

### RECONSTRUÇÃO CIRÚRGICA DOS 2/3 MÉDIOS DO NARIZ

João Goulão, Constança Furtado  
Serviço de Dermatologia, Hospital Garcia de Orta, E.P.E., Almada

**RESUMO** – A reconstrução do nariz, após exérese cirúrgica de um tumor maligno, pode ser efectuada por várias técnicas. As opções incluem enxertos de pele e/ou retalhos locais e regionais, como o frontal paramediano.

Constitui sempre um desafio para o cirurgião, pois o nariz tem uma complexidade de contornos, textura e coloração da pele, que lhes são únicos.

Para se atingir uma reconstrução ideal deverá balancear-se o intuito cirúrgico curativo com a preservação funcional e cosmética do órgão.

Os autores descrevem, com um caso clínico ilustrativo, um retalho geniano triangular de avanço bilateral, associado a enxerto livre total de pele, na reconstrução de um defeito de médias/grandes dimensões do nariz, num único tempo cirúrgico.

**PALAVRAS-CHAVE** – Subunidades estéticas da face; Sulcos naturais da face; Retalho geniano triangular de avanço.

---

### FLAP RECONSTRUCTION FOR THE MIDDLE TWO-THIRDS OF THE NOSE

**ABSTRACT** – Nasal reconstruction after the excision of a malignancy can be accomplished in several ways. Treatment options include full-thickness skin grafts, various loco-regional flaps and the paramedian forehead flap.

It is always a challenge for the surgeon, mainly because of the complexity of the nasal surface lines and the diversity of the colour, texture and appearance of its lining skin. The principles of an ideal nasal reconstruction must accomplish an adequate balance between surgery with curative intention, functional preservation and acceptable cosmetic result. Herein the authors describe, with an illustrative case report, a bilateral triangular cheek advancement flap, complemented with a full thickness skin graft, for the reconstruction of medium-large defects of the nose, in a single staged procedure.

**KEY-WORD** – Aesthetic subunits of the face; Natural grooves of the face; Triangular cheek advancement flap.

#### Correspondência:

Dr. João Goulão  
Serviço de Dermatologia  
Hospital Garcia de Orta  
Av. Torrado da Silva  
2801-951, Almada  
Tel: 212942141  
Fax: 212957004

# Dermatologia Cirúrgica

## INTRODUÇÃO

A reconstrução nasal exige arte e fica sempre aquém das expectativas, pois é difícil restaurar o contorno, a textura e a função do nariz. Em qualquer reconstrução nasal há que ter em consideração três planos: revestimento interno, suporte cartilágneo e o revestimento externo<sup>1</sup>.

No que respeita ao revestimento externo, *Burget* e *Menick*<sup>2</sup>, desenvolveram dois conceitos: zonas cutâneas nasais e subunidades.

O nariz é formado por diferentes zonas no que respeita à espessura da pele e constituição sebácea. A zona I, localizada na raiz, dorso e paredes laterais do nariz, caracteriza-se por uma pele fina, não aderente e pobre em glândulas sebáceas; a zona II, ao nível da ponta e asas do nariz, é a mais espessa, aderente e com maior conteúdo em glândulas sebáceas; a zona III, é também fina e pouco sebácea, sendo constituída pela junção ponta-columela, columela propriamente dita, triângulos moles, anéis alares.

O nariz está dividido em nove subunidades distintas, de acordo com os contornos naturais, pregas e sombras. Cinco destas subunidades são convexas: ponta/ápex, dorso, columela e asas; e quatro subunidades côncavas: paredes laterais e triângulos moles. As incisões estrategicamente colocadas na junção de duas subunidades adjacentes produzirão cicatrizes praticamente imperceptíveis (camufladas). Quando um defeito cirúrgico envolve >50% de uma subunidade, recomenda-se a excisão da subunidade remanescente, substituindo-a por enxerto ou retalho<sup>1,2</sup>. Este princípio otimiza o resultado cosmético.

## CASO CLÍNICO

Um homem de 77 anos de idade foi-nos orientado por um carcinoma basocelular multirecidivado, com atingimento da raiz, dorso e parte das paredes laterais do nariz. A exérese originou um defeito cirúrgico de todo o dorso nasal, incluindo paredes laterais. Os planos de revestimento interno e de suporte cartilágneo permaneceram intactos (Fig.1).

