



Reconstrução das subunidades nasais após ressecção tumoral

Reconstruction of the nasal subunits after tumor resection

CAMILA CARVALHO CAVALCANTE
MARINHO^{1*} 

MARIANGELA LATINI DE MIRANDA¹ 

RENATO CORREIA LIMA¹ 

CHRYSYTIAN JÚNIO RODRIGUES¹ 

KAYO VIEIRA TEODORAK PEGO¹ 

CYNTIA FERREIRA DOS REIS¹ 

SAMUEL DE FÁDEL GUIMARÃES¹ 

HUGO LEONARDO DE RESENDE
RODRIGUES^{1,2} 

■ RESUMO

Introdução: A maioria dos defeitos nasais que se apresentam para reconstrução são secundários à excisão tumoral. O Objetivo é analisar a eficácia da técnica reconstrutora utilizada para a cobertura do defeito após exérese tumoral de acordo com a subunidade anatômica nasal acometida. **Método:** Estudo retrospectivo dos prontuários de 118 pacientes que durante o período de agosto de 2012 a março de 2017 foram submetidos à ressecção dos tumores nasais no Instituto Mário Penna em Belo Horizonte/MG. **Resultados:** A incidência foi maior em mulheres (56%) e brancos (54,3%) com idade média de 71,3 anos. Foram ressecados 125 tumores e realizadas 122 reconstruções nasais. O carcinoma basocelular (90,4%) foi o tumor de pele não melanoma mais prevalente, sendo o subtipo histológico sólido (33,6%) o mais frequente. As técnicas para reconstrução dos defeitos que acometiam apenas uma subunidade nasal foram em sua maioria utilizando o retalho bilobado (26,5%). Nas reconstruções nasais complexas, o retalho miocutâneo bilobado (45,8%) com extensão para a região glabellar (englobando os músculos prócero, corrugador e nasal) foi o mais utilizado, principalmente em defeitos no terço inferior do nariz. Cerca de 78 pacientes apresentaram acompanhamento oncológico superior a um ano, sendo avaliados 82 tumores no total. Sete (8,5%) tumores recidivaram mesmo após ressecção completa e, entre os seis pacientes com margens comprometidas, apenas um (1,2%) recidivou. **Conclusão:** As técnicas reconstrutoras utilizadas foram eficazes para o tratamento do câncer de pele nasal e cobertura dos defeitos após ressecção, apresentando baixos índices de complicação e recidiva. **Descritores:** Nariz; Neoplasias nasais; Carcinoma basocelular; Cirurgia plástica; Retalhos cirúrgicos.

Instituição: Fundação Benjamim Guimarães,
Hospital da Baleia, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Artigo submetido: 31/8/2020.

Artigo aceito: 10/1/2021.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2021RBCP0062

¹ Fundação Benjamim Guimarães, Hospital da Baleia, Serviço de Cirurgia Plástica, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Instituto Mário Penna, Serviço de Cirurgia Plástica, Belo Horizonte, MG, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: A majority of the nodules present for reconstruction are secondary to tumor excision. The objective is to analyze the efficacy of the reconstructive technique used to cover the defect after tumor excision according to the affected nasal anatomical subunit. **Method:** Retrospective study of the medical records of 118 patients submitted to resection of the nasal tumors at the Mário Penna Institute in Belo Horizonte/MG from August 2012 to March 2017. **Results:** Incidence was higher in women (56%) and whites (54.3%) average age of 71.3 years. A total of 125 tumors were resected, and 122 nose reconstructions were performed. Basal cell carcinoma (90.4%) was the most prevalent nonmelanoma skin tumor, the most frequent solid histological subtype (33.6%). The techniques for reconstruction of defects that affect only one nasal subunit were mostly using the bilobed flap (26.5%). In complex nose reconstructions, the bilobed myocutaneous flap (45.8%) with extension to a glabella region (encompassing the procerus, corrugator and nasal muscles) was the most used, mainly in defects in the lower third of the nose. About 78 patients had cancer follow-up of more than one year, and 82 total sin tumors were evaluated. Seven (8.5%) Tumors retreated even after complete resection, and, among the six patients with compromised margins, only one (1.2%) relapsed. **Conclusion:** The reconstructive techniques used were effective for treating nasal skin cancer and coverage of defects after resection, with low rates of complication and recurrence.

