

COMBINAÇÃO DE TÉCNICAS SIMPLES PARA RECONSTRUÇÃO DE UM DEFEITO COMPLEXO DA ASA DO NARIZ APÓS CIRURGIA DE MOHS

Tiago Mestre¹, Daniela Cunha², Jorge Cardoso³

¹Interno de Dermatologia e Venereologia/Resident of Dermatology and Venereology

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

³Chefe de Serviço e Director do Serviço de Dermatologia e Venereologia/Consultant Chief of Dermatology and Venereology and Head of the Department

Serviço de Dermatologia e Venereologia, Hospital Curry Cabral – CHLC, Lisboa, Portugal

RESUMO – Os autores descrevem a combinação de um conjunto de técnicas simples para corrigir um defeito complexo da região malar, sulco nasogeniano e asa nariz. A utilização de um retalho “em dobradiça” de tecido celular subcutâneo permite corrigir a profundidade do defeito, restaurar o contorno anatómico e a posterior utilização de um retalho simples ou enxerto. A utilização do retalho em dobradiça subcutâneo é uma excelente alternativa a retalhos interpolados para a reconstrução de defeitos complexos centro-faciais.

PALAVRAS-CHAVE – Cirurgia de Mohs; Nariz, cirurgia; Neoplasias do nariz, cirurgia; Procedimentos cirúrgicos reconstitutivos; Retalhos cirúrgicos.

COMBINATION OF SIMPLE TECHNIQUES FOR RECONSTRUCTION OF A COMPLEX ALA OF NOSE DEFECT AFTER MOHS SURGERY

ABSTRACT – The authors describe the combination of simple techniques to correct a complex surgical defect of malar area, nasolabial fold and ala of nose. The subcutaneous hinge flap restores the anatomic contour and enables the use of a simple flap or graft for reconstruction of the skin surface. Hinge flaps are an excellent alternative to more complex interpolated flaps for reconstruction of central facial surgical wounds.

KEY WORDS – Mohs surgery; Nose, surgery; Nose neoplasms, surgery; Reconstructive surgical procedures; Surgical flaps.

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 - Janeiro/January 2015; Aceite/Accepted – Março/March 2015

Dermatologia Cirúrgica

Correspondência:

Dr. Tiago Mestre

Serviço de Dermatologia e Venereologia

Hospital Curry Cabral – CHLC

Rua da Beneficência n.º 8

1069-166 Lisboa, Portugal

Tel: +351 21 792 4200

Email: tiago.g.mestre@gmail.com

INTRODUÇÃO

A cirurgia de Mohs oferece a mais alta taxa de cura na excisão de cancro cutâneo não melanoma. A sua utilização em tumores alto risco e/ou recidivantes leva muitas vezes a defeitos cirúrgicos complexos. O nariz com a sua localização central e proeminente, contorno tridimensional, textura variada e função crítica, é uma estrutura vital que na maioria das vezes requer técnicas reconstrutivas complexas em cirurgia oncológica. O cirurgião deve optar pela técnica cirúrgica mais simples que permita o melhor resultado funcional e cosmético.

CASO CLÍNICO

Os autores apresentam o caso de uma doente de 80 anos, com recidiva de um carcinoma basocelular, medindo 20x14mm, localizado no sulco nasogeniano direito, que havia sido excisado por cirurgia convencional 4 anos antes (Fig. 1). A doente foi submetida a cirurgia micrográfica de Mohs, sendo a lesão totalmente removida após 2 estadios e 4 secções. Desta

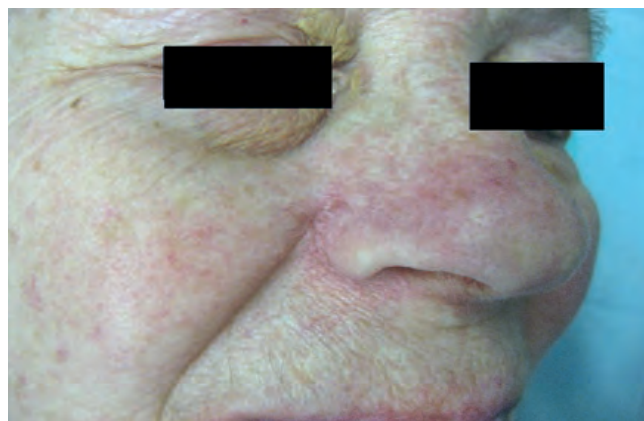


Fig 1 - Placa de dimensões de 20x14mm, em local de excisão de carcinoma basocelular 4 anos antes. A biópsia da mesma foi compatível com carcinoma basocelular.

resultou um defeito cirúrgico medindo 28x18 mm (Fig. 2A), envolvendo 3 subunidades cosméticas (subunidade malar central, asa do nariz e parede lateral nariz) em que a profundidade do defeito se revelava o principal desafio cirúrgico.