Como encerrar este defeito cirúrgico?

## TÉCNICA CIRÚRGICA

Sob anestesia local com lidocaína a 1% com adrenalina, o tumor com uma margem de 5mm foi excisado,

numa primeira fase em forma circular e posteriormente, após planeamento da zona dadora para a reconstrução, numa forma triangular (Fig. 1). O defeito cirúrgico produziu um triângulo de base inferior paralelo aos anéis alares, em ambas as paredes laterais do nariz, incluindo praticamente toda a subunidade estética do dorso do nariz. Inferiormente, desenhou-se um triângulo de base superior (triângulo de Burow's), em que o lado interno corresponde ao sulco naso-geniano. A base do triângulo inferior deverá ter o mesmo comprimento da base do triângulo do defeito cirúrgico, correspondente à distância que o retalho terá que avançar (Fig. 2).



Fig. 1



Fig. 2

As incisões foram colocadas estrategicamente ao longo do sulco asa-face e naso-geniano.

Para o retalho ficar bem integrado no defeito, foi necessário desengordura-lo. Após sutura dos retalhos,

## Dermatologia Cirúrgica

as dimensões do defeito cirúrgico foram reduzidas respeitando as subunidades estéticas, tendo ficado ao nível do dorso do nariz um defeito rectangular (Fig.3) que foi encerrado com enxerto livre de pele total da glabella (Fig.4).

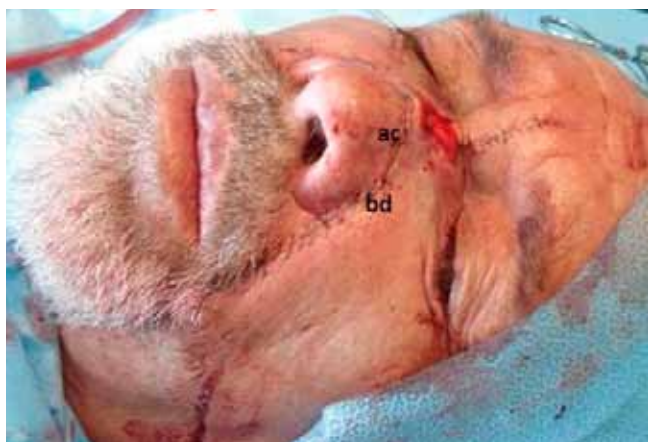


Fig. 3



Fig. 4

No pós-operatório não houve intercorrências e o doente regressou ao fim de 7 dias para remoção da sutura. Não houve necessidade de proceder a revisões de cicatriz. O resultado histopatológico confirmou carcinoma basocelular, tendo sido a exérese completa. O doente está actualmente no 2º ano de "follow-up", sem recidiva local, e com um resultado cosmético aceitável (Fig. 5).



Fig. 5

### DISCUSSÃO

O nariz é uma estrutura nobre e funcional da face com várias abordagens de reconstrução, porém do ponto de vista estético, ficam sempre aquém do desejado.

A cicatrização por segunda intenção só seria contextualizada para defeitos cirúrgicos inferiores a 1cm<sup>2</sup> centrados numa subunidade estética e se esta fosse côncava<sup>3</sup>.

Os enxertos de pele se forem bem planeados, respeitando as subunidades estéticas do nariz, e colhidos de uma zona dadora apropriada, podem associar-se a bons resultados estéticos. O enxerto de pele parcialmente está indicado no nariz<sup>3</sup>. Um enxerto de pele livre total seria uma opção válida, uma vez que o defeito localiza-se na zona I do nariz, onde o resultado estético pós enxerto é muito favorável. É determinante a escolha da zona dadora; esta deve ficar totalmente camuflada e passível de encerramento directo. As características da pele, como textura, espessura, pigmentação e densidade pilosa, também são preponderantes para o resultado cosmético final. Se houver dúvidas quanto à radicalidade da excisão, deve-se preferir o enxerto de pele para encerramento da área cruenta,

# Dermatologia Cirúrgica

ainda que temporariamente, para depois se efectuar mais tarde a reconstrução com retalhos (aplicação de enxerto em diferido)<sup>3</sup>.

No Serviço de Dermatologia do Hospital Garcia de Orta, prefere-se a técnica de retalhos loco-regionais em detrimento da de enxertos. A espessura dos defeitos, na sua grande maioria, ultrapassam o tecido celular subcutâneo, sendo raramente só de pele. Assim sendo, o contorno pode ficar deprimido, para além da coloração e textura dos enxertos de pele nem sempre serem previsíveis.

