

Opções de reconstrução após ressecção de tumor de pele nasal



MIKAELLE PAIVA DOS SANTOS SOUZA ^{1*}

SALUSTIANO GOMES DE PINHO PESSOA ^{1,2}

VITOR DE VASCONCELOS MUNIZ ^{1,2}

ALANA D'ÁVILA REBELO ^{1,2}

EUDEMARA FERNANDES HOLANDA ^{1,2}

LUCAS MACHADO GOMES DE PINHO PESSOA ^{1,2}

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0171

INTRODUÇÃO

Por ser uma superfície elevada da face, a pele do nariz é bastante suscetível à exposição solar e é a área mais atingida pelo câncer de pele não-melanoma (o mais comum no Brasil)¹. As deformidades nasais adquiridas após ressecção de tumores de pele podem ser de vários tamanhos e formatos, a depender das características histopatológicas da lesão, do seu tamanho e as das margens oncológicas necessárias.

O nariz é coberto por pele, cuja textura varia sobre a superfície nasal e é mais espessa no terço inferior; tecido subcutâneo e muscular facial apoiados sobre uma camada de osso e cartilagem que, por fim, é revestida internamente por mucopericôndrio². Cada camada que for ressecada precisa ser repostada, a fim de manter a sustentação nasal, a perviedade das narinas e o revestimento cutâneo. As subunidades nasais estéticas são atingidas pelo câncer de pele em frequências diferentes: dorso (41,50%), asa nasal (30,43%), ponta nasal (24,90%), parede lateral nasal (12,25%) e columela (1,19%)³.

A maioria dos pacientes submetidos à ressecção de tumor de pele nasal considera o reparo cirúrgico uma etapa fundamental. As opções de reconstrução devem ser planejadas e discutidas com o paciente. A depender do defeito causado, da idade e das comorbidades do paciente, de cirurgias nasais anteriores ou de radioterapia na pele do nariz, a estratégia reconstrutiva poderá ser executada de maneira imediata ou tardia e em um ou em mais tempos cirúrgicos².

OBJETIVO

Este trabalho tem por objetivo apresentar 4 casos de pacientes submetidos à ressecção de tumores de pele nasal com reconstrução e discutir as opções cirúrgicas que foram utilizadas.

MÉTODO

Este é um estudo retrospectivo e descritivo, do tipo série de casos, que foi construído por meio de revisões de prontuários. Os casos apresentados são de pacientes que foram submetidos à ressecção de tumores de pele nasal com reconstrução do nariz.

RESUMO

O nariz é a área mais atingida pelo câncer de pele não-melanoma. A ressecção de tumores nasais pode causar defeitos de diversos formatos e tamanhos e requerer reconstrução planejada. Cada camada que for ressecada, precisa ser repostada, objetivando-se manter o formato e a função do nariz. A pele de diferentes regiões da face, inclusive do próprio nariz, poderá ser bem utilizada sob aplicação de enxertos ou retalhos, bem como enxertos cartilagosos e retalhos de muco pericôndrio nasal. O planejamento da reconstrução deverá levar em conta as camadas e as subunidades estéticas envolvidas. Este trabalho reúne uma série de 4 casos de pacientes que foram submetidos à ressecção de tumor de pele com reconstrução nasal.

Descritores: Deformidades adquiridas nasais; Nariz; Neoplasias nasais; Neoplasias cutâneas; Cartilagem.

RESULTADOS

Caso 1

Paciente do sexo feminino, 55 anos, com lesão ulcerada em pele de asa nasal esquerda associada a elevação palpável em face mucosa da parede lateral do nariz. Foi submetida à ressecção ampla do tumor, o qual atingia espessura total da parede nasal. O estudo histopatológico da peça mostrou tratar-se de um carcinoma basocelular (CBC) infiltrativo. A fase imediata da reconstrução baseou-se na recuperação das 3 camadas ressecadas: o forro nasal, que foi obtido por retalho mucopericôndrio de septo nasal (Figura 1), a cartilagem, com enxerto de cartilagem de concha auricular e fixação no retalho mucopericôndrio; e a pele, para a qual foram associados o retalho nasogeniano, para a asa; e frontal paramediano, para a parede lateral (Figura 2). Paciente apresentou boa vitalidade dos retalhos e boa pega do enxerto, porém queixava-se de sensação de obstrução da narina esquerda. Para evitar sínquia, foi inserido fragmento de sonda de Foley pela narina esquerda. Dois meses após foi realizada a autotomização dos retalhos e a paciente evoluiu com boa cicatrização e melhora da sensação de obstrução da narina (Figura 3).

