

Reparação de defeitos parciais do nariz após excisão tumoral

Repair of partial nose defects after tumor excision

Marcos Ricardo de Oliveira Jaeger¹, Nilo Amaral Neto², Jefferson Braga Silva³

RESUMO

A incidência dos neoplasmas de pele aumentou muito nas últimas décadas. As exigências estéticas também. O nariz é o centro da face e também local frequente do carcinoma basocelular, o câncer de pele mais comum. Pequenas distorções na arquitetura dessa região podem produzir efeitos estéticos e funcionais indesejáveis, mas a reconstrução deve ser realizada com o cuidado de não dificultar o controle local da neoplasia.

UNITERMOS: Nariz, Carcinoma Basocelular, Câncer de Pele.

ABSTRACT

The incidence of skin neoplasms has increased greatly in recent decades, and the aesthetic demands too. The nose is the center of the face and also a frequent site of basal cell carcinoma, the most common skin cancer. Small distortions in the architecture of this region can produce undesirable aesthetic and functional effects, but the reconstruction must be undertaken carefully so as not to hamper the local control of the neoplasm.

KEYWORDS: Nose, Basocellular Carcinoma, Skin Cancer.

INTRODUÇÃO

A pele do dorso nasal é um local comum para o desenvolvimento de neoplasias cutâneas, em especial o carcinoma basocelular. O tratamento através de remoção cirúrgica parece ser ainda a forma mais confiável de tratamento, uma vez que pode demonstrar margens livres através do estudo anatomopatológico (1, 2, 3). Margens tumorais de pelo menos 4 mm são sugeridas na maior parte dos casos (4).

A retirada da lesão com margens menores foi contemplada pela técnica de Mohs, que poderia assegurar margens livres em regiões de pouca reserva, como a região das pálpebras. A necessidade de patologista disponível, o aumento do tempo cirúrgico e o receio de que o exame patológico definitivo poderia trazer outras informações têm impedido a propagação desse tipo de tratamento (5).

Os defeitos resultantes da ablação de tumores podem atingir a mucosa da região nasal, o suporte esquelético e cartilaginoso e o revestimento cutâneo. Prejuízo no mecanismo valvular da ventilação, distorções nas narinas e dorso nasal e aspecto estético indesejável são consequências comuns.

Quando o defeito resultante do tratamento da neoplasia atingir o revestimento interno, o defeito é completo e não será abordado neste capítulo (6, 7, 8). Os outros defeitos são chamados de parciais ou subtotais, e a reparação nesses casos pode ser realizada com mobilizações locais de tecido, o que proporciona resultado estético favorável, mas enxertos de pele também podem ser considerados. É fator decisivo na escolha da reparação desses defeitos a certeza da retirada completa da neoplasia, através do exame anatomopatológico (7).

CONCEITO DE UNIDADES ESTÉTICAS

A pele da região nasal apresenta espessura diferente conforme a porção do nariz, de forma que enxertos de pele aplicados mostravam-se nitidamente de espessura e coloração diferentes. Retalhos de pele também deveriam ser desenhados de forma que as cicatrizes resultantes estivessem posicionadas dentro de uma unidade estética – espessura e cor semelhante – ou em áreas sombreadas da região do nariz (Figura 1) (1, 6, 7, 9).

¹ Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) e da Sociedade Americana de Microcirurgia Reconstructiva (ASRM). Professor Substituto (2009-2010) do Departamento de Ciências Morfológicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

² Médico formado pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS/ATM 2009. Doutorando em Cirurgia da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – FAMED-PUCRS.

³ Professor Livre-docente em Cirurgia da Mão – UNIFESP/EPM. Professor do Departamento de Cirurgia da PUCRS. Ex-Presidente da Sociedade Brasileira de Microcirurgia Reconstructiva. Ex-Presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão.

Existe uma gama de retalhos locais para a cobertura de defeitos parciais na região nasal. A utilização dos retalhos livres transferidos através de anastomose microvascular é reservada àquelas situações de reconstrução total do nariz ou quando também há necessidade da reconstrução do esqueleto (2, 3, 5, 10, 11, 12, 13, 14, 15).

ESCOLHA DO MÉTODO DE REPARAÇÃO

De forma geral, escolhe-se uma modalidade de cobertura baseada na experiência, condição clínica do paciente e principalmente tendo em vista a possibilidade de recidiva da lesão. Constatado que não há necessidade de ampliação das margens de ressecção, o defeito resultante pode ser reparado. Quando há dúvida quanto à retirada completa, pode-se optar por simples sutura circunferencial, a fim de evitar retração da ferida enquanto se aguarda a avaliação do patologista, ou realiza-se apenas a aposição de enxerto de pele. A reparação por retalhos é inadequada nos casos onde não se podem assegurar margens livres, sobretudo na profundidade, uma vez que dificulta o monitoramento da recidiva e pode facilitar a disseminação da neoplasia.

