

Reconstrução de defeitos cirúrgicos da ponta nasal em único tempo cirúrgico

Reconstructing surgical defects of the nasal tip in a single-stage procedure

DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.201684884>

RESUMO

A reconstrução de defeitos cirúrgicos envolvendo a subunidade da ponta nasal coloca desafios particulares já que essa região é rodeada de pele de difícil mobilização. O retalho de Peng é retalho cutâneo passível de ser executado num único tempo cirúrgico que ultrapassa essa dificuldade mobilizando pele do dorso e das vertentes laterais do nariz. O seu desenho permite alcançar forma tridimensional adaptada à configuração da ponta nasal e produz excelentes resultados estéticos. Descreve-se a realização de uma modificação do retalho de Peng em único tempo cirúrgico, em três pacientes submetidos a excisão de carcinomas basocelulares.

Palavras-chave: retalhos cirúrgicos; carcinoma basocelular; nariz; neoplasias nasais

ABSTRACT

Repairing surgical defects of the nasal tip is challenging, mainly because of the lack of freely mobile skin available peripherally. The Peng flap is a one-stage cutaneous flap that circumvents this difficulty by recruiting skin from the nasal dorsum and sidewall regions. The design produces a tridimensional shape perfectly adapted to the configuration of the nasal tip and allows for an inconspicuous closure of the defect. Herein, we describe a modified version of a Peng flap in a single-stage procedure, performed in three patients subjected to excision of basal cell carcinomas.

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

INTRODUÇÃO

O carcinoma basocelular (CBC) é o cancro de pele não melanoma mais comum nas regiões da cabeça e do pescoço.¹ Cerca de 80% de todos os CBCs surgem na região da face, e até 30% destes, no nariz.² A excisão cirúrgica é o tratamento de eleição; no entanto, o encerramento dos defeitos cirúrgicos na ponta nasal é muitas vezes desafiante, principalmente devido à falta de pele elástica e mobilizável na periferia do defeito para proceder à sutura direta.

MÉTODOS

Apresentamos aqui três casos de mulheres com defeitos cirúrgicos da espessura total da pele localizados na ponta nasal, resultantes da excisão de CBCs, em que a técnica reconstrutiva empregue foi uma versão modificada do retalho Peng.

Novas Técnicas

Autores:

Artur Jorge Fernandes César¹
Ana Margarida Barros²
Paulo Henrique Santos²
Filomena Maria Azevedo³

¹ Médico interno do Serviço de Dermatologia e Venereologia do Centro Hospitalar São João EPE, Portugal; assistente convidado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto - Porto, Portugal.

² Assistente hospitalar graduado do Serviço de Dermatologia e Venereologia do Centro Hospitalar São João EPE - Porto, Portugal.

³ Chefe do Serviço de Dermatologia e Venereologia do Centro Hospitalar São João EPE - Porto, Portugal.

Correspondência para:

Artur Jorge Fernandes César
Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar São João EPE, Alameda Prof. Hernani Monteiro
4200-319 Porto, Portugal.
e-mail: arturjfc@gmail.com

Data de recebimento: 09/08/2016
Data de aprovação: 10/11/2016

Trabalho realizado no Centro Hospitalar São João EPE - Porto, Portugal.

Suporte financeiro: Nenhum
Conflito de interesse: Nenhum

O objetivo deste artigo é descrever essa técnica de reconstrução, demonstrar os seus resultados estéticos e discutir a sua aplicabilidade cirúrgica à luz da literatura e da experiência dos autores.

Três doentes com CBCs da ponta nasal (um nodular, um micronodular e um morfeiforme) foram submetidos à excisão alargada dos tumores. Em dois dos casos aqui apresentados a remoção do CBC e a execução do encerramento foi realizada num único tempo cirúrgico. No outro caso, devido à indefinição das margens do CBC morfeiforme, este foi excisado num primeiro tempo, e, após se obter a confirmação histológica de margens livres de neoplasia, procedeu-se ao encerramento num segundo tempo cirúrgico.

Os defeitos pós-excisionais mediam entre 1,6 e 2cm no plano horizontal e entre 1,6 e 2,2cm no plano vertical (Figuras 1A, B e C). Os passos intraoperatórios da técnica de encerramento foram os seguintes (Figura 2):

- o retalho foi desenhado iniciando as incisões nas margens distais do defeito cirúrgico, continuando lateralmente e superiormente, ao longo dos sulcos alares nasais e da transição entre a vertente lateral do nariz e a região malar;
- foi realizada infiltração local com lidocaína a 1% na pirâmide nasal;
- uma vez incisa a pele, o retalho, bem como a pele circundante, foi separado do plano subcutâneo. Nesse momento, foi assegurada hemostase meticulosa para evitar qualquer hemorragia ou hematoma que possa comprometer a sobrevivência do retalho;
- as extremidades distais de cada um dos “braços” do retalho foram aparadas para se obter espessura adequada ao defeito e suturadas no lugar utilizando suturas reabsorvíveis subcutâneas 4-0;
- posteriormente, o excesso de pele triangular no centro dos “braços” do retalho foram removidos. (Nota: em defeitos da linha média a direção do triângulo deve ser vertical, enquanto que em defeitos excêntricas deve dirigida obliquamente em direção ao “braço” mais largo do retalho);
- uma vez as suturas reabsorvíveis profundas estejam colocadas ao longo de todos os limites do retalho, a remoção de tecido redundante na área do epicanto medial dos olhos é por vezes necessária para evitar deformidades em “orelha de cão”;
- finalmente, a epiderme foi aproximada usando suturas não absorvíveis 5-0 com eversão apropriada dos bordos da ferida;
- as suturas não absorvíveis foram retiradas entre oito e dez dias após o procedimento, e os doentes foram reavaliados mensalmente durante os primeiros quatro meses.

RESULTADOS

A recuperação pós-operatória decorreu sem incidentes. As figuras 1D, 1E e 1F mostram os resultados quatro meses após a cirurgia reconstrutiva, não se evidenciando qualquer distorção da anatomia nasal e com excelentes resultados estéticos.

DISCUSSÃO

A reconstrução de defeitos cirúrgicos da ponta nasal coloca dificuldades particulares dadas sua forma tridimensional e a área limitada de onde mobilizar pele que tenha características semelhantes (em termos de espessura, cor e composição dos anexos). Os métodos de encerramento mais frequentemente empregues nessa localização são o encerramento primário (defeitos pequenos), retalhos cutâneos (retalho bilobado, retalho glabellar dorso-nasal, retalho de Rintala, retalho de rotação bilateral e retalho paramediano frontal) e enxertos de pele.

O retalho Peng é retalho cutâneo considerado de avanço e rotação que foi inicialmente descrito por Peng et al., em 1987.³ O conceito fundamental desse retalho é uma “modificação em pinça” do retalho de Rintala (retalho de avanço linear a partir da glabella e dorso do nariz), classicamente usado para reparar defeitos do dorso e da ponta nasal.³ Essa modificação permite o encerramento de defeitos de maiores dimensões na ponta nasal, tirando partido do

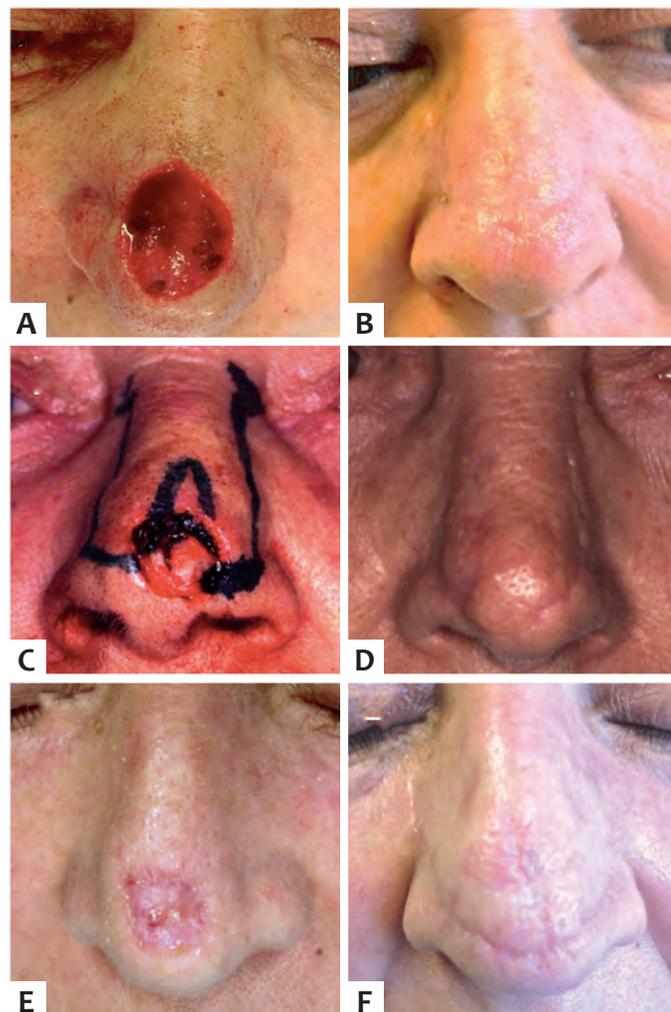


FIGURA 1: A, B e C - Defeitos cirúrgicos após a excisão dos CBCs no nariz (Nota: a imagem do último data duas semanas após a excisão de um CBC morfeiforme com o objetivo de obter confirmação histológica de margens livres de tumor). D, E e F - Resultados quatro meses após a cirurgia

