Reportam-se um caso de dois carcinomas basocelulares sincrônicos na face e o desafio de sua resolução cirúrgica. Foi obtido bom resultado estético e funcional por meio da técnica de rotação de retalho e reconstrução complexa da hemiface. A reconstrução cirúrgica constitui um desafio para o cirurgião, que deve priorizar a cura oncológica, preservando a funcionalidade e o aspecto estético quando possível.

Palavras-chave: carcinoma basocelular; retalhos cirúrgicos; neoplasias cutâneas

ABSTRACT

Basal cell carcinoma is the most frequent malignant skin tumor. Its incidence has been increasing, leading to the emergence of a public health problem. The common delay in seeking treatment hampers tumor removal. The objective of this paper was to report a case of two synchronous basal cell carcinomas on the face and the challenge of their surgical resolution. Good aesthetic and functional outcomes were obtained using the rotation flap technique and a complex reconstruction of the hemiface. Surgical reconstruction constitutes a challenge for the surgeon, who should prioritize the oncologic cure while preserving the functionality and aesthetic appearance, when possible.

Keywords: carcinoma, basal cell; surgical flaps; skin neoplasms

Relato de Caso

Autores:

Cristiane Comparin¹
 Bruna Costa Santos²
 Milena Marchini Rodrigues²
 Carlos Alberto Ferreira de Freitas³
 Gunter Hans Filho⁴

¹ Mestre em Ciências da Saúde. Dermatologista, preceptora do programa de residência médica em dermatologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) - Campo Grande (MS), Brasil

² Doutor em medicina (Cirurgia). Acadêmica de Medicina - Acadêmica de Medicina na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) - Campo Grande (MS), Brasil.

³ Professor adjunto da disciplina cabeça e pescoço da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) - Campo Grande (MS), Brasil.

⁴ Doutor em dermatologia. Professor adjunto e chefe do programa de residência médica em dermatologia e do Departamento de Dermatologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) - Campo Grande (MS), Brasil.

Correspondência para:

Cristiane Comparin
 Rua Teldo Kasper, 49 / Sala 6 -
 Chácara Cachoeira
 79040-840 - Campo Grande - MS
 E-mail: dermatologia.comparin@gmail.com

Data de recebimento: 29/08/2016
 Data de aprovação: 22/09/2016

Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário de Taubaté - Taubaté (SP), Brasil.

Suporte financeiro: Nenhum

Conflito de interesse: Nenhum

INTRODUÇÃO

O carcinoma basocelular (CBC) é o tumor maligno de pele mais frequente no mundo, e sua incidência está aumentando, emergindo como um problema de saúde pública.^{1,2} Há frequente atraso na busca de tratamento, o que dificulta a remoção tumoral.³

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 70 anos, relatou o surgimento de duas lesões na hemiface direita, há cerca de três anos. No exame físico apresentava duas lesões eritematosas com bordas infiltradas, centro ulcerado e limites imprecisos nas regiões temporal direita e infraorbital lateral direita (incluindo parte da pálpebra inferior), ambas medindo 2cm no maior diâmetro. A biópsia prévia revelou CBC nodular. Foi realizado o planejamento para exérese de ambas as lesões no mesmo tempo cirúrgico, com demarcação pré-operatória das margens a olho nu, seguida de dermatoscopia, que permitiu a remarcação das margens laterais das duas lesões, pela presença de telangiectasias arboriformes estendendo-se além das margens demarcadas previamente. Procedeu-se então à exérese das duas lesões, com margem mínima de 5mm, sob anestesia local tumescente. Para o fechamento foram utilizados retalhos conforme descrição a seguir: o defeito infraorbital foi fechado com retalho de região malar (Mustardé), pelo prolongamento lateral da incisão na linha da pálpebra inferior até o defeito da área temporal, unindo-os, e, no mesmo sentido, até a linha do couro cabeludo; em seguida essa incisão seguiu inferiormente passando na frente do pavilhão auricular até a região cervical. O descolamento desse retalho, como é feito na ritidoplastia, e sua rotação permitiram o fechamento do defeito infraorbital e a reconstituição da pálpebra inferior, além de cobrir parte da área temporal (Figura 1). O fechamento desta última, por sua vez pôde ser concluído por um avanço lateral da pele da região do supercílio incisando-se na linha superior da sobrancelha (Figura 2). O resultado imediato pode ser visto nas figuras 3 e 4. As suturas foram realizadas em plano único na pele, em pontos simples, com fios de náilon, que foram retirados após 10 dias. O exame anatomopatológico das peças demonstrou CBC de subtipo nodular, ulcerado, com 5mm de margens periféricas livres. Houve cicatrização e integração totais dos tecidos, com bom resultado estético e funcional.

DISCUSSÃO

O local mais acometido pelo CBC é a face, e a primeira opção de tratamento é a exérese.^{1,4} Nessa localização se faz necessária, além da cura, a tentativa de manter a estética facial.¹ Em alguns casos, a extensão tumoral ou a presença de mais de uma lesão em local próximo torna a cirurgia oncológica um desafio.¹

As margens foram demarcadas utilizando-se a dermatoscopia, uma tendência em cirurgia dermatológica, o que pode ter contribuído para a exérese de ambas as lesões com margens livres, já que os estudos demonstram que a taxa de excisão completa de CBC é elevada de 95% para 98,5% quando a dermatoscopia é utilizada.^{5,6}

A cirurgia descrita, em uma escala menor, lembra o

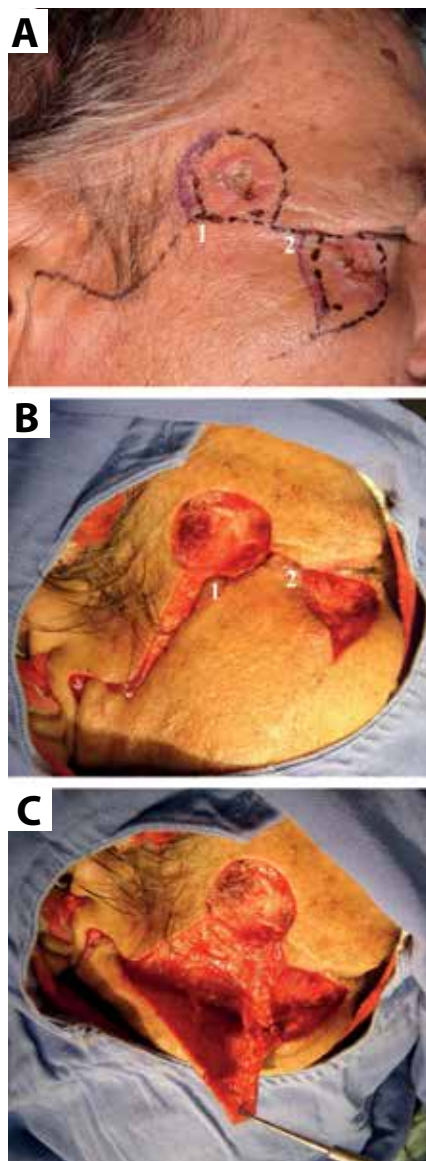
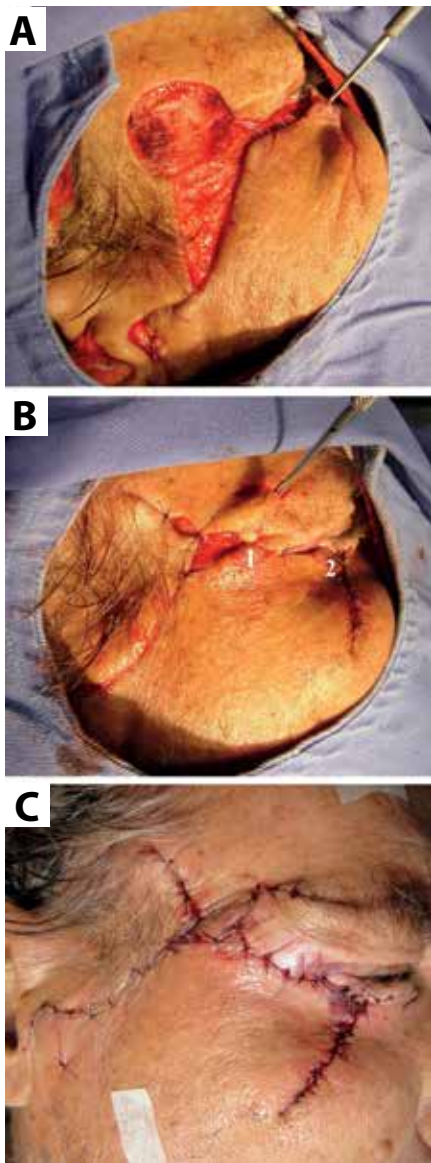


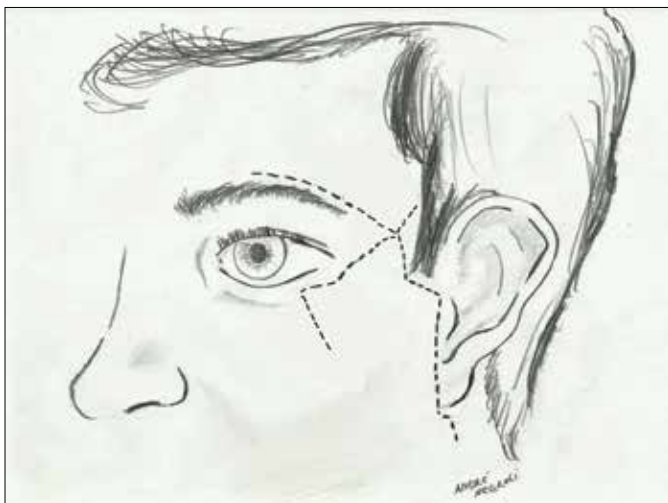
FIGURA 1: A) Hemiface direita demonstrando lesão infraocular lateral e temporal, com demarcação pré-operatória com auxílio da dermatoscopia
B) Incisões cirúrgicas nos locais de exérese e incisão até a região pré-auricular para descolamento do retalho
C) Descolamento do retalho



FIGURA 2: Diagrama demonstrando os retalhos utilizados para o fechamento de ambos os defeitos

**FIGURA 3:**

A) Rotação do retalho para encaixe na borda medial da incisão infraocular
B) Pontos cardeais para posicionamento do retalho
C) Reconstrução completa no pós-operatório imediato

**FIGURA 4:** Diagrama demonstrando o resultado final

retalho leste-oeste, utilizado principalmente em ressecções de tumores nasais.⁵ A região temporal é uma área de risco, na qual a ressecção deve ser cuidadosa objetivando que o plano não seja aprofundado e, dessa forma, que não haja lesão do nervo temporal.³ A região infraocular é delicada, devendo haver preocupação com a formação de ectrópio no pós-operatório, principalmente no caso de grandes retalhos na região.³ É possível a realização de retalhos de avanço ou rotação laterais, para que essa complicação seja minimizada ou evitada, como no caso descrito.³

A reconstrução cirúrgica constitui um desafio para o cirurgião, que deve priorizar a cura oncológica, preservando a funcionalidade e o aspecto estético quando possível. A escolha da técnica deve ser adequada e individualizada para cada tipo de tumor, localização, elasticidade cutânea e condições gerais do paciente. Na nossa experiência, a combinação de técnicas permitiu a exérese complexa combinada de duas lesões de CBCs sincrônicas, de grandes dimensões em áreas próximas na face. O procedimento foi realizado no mesmo tempo cirúrgico, permitindo resultado funcional e estético satisfatório, além do pronto retorno do paciente ao convívio social. ●

REFERÊNCIAS

1. Telfer NR, Colver GB, Morton CA. Guidelines for management of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol*. 2008;159(1):35-48.
2. Pereira PMR, Rodrigues CAC, Lima LL, Romero SAR, Mariano AVO. Reconstruction of the lower lip with Camille Bernard's technique after excision of infiltrative basal cell carcinoma. *Surg Cosmet Dermatol*. 2013;5(1):81-3.
3. Caresana G, Giardini R. Dermoscopy-guided surgery in basal cell carcinoma. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24(12):1395-99.
4. León H, Lima A, Rojas JC, Ramirez M. Colgajos en la reconstrucción facial en dospacientes con carcinoma basocelular. *Rev Venez Oncol*. 2011;23(2):100-1.
5. Geist DE, Maloney ME. The "east-west" advancement flap for nasal defects: reexamined and extended. *Dermatol Surg*. 2012;38(9):1529-34.
6. Comparin C, Freitas CAF, Hans-Filho G. Dermatoscopy as a tool in the detection of presurgical margins of basal cell carcinomas. *Rev Bras Cir. Cabeça Pescoço*. 2013;42(1):47-52.