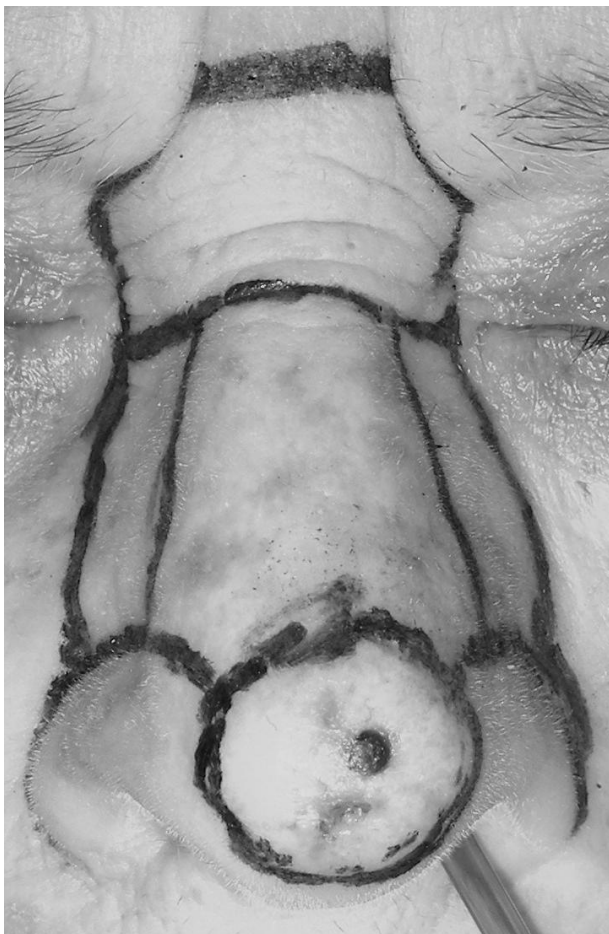


FIGURA 1 – Unidades estéticas nasais.

A reconstrução dos defeitos do nariz pode ser entendida conforme a classificação de Joseph, que subdivide a região em três zonas (Figura 2):

Zona I: dois terços superiores do nariz e canto interno.

Zona II: dorso nasal e porção lateral do nariz.

Zona III: região das cartilagens alares e columela.

A Zona I é situada entre os olhos e apresenta como característica a pele fina e aspecto mais escurecido, porque recebe pouca iluminação. A Zona II é mais distal, recebe mais iluminação e sofre influência do tamanho e posição das cartilagens laterais que dão sustentação ao nariz. A pele também é mais espessa à medida que se aproxima da ponta do nariz. A Zona III inclui parte do dorso, ponta nasal e columela, e é a região mais móvel do nariz, já que apresenta relação direta com as cartilagens de sustentação. Neste ponto, pequenas distorções não passam despercebidas ao observador (Figura 3) (7,9). A abertura das narinas é parte dessa região e ocupa cerca de 2/3 da altura total vista de baixo. Essa relação deve ser mantida a fim de preservar a ventilação e o aspecto proeminente da ponta nasal (7). O tipo de cobertura mais adequado a uma determinada região do nariz deve considerar a espessura da pele naquela área (unidades estéticas), posição relativa das cartilagens de sustentação e a possibilidade de distorções na abertura das narinas (8).

RETALHOS E ENXERTOS DE PELE

Enxertos de pele são segmentos de tegumento retirados de outras áreas e transferidos de uma região para outra sem o pedículo vascular. A pele retirada é colocada na região do defeito (área receptora) em leito com boa vascularização. Retalhos são transferidos dentro de uma mesma região presos pelo pedículo vascular, à exceção dos retalhos livres que são transportados de uma outra região e o pedículo vascular é acoplado.

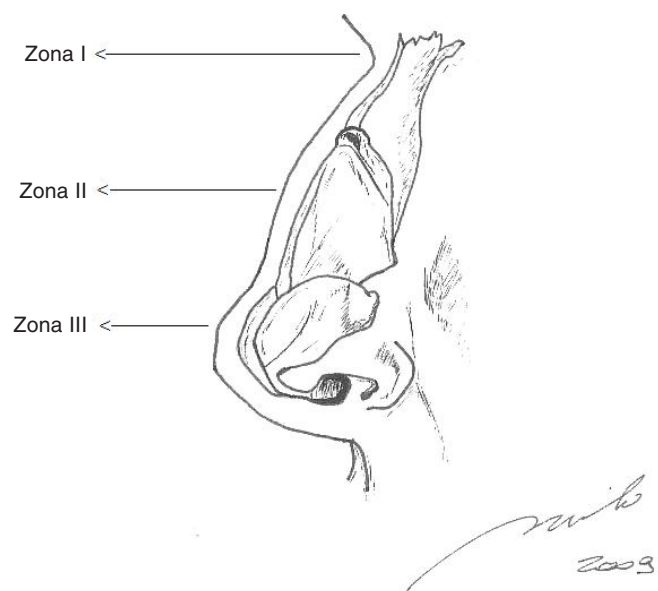


FIGURA 2 – Ilustração esquemática das Zonas de Joseph.