No nosso doente, poder-se-ia ponderar efectuar um retalho nasogeniano de pedículo superior bilateral, mas este retalho associa-se a resultados esteticamente pouco aceitáveis, tais como o efeito “alçapão” (ou efeito “tenda”) do retalho e o preenchimento do sulco nasogeniano.

O retalho frontal paramediano é uma óptima escolha na reconstrução de defeitos no nariz, em extensão e espessura. Tem ainda a vantagem, ao contrário do retalho frontal mediano, de permitir posteriormente o uso de outro retalho paramediano, aumentando assim as possibilidades reconstrutivas do nariz<sup>3</sup>. Não optámos por este retalho, uma vez que o defeito é apenas do revestimento externo, pelo que ficaria uma seqüela na frente que é mal aceite pelos doentes e, por outro lado, necessitaria de dois tempos cirúrgicos.

Defeitos de média/grande dimensão do nariz são candidatos para o retalho malar de avanço, o qual avança a pele laxa geniana através do sulco nasogeniano até ao dorso. Ao efectuarmos a excisão de um triângulo labiofacial (triângulo de Burrow’s) conseguimos um maior deslizamento da área geniana até à face lateral do nariz, sem violar o sulco nasogeniano. Neste caso não foi necessário, mas poder-se-á dar pontos tranfixivos para recrear o sulco nasogeniano, sem risco de necrose do retalho, uma vez que este tem um largo pedículo. O resultado estético final foi bom, visto que as características da pele são muito semelhantes à do nariz, dada a sua proximidade, e a seqüela das zonas dadoras foi mínima, uma vez que as incisões foram colocadas nos sulcos naturais, ficando assim camufladas.

Quanto ao defeito rectangular do dorso do nariz, este poderia ter sido encerrado com enxerto de pele total colhido do triângulo labiofacial retirado para facilitar o deslizamento da área geniana até à face lateral do nariz; mas como o doente tinha excesso de pele da região glabellar, optou-se por colher pele desta zona, dada a semelhança dessa pele com a do dorso do nariz – substituir estruturas em falta por outras iguais.

## CONCLUSÕES

- O segredo de uma reconstrução estética baseia-se na visualização do que é normal e na determinação do que falta quer em termos anatómicos quer estéticos<sup>4</sup>.
- A pele da face deve ser substituída por pele da face.
- Sempre que possível, as reconstruções devem ser feitas na mesma subunidade estética.
- As incisões colocadas nos sulcos faciais normais ou nas fronteiras entre as subunidades cosméticas, ficam camuflados, produzindo resultados estéticos mais satisfatórios<sup>4</sup>.
- Os resultados estéticos alcançados são superiores, se respeitarmos o seguinte princípio: se o defeito cirúrgico ocupar mais que 50% de uma subunidade estética, o tecido remanescente deve ser excisado para se proceder à reconstrução de toda a unidade<sup>1,2</sup>.
- O desenho do triângulo secundário (retalho de Burrow’s) deve ficar pendente até o retalho ser avançado e suturado na localização final, porque em muitos casos a redundância cutânea é menor que o defeito triangular original.
- No nariz opta-se sempre por enxerto total de pele em detrimento do enxerto parcial de pele, pois no primeiro ocorre menor contracção e a compatibilidade da pele é superior em termos de coloração, textura e espessura. A pele da glabella, nos doentes com pele redundante, é uma excelente área dada, pois as rugas camuflam as incisões/cicatrizes.

## BIBLIOGRAFIA

1. Chang JS, Becker SS, Park SS: Nasal reconstruction: the state of the art. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 12: 336-43 (2004).
2. Burget GC, Menick FJ: The subunit principle in nasal reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 76: 239-47 (1985).
3. Almeida Rosa J: Princípios e Técnicas Cirúrgicas em Reconstrução Nasal. In José Rosa de Almeida (eds), *Cirurgia Oncológica do Nariz*, Lisboa, Lidel, 2006, pp15-54.
4. Menick FJ: Facial Reconstruction with Local and Distant Tissue: The Interface of Aesthetic and Reconstructive Surgery. *Plast Reconstr Surg* 102: 1424-33 (1998).