Tumor cutâneo em parede nasal lateral e as opções de retalhos cutâneos para reconstrução após ressecção neoplásica

Nasal wall skin tumors and flap options for reconstruction after neoplasm resection

Francisco Felipe Laitano[1], Lourenço Frigeri Teixeira[1], Evandro José Siqueira[1],
Gustavo Steffen Alvarez[2], Milton Paulo de Oliveira[3]

RESUMO

Introdução: As perdas de substâncias da parede nasal lateral são comuns, sendo causadas principalmente por ressecção de neoplasias de pele. Existem muitas alternativas para cobertura cutânea e os retalhos cutâneos representam as melhores opções tanto cosméticas como funcionais. **Métodos:** Foi realizada uma análise de 25 retalhos cutâneos nasais utilizados para reconstrução de perdas de substâncias da parede nasal lateral, secundárias à neoplasia, nos pacientes operados no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital São Lucas-PUCRS no período de dezembro de 2008 a dezembro de 2011. **Resultados:** A maioria dos pacientes foi do sexo masculino (60%) e a idade média foi de 66,55 anos. A maioria dos tumores cutâneos eram carcinoma basocelular (92%). O retalho mais utilizado foi o retalho de avanço em V-Y(72%), seguido do retalho bilobado (16%). Em 8% foi utilizado o retalho glabelar e em 4% o glabelar extendido. **Conclusão:** São múltiplas as opções cirúrgicas na reconstrução da parede nasal lateral após cirurgia oncológica, devendo-se escolher a mais adequada para cada caso, respeitando-se os contornos e a anatômia nasal de acordo aos princípios de Burget e Menick, além dos princípios oncológicos.

UNITERMOS: Retalhos Cirúrgicos, Nariz, Neoplasias Cutâneas.

ABSTRACT

Introduction**: Losses of the lateral nasal wall are common and mainly caused by resection of skin neoplasms. There are many alternatives to cover skin, and skin flaps represent the best cosmetic and functional options.* ***Methods: *We performed an analysis of 25 skin flaps used for reconstruction of nasal losses of the lateral nasal wall, secondary to malignancy in patients operated at the Department of Plastic Surgery, Hospital São Lucas (PUCRS) from December 2008 to December 2011.* ***Results:*** *Most patients were male (60%) and the mean age was 66.55 years. Most cutaneous tumors were basal cell carcinoma (92%). The most often used flap was further advancement flap in VY (72%), followed by the bilobed flap (16%). Glabellar flap was used in 8% and extended glabellar in 4%.* ***Conclusion:*** *There are multiple surgical options for nasal wall reconstruction after cancer surgery, and one should choose the most suitable for each case, respecting the outlines and nasal anatomy according to the principles of Burget and Menick, in addition to oncological principles.*

KEYWORDS: Surgical Flaps, Nose, Skin Neoplasms.

[1] Médicos residentes do servico de Cirurgia Plástica do Hospital São Lucas, PUCRS.
[2] Cirurgião Plástico.
[3] Cirurgião Plástico. Membro Titular da SBCP. Preceptor do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital São Lucas da PUCRS.

INTRODUÇÃO

O nariz é a unidade anatômica posicionada no terço central da face com fundamental importância na caracterização fenotípica do indivíduo. Ele é formado por três camadas: mucosa, arcabouço osteocartilaginoso e pele, sendo sua superfície repleta de curvas e depressões.

As perdas de subtâncias são comuns após a ressecção de tumores e a ocorrência de trauma (1, 2, 3). A reconstrução de defeitos cutâneos da parede nasal lateral é relativamete simples para o cirurgião plástico, uma vez que existem diversas técnicas descritas disponíveis para os mais variados defeitos cutâneos, porém, um resultado estético satisfatório nem sempre é conseguido. Burget e Menick revolucionaram a cirurgia de reconstrução nasal, uma vez que introduziram o conceito de subunidades estéticas do nariz, baseadas nas diferenças de elasticidade, cor, contorno e textura da pele e contribuindo para o refinamento na reconstrução nasal (4).

O objetivo deste trabalho é o relato da experiência de nosso Serviço na reconstrução de perdas de substâncias da parede nasal lateral secundárias à ressecção oncológica, descrevendo os retalhos cutâneos mais utilizados para cobertura dos defeitos desta subunidade anatômica. Além disso, descrevemos as características dos pacientes estudados e a etiologia das perdas de substância.