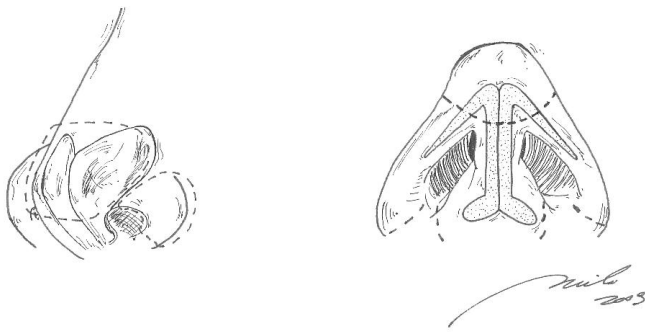


FIGURA 3 – Ilustração representando a composição cartilaginosa da Zona III de Joseph.

Enxertos de pele são a melhor opção quando o exame anatomopatológico não pode assegurar margens laterais e sobretudo a margem profunda do defeito, porque a espessura dos retalhos tende a dificultar o acompanhamento do local. Por outro lado, uma vez que os enxertos sofrem retração, podem produzir deformidades principalmente nas regiões mais móveis do nariz, além do que a pele transferida de regiões mais distantes costuma apresentar a coloração diferente. Em geral, quanto mais próximo à zona receptora, mais a pele se assemelha à da área receptora.

A cobertura cutânea na Zona I pode ser mais fina e delgada, e pequenas distorções e diferenças de cor não aparecem porque a pele do nariz é pouco móvel nessa região mais sombreada da face. Sendo assim, o enxerto de pele pode ser utilizado com bons resultados funcionais e estéticos (1, 2, 7) (Figura 4 e 5). Nas Zonas II e III, a pele é mais espessa e móvel e está mais firmemente aderida às cartilagens subjacentes, de forma que enxertos de pele tendem a produzir distorções estéticas, principalmente na ausência das cartilagens de sustentação (1, 3, 13). Retalhos de vizinhança possibilitam restabelecimento do relevo e apresentam coloração mais semelhante, sem a necessidade de manuseio em locais mais distantes (área doadora do enxerto de pele) (15). Nessas regiões, os retalhos de vizinhança demonstram resultado funcional e estético mais favorável, sobretudo quando as incisões são confeccionadas de forma a não cruzar as unidades estéticas do nariz.

Os retalhos de vizinhança descritos a seguir são exemplos da utilização dos tecidos locais para a reparação dos defeitos parciais da região nasal:

Retalho de Banner ou em bandeira

É um retalho de desenho triangular que é transposto para o defeito no dorso nasal de diâmetro menor ou igual a 1,2 cm (Figura 6, 7, 8, 9 e 10) (7). A porção de pele remanescente junto ao defeito comporta-se como um retalho adicional tipo “Z”, que auxilia no reposicionamento da pele.



FIGURA 4 – Defeito cutâneo extenso em dorso nasal, abrangendo as três zonas de Joseph.



FIGURA 5 – Em caso de dúvida quanto à ressecção completa, o enxerto de pele é a melhor opção de cobertura.

Retalhos unilobado e bilobado

Utilizado para defeitos entre 1,2 e 2 cm (7). A variante com dois lobos é menos utilizada hoje em dia porque acrescenta mais cicatrizes à região.

Retalhos de dorso nasal

São retalhos de rotação e avançamento da pele do dorso nasal, promovendo cobertura para defeitos ao redor de 2 cm, mas podem reparar defeitos maiores quando se utiliza a pele da região da glabella entre os olhos em narizes mais longos (7). É o caso do retalho frontonasal por deslizamento, que utiliza toda a pele do dorso nasal.



FIGURA 6 – Defeito em Zona III de Joseph.



FIGURA 8 – Confeção de retalho de Banner.



FIGURA 7 – Confeção de retalho de Banner.



FIGURA 9 – Transposição dos pedículos para cobertura do defeito.



FIGURA 10 – Resultado no pós-operatório imediato de cobertura de defeito em Zona III de Joseph com retalho de Banner.

