



RESUMO EXPANDIDO

RECONSTRUÇÃO NASAL APÓS RESSECÇÃO DE TUMORES DE PELE: OPÇÕES CIRÚRGICAS EM UMA SÉRIE DE CASOS.*NASAL RECONSTRUCTION AFTER RESECTION OF SKIN TUMORS: SURGICAL OPTIONS IN A CASE SERIES.*Maria Eduarda da Costa Lemos Caramori ¹Daniel Francisco Mello ²Fátima Khodr ³**RESUMO**

O nariz é um local da face muito acometido pelas neoplasias cutâneas devido à exposição solar cumulativa. A reconstrução nasal é desafiadora pela posição central e proeminente do nariz, com grande importância estética e funcional. Este é um estudo descritivo retrospectivo, do tipo série de casos, através da revisão de prontuários. Foram submetidos à reconstrução nasal 14 pacientes, com média de idade de 67 anos. O retalho mais utilizado foi o retalho frontal em 42% dos pacientes; seguido do nasogeniano (28%) e Rintala(14%). Ao escolher o tipo de reconstrução o cirurgião deve considerar as subunidades nasais acometidas e ter como principais objetivos a manutenção de um tom de pele similar na cobertura e a reestruturação para suporte nasal a fim de evitar a estenose da via aérea. Os retalhos locais continuam sendo uma ferramenta de grande valia e é importante que o cirurgião plástico tenha conhecimento das mais variadas técnicas.

Descritores: Deformidades Adquiridas Nasais. Neoplasias Cutâneas. Neoplasias Nasais.

ABSTRACT

The nose is a part of the face that is very affected by cutaneous neoplasms due to cumulative sun exposure. Nasal reconstruction is challenging due to the central and prominent position of the nose, with great aesthetic and functional importance. This is a retrospective descriptive study, case series type, through the review of medical records. Fourteen patients underwent nasal reconstruction, with a mean age of 67 years. The most used flap was the frontal flap in 42% of the patients; followed by nasolabial (28%) and Rintala (14%). When choosing the type of reconstruction, the surgeon must consider the nasal subunits affected and have as main objectives the maintenance of a similar skin tone in the coverage, besides of restructure nasal support in order to avoid airway stenosis. Local flaps continue to be a valuable tool and it is important that the plastic surgeon is aware of the most varied techniques.

Keywords: *Nose Deformities Acquired. Skin Neoplasms. Nose Neoplasms.*

INTRODUÇÃO

O nariz é um local da face muito acometido pelas neoplasias cutâneas devido à exposição solar cumulativa. Cerca de 75% dos tumores de pele não melanoma ocorrem na cabeça e no pescoço.

¹Médico Cirurgião Plástico, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: meccirurgiaplastica@gmail.com

²Professor Dr. em Cirurgia Plástica e Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil. Email: mello.plastica@gmail.com

³ Médico Cirurgião Plástico, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: fakhodr@gmail.com



Desses, cerca de 30% ocorrem no nariz. Ao tratar um tumor de pele não melanoma primário o objetivo mais importante é tornar o paciente livre da doença¹⁻³.

Entretanto, a maioria dos pacientes submetidos à ressecção de tumor de pele nasal considera o reparo cirúrgico uma etapa fundamental e as opções de reconstrução devem ser planejadas e discutidas com o paciente².

A reconstrução nasal é desafiadora primeiramente pela posição central e proeminente do nariz na face, com grande importância estética e funcional. Também porque pequenos defeitos nessa região tornam-se muito óbvios. A pele pode variar em cor, espessura, textura conforme a região, sexo, etnia e idade do paciente e, portanto, essa variedade deve ser avaliada para escolha da melhor área doadora para determinado defeito, objetivando um melhor resultado^{3,4}.

A estratégia reconstrutiva poderá ser executada de maneira imediata ou tardia, assim como em um ou mais tempos cirúrgicos. Essa decisão deve considerar diversos fatores como a dimensão do defeito causado, idade e comorbidades do paciente, cirurgias nasais prévias ou realização de radioterapia na pele do nariz e adjacências².

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é realizar uma análise retrospectiva das cirurgias de reconstrução nasal no Serviço de Cirurgia Plástica da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP), SP, Brasil, descrever casos de pacientes submetidos à ressecção oncológica com reconstrução e avaliar as principais opções cirúrgicas.