Keywords: Nose; Nasal Neoplasms; Basal cell carcinoma; Plastic surgery; Surgical flaps.

INTRODUÇÃO

O câncer de pele localiza-se comumente na face, em especial na região nasal¹. Cerca de 75% dos tumores de pele não melanoma ocorrem na cabeça e no pescoço, sendo que destes, 30% estão localizados no nariz². O carcinoma basocelular e o carcinoma epidermóide, constituem a principal indicação clínico-cirúrgica das reconstruções nasais³.

Os retalhos cutâneos usados para reconstrução nasal possuem grande versatilidade em sua aplicação⁴. O sucesso da reconstrução vai depender do local, do tamanho e da profundidade do defeito, da disponibilidade de área doadora e, o que é ainda mais importante, das opções do cirurgião em termos de material, de método e de abordagem⁵.

Burget e Menick, em 1985⁶, revolucionaram a cirurgia de reconstrução nasal com a introdução do conceito de subunidades estéticas do nariz, com base nas diferenças de elasticidade, cor, contorno e textura da pele, o que contribuiu para o refinamento da cirurgia nasal.

Devido à localização e complexidade da arquitetura nasal, a reconstrução do nariz representa um desafio ao cirurgião plástico. As características

particulares da pele que reveste a área, bem como as múltiplas concavidades e convexidades existentes na sua superfície devem ser respeitadas, visando restabelecer a normalidade da forma e função^{7,8}. A mínima alteração sutil na estrutura pode ter um impacto profundo na aparência e arquitetura. Dessa forma, o tratamento envolve tanto questões reparadoras quanto estéticas, tendo como objetivo a cura e a menor deformidade possível^{1,9}.

OBJETIVOS

Analisar a eficácia da técnica reconstrutora utilizada para a cobertura do defeito após exérese tumoral de acordo com a subunidade anatômica nasal acometida.

MÉTODOS

Consiste em um estudo retrospectivo dos prontuários de 118 pacientes que durante o período de agosto de 2012 a março de 2017 foram submetidos à ressecção dos tumores nasais no Instituto Mário Penna em Belo Horizonte/MG. A pesquisa foi submetida ao comitê de ética e pesquisa (CEP) da instituição na qual

foi realizada o estudo, sendo aprovada com o CAAE 33431020.8.0000.5121 e parecer número 4.182.872.

Foram incluídos no estudo pacientes portadores de tumor nasal primário sem histórico de ressecção prévia, cujo anatomopatológico diagnosticou tumor não melanoma (carcinoma basocelular ou carcinoma espinocelular). Os pacientes que não se encaixaram nestes critérios foram excluídos do estudo. Com relação ao acompanhamento oncológico, também foram excluídos os pacientes que não apresentaram tempo de seguimento pós-operatório superior a 12 meses. As perdas de substância secundárias à cirurgia oncológica foram mapeadas de acordo com as subunidades anatômicas^{3,9} descritas por Burget e Menick (1985)⁶.

RESULTADOS

Perfil epidemiológico dos pacientes

Dos 119 pacientes estudados, a média de idade encontrada foi de 71,3 anos, variando entre 41 e 93 anos. A maioria da amostra foi composta por brancos (54,3%) com predominância do gênero feminino (56%). Apenas 17,8% dos pacientes eram provenientes da capital, sendo a maioria natural de cidades do interior do estado de Minas Gerais.

Perfil epidemiológico dos tumores

No total, foi realizada a ressecção de 125 tumores, sendo que 53,6% já apresentavam ulceração ao exame clínico inicial. A principal indicação clínico-cirúrgica para reconstrução nasal foi o carcinoma basocelular, responsável por 90,4% dos casos, com o subtipo histológico sólido nodular (33,6%) sendo o mais frequente (Tabela 1).

Em relação ao grau de invasão tumoral, o envolvimento somente da pele foi predominante, acometendo 81,6% dos casos. O subtipo esclerodermiforme (23%) e sólido ulcerado (23%) prevaleceram nos tumores com invasão profunda a nível da camada subcutânea, muscular ou cartilagem. No total, 17 (17%) casos apresentaram margens cirúrgicas microscópicas comprometidas, sendo realizadas 6 (35,3%) reabordagens cirúrgicas para ampliação das margens, não sendo evidenciado tumor residual no anatomopatológico após ampliação.

A asa nasal (36,7%) foi a subunidade estética mais envolvida, seguida pela ponta nasal (28,6%). Cerca de 24 (20,3%) pacientes apresentavam tumores complexos que acometiam mais de uma subunidade estética, sendo a associação dorso com pontal nasal (33,3%) as subunidades concomitantes mais afetadas. Apenas um paciente apresentou 3 subunidades estéticas nasais acometidas localizadas no terço distal do nariz (Tabela 2).

Tabela 1. Percentual do subtipo histológico.

Histologia	n=125(%)
CBC	113 (90,4%)
CCE	12 (9,6%)
Subtipo histológico	n=125 (%)
CBC nodular sólido	42 (33,6%)
CBC esclerodermiforme	22 (17,6%)
CBC nodular adenoide	20 (16%)
CBC superficial multicêntrico	8 (6,4%)
CBC micronodular	6 (4,8%)
CBC pigmentado	5 (4%)
CBC metatípico	5 (4%)
CBC basoescamoso	3 (2,4%)
CBC ceratótico	2 (1,6%)
CCE bem diferenciado	8 (6,4%)
CCE moderadamente diferenciado	4 (3,2%)

CBC = Carcinoma basocelular; CCE: Carcinoma Células Escamosas.

Tabela 2. Reconstrução de defeitos nasais simples.

Subunidade Nasal	n=98 (%)	Tipo de Reconstrução	n=98 (%)		
Asa	36 (36,7%)	Nasogeniano	22(61,1%)		
		Bilobado	5(13,8%)		
		Fontal	3 (8,3%)		
		Síntese primária	2 (5,6%)		
		Enxerto total	2 (5,6%)		
		Romboide	1 (2,8%)		
		Esser	1 (2,8%)		
		Bilobado	14 (50%)		
		Síntese primária	8 (28,5%)		
		Frontal	2 (7,1%)		
Ponta	28 (28,6%)	Nasogeniano	1 (3,6%)		
		Glabelar	1 (3,6%)		
		Retalho avanço	1 (3,6%)		
		Enxerto total	1 (3,6%)		
		Síntese primária	7 (26,9%)		
		Bilobado	5 (19,3%)		
		Glabelar	4 (15,4%)		
		Enxerto total	4 (15,4%)		
		Retalho avanço	3 (11,5%)		
		Romboide	2 (7,7%)		
Dorso	26 (26,6%)	Frontal	1 (3,8%)		
		Bilobado	2 (28,55%)		
		Retalho avanço	2 (28,55%)		
		Síntese primária	1 (14,3%)		
		Romboide	1 (14,3%)		
		Glabelar	1 (14,3%)		
		Lateral	7 (7,1%)	Frontal	1 (100%)
				Columela	1 (100%)

Reconstrução dos defeitos nasais após ressecção tumoral

Após a ressecção cirúrgica, a média do tamanho dos defeitos para reconstrução foi de 2,5x1,8cm e foram operados com margens cirúrgicas variando de 2mm a 1cm. A presença de úlcera aumentou o planejamento das margens cirúrgicas em 2mm. De uma forma geral, as técnicas para reconstrução dos defeitos que acometiam apenas uma subunidade nasal foram em sua maioria utilizando o retalho bilobado (26 casos, 26,5%), seguido pelo retalho nasogeniano (23 casos, 23,4%). Os retalhos utilizados especificamente para cada subunidade estética nasal serão descritos com mais detalhes a seguir (Tabela 2).

Reconstrução da asa nasal

Para a reconstrução específica da asa nasal, o retalho mais utilizado foi o nasogeniano em 22 (61,1%) casos; seguido pelo bilobado (13,8%) e retalho frontal (8,3%). Síntese primária (5,6%) e enxerto de pele total (5,6%) foram efetuados em 02 pacientes cada. O retalho de Esser (2,8%) e romboide (2,8%) foram utilizados em apenas um paciente. Dois pacientes receberam enxerto de cartilagem conchal para reparação da asa nasal após a ressecção do tumor.

Reconstruções da ponta nasal

Na ponta nasal, a reconstrução mais utilizada foi com retalho miocutâneo bilobado (50%) englobando os músculos prócero, corrugador e nasal, seguido pela técnica de fechamento primário após ressecção em fuso (28,5%).

Reconstruções de dorso nasal

Para os tumores de dorso nasal, foram realizados sete fechamentos primários, correspondendo a 26,9% dos casos. Em seguida, aparece o retalho bilobado como o segundo mais frequente, sendo que o mesmo foi realizado em 19,3% dos casos.

Reconstrução da parede lateral

O retalho bilobado (28,5%) e retalho de avanço em V-Y (28,5%) foram os mais empregados na reconstrução de defeitos da parede lateral. A síntese primária (14,3%) também foi uma opção utilizada, assim como os retalhos romboide (14,3%) e glabelar (14,3%).

Reconstrução da columela

Em nosso estudo, apenas um paciente apresentou acometimento tumoral isolado na região da columela, sendo realizada sua reconstrução com retalho miocutâneo de músculo frontal e enxerto de cartilagem septal.

Reconstruções nasais complexas

No caso de reconstruções nasais complexas (envolvimento de mais de uma subunidade estética), o retalho miocutâneo bilobado (45,8%) com extensão para a região glabelar (englobando os músculos prócero, corrugador e nasal) foi o mais utilizado nos defeitos complexos do terço inferior do nariz (Figura 1).

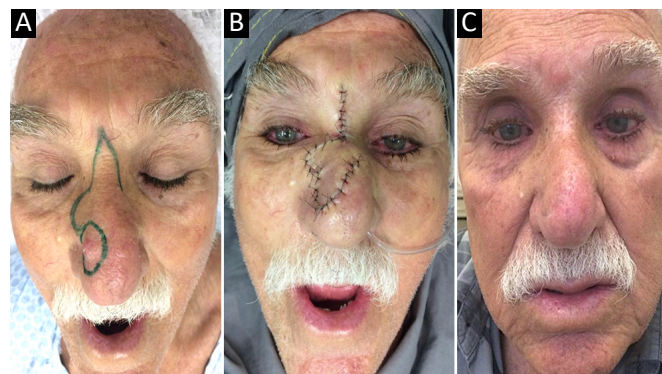


Figura 1. A. Lesão em ponta e dorso nasal com marcação do retalho miocutâneo bilobado. B. Resultado pós-operatório imediato após rotação e fixação do retalho. C. Resultado após 6 meses de pós-operatório.

Um paciente que apresentava acometimento de ponta e asa nasal necessitou de enxerto de cartilagem septal associado ao retalho bilobado para reparação da asa nasal após a ressecção do tumor.

O retalho miocutâneo nasogeniano (16,6%) abrangendo o sistema musculoaponeurótico superficial da face (SMAS) superficial e músculos zigomático maior e menor foi o segundo mais utilizado, sendo destinado principalmente para as reconstruções que abrangiam a parede lateral com a asa nasal (Figura 2). O retalho miocutâneo frontal (16,6%) foi utilizado em reconstruções complexas que abrangiam a ponta nasal distal/columela e em um caso de comprometimento de 3 subunidades estéticas nasais da porção distal do nariz (Tabela 3).



Figura 2. A. Lesão em asa e parede lateral nasal com marcação da área que será ressecada e desenho do retalho nasogeniano. B. Resultado pós-operatório.

Tabela 3. Reconstrução de defeitos nasais complexos.

>01 Subunidade nasal	n=24 (%)	Tipo de reconstrução	n=24(%)
Dorso + Ponta	8 (33,3%)	Bilobado	4 (50,0%)
		Frontal	1 (12,5%)
		Rombóide	1 (12,5%)
		Rintala	1 (12,5%)
		Enxerto total	1 (12,5%)
Lateral + Asa	7 (29,1%)	Bilobado	3 (42,9%)
		Nasogeniano	3 (42,9%)
		Enxerto total	1 (14,2%)
		Bilobado	3 (49,9%)
Ponta + Asa	6 (25%)	Frontal	1 (16,7%)
		Nasogeniano	1 (16,7%)
		Enxerto total	1 (16,7%)
Columela + Ponta	2 (8,4%)	Frontal	1 (50%)
		Bilobado	1 (50%)
Ponta + Asa nasal direita + Asa nasal esquerda	1(4,2%)	Frontal	1 (100%)

Alternativamente, em um único caso com comprometimento da columela associado a ponta, o retalho bilobado miocutâneo foi utilizado para reconstrução da ponta e associado a um retalho em avanço com síntese primária da columela após exérese parcial de cartilagem alar. O retalho proporcionou volume adequado, sem necessidade de enxertos cartilagosos (Figura 3).