Retalhos paranasais

A pele da região lateral do nariz é redundante no indivíduo mais idoso, o que permite sua mobilização para a confecção de retalhos locais (7). Podem ser utilizados retalhos de avançamento e rotação da pele lateral (7), ou mesmo da região nasolabial para defeitos menores que 2,5 cm.

Retalho frontal

É mais utilizado na reconstrução nasal total, mas pode ser empregado para defeitos parciais maiores. Nos defeitos parciais, é também utilizado após a ampliação de margens cirúrgicas, como no caso das neoplasias multicêntricas, desde que haja certeza da retirada completa do tumor, sobretudo no limite profundo (7, 8, 9).

COMENTÁRIOS FINAIS

A grande incidência de carcinomas cutâneos tem chamado a atenção dos especialistas nas últimas décadas, e mistura-se com as exigências de nossos pacientes de danos estéticos menores após o tratamento com cura dessas lesões. O conhecimento de diversas técnicas de reparo de defeitos par-

ciais após a retirada da neoplasia é fundamental, apesar de que a mobilização de tecidos próximos à região do defeito só se justifica com a certeza do tratamento adequado local, a fim de evitar a disseminação da doença e não dificultar o acompanhamento das recidivas locais.

Na reparação dos defeitos da Zona I, os enxertos de pele usualmente oferecem resultado estético e funcional agradável. Nas Zonas II e III, os retalhos da vizinhança proporcionam resultados mais satisfatórios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jaeger MRO, de Souza EP, Ely PB, Ely JF. Utilização de Retalhos Cutâneos de Vizinhança na Reparação de Defeitos Nasais. *Rev Pes Med*, 1998, 32(2): 93-101.
2. Converse JM, et al. *Corrective and Reconstructive Surgery of the nose*. In: *Reconstructive Plastic Surgery*. JM Converse (ed) v. 2, 2ª ed., Philadelphia, Saunders, 1977.
3. WEE SS, Hruza GJ, Musoe TA. The frontonasal flap: utility for lateral defects and technical refinements. *Br J Plast Surg*, 1991, 44: 210-205.
4. Petrovic D, Visnjic M, Mihailovic S, Petrovic S, Pesic Z. Margin size in Basocellular skin carcinoma resection: impact on relapse. *ACTA Fac Med Naiss*, 2004, 21(4): 195-200.
5. Marchac D & Toth, B. The axial frontonasal flap revisited. *Plast Reconstr Surg* 76: 686, 1985.
6. Barton FE Jr, Byrd HS. Acquired Deformities of the Nose. In: *McCarthy Plastic Surgery*. JG McCarthy, JW May Jr, JW Littler (ed), v. 3, Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1990.
7. Rohrich RJ, Barton FE, Hollier L. Nasal Reconstruction. In: *Grabb and Smith's Plastic Surgery*. SJ Aston, RW Beasley, CHM Thorne, (ed), 5ª ed., Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers, 1997.
8. Burget GC. Aesthetic Reconstruction of the Nose. In: *Mathes Plastic Surgery*. SJ Mathes, VR Hentz (ed), v. 2, 2ª ed, Philadelphia, Saunders-Elsevier, 2006.
9. Conley J. *Regional Flaps on the Head and Neck*. WB Saunders Company, Philadelphia, London, Toronto. Georg Thieme Publishers, 1976, pp 95-148 (a), pp 11-18 (b).
10. Ely JF. *Cirurgia Reparadora do Nariz*. In: *Ely: Cirurgia Plástica*. 2ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1980, pp 454-469.
11. Gonzalez-Ulloa M. Restoration of the face covering by means of selected skin in regional aesthetic units. *Br J Plast Surg*, 9: 212, 1956.
12. Masson JK & Mendelson BC. The Banner Flap revisited. *Am J Surg* 134: 419, 1977.
13. MC Carthy JG, et al. The median forehead flap revisited the blood supply. *Plast Reconstr surg* 76: 866, 1985.
14. MC Gregor JC & Soutar DS. A critical assessment of the bilobed flap. *Br J Plast Surg* 34: 197, 1981.
15. Millard R. Aesthetic Reconstructive Rhinoplasty. *Clin Plast Surg* 8:169, 1981.
16. Lipshutz H & Penrod DS. Use of complete transverse nasal flap in repair of small defects of the nose. *Plast Reconstr Surg* 49: 629, 1972.

✉ Endereço para correspondência:

Marcos Ricardo de Oliveira Jaeger
Rua Mostardeiro 780 / 502, Moinhos de Vento
90430-000 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 3028-8738 – Fax: (51) 3028-8738
🌐 <http://www.novoplastia.com>

Recebido: 20/10/2009 – Aprovado: 28/10/2009