MÉTODOS

Foram analisados vinte e cinco pacientes submetidos a reconstrução de perdas de substância da parede nasal lateral secundárias em cirurgia oncológica com retalhos cutâneos nasais no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital São Lucas (PUCRS) no período de dezembro de 2008 a dezembro de 2011.

Foram incluídos apenas pacientes que apresentaram perdas de subtâncias com seus limites dentro da subunidade anatômica da parede nasal lateral. Todos os tumores foram ressecados com margens de segurança da lesão de 0,4 cm e o defeito resultante foi reconstruído no mesmo ato cirúrgico, uma vez que todas as lesões eram bem delimitadas ao exame macroscópico. Todos os exames anatomopatológicos apresentaram margens cirúrgicas livres.

As características dos pacientes e a etiologia dos defeitos cutâneos foram relatados, assim como o número de vezes que cada opção de retalho cutâneo foi utilizada e o maior defeito reconstruído com cada retalho.

RESULTADOS

Do total de 25 pacientes, 15 eram masculinos (60%) e 10 eram femininos (40%). A idade média foi 66,56 anos, possuindo o paciente mais idoso 81 anos e o mais jovem, 39 anos. Vinte e três tumores eram carcinoma basocelular (92%), um era carcinoma basoescamoso (4%) e um era ceratose actínica (4%) (Tabela 1).

TABELA 1 – Características dos pacientes e etiologia dos defeitos cutâneos

Paciente	n=25
Sexo	
Masculino	15 (60%)
Feminino	10 (40%)
Idade média (anos)	66,56
Etiologia dos defeitos	
CBC	23 (92%)
CBasoescamoso	1 (4%)
Ceratose Actínica	1 (4%)



FIGURA 1A – Retalho de avanço em V-Y para cobertura cutânea de defeito em parede nasal lateral esquerda. Perda de substância em parede nasal lateral esquerda.



FIGURA 1B – Retalho suturado sobre o defeito.

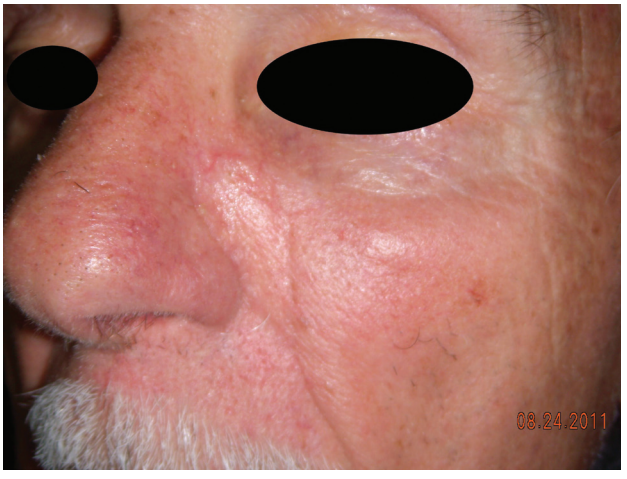


FIGURA 1C – Dois meses de pós-operatório.

Das 25 perdas de substâncias na parede nasal lateral do nariz, 18 (72%) foram reconstruídos com retalho de avanço em V-Y (Figura 1), 4 com retalho bilobado (16%) (Figura 2), 2 com retalho glabelar (8%) e 1 com retalho glabelar extendido (4%) (Tabela 2).

TABELA 2 – Número de vezes que cada retalho foi utilizado

Retalho Cutâneo	n=25 (%)
Avançamento em V-Y	18 (72%)
Bilobado	4 (16%)
Glabelar	2 (8%)
Glabelar extendido	1 (4%)

O retalho de avanço em V-Y foi utilizado para cobertura de defeitos de até 2 cm. O retalho bilobado para defeitos de até 1,4 cm e o retalho glabelar e glabelar extendido para defeitos de 1,1 cm e 1,3 cm, respectivamente.

DISCUSSÃO

Os retalhos cutâneos usados para reconstrução da parede nasal lateral possuem uma grande versatilidade na sua aplicação, porém, de acordo com cada caso certos retalhos irão se adequar melhor (3). Os retalhos cutâneos são preferíveis ao enxerto cutâneo para reparação de perdas de substâncias devido a maior semelhança de cor e textura da pele (5, 6). Além disso, evitam a necessidade de retirada de pele de outro sítio, causando uma segunda ferida operatória e os cuidados necessários ao enxerto de pele.

Os tumores cutâneos tendem a ocorrer mais no sexo masculino, especialmente no nariz (7, 8, 9, 10, 11, 12). De acordo com outros estudos, obtivemos uma incidência maior nos indivíduos masculinos (60%). A idade média em nosso estudo (66,55 anos) está de acordo com a literatura, uma vez que a maioria dos indivíduos com câncer de pele possui mais de 60 anos, com maior predomínio na sétima década de vida (13).

Dentre os tumores cutâneos localizados na face, 30 a 35% estão no nariz (14, 15, 16, 17). Segundo a literatura, os tumores cutâneos são distribuídos etiologicamente em carcinoma basocelular (70%) e em carcinoma espinocelular (25%) (13). No presente estudo, a maioria dos tumores foram carcinoma basocelular (92%), sendo apenas um carcinoma basocelular (4%) e uma ceratose actínica (4%).

O estudo adotou os princípios de subunidades estéticas para reconstrução dos defeitos cutâneos introduzidos por Burget (4) tanto para definir a subunidade anatômica da parede nasal lateral (Figura 3) como para reconstruir toda a subunidade quando mais de 50% da pele da mesma encontrava-se comprometida.

A parede nasal lateral esta localizada lateral ao dorso nasal, fazendo uma zona de transição com a bochecha e o epicanto medial. É caracterizada por um espessamento da pele e do tecido celular subcutâneo à medida que se aproxima da bochecha. Além disso, é importante salientar sua proximidade com estruturas faciais anatômicas importantes, como o epicanto medial, os olhos e as bochechas (18).

Existem várias opções de retalhos cutâneos para a reconstrução da parede nasal lateral: retalhos de transposição, retalho nasogeniano, retalho de avanço em V-Y, retalho bilobado, retalho glabelar extendido e retalho paramediano frontal (3, 18, 19). Todos eles se mostraram retalhos seguros e esteticamente aceitáveis aos pacientes.



FIGURA 2A – Retalho bilobado para cobertura cutânea de defeito em parede nasal lateral direita. Perda de substância em parede nasal lateral direita.



FIGURA 2B – Retalho suturado sobre o defeito.



FIGURA 2C – Seis meses pós-operatório.



FIGURA 3A – Retalho glabelar para cobertura de defeito cutâneo no terço superior da parede nasal lateral esquerda. Perda de substância em terço superior da parede nasal lateral esquerda.



FIGURA 3B – Retalho suturado sobre o defeito.

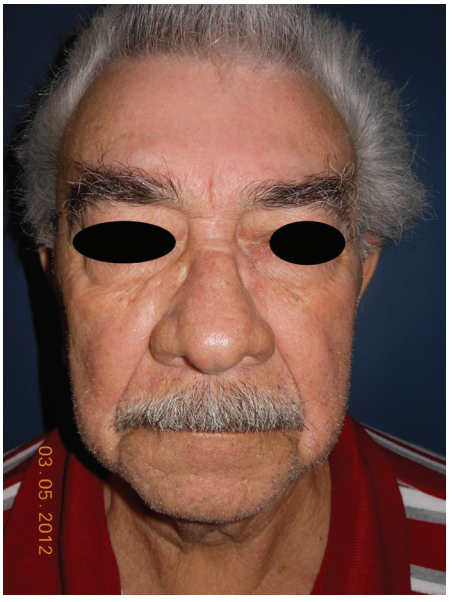


FIGURA 3B – Oito meses de pós-operatório.