Apenas três casos foram submetidos a enxertos de pele total, sendo a região supraclavicular como área doadora (Figura 4).

Complicações pós-operatórias

Nos 122 procedimentos reconstrutivos realizados, ocorreram apenas 5 complicações cirúrgicas (4%). A principal foi epidermólise leve após confecção de retalho bilobado, mas sem perda parcial ou total do retalho. Houve apenas uma necrose parcial de retalho frontal em região da columela. Com relação aos enxertos de pele, um caso evoluiu com necrose e perda parcial do enxerto em ponta nasal. Apenas um paciente apresentou infecção e pequena deiscência de ferida operatória após síntese primária em ponta nasal.

Entre os 125 tumores ressecados, cerca de doze (9,6%) tumores apresentaram margens cirúrgicas comprometidas evidenciadas no anatomopatológico. Destes, seis (50%) tumores foram submetidos à reabordagem para ampliação da margem e os demais pacientes não abordados apresentavam margens cirúrgicas exíguas.



Figura 3. A. Lesão em ponta nasal e columela. B. Defeito após ressecção tumoral e retalho em avanço para reconstrução em região columelar. C. Resultado pós-operatório imediato após rotação e fixação do retalho. D. Resultado após 6 meses de pós-operatório com boa satisfação estética e funcional pela paciente.

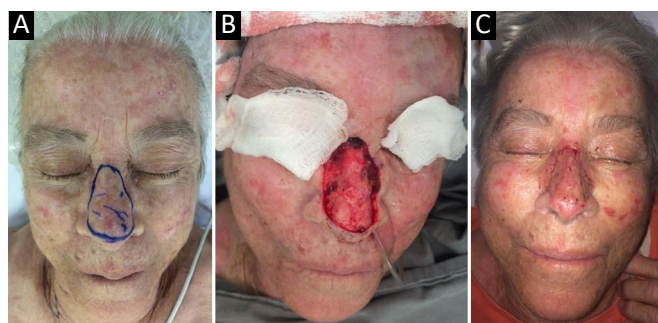


Figura 4. A. Lesão em ponta e dorso nasal com marcação da área que será ressecada. B. Defeito após ressecção. C. Resultado pós-operatório.

Acompanhamento oncológico pós-operatório

No total, 78 pacientes realizaram acompanhamento oncológico superior a 12 meses, com tempo médio de seguimento ambulatorial de 27,4 meses após o procedimento cirúrgico, com desvio padrão de 11,2 meses.

Cerca de 82 tumores foram acompanhados, sendo que seis (7,3%) apresentavam margens cirúrgicas exíguas no anatomopatológico.

Durante o período, oito (9,7%) tumores evoluíram com recidiva. Entre estes tumores, sete (8,5%) apresentaram recidiva mesmo após ressecção completa,

com o tempo médio para o aparecimento das lesões de 24 meses (desvio padrão: 13,4) após procedimento cirúrgico inicial.

Nos pacientes com margens exíguas, apenas um (1,2%) tumor evoluiu com recidiva, sendo que o seu diagnóstico clínico ocorreu 14 meses após a ressecção tumoral inicial. Os demais casos que permaneceram no acompanhamento não apresentaram recidiva (Tabela 4). Nos tumores recidivados, o CBC sólido nodular ulcerado foi o subtipo histológico predominante (42,9%) seguido pelo carcinoma espinocelular (28,5%).

Tabela 4. Acompanhamento oncológico pós-operatório (>12m).

	Tumores n=82 (100%)	Recidiva n=8 (9,7%)
Margens livres	76 (92,7%)	7 (8,5%)
Margens comprometidas (exíguas)	6 (7,3%)	1 (1,2%)

DISCUSSÃO

Devido à sua localização central na face e importância funcional, a reconstrução nasal representa um desafio significativo ao cirurgião plástico. A maioria dos defeitos nasais que se apresentam para reconstrução são secundários à excisão tumoral¹⁰. Os CBC e CEC representam, respectivamente, o primeiro e segundo tipo de câncer de maior incidência, e apresentam índices de cura superiores a 90% quando tratados em fase inicial^{1,10}. Em nossa amostra, 90,4% dos tumores nasais eram do tipo CBC e apenas 9,6% CCE.

A idade média dos pacientes incluídos neste estudo (71,3 anos) está de acordo com a literatura, pois, a maioria dos indivíduos portadores de câncer de pele apresenta idade superior a 60 anos, com maior prevalência na 7ª década de vida¹.

A maior parte dos pacientes eram caucasianos (54,3%) e do gênero feminino (56%). Embora seja bem conhecido na literatura que os tumores de pele tendem a ocorrer mais frequentemente em pacientes do gênero masculino, principalmente no nariz⁴, estudos atuais mostram uma tendência temporal de aumento da proporção de mulheres em relação aos homens¹¹.

Os subtipos histológicos mais frequentemente encontrados foram o CBC sólido e o esclerodermiforme, sendo que a maioria dos pacientes já apresentavam ulceração ao exame clínico, necessitando de maiores margens cirúrgicas. Além disso, o CBC esclerodermiforme geralmente é um subtipo histológico presente em casos com agressividade local¹, o que foi demonstrado pela sua maior frequência em invasão de camadas profundas (subcutâneo, cartilagem e músculo),

juntamente com CBC sólido ulcerado e adenoide. Dessa forma, esses tumores necessitam de uma reconstrução elaborada, devendo ser preferencialmente realizada em centros de referência. O índice de margem comprometida foi de 9,6%, o que está de acordo com a literatura mundial, variando de 4% a 18,2%¹².

Entre os doze tumores com margens comprometidas, foram realizadas 6 (50%) reabordagens cirúrgicas para ampliação. Todos os tumores reabordados apresentaram margens livres no anatomopatológico. Dados semelhantes são encontrados na literatura em que novas intervenções cirúrgicas são efetuadas em 30% a 74,7% dos tumores com ressecção incompleta^{9,13-15}. A decisão de realizar nova operação em tumores ressecados com margens comprometidas não é uma unanimidade^{9,16}. Os riscos e benefícios de um novo procedimento cirúrgico deverão ser avaliados individualmente, uma vez que o risco de recidiva após ressecção tumoral completa também está presente, podendo chegar até 14%^{17,18}, sendo encontrado uma recidiva de 9,7% em nossa amostra. Este fato propicia a liberdade da opção médica na escolha do tratamento conservador para pacientes com comorbidades e maior risco cirúrgico⁹.

A integridade das subunidades estéticas do nariz é fundamental na manutenção da harmonia das características faciais. A asa nasal foi a subunidade estética mais comprometida, seguida pela ponta nasal. Este resultado não condiz com dados na literatura, que mostram maior aparecimento em dorso nasal^{3,19}.

Entretanto, em estudos realizados em centros de referência de tratamento oncológico, é possível perceber na amostra uma maior incidência de lesões no terço inferior do nariz por estas necessitarem de reconstruções mais complexas^{19,20}.

A escolha do retalho mais adequado foi baseada nas subunidades nasais acometidas, forma e orientação dos defeitos após a ressecção cirúrgica tumoral. Os defeitos de terço superior e médio (dorso e lateral) foram corrigidos principalmente com retalhos bilobados, glabulares e síntese primária. Nas reconstruções do dorso nasal a ressecção em fuso com fechamento primário foi a mais utilizada (26,9%), seguido pelo retalho bilobado (19,3%). Devido a maior disponibilidade de pele, o uso do fechamento primário para pequenos defeitos assim como retalhos de avanço e transposição para defeitos maiores são bastante frequentes na região dorsal^{21,22}. O retalho bilobado (28,5%), assim como o retalho de avanço em V-Y (28,5%) foram os mais empregados na reconstrução de defeitos da parede lateral.