Fig 2 - A) Defeito cirúrgico final, muito profundo, com 28x18mm de largura, envolvendo 3 subunidades cosméticas (subunidade malar central, asa do nariz e parede lateral nariz); B) Reconstrução com retalho em dobradiça de tecido celular subcutâneo, retalho de avanço malar e dois enxertos de Burow; C) Resultado no pós-operatório imediato.

Dermatologia Cirúrgica

Os autores optaram pela reconstrução do defeito num único tempo cirúrgico através dum retalho em dobradiça de tecido celular subcutâneo para restauro do contorno (Fig. 2B), seguido de um retalho de avanço malar e dois enxertos de *Burrow*, obtidos a partir dos triângulos de descarga do retalho do avanço malar. O retalho foi desenhado com forma de “C” e elevado, sendo ligeiramente subdimensionado. A componente axial do retalho manteve-se fixa ao músculo subjacente, rebatendo-se sobre o próprio pedículo, à semelhança de uma página de livro. O retalho é então fixado nos vértices e bases laterais com fio absorvível (*vycriil 5/0*[®], *Poliglactina 910* violeta, trançada absorvível, *Ethicon*[®]). A espessura do retalho subcutâneo foi estimada de acordo com o volume necessário à correção do defeito original. Pouca ou nenhuma alteração de contorno foi produzida na área dadora. Posteriormente recorreu-se a um simples retalho de avanço malar, utilizando-se os respetivos triângulos de descarga como enxertos de *Burrow*. Deste modo, permitiu-se reconstruir individualmente cada uma das unidades cosméticas (Fig. 2C). O procedimento cirúrgico foi bem tolerado, sem intercorrências no

pós-operatório e com excelente resultado funcional e cosmético aos 8 meses (Fig. 3).

DISCUSSÃO

Os retalhos em dobradiça podem ser realizados com tecido muscular ou tecido celular subcutâneo. Foram inicialmente descritos por Leonard¹ em 1980 na utilização de tecido muscular para reparação de defeitos da parede torácica e extremidades por Johnson² em 1994 na modalidade de retalhos de tecido celular subcutâneo.

As vantagens da utilização desta simples técnica são a restituição do contorno (correção da profundidade do defeito); o fornecimento de um bom leito vascular para retalhos ou enxertos suprajacentes; a sua reduzida morbidade da região dadora; a boa relação custo-eficácia comparativamente com reparações complexas em vários estádios,³ principalmente em doentes residentes a longas distâncias, com comorbidades e baixas expectativas cosméticas. Por outro lado o retalho em dobradiça confere estrutura, o que de algum modo permite contrariar a normal contração da ferida cirúrgica e dos tecidos circunvizinhos. Este retalho pode ser utilizado em defeitos da asa nariz e região malar, parede nasal, canto interno olho e região malar infra-orbitária. O defeito ideal para aplicação desta técnica tem cerca de 1-3 cm de maior eixo, localização centro-facial, e profundidade suficiente para requer uma reposição de volume a nível do tecido celular subcutâneo, que de outro modo não seria possível apenas com um retalho local ou enxerto.

A maior limitação da reconstrução com retalho em dobradiça é a existência de uma zona dadora apropriada, que evite a criação de um segundo defeito deprimido. Adicionalmente, deve-se evitar realizar um retalho de grande dimensão ou sobredimensionado, pois esse excesso poderá conduzir ao desenvolvimento do efeito “pin-cushioning” da cicatriz.⁴ Devido à extensa alteração da arquitetura dos tecidos, com consequente dificuldade de identificação de eventual recidiva, esta reconstrução deve ser limitada a casos em que se garanta a excisão completado tumor, através da cirurgia de Mohs ou por encerramento diferido após resultado de exame histopatológico.

Apresentamos este caso para ilustrar uma opção de reconstrução de um defeito cirúrgico complexo numa área cosmética e funcionalmente sensível. A utilização de retalhos em dobradiça subcutâneos



Fig 3 - Resultado aos 8 meses de pós-operatório, com óptimo resultado funcional e cosmético.

Dermatologia Cirúrgica

combinados com outras técnicas simples de reconstrução revela-se uma excelente alternativa a retalhos interpolados para a reconstrução de defeitos complexos centro-faciais.

REFERÊNCIAS

1. Leonard AG. Reconstruction of the chest wall using a deepithelialised "turn-over" deltopectoral flap. *Br J Plast Surg.* 1980; 33:187-9.
2. Johnson TM, Baker S, Brown MD, Nelson BR. Utility of the subcutaneous hinge flap in nasal reconstruction. *J Am Acad Dermatol.* 1994 30:459-66.
3. Salmon P, Mortimer S, Hill S. Muscular hinge flaps: Utility and technique in facial reconstructive surgery. *Dermatol Surg.* 2010; 36:227-34.
4. Braun M, Cook J. Hinge flaps in facial reconstruction *dermatol Surg.* 2007; 33:213-21.