O retalho de avanço em V-Y foi o mais utilizado em nossa série (72%), sendo um retalho extremamente versátil. Defeitos de até 2 cm foram reconstruídos com este retalho. Apresenta a vantagem de ser um procedimento simples, realizado num único estágio com bons resultados estéticos e funcionais e com boa aceitação dos pacientes. Este retalho é baseado nas artérias perfurantes da artéria angular e permite a redistribuição do tecido em excesso da porção medial da bochecha para a parede nasal lateral. Uma ilha de pele triangular ("V") é marcada com a sua base formada pela borda do defeito, sendo a largura da ilha igual à largura do defeito e o comprimento duas vezes o do defeito. O retalho é descolado, mantendo-se o terço central pediculado no tecido celular subcutâneo, possibilitando o avanço do mesmo para cobertura do defeito e fechamento primário da porção distal, dando um aspecto final em Y" e com as cicatrizes localizadas sobre o sulco nasojugal.

O retalho bilobado, o segundo mais utilizado (16%), também apresentou resultados satisfatórios em todos pacientes. Foi realizado com pedículo localizado lateralmente para que a pele da bochecha fosse recrutada para reconstruir o defeito nasal. Utilizamos a técnica modificada por Zitelli (20), em que dois retalhos são marcados adjacentes ao defeito, sendo o primeiro do mesmo tamanho do defeito e o segundo um pouco menor, para que através do movimento de rotação de 45º o primeiro retalho reconstrua o defeito, o segundo retalho reconstrua a perda de substância causada pelo primeiro retalho e o defeito do segundo retalho é fechado primariamente. Os retalhos são suturados sem tensão e as cicatrizes ficam camufladas no sulco nasojugal e porção medial adjacente da bochecha. A maior perda de substâncias que foi reconstruída com esse retalho tinha 1,4 cm, corroborando o fato de que este serve para reparo de defeitos com até 1,5 cm (18).

O retalho glabelar foi utilizado em apenas 8% dos pacientes, uma vez que é utilizado especificamente para defeitos no terço superior da parede nasal lateral e em pacientes com excesso de pele e rugas de expressão na região da glabela. A pele da glabela é utilizada através de um retalho de rotação, cobrindo o defeito nasal e causando um segundo defeito na glabela que é fechado primariamente.

O retalho glabelar extendido, primeiramente descrito por Reiger em 1967 (21), foi utilizado em 4% dos pacientes, uma vez que necessita de cicatrizes maiores pra sua elaboração, causando maior morbidade. É um retalho axial de rotação, baseado na artéria angular, que necessita de amplo descolamento do tecido nasal adjacente até a glabela. É utilizado principalmente para defeitos do terço médio e inferior do nariz. Assim como o

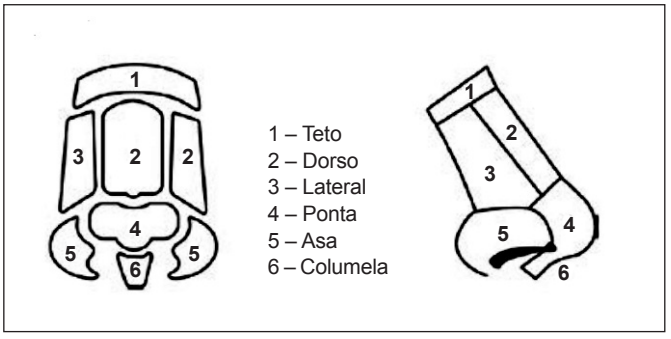


FIGURA 4 – Subunidades nasais segundo Burget e Menick.

retalho glabelar, diminui a distância entre as sobrancelhas. Apesar destes inconvenientes, ambos são retalhos que não podemos descartar e que devem ser de conhecimento do cirurgião plástico.

CONCLUSÃO

O tumor cutâneo nasal mais comum é o carcinoma basocelular, sendo mais frequente em indivíduos idosos do sexo masculino. Neste estudo, apresentamos os variados tipos de retalhos utilizados para reconstrução de perdas de substâncias da parede nasal lateral. O cirurgião plástico deve ter o conhecimento dos variados tipos de retalhos cutâneos devido à crescente incidência de tumores cutâneos nasais. Deve-se indicar o tratamento cirúrgico mais adequado para a cobertura nasal sem comprometer a função respiratória e a estética nasal, porém, não se pode esquecer dos cuidados que uma cirurgia oncológica exige.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parrett BM, Pribaz JJ. An algorithm for treatment of nasal defects. Clin Plast Surg. 2009;36(3):407-20.
2. Yoon T, Benito-Ruiz J, García-Díez E, Serra-Renom JM. Our algorithm for nasal reconstruction. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2006;59(3):239-47.
3. Guo L, Pribaz JR, Pribaz JJ. Nasal reconstruction with local flaps: a simple algorithm for management of small defects. Plast Reconstr Surg. 2008 Nov;122(5):130e-139e.
4. Burget GC, Menick FJ. The subunit principle in nasal reconstruction. Plast Reconstr Surg. 1985;76:239-247.
5. Jacobs MA, Christenson LJ, Weaver AL, Appert DL, Phillips PK, Roenigk RK, Otley CC. Clinical outcome of cutaneous flaps versus full-thickness skin grafts after Mohs surgery on the nose. Dermatol Surg. 2010;36(1):23-30.
6. Hollier HJ, Stucker FJ. Local flaps for nasal reconstruction. Facial Plast Surg. 1994;10(4):337-48.
7. Smeets NW, Kuijpers DI, Nelemans P, Ostertag JU, Verhaegh ME, Krekels GA, Neumann HA. Mohs micrographic surgery for treatment of basal cell carcinoma of the face--results of a retrospective study and review of the literature. Br J Dermatol. 2004 Jul;151(1):141-7.
8. Strom SS, Yamamura Y. Epidemiology of nonmelanoma skin cancer. Clin Plast Surg. 1997;24(4):627-36.
9. Kumar P, Orton CI, McWilliam LJ, Watson S. Incidence of incomplete excision in surgically treated basal cell carcinoma: a retrospective clinical audit. Br J Plast Surg. 2000;53(7):563-6.
10. Mureau MA, Moolenburgh SE, Levendag PC, Hofer SO. Aesthetic and functional outcome following nasal reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2007;120(5):1217-27.
11. Telfer NR, Colver GB, Morton CA; British Association of Dermatologists. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. Br J Dermatol. 2008;159(1):35-48.
12. Tan PY, Ek E, Su S, Giorlando F, Dieu T. Incomplete excision of squamous cell carcinoma of the skin: a prospective observational study. Plast Reconstr Surg. 2007;120(4):910-6.
13. Santos ABO, Loureiro V, Araújo Filho VJF, Ferraz AR. Estudo epidemiológico de 230 casos de carcinoma basocelular agressivos em cabeça e pescoço. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço. 2007;36(4):230-3.
14. Griffiths RW. Audit of histologically incompletely excised basal cell carcinomas: recommendations for management by re-excision. Br J Plast Surg. 1999;52(1):24-8.
15. Petit JY, Avril MF, Margulis A, Chassagne D, Gerbaulet A, Duvillard P, Auperin A, Rietjens M. Evaluation of cosmetic results of a randomized trial comparing surgery and radiotherapy in the treatment of basal cell carcinoma of the face. Plast Reconstr Surg. 2000;105(7):2544-51.
16. Kimyai-Asadi A, Alam M, Goldberg LH, Peterson SR, Silapunt S, Jih MH. Efficacy of narrow-margin excision of well-demarcated primary facial basal cell carcinomas. J Am Acad Dermatol. 2005;53(3):464-8.
17. Uchinuma E, Matsui K, Shimakura Y, Murashita K, Shioya N. Evaluation of the median forehead flap and the nasolabial flap in nasal reconstruction. Aesthetic Plast Surg. 1997;21(2):86-9.
18. Chu MW, Dobratz EJ. Reconstruction of the dorsal and sidewall defects. Facial Plast Surg Clin North Am. 2011;19(1):13-24.
19. Moolenburgh SE, McLennan L, Levendag PC, Munte K, Scholtemeijer M, Hofer SO, Mureau MA. Nasal reconstruction after malignant tumor resection: an algorithm for treatment. Plast Reconstr Surg. 2010;126(1):97-105.
20. Zitelli JA. The bilobed flap for nasal reconstruction. Arch Dermatol. 1989;125:957.
21. Reiger RA. A local flap for repair of the nasal tip. Plast Reconstr Surg. 1967;40:147e9.

✉ Endereço para correspondência
Francisco Felipe Laitano
Rua Farnese, 199/501
90.450-180 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 3388-2553 / (51) 9653-6485
💻 fflpoa@hotmail.com

Recebido: 29/5/2012 – Aprovado: 11/7/2012