No terço inferior (ponta e asa) a preferência foi pela reconstrução em tempo único com retalho miocutâneo bilobado e nasogenianos. Para a

reconstrução específica da asa nasal, o retalho mais utilizado foi o nasogeniano (61,1%). O retalho nasogeniano é de rápida execução e, além disso, tem como vantagens apresentar cor e textura semelhante à do nariz, e sua localização permite uma transposição com reduzida deformidade do local doador e discreta cicatriz^{7,23}. São retalhos de extrema versatilidade, sendo mais utilizados para corrigir defeitos entre 8-2mm²⁴.

Na ponta nasal, a reconstrução mais utilizada foi com retalho miocutâneo bilobado (50%). O retalho bilobado é frequentemente utilizado para reconstruções nasais de dorso e terço ínfero lateral do nariz²⁵. Quando englobado os músculos prócero, corrugador e nasal, foi possível a cobertura de defeitos maiores; mas, como desvantagens, ao envolver a região glabellar, apresentam uma maior cicatriz e redução da distância entre as sobrancelhas.

No caso de reconstruções nasais complexas no terço inferior, o retalho miocutâneo bilobado (45,8%) foi mais frequente. Este retalho é descrito na literatura sendo útil para defeitos na parte inferior do nariz medindo de 0,5-1,5cm⁵, no entanto, ao englobar os músculos prócero, corrugador e nasal, permitiu um maior arco de rotação e volume do retalho com melhor preenchimento e cobertura de defeitos de até três centímetros. Além disso, o desenho permite um maior arco de rotação e um tamanho suficientemente grande, possibilitando também seu uso para defeitos localizados na região superior da columela simultaneamente com defeito da ponta. Dessa forma, foi possível uma reconstrução em tempo único e com menor morbidade se comparado ao retalho frontal. O retalho miocutâneo frontal foi reservado para reconstruções complexas que abrangiam a ponta nasal distal/columela distal e em um caso de comprometimento de 3 subunidades estéticas nasais da porção distal do nariz.

CONCLUSÃO

O presente estudo adotou os princípios de reconstrução nasal somados aos conceitos de subunidades estéticas, visando respeitar o contorno e a anatomia nasal. As técnicas reconstrutoras utilizadas foram eficazes para o tratamento do câncer de pele nasal e cobertura dos defeitos após ressecção, apresentando baixos índices de complicação e recidiva.

Este estudo pode ajudar a guiar os cirurgiões diante da ampla gama de retalhos disponíveis, auxiliando na decisão da reconstrução nasal mais adequada sem comprometer a função e fornecer resultados estéticos satisfatórios no reparo de cada subunidade nasal e em defeitos complexos.

COLABORAÇÕES

CCCM	Análise e/ou interpretação dos dados, Análise estatística, Aprovação final do manuscrito, Conceitualização, Concepção e desenho do estudo, Investigação, Metodologia, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição, Visualização
MLM	Aprovação final do manuscrito, Coleta de Dados, Investigação, Metodologia, Supervisão
RCL	Análise estatística, Aprovação final do manuscrito, Investigação
CJR	Análise estatística, Investigação, Redação - Preparação do original
KVTP	Análise estatística, Investigação, Redação - Preparação do original
CFR	Aprovação final do manuscrito, Investigação
SFG	Aprovação final do manuscrito, Investigação
HLRR	Análise e/ou interpretação dos dados, Análise estatística, Aprovação final do manuscrito, Conceitualização, Concepção e desenho do estudo, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Realização das operações e/ou experimentos, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição, Supervisão, Validação

REFERÊNCIAS

1. Santos ABO, Loureiro V, Araújo Filho VJE, Ferraz AR. Estudo epidemiológico de 230 casos de carcinoma basocelular agressivos em cabeça e pescoço. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2007 Dez;36(4):230-3.
2. Wolfswinkel EM, Weathers WM, Cheng D, Thornton JF. Reconstruction of small soft tissue nasal defects. *Semin Plast Surg*. 2013 Mai;27(2):110-6.
3. Soares VR. Reconstrução de nariz em neoplasias. *Rev Bras Med*. 1975;32(1):3-9.
4. Guo L, Pribaz JR, Pribaz JJ. Nasal reconstruction with local flaps: a simple algorithm for management of small defects. *Plast Reconstr Surg*. 2008 Nov;122(5):130e-9e.
5. Neligan PC, Rodriguez ED. *Cirurgia Plástica: cirurgia craniomaxilofacial e cirurgia de cabeça e pescoço*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
6. Burget GC, Menick FJ. The subunit principle in nasal reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 1985 Ago;76(2):239-47.
7. Thornton JF, Weathers WM. Nasolabial flap for nasal tip reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 2008 Set;122(3):775-81.
8. Lambert RW, Dzubow LM. A dorsal nasal advancement flap for off-midline defects. *J AM Acad Dermatol*. 2004 Mar;50(3):380-3.
9. Veríssimo P, Barbosa MVJ. Tratamento cirúrgico dos tumores de pele nasal em idosos. *Rev Bras Cir Plást*. 2009;24(2):219-33.
10. Scanavini Junior RC, Martins AS, Tincani AJ, Altemani A. Fatores prognósticos do carcinoma espinocelular cutâneo de cabeça e pescoço. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2007;36(4):226-9.

11. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde/INCA; 2019.
12. Tan PY, Ek E, Su S, Giorlando F, Dieu T. Incomplete excision of squamous cell carcinoma of the skin: a prospective observational study. *Plast Reconstr Surg*. 2007 Set;120(4):910-6.
13. Bariani RL, Nahas FX, Barbosa MV, Farah AB, Ferreira LM. Basal cell carcinoma: an updated epidemiological and therapeutically profile of an urban population. *Acta Cir Bras*. 2006 Mar/Abr;21(2):66-73.
14. Kumar P, Orton CI, McWilliam LJ, Watson S. Incidence of incomplete excision in surgically treated basal cell carcinoma: a retrospective clinical audit. *Br J Plast Surg*. 2000 Out;53(7):563-6.
15. Hallock GG, Lutz DA. A prospective study of the accuracy of the surgeon's diagnosis and significance of positive margins in nonmelanoma skin cancers. *Plast Reconstr Surg*. 2001 Abr;107(4):942-7.
16. Griffiths RW. Audit of histologically incompletely excised basal cell carcinomas: recommendations for management by re-excision. *Br J Plast Surg*. 1999 Jan;52(1):24-8.
17. Farhi D, Dupin N, Palangié A, Carlotti A, Avril MF. Incomplete excision of basal cell carcinoma: rate and associated factors among 362 consecutive cases. *Dermatol Surg*. 2007 Out;33(10):1207-14.
18. Nagore E, Grau C, Molinero J, Fortea JM. Positive margins in basal cell carcinoma: relationship to clinical features and recurrence risk. A retrospective study of 248 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2003 Mar;17(2):167-70.
19. Souza Filho MV, Kobig RN, Barros PB, Dibe MJA, Leal PRA. Reconstrução nasal: análise de 253 casos realizados no Instituto Nacional de Câncer. *Rev Bras Cancerol*. 2002;48(2):239-45.
20. Moura BB, Signore FL, Buzzo TE, Watanabe LP, Fischler R, Greitas JOG. Reconstrução nasal: análise de série de casos. *Rev Bras Cir Plást*. 2016;31(3):368-72.
21. Zimble MS. The dorsal nasal flap for reconstruction of large nasal tip defects. *Dermatol Surg*. 2008 Abr;34(4):571-4.
22. Rohrer TE, Bhatia A. Transposition flaps in cutaneous surgery. *Dermatol Surg*. 2005 Ago;31(2):1014-23.
23. El-Marakby HH. The versatile naso-labial flaps in facial reconstruction. *J Egypt Natl Canc Inst*. 2005 Dez;17(4):245-50.
24. Romaní J, Yébenes M. Repair of surgical defects of the nasal pyramid. *Actas Dermosifiliogr*. 2007 Jun;98(5):302-11.
25. Kimyai-Asadi A, Alam M, Goldberg LH, Peterson SR, Silapunt S, Jih MH. Efficacy of narrow-margin excision of well-demarcated primary facial basal cell carcinomas. *J Am Acad Dermatol*. 2005 Set;53(3):464-8.

***Autor correspondente:**

Camila Carvalho Cavalcante Marinho

Rua dos Timbiras, 1228, Apto 1903, Boa Viagem, Belo Horizonte, MG, Brasil

CEP: 30140-064

E-mail: camila_ccavalcante@hotmail.com