

### RETALHO INTERPOLADO DO SULCO MELOLABIAL PARA ENCERRAMENTO DE DEFEITOS COMPLEXOS DO NARIZ

Pedro Andrade<sup>1</sup>, David Serra<sup>1</sup>, José Carlos Cardoso<sup>2</sup>, Ricardo Vieira<sup>2</sup>, João Duarte Freitas<sup>3</sup>, Américo Figueiredo<sup>4</sup>

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

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

<sup>3</sup>Chefe de Serviço de Dermatologia e Venereologia/ Consultant Chief, Dermatology and Venereology

<sup>4</sup>Director de Serviço; Professor Doutor de Dermatologia e Venereologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra/

Head of Dermatology Department; Professor of Dermatology and Venereology of Coimbra University

Serviço de Dermatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, Coimbra, Portugal

**RESUMO** – O encerramento de defeitos cirúrgicos do nariz coloca dificuldades acrescidas, particularmente quando as suas características impedem o recurso a pele adjacente para o seu encerramento. A colocação local de enxertos, por outro lado, não permite uma optimização dos resultados cosméticos. Os retalhos interpolados, sendo colhidos à distância do defeito com base num pedículo aleatório e permanecendo ligados à região dadora durante um período de 10-21 dias, são uma alternativa viável nestes casos.

Apresentamos um doente de 71 anos, referenciado após biopsia excisional de melanoma maligno de tipo animal do bordo alar direito do nariz. O alargamento excisional com margem de aproximadamente 1,5 cm originou um defeito complexo envolvendo a asa nasal direita, o triângulo mole direito, o lóbulo nasal e a columela, que foi encerrado pela construção de retalho interpolado do sulco melolabial. Não houve complicações pós-operatórias e o resultado cosmético final foi bastante satisfatório.

**PALAVRAS-CHAVE** – Neoplasias do Nariz; Melanoma; Neoplasias da Pele; Procedimentos Cirúrgicos Reconstructivos; Retalhos Cirúrgicos.

### MELOLABIAL FOLD INTERPOLATED FLAP FOR RECONSTRUCTION OF COMPLEX NASAL DEFECTS

**ABSTRACT** – Surgical defects in the nose are often challenging due to difficulty to recruit local skin enough to cover complex or large defects, and skin grafts are not always suitable due to cosmetic impairment. Interpolated flaps are viable options in these cases, consisting in random pattern skin flaps harvested at some distance from the defect that remain connected with the donor site from 10 to 21 days.

We report the case of a 71-year-old male diagnosed with a malignant melanoma on the free border of the right nasal ala. Radial excision with margins of approximately 1,5cm was performed, creating a complex full-thickness surgical defect involving not only the free wall and margin of the right nasal ala but also the right soft triangle, nasal lobe and columella, which was reconstructed using a melolabial interpolated flap, with very satisfactory esthetic results both for donor and reconstructed areas. Post-operative complications were not reported.

**KEY-WORDS** – Surgical Flaps; Reconstructive Surgical Procedures; Nose Neoplasms; Melanoma; Skin Neoplasms.

Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.  
No conflicts of interest.

## Dermatologia Cirúrgica

### Correspondência:

Dr. Pedro Andrade

Serviço de Dermatologia e Venereologia  
Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE  
Praceta Mota Pinto  
3000-075 Coimbra, Portugal  
Tel: 00351 239400420  
Fax: 00351 239400490  
E-mail: pedro.andrade@portugalmail.com

O encerramento de defeitos cirúrgicos do nariz constitui um desafio importante na prática cirúrgica dermatológica pela complexidade da anatomia local e relevância cosmética particular. A presença de unidades cosméticas distintas, caracterizadas por diferentes tipos e espessuras de pele, os múltiplos acidentes topográficos associados às diversas estruturas nasais e, em particular, a pouca mobilidade da pele local e a escassez de suficiente tecido disponível nas áreas circundantes dos defeitos são os principais factores limitantes à realização de procedimentos cirúrgicos extensos locais. Várias são as técnicas descritas para encerramento de defeitos cutâneos da pirâmide nasal em que o encerramento primário é inviável, sendo cada uma delas baseada em diferentes regiões dadoras perinasais e oferecendo diferentes especificidades, vantagens e riscos.

Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino com 71 anos de idade, de raça caucasóide, referenciado à consulta externa do Serviço de Dermatologia e Venereologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra - EPE em Junho de 2007 por melanoma maligno não ulcerado de tipo animal (Breslow 1,5, Clark IV), localizado no bordo anterior da asa direita do nariz, diagnosticado na sequência de biopsia excisional realizada numa outra unidade hospitalar cerca de um mês antes.

Tratava-se de um doente com antecedentes de fibrilhação auricular, sob antiagregação plaquetar com ácido acetilsalicílico 100mg id, e adenocarcinoma da próstata, sujeito a terapêutica cirúrgica por ressecção transuretral da glândula em 2003, com aparente controlo da doença até à data.

Observava-se pequena cicatriz linear com 0,5cm de comprimento, disposta em sentido parasagital, localizada no bordo anterior da asa direita do nariz, subjacente ao triângulo mole nasal homolateral (Fig. 1). Não era evidente qualquer vestígio local de lesão pigmentada residual. Tratava-se de um doente colaborante e

orientado, com bom estado geral, que não apresentava outras lesões cutâneas suspeitas. A palpação das cadeias ganglionares foi inocente, particularmente a nível cervical, não tendo sido detectadas outras alterações relevantes ao exame objectivo geral.

A realização de TAC cervico-toraco-abdomino-pélvica não revelou quaisquer alterações sugestivas de lesões secundárias de melanoma maligno.

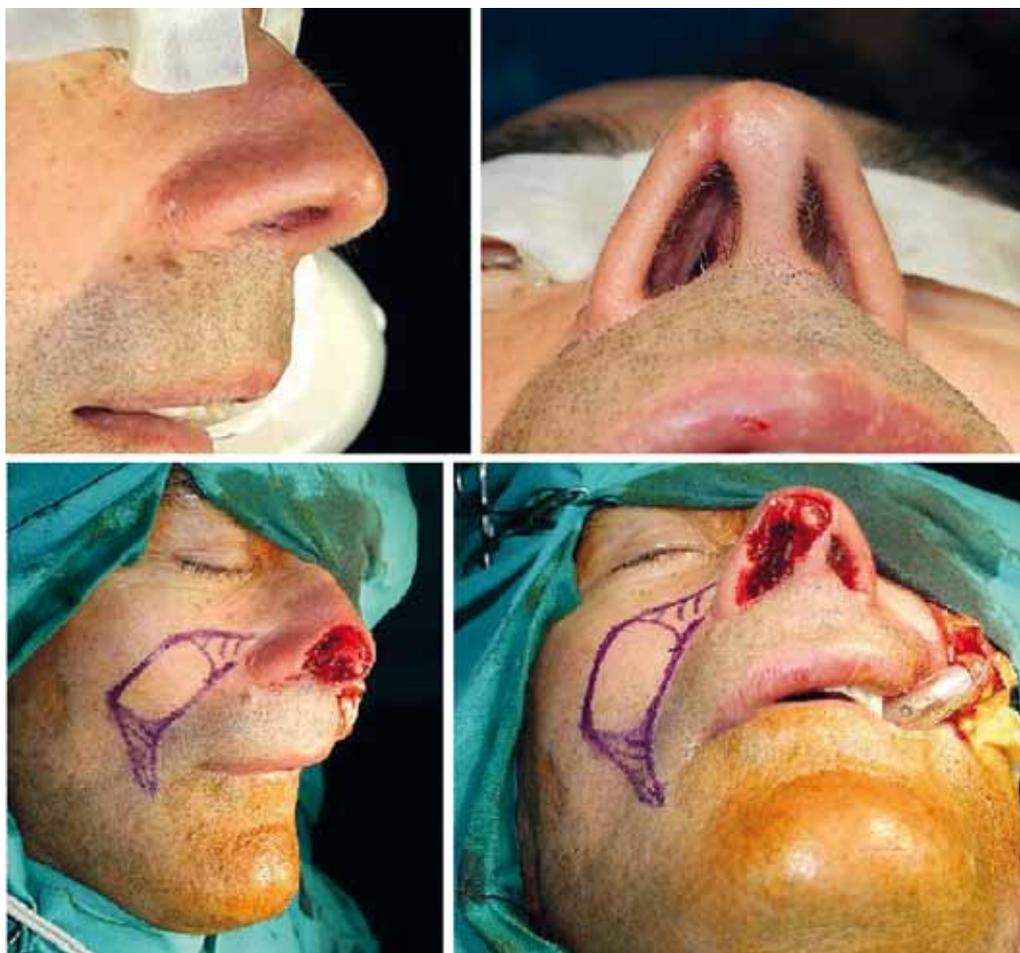
Perante a presente situação clínica, foi estabelecido o plano de intervenção, propondo o doente para realização de alargamento excisional da cicatriz prévia e biopsia selectiva de gânglio sentinela cervical.

O alargamento foi realizado com margem radial inferior a 1,5cm, atendendo às particularidades da área anatómica envolvida, originando um defeito cirúrgico complexo que interessava a parede lateral e o bordo da asa nasal direita, o triângulo mole direito, o lóbulo nasal e a columela (Fig. 1). Para encerramento deste defeito, optou-se pela realização de um retalho interpolado do sulco melolabial. Assim, num primeiro tempo cirúrgico, realizou-se colheita de tecido cutâneo da região geniana adjacente ao sulco melolabial direito, com uma área aproximadamente semelhante à do defeito cirúrgico nasal (Fig. 1); após o levantamento do retalho, o defeito secundário resultante foi sujeito a encerramento directo mediante prolongamento de incisão de escape até ao nível da comissura labial homolateral, de forma a que a sutura coincidisse com o sulco melolabial. O tecido da região dadora foi posteriormente transposto e suturado sobre o defeito (Fig. 2), após remoção de excesso de tecido celular subcutâneo. Num segundo tempo cirúrgico, após uma demora de 21 dias, procedeu-se à secção do pedículo vascular.

A biopsia do gânglio sentinela, identificado a nível da cadeia ganglionar submandibular esquerda, foi realizada durante o primeiro tempo operatório.

A cicatrização das feridas operatórias decorreu sem incidentes, resultando numa cicatriz pouco perceptível,

## Dermatologia Cirúrgica



**Fig. 1** - Cicatriz linear parassagital no bordo anterior da asa direita do nariz, resultante de biopsia excisional de melanoma maligno não ulcerado de tipo animal (imagens superiores); Defeito cirúrgico nasal complexo resultante de alargamento excisional com margem radial inferior a 1.5cm e programação do seu encerramento com retalho interpolado do sulco melolabial direito (imagens inferiores).

particularmente a fracção correspondente à região dada-  
ra, dado que ficou sobreposta aos sulcos anatómicos da  
face (melolabial e nasogeniano direitos – Fig. 2), man-  
tendo a estrutura e funcionalidade da pirâmide nasal.

A análise histológica do gânglio sentinela revelou a  
presença de micrometástase subcapsular única de mel-  
anoma maligno, com dimensão inferior a 0,2 mm, pelo  
que o doente foi posteriormente sujeito a linfadenec-  
tomia cervical radical esquerda. A análise histológica  
da peça operatória identificou um total de 13 gânglios  
linfáticos, todos eles sem envolvimento por metástases  
de melanoma maligno. A peça de alargamento exci-  
sional não identificou presença de proliferação mel-  
anocítica. O doente, com um melanoma em estadio IIIA  
(T2a,N1a,M0) da classificação da AJCC, encontrava-se  
livre de doença aos 40 meses de seguimento.

Os retalhos interpolados são assim designados pelo  
facto de terem uma base de implantação que não é  
adjacente ao defeito cirúrgico que se pretende corrigir.  
Consistem, assim, em retalhos cutâneos pediculados, fun-  
damentados na rotação de um fragmento cutâneo prove-  
niente de uma área distante do defeito cirúrgico a corrigir  
em torno do ponto de inserção de um pedículo vascular  
responsável pela vascularização do mesmo<sup>1</sup>. São particu-  
larmente indicados para defeitos cirúrgicos com áreas de  
pele adjacente de mobilização insuficiente para encerra-  
mento directo ou para retalhos locais convencionais, ou  
em situação de deficiente suporte vascular subjacente, em  
particular sobre estruturas ósseas ou cartilagueas<sup>1</sup>.

O retalho interpolado do sulco melolabial é uma  
alternativa viável para encerramento de defeitos com-  
plexos da ponta e asa do nariz<sup>1-3</sup>. A sua vascularização

## Dermatologia Cirúrgica



**Fig. 2** - Aspecto após transposição do retalho interpolado do sulco melolabial direito para o defeito cirúrgico nasal, e encerramento directo do defeito secundário resultante (imagens superiores); resultado final, 2 meses após o procedimento cirúrgico (imagens inferiores).

depende de diferentes troncos arteriais<sup>3</sup> – artérias angular, labial superior, infraorbitária e dorsal do nariz – o que, aliado à importante mobilidade dos tecidos da região geniana, permite uma grande versatilidade na programação do desenho do retalho. Contudo, a ausência de um eixo vascular definido limita de alguma forma a extensão de tecido que é possível colher na região dadora com garantia de viabilidade. Apesar

disso, com base no amplo suprimento vascular, é um retalho que oferece um baixo risco de isquémia, desde que utilizado para encerramento de defeitos cirúrgicos com diâmetro não superior a 2,5cm<sup>3</sup>. A sua execução técnica é relativamente simples<sup>2</sup>, podendo ser realizado sob anestesia local – de referir que, no caso descrito, o doente foi sujeito a anestesia geral devido à necessidade de realizar simultaneamente a biopsia de um

## Dermatologia Cirúrgica

gânglio sentinela cervical. Sendo um retalho pediculado, a sua principal desvantagem é a necessidade de dois tempos cirúrgicos com um intervalo aconselhado de três semanas entre ambos. Apesar disso, é um retalho que respeita as unidades cosméticas faciais e permite a ocultação de cicatrizes nos sulcos anatómicos perinasais, oferecendo habitualmente um bom resultado cosmético<sup>2,3</sup>. Em algumas situações poderá ser utilizado em conjugação com enxertos locais de cartilagem com vista à manutenção da consistência e resistência da asa do nariz e, conseqüentemente, da permeabilidade das vias aéreas<sup>3</sup>.

À semelhança do retalho interpolado do sulco melolabial, outros retalhos interpolados permitem corrigir defeitos cirúrgicos extensos de outras áreas faciais: são exemplos o retalho interpolado frontal paramediano<sup>1,4</sup>, baseado no trajecto dos vasos supratrocleares, também frequentemente utilizado para reconstrução de defeitos da pirâmide nasal e asa do nariz; e o retalho interpolado retroauricular<sup>1,5</sup>, com vascularização proveniente de diversas estruturas arteriais, utilizado na reconstrução

de defeitos cirúrgicos do pavilhão auricular, em particular do hélix e anti-hélix.

### BIBLIOGRAFIA

1. Mellette JR, Ho DQ. Interpolation flaps. *Dermatol Clin*. 2005;23:87-112.
2. Barlow RJ, Swanson NA. The nasofacial interpolated flap in reconstruction of the nasal ala. *J Am Acad Dermatol*. 1997;36(6Pt1):965-9.
3. Lindsey WH. Reliability of the melolabial flap for alar reconstruction. *Arch Facial Plast Surg*. 2001;3(1):33-7.
4. Jewett BS. Interpolated forehead and melolabial flaps. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2009;17(3):361-77.
5. Johnson TM, Fader DJ. The staged retroauricular to auricular direct pedicle (interpolation) flap for helical ear reconstruction. *J Am Acad Dermatol*. 1997;37(6):975-8.