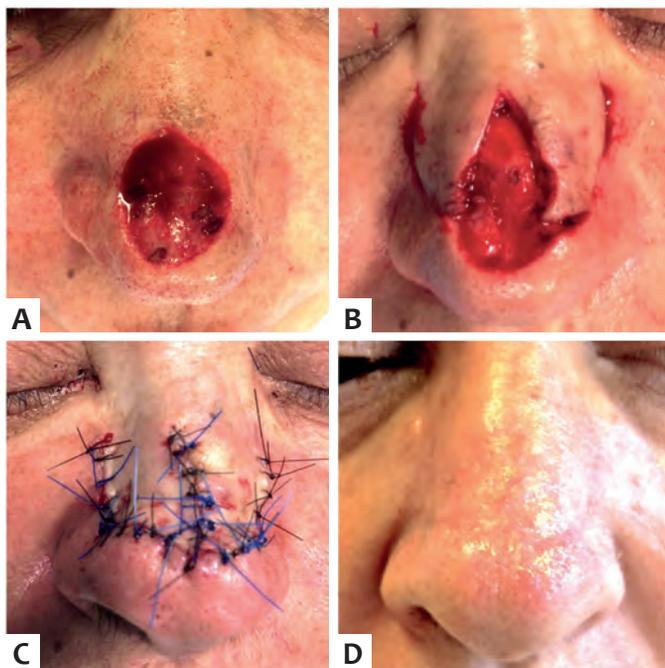


FIGURA 2: A – Defeito cirúrgico na ponta nasal após excisão alargada do CBC; B - Uma vez feitas as incisões, o retalho é elevado no plano subcutâneo. Meticulosa hemostase deve ser realizada nessa fase; C - Após a sutura das pontas do retalho o excesso de tecido central é removido, e, uma vez que as suturas reabsorvíveis profundas sejam colocadas, a epiderme é encerrada com suturas não absorvíveis. D - Resultados quatro meses após a cirurgia

excesso de pele da parede lateral nasal, e melhora a sobrevivência do retalho, já que reduz o comprimento e alarga a base do pedículo. Além disso, o movimento de rotação medial de seus dois “braços” produz uma configuração convexa perfeitamente adaptada à forma tridimensional da ponta do nariz.⁴

Em 1995, Rowe et al. propuseram iniciar as incisões dos dois “braços” do retalho mais distalmente em relação ao defeito, reduzindo a amplitude do movimento de avanço do retalho.⁴ Mais recentemente, Ryan et al. adicionaram outra modificação, colocando as incisões mais lateralmente ao longo da transição

entre o nariz e a bochecha. Na maioria dos defeitos cutâneos de espessura total da ponta nasal que abordamos no nosso serviço, realizamos esta última versão modificada do retalho de Peng. Isso prende-se com o facto de a base do pedículo ser maior e por isso melhorar a sobrevivência do retalho, mas também porque produz melhores resultados cosméticos dado que as incisões são colocadas ao longo da junção entre diferentes unidades estéticas faciais.⁵ Além disso, o desenho simétrico desse retalho minimiza o risco de distorção assimétrica do nariz, especialmente da asa do nariz, uma complicação observada por vezes com outros retalhos usados na ponta nasal.⁴

Na nossa experiência de mais de 20 doentes submetidos a esse procedimento, o retalho Peng produz excelentes resultados em defeitos da ponta nasal de médias/grandes dimensões, quer localizados na linha média, quer paramedianos. Conseguimos ainda bons resultados em defeitos que envolvam simultaneamente a porção distal do dorso nasal e a ponta do nariz. No entanto, concordamos com outros autores que esse retalho não é adequado para a maioria dos defeitos que afetem mais de 50% da subunidade da ponta nasal ou defeitos profundos que envolvam a cartilagem. Nesses casos, o volume adicional de um retalho paramediano frontal, enxertos de pele ou compostos, serão de considerar. Não observámos nenhum caso de distorção ou complicação com essa técnica; no entanto, esse retalho não é isento de possíveis complicações. Além de casos de necrose parcial e de infecção, já foram descritos casos de elevação das asas do nariz em defeitos de maiores dimensões, bem como assimetrias em defeitos excêntricos corrigidos por essa técnica.^{4,5}

CONCLUSÕES

Em conclusão, essa modificação do retalho Peng é técnica reconstrutiva de defeitos da ponta nasal, mesmo quando se estendem para o dorso do nariz, e passível de ser executado num único tempo cirúrgico. Esse retalho geralmente produz excelente aproximação na cor e textura da pele perilesional, preserva a arquitetura nasal e resulta em mínimas cicatrizes cirúrgicas camufladas nas linhas de transição entre subunidades estéticas faciais. Assim, é a opinião dos autores que essa é uma ferramenta essencial para o arsenal dos cirurgiões dermatológicos na reconstrução de defeitos da ponta nasal. ●

REFERÊNCIAS

1. McGuire JF, Ge NN, Dyson S. Nonmelanoma skin cancer of the head and neck I: histopathology and clinical behavior. *Am J Otolaryngol.* 2009;30(2):121-33.
2. 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):387-91.
3. Peng VT, Sturm RL, Marsh TW. "Pinch modification" of the linear advancement flap. *J Dermatol Surg Oncol.* 1987;13(3):251-3.
4. Rowe D, Warshawski L, Carruthers A. The Peng flap. The flap of choice for the convex curve of the central nasal tip. *Dermatol Surg.* 1995;21(2):149-52.
5. Ahern RW, Lawrence N. The Peng flap: reviewed and refined. *Dermatol Surg.* 2008;34(2):232-7.