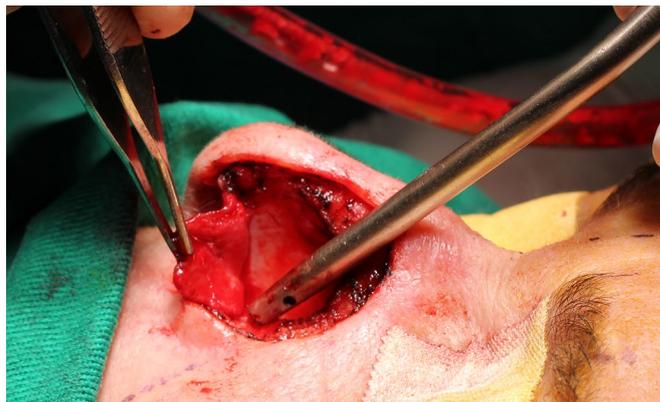


Figura 1. Caso 1 - Intraoperatório: retalho mucopericôndrio septal.

¹ Universidade Federal do Ceará, Benfica, Fortaleza, CE, Brasil.

² Hospital Universitário Walter Cantídio, Rodolfo Teófilo, Fortaleza, CE, Brasil.



Figura 2. Caso 1 - Pós-operatório, fase pré-autonomização. O retalho paramediano frontal foi utilizado para recobrir a parede lateral e o retalho nasogeniano para recobrir a asa nasal



Figura 3. Caso 1 - Após autonomização dos retalhos. Retalhos bem vascularizados.

Caso 2

Paciente do sexo feminino, 75 anos com lesão ulcerada em dorso nasal. Submetida à ressecção da lesão, cujo defeito abrangeu área de dorso e de parede lateral esquerda do nariz. Em primeiro tempo, foi rotacionado retalho frontal paramediano para fechamento do defeito nasal. Paciente evoluiu com boa cicatrização e retalho bem vascularizado. Dois meses após foi realizada a autonomização do retalho e refinamento dos bordos da ferida. Paciente permaneceu em acompanhamento ambulatorial, com cicatrização satisfatória (Figura 4).

Caso 3

Paciente do sexo feminino, 50 anos, com lesão nodular em pele de ponta nasal, sugestiva de CBC. Ressecado



Figura 4. Caso 2 - 20 dias após a autonomização do retalho frontal paramediano. Observe a semelhança entre a pele do retalho e a pele nasal.

tumor de pele nasal com margens de 4mm e enviado para congelação. Após ampliação de margem profunda, foi confeccionado retalho bilobulado para cobertura do defeito. Paciente evoluiu com boa cicatrização (Figura 5).



Figura 5. Caso 3 - Após ressecção da lesão. Desenho do retalho bilobulado antes da rotação.

Caso 4

Paciente do sexo feminino, 66 anos, com tumor de pele em canto lateral de asa nasal esquerda. Submetida à ressecção da lesão, com margens, e sutura primária. Para simetrização, foi realizada alectomia direita, proporcional ao defeito causado à esquerda. Estudo histopatológico da lesão revelou CBC micronodular. Paciente evoluiu com boa cicatrização e simetria satisfatória de asas nasais (Figura 6).



Figura 6. Caso 4 - 2 meses pós-operatórios. Asas nasais simetrizadas.

DISCUSSÃO

O forro nasal pode ser reconstituído com retalho mucopericondral. Os retalhos septais são bem aplicados para defeitos maiores, pois podem ser dobrados lateralmente para revestir o vestibulo inferior e a margem alar². O tipo septal ipsilateral com base anterior (utilizado no Caso 1) é fundamentado no vaso labial superior esquerdo e oclui a narina temporariamente, até a sua autonomização. Ele deve incluir o pericôndrio para que seja mantida a nutrição da camada mucosa.

As cartilagens alares são responsáveis pela manutenção da forma e da função do terço inferior do nariz⁴, pois estruturam a narina e impedem seu colapso durante a inspiração. O enxerto de cartilagem auricular pode ser obtido de diversas maneiras, e é importante que o mesmo mantenha uma concavidade para baixo, seguindo-se o contorno da asa nasal.

O retalho nasogeniano em dois estágios pode fornecer pele em excesso no sulco nasogeniano para reconstruir a asa, não sendo bem indicado para ponta ou dorso. Este retalho deve ser curto, bem como seu ângulo de rotação, e deve ser levantado mantendo-se uma base proximal de gordura subcutânea profunda que é perfundida por perfurantes das artérias facial e angular. Em caso de restar pele de asa nasal após a ressecção da lesão, é preferível que esta também seja substituída por pele do retalho, reconstituindo-se a subunidade estética em bloco².

Por ser semelhante a pele nasal, a pele da testa constitui uma boa área doadora para tais fins, podendo ser transposta por vários tipos de pedículos. A região frontal

é perfundida por vasos supraorbