

RETALHO NASOGENIANO V-Y DE AVANÇO - DUAS VARIANTES ÚTEIS NA RECONSTRUÇÃO NASAL

Diogo Matos¹, João Goulão²

¹Interno do Internato Complementar de Dermatologia e Venereologia/Resident, Dermatology and Venereology

²Assistente Hospitalar de Dermatologia e Venereologia/Consultant, Dermatology and Venereology

RESUMO – O retalho de avanço V-Y ou retalho “em ilha” adapta-se perfeitamente ao sulco nasogeniano, sendo extremamente útil nesta localização. Para além da sua aplicação clássica como um retalho de avanço vertical, múltiplas variantes e consequentes aplicações têm vindo a ser descritas.

Os autores descrevem dois casos clínicos com diferentes aplicações deste retalho, refletindo graus de complexidade distintos. No primeiro caso um homem de 64 anos é submetido à excisão de um carcinoma basocelular paranasal esquerdo, donde resultou um defeito com cerca de 2 cm de diâmetro. O segundo caso refere-se a um homem de 61 anos com um carcinoma basocelular da asa do nariz, cuja excisão resultou num defeito transfixivo do pé da asa do nariz e a porção perialar do sulco nasogeniano.

Serão discutidos os detalhes das reconstruções cirúrgicas efetuadas. Estas passaram, no primeiro caso, pela execução de um retalho V-Y de avanço centrado no sulco nasogeniano, e no segundo, pela utilização de um retalho de avanço centrado no sulco nasogeniano, o qual foi dobrado sobre si mesmo para fora.

PALAVRAS-CHAVE – Carcinoma basocelular; Sulco nasogeniano; Retalhos cirúrgicos; Nariz; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos.

NASOLABIAL V-Y ADVANCEMENT FLAP - TWO APPLICATIONS, TWO COMPLEXITIES

ABSTRACT – The V-Y advancement flap is perfectly adaptable to the nasolabial fold and is extremely useful in that location. Apart from its classic application as vertical advancement flap, multiple variants have been described.

The authors describe two case reports with two different applications of this flap, which represent two different degrees of technical complexity. In the first case, a 64-year-old male has a left paranasal basal cell carcinoma that was excised, resulting in a 2 cm width surgical defect. The second case mentions a 61-year-old male with a basal cell carcinoma of the nasal ala, which excision resulted in a defect affecting the full-thickness of part of the nasal ala and the perialar portion of the nasolabial fold.

The details of the surgical reconstructions by means of a nasolabial fold- centered V-Y advancement flap, in the first case, and a turnover advancement flap centered in the nasolabial fold, in the second case, will be discussed.

KEY-WORDS – Carcinoma, basal cell; Nasolabial fold; Surgical flaps; Reconstructive surgical procedures; Nose.

Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

No conflicts of interest.

Suporte financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

No sponsorship or scholarship granted.

Direito à privacidade e consentimento escrito / Privacy policy and informed consent: Os autores declaram que pediram consentimento ao doente para usar as imagens no artigo. *The authors declare that the patient gave written informed consent for the use of its photos in this article.*

Recebido/Received - Agosto/August 2014; Aceite/Accepted – Setembro/September 2014

Dermatologia Cirúrgica

Correspondência:

Dr. Diogo Matos

Serviço de Dermatovenereologia,
Hospital Garcia de Orta,
Avenida Torrado da Silva
2801-951 Almada, Portugal
Email: diogomatos.pt@gmail.com

INTRODUÇÃO

Os retalhos de avanço V-Y são uma arma extremamente útil na reconstrução de defeitos cirúrgicos em diversas localizações¹. Têm, por definição, um pedículo exclusivamente subcutâneo e podem ser avançados, quer vertical quer horizontalmente, podendo ser interpretados como o avanço de um dos “triângulos de Burrow” que resultariam duma excisão elíptica convencional. Esta versatilidade, aliada a uma grande viabilidade e a uma execução técnica relativamente simples, levaram ao seu uso generalizado em cirurgia dermatológica¹⁻³. Daqui resultou a evolução para diversas variantes, tais como a sua utilização com um pedículo lateral e avanço em pêndulo ou “asa de cometa”,⁴ a sua aplicação bilateral para encerramento de defeitos de maiores dimensões, ou o seu enrolamento e transposição. Tais variantes não só aumentaram ainda mais a sua aplicabilidade, como também a sua complexidade de execução.

Centrado no sulco nasogeniano, a cuja conformação se adapta perfeitamente, o retalho de avanço V-Y,

foi inicialmente descrito como um retalho de avanço vertical, permitindo a resolução de defeitos cirúrgicos paranasais e infraorbitários⁵. Posteriormente, têm vindo a ser descritas diversas variantes que permitiram a correcção de defeitos localizados excêntricamente a esta linha de avanço desde o sulco nasogeniano até ao canto interno/região infraorbitária.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Reporta-se o caso clínico de um homem de 64 anos com o diagnóstico de carcinoma basocelular, envolvendo a região paranasal esquerda. A sua excisão, com margens cirúrgicas apropriadas resultou num defeito cirúrgico circular com 2 cm de diâmetro (Fig. 1).

Para a reconstrução optou-se pela execução de um retalho V-Y de avanço vertical em ilha. Assim, desenhou-se um retalho de pele, em forma de “V”, com o limite interno coincidente com o sulco nasogeniano, desde a comissura labial e prolongando-se até ao defeito, e o

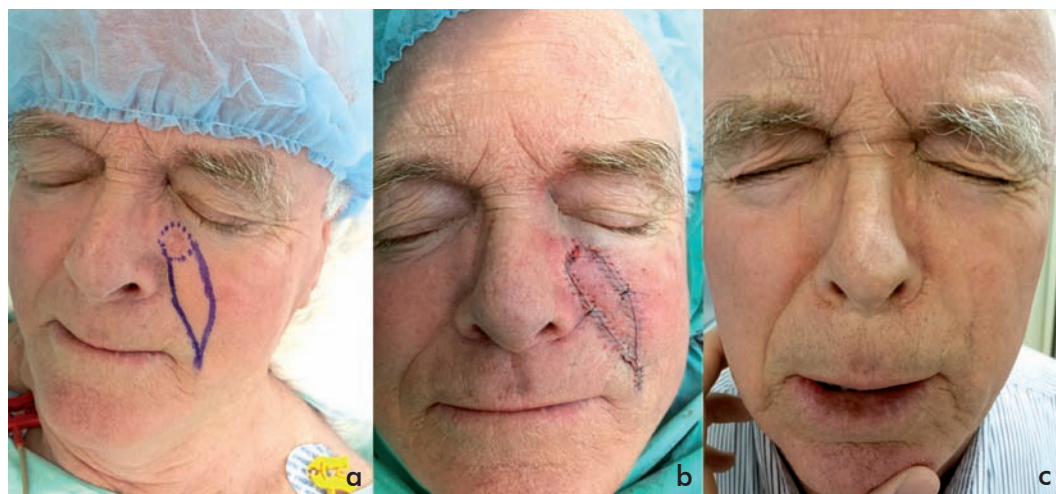


Fig 1 - a) Carcinoma basocelular paranasal à esquerda. Limites cirúrgicos e retalho de avanço V-Y desenhados; **b)** Pós-operatório imediato; **c)** 6 meses pós-operatório.

Dermatologia Cirúrgica



Fig 2 - a) Carcinoma basocelular do pé da asa do nariz. Desenho dos limites cirúrgicos e retalho planejado; **b)** Defeito envolvendo toda a espessura do pé da asa do nariz e porção perialar do sulco nasogeniano. Incisões de retalho nasogeniano; **c)** Retalho nasogeniano avançado em ilha, rodado para dentro e fixo à parede interna da narina; **d)** Retalho, depois de avançado e fixo à parede interna, dobrado sobre si mesmo para fora; **e)** Pós-operatório imediato.

limite externo composto por uma linha partindo do defeito e terminando no sulco naso-geniano ao nível da comissura labial, no vértice do retalho. Individualizou-se um pedículo subcutâneo na porção central do retalho. Posteriormente o retalho foi avançado em ilha e suturado ao defeito cirúrgico.