MÉTODO

Este é um estudo descritivo retrospectivo, do tipo série de casos, que foi realizado através da revisão de prontuários e arquivos fotográficos. Os pacientes foram submetidos à ressecção de tumores de pele conforme critérios oncológicos no Serviço de Cirurgia Plástica da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo entre junho de 2019 e junho de 2020.

Os critérios de inclusão foram pacientes com tumorações nasais malignas, submetidos a ressecção oncológica cujo, resultado de anatomopatológico apresentou margens cirúrgicas livres de doença e com indicação de reconstrução nasal. Todos os procedimentos ocorreram em centro cirúrgico, sob anestesia local e sedação ou anestesia geral, de acordo com o tamanho do procedimento e condições clínicas do paciente. Foi realizado antibioticoprofilaxia com 2g de cefazolina endovenosa na indução anestésica. O tipo de reconstrução foi definido de acordo com a localização e o tamanho do defeito, assim como conforme critérios anatômicos e clínicos que serão abordados a seguir. A



liberação da base do retalho frontal foi prevista para ocorrer a partir de 21 dias de pós operatório, considerando a reavaliação ambulatorial.

RESULTADOS

Foram submetidos à reconstrução nasal pós ressecção de tumor de pele um total de 14 pacientes, sendo 7 do sexo feminino e 7 do sexo masculino, com média de idade de 67 anos, variando entre 47 e 85 anos. Ao avaliar a histopatologia dos tumores de pele, 11 pacientes (79%) foram diagnosticados com Carcinoma Basocelular (CBC) e 3 pacientes (21%) com Carcinoma Espinocelular (CEC). As subunidades nasais mais acometidas foram parede lateral, 11 (78%); asa nasal, 10 (71%); ponta, 9 (64%); dorso, 8 (57%); columela, 3 (21%). Foi observado comprometimento total do nariz em 2 pacientes (14%), sendo estes submetidos à rinectomia total. Para reconstrução nasal, o retalho mais utilizado foi o retalho frontal, em 6 pacientes (42%); seguido do nasogeniano, 4 (28%); Rintala, 2 (14%). Outras opções realizadas cada uma respectivamente em um paciente diferente, foram os retalhos em avanço do tipo V-Y, o retalho de Rieger (dorsoglabelar) e um retalho livre microcirúrgico de região anterolateral da coxa. Em quatro pacientes foi necessária a reconstrução de forro nasal. Optou-se por realização de enxerto de pele total na face cruenta do retalho frontal (Figura 1), com área doadora retroauricular, em dois pacientes; retalho frontal para forro e outro retalho frontal para cobertura em um paciente (Figura 2); dois retalhos nasogenianos para forro e um retalho frontal para cobertura também em um paciente (Figura 3). Nos dois casos citados onde foi realizada a reconstrução nasal total, o retalho utilizado foi o médio-frontal (indiano), sendo necessário refinamentos posteriores.

Dentre as complicações pós reconstrução podemos citar apenas um caso de retalho frontal que evoluiu com deiscência na porção distal. Não houve perda ou sofrimento de retalho em nenhum dos casos. Frequentemente a reconstrução nasal exige múltiplos tempos cirúrgicos. No presente estudo, 7 pacientes foram submetidos a tempo cirúrgico único; 6 pacientes necessitaram de 2-3 tempos cirúrgicos e 1 paciente com 4 tempos.

DISCUSSÃO

O câncer de pele é uma afecção prevalente no Brasil, sendo a área nasal uma das mais atingidas por ser exposta aos efeitos do sol. Os CBC e CEC representam, respectivamente, o primeiro e o segundo tipo de câncer de maior incidência e apresentam índices de cura superiores a 90% quando tratados em fase inicial. A reconstrução nasal constitui uma etapa importante do tratamento do câncer da pele do nariz. Ao escolher o tipo de reconstrução o cirurgião deve ter como principais objetivos a manutenção de um tom de pele similar na cobertura e a reestruturação para suporte nasal, quando



necessário, a fim de evitar a estenose. Além da anatomia, avaliar a condição clínica do paciente, história médica pregressa e situação social, são de suma importância no planejamento cirúrgico. A presença de doenças crônicas como o diabetes mellitus, tabagismo, terapia de radiação prévia, condições pulmonares ou cardiovasculares, podem influenciar no resultado final. Este estudo utiliza o conceito das subunidades estéticas adicionado aos princípios da reconstrução nasal. A escolha do melhor retalho foi baseada nas subunidades nasais acometidas. Existem múltiplas opções para restaurar a integridade funcional e estética após uma perda por afecções oncológicas. O uso de enxertos e retalhos locais é bem conhecido e treinado durante a formação do especialista, porém, técnicas de reconstrução nasal total com cobertura interna e externa, além de suporte, devem ser bem planejadas. Para reconstruções de dimensões maiores, envolvendo dorso e ponta nasal, o retalho frontal foi a escolha em 6 pacientes (42%). O retalho frontal é um dos mais indicados para cobertura externa, já que promove pele de textura e cor semelhantes às do nariz original. Um segundo tempo cirúrgico é necessário para autonomização dos retalhos frontais, ressecção dos pedículos interpolados, reposicionamento das unidades faciais alteradas e possíveis refinamentos. Em geral a liberação do retalho é realizada entre 15 e 21 dias.

CONCLUSÃO

São muitas as opções cirúrgicas para reconstrução de defeitos nasais. Uma análise minuciosa do defeito, da anatomia e da condição clínica do paciente, devem ser consideradas para melhor escolha. Os retalhos locais continuam sendo uma ferramenta de grande valia e é importante que o cirurgião plástico tenha conhecimento das mais variadas técnicas a fim de obter resultados satisfatórios tanto na parte funcional quanto estética do nariz.

REFERÊNCIAS

1. Salgarelli AC, Bellini P, Multinu A, Magnoni C, Francomano M, Fantini F, Consolo U, Seidenari S. Reconstruction of nasal skin cancer defects with local flaps. *Journal of Skin Cancer*. 2011. Article ID 181093. DOI: 10.1155/2011/181093
2. Souza MS, Pessoa SP, Muniz VV, Rebelo AD, Holanda EF, Pessoa LP. Opções de reconstrução após ressecção de tumor de pele nasal. *Rev Bras Cir Plást*. 2019;34(Supl 3): 50-2. DOI: 10.5935/2177-1235.
3. Moura BB, Signore FL, Buzzo TE, Watanabe LP, Fischler R, Freitas JG. Reconstrução nasal: análise de série de casos. *Rev Bras Cir Plást*. 2016;31(3):368-72.



4. Quintas RC, Araujo GP, Medeiros Junior JM, Quintas LM, Kitamura MP, Cavalcanti EF, Firme CN, Glasner RO. Reconstrução nasal complexa: opções cirúrgicas numa série de casos. *Rev Bras Cir Plást.* 2013;28(2):218-22.
5. Ramos RM, Spencer L, Girelli P, Meneguzzik, Martinelli A, Uebel CO. Reconstrução nasal total: uso da “técnica em sanduíche” durante a residência. *Rev Bras Cir Plást.* 2017;32(2):174-80.
6. Veríssimo P, Barbosa MJ. Tratamento cirúrgico dos tumores de pele nasal em idosos. *Rev Bras Cir Plást.* 2009;24(2):219-33.
7. Marcasciano M, Tarallo M, Maruccia M, Fanelli B, Viola G, Casella D, Wals LS, Ciaschi S, Fioramonti P. Surgical treatment with locoregional flap for the nose. *BioMed Research International.* 2017. Article ID9750135. DOI 10.1155/2017/9750135
8. Cox A, Fort M. Nasal reconstruction involving multiple subunits defects. *Fascial Plast. Surg.* 2017;33:58-66
9. Costa MM. Versatilidade do retalho médio-frontal nas reconstruções faciais. *Rev Bras Cir Plást.* 2016;31(4):474-80.
10. Onishi K, Okada E, Hirata A. The Rintala flap: A versatile procedure for nasal reconstruction. *Am J Otolaryngol Head Neck Med Surg.* 2014;35(5):577-81.

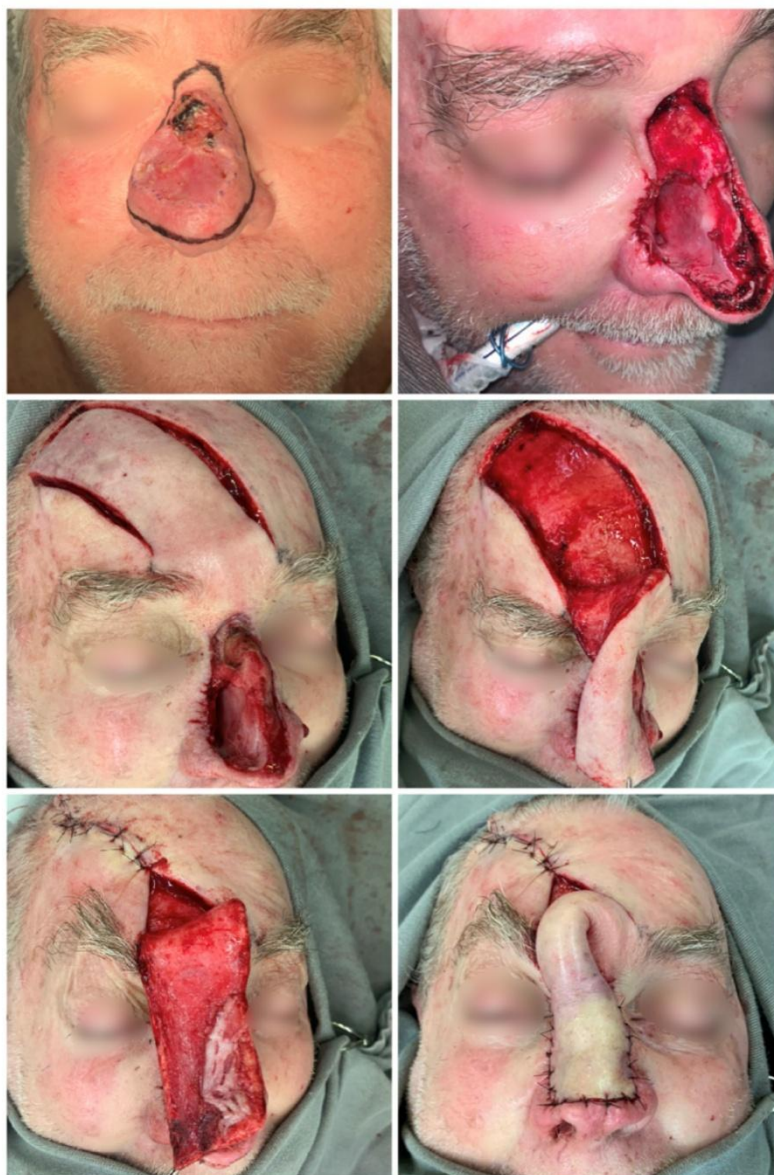
FIGURAS

Figura 1: Paciente submetido a ressecção de tumor de pele com defeito de espessura total. Reconstrução em segundo tempo cirúrgico após resultado histopatológico. Realizado retalho frontal para cobertura externa e enxerto de pele total (área doadora retroauricular) para cobertura de face mucosa da parede lateral direita.



Figura 2: Paciente submetido a ressecção de tumor de pele com defeito de espessura total em parede lateral direita. Reconstrução em segundo tempo cirúrgico após resultado histopatológico. Realizado retalho frontal paramediano pequeno à direita para cobertura interna e retalho frontal paramediano esquerdo para cobertura externa. Secção do pedículo e reposicionamento da cabeça do supercílio após 3 semanas.



Figura 3: Paciente submetido a ressecção de tumor de pele com defeito de espessura total em ponta e dorso nasal. Realizado retalho nasogeniano bilateral para cobertura interna e retalho frontal paramediano direito para cobertura externa.



Figura 4: Três pacientes submetidos a ressecção de tumor de pele em asa e ponta nasal sem acometimento de mucosa nasal. Realizado retalho nasogeniano com cobertura adequada.



Figura 5: Paciente submetido a ressecção de tumor de pele em dorso e parede lateral nasal sem acometimento de cartilagem ou mucosa nasal. Realizado retalho de retalho de Rintala e dois retalhos de avanço da região malar.