O resultado estético é bastante bom, notando-se contudo um apagamento do sulco nasogeniano, o qual terá tendência a melhorar.

Caso 2

Reporta-se o caso clínico de um homem de 61 anos com o diagnóstico de carcinoma basocelular, do pé da asa do nariz (Fig. 2). A excisão deste tumor, com margens cirúrgicas apropriadas, resultou num defeito envolvendo toda a espessura do pé da asa do nariz, bem como uma porção perialar do sulco nasogeniano.

Para a reconstrução optou-se pela realização dum retalho V-Y de avanço centrado no sulco nasogeniano, dobrado sobre si mesmo para fora (retalho nasogeniano "turnover").

Assim, isolou-se um retalho de pele limitado internamente pelo sulco nasogeniano homolateral, com

uma largura corresponde à largura do defeito cirúrgico, acompanhando a conformação arciforme do mesmo até à comissura labial. Tal como num retalho V-Y clássico, este foi descolado e desengordurado até uma espessura de cerca de 3mm deixando apenas um pequeno pedículo subcutâneo na porção superior do mesmo, mas não envolvendo o seu extremo superior, também este descolado. O retalho foi avançado em ilha descrevendo um arco para o defeito cirúrgico e rodado para dentro, de maneira a que o seu extremo superior fosse suturado ao limite superior do bordo interno do defeito cirúrgico, com a sua face cutânea virada para dentro da narina. Posteriormente, suturaram-se os limites laterais do retalho, por dentro da narina, ao restante bordo interno do defeito cirúrgico até aos limites do anel alar. Nesta fase, a porção cutânea do retalho encontrava-se virada para dentro da narina, formando a parede interna da asa do nariz. Em seguida o retalho foi dobrado sobre si mesmo para fora ao nível do anel alar, a ponta foi desperdiçada, e o mesmo foi adaptado e suturado ao limite antero-interno e superior da superfície cutânea externa da asa do nariz. Postero-externamente suturou-se este folheto do retalho ao limite superior do sulco nasogeniano

Dermatologia Cirúrgica



Fig 3 - a) 1 ano pós-operatório, vista lateral; b) 1 ano pós-operatório, vista frontal; c) 1 ano pós-operatório, vista inferior.

entretanto reconstruído através da sutura directa da zona dadora do retalho. Como se pode constatar o resultado estético é bastante bom (Fig. 3), mantendo-se a rigidez da asa do nariz sem colapso inspiratório. A asa do nariz foi perfeitamente reconstruída bem como a transição entre esta e o sulco nasogeniano. Refere-se, contudo, um certo edema do retalho que vai ficando menos perceptível com o tempo de seguimento, o qual resulta numa irregularidade na espessura perceptível ao nível do anel alar. Esta não é visível na vista frontal e lateral, sendo apenas apreciável na vista inferior, razão pela qual não compromete esteticamente o resultado do retalho.

CONCLUSÃO

O sulco nasogeniano, dada a sua configuração ar-ciforme, destaca-se como uma das localizações ideais para a utilização de retalhos V-Y de avanço. A rica vascularização, com múltiplas anastomoses subcutâneas, e a própria abundância de tecido adiposo nesta localização, facilitam a execução e viabilidade destes retalhos. Os dois casos clínicos aqui expostos ilustram dois extremos da complexidade de um mesmo conceito de realização de retalhos cutâneos.

O primeiro caso clínico, demonstra a facilidade de execução do retalho V-Y na sua aplicação clássica. Os resultados obtidos são extremamente satisfatórios, apontando-se, contudo como limitação os defeitos localizados muito superiormente, especialmente quando envolvendo a região infraorbitária. Nestes, o avanço do retalho, quando exequível, poderá cursar com um encerramento sob tensão, que tendencialmente poderá conduzir ao desenvolvimento de ectropion, com as consequências inerentes.

O retalho nasogeniano "turnover", também conhecido como retalho de Spear,⁶ exemplificado pelo segundo caso clínico aqui reportado, configura-se como uma alternativa competente para defeitos complexos envolvendo a espessura total da asa do nariz e a zona perialar, no caso a porção superior do sulco nasogeniano⁵⁻⁹.

Num só tempo cirúrgico é possível reconstruir as faces intra-nasal (interna) e externa (superficial) da asa do nariz, bem como a transição desta para o sulco nasogeniano e lábio superior, sem alterar as relações concavidade/convexidade originais. Tudo isto mantendo a rigidez e consequente funcionalidade respiratória da asa do nariz⁶⁻¹¹. Esta rigidez só é assegurada exclusivamente pelo dobrar do retalho sobre si mesmo para defeitos interessando até 30-50% da asa do nariz. Defeitos de dimensões superiores têm de ser reforçados por um enxerto cartilágíneo ou condro-mucoso¹².

Como complicações, para além da já referida dificuldade em manter a espessura original exacta da asa do nariz, aponta-se a perda de viabilidade com necrose e falência do retalho. Esta resulta de um pedículo estreito a que se associa a necessidade de uma considerável manipulação do retalho. Por este último motivo esta perda de viabilidade vai diminuindo com o ganho de experiência na execução do retalho.

Como limitação apontam-se os defeitos de grandes dimensões envolvendo a quase totalidade da asa do nariz. Nestes casos, o retalho em discussão não é praticável já que o seu avanço é limitado pelo facto de ter um pedículo curto e a sua largura limitada pela largura máxima de pele, em torno dos 3-4cm, que pode ser excisada externamente ao sulco nasogeniano sem comprometer um encerramento directo e sem deformidade secundária resultante⁸⁻¹¹.

REFERÊNCIAS

1. Brodland DG. Advancement flaps. In: Roenigk RK, Roenigk HH Jr, editors. *Dermatologic Surgery: Principles and Practice*, 2nd ed. New York: Marcel Dekker; 1996. p. 256-260.
2. Dzubow LM. Subcutaneous island pedicle flaps. *J Dermatol Surg Oncol*. 1986; 12:591-6.
3. Krishnan R, Garman M, Nunez-Gussman J, Orengo I. Advancement flaps: a basic theme with many variations. *Dermatol Surg*. 2005; 31(8 Pt 2):986-94.
4. Tavares E, Pacheco D, Rosa J. Retalho de avanço v-y de pedículo proximal para encerramento de defeito cirúrgico do dorso da mão. *Rev Soc Port Dermatol Venereol*. 2012; 70(3):345-7.
5. Rapstine ED, Knaus WJ 2nd, Thornton JF. Simplifying cheek reconstruction: a review of over 400 cases. *Plast Reconstr Surg*. 2012 ;129(6) :1291-9
6. Spear SL, Kroll SS, Romm S. A new twist to the nasolabial flap for reconstruction of lateral alar defects. *Plast Reconstr Surg*. 1987; 79(6):915-20.
7. Kroll SS. Nasal alar reconstruction using the nasolabial turnover flap. *Laryngoscope*. 1991; 101(10):1127-31.
8. Feinendegen DL, Langer M, Gault D. A combined V-Y advancement-turnover flap for simultaneous perialar and alar reconstruction. *Br J Plast Surg*. 2000; 53(3):248-50.
9. Rohrich RJ, Conrad MH. The superiorly based nasolabial flap for simultaneous alar and cheek reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 2001; 108(6):1727-30.
10. Cook JL. Reconstruction of a full-thickness alar wound with a single operative procedure. *Dermatol Surg*. 2003; 29(9):956-62.
11. Kishi K, Imanishi N, Shimizu Y, Shimizu R, Okabe K, Nakajima H. Alternative 1-step nasal reconstruction technique. *Arch Facial Plast Surg*. 2012; 14(2):116-21.
12. Qian C, Yaodong X, Xiaoming H, Shaochong F, Yiqing Z. Repair of full-thickness alar defects. *Dermatol Surg*. 2012; 38(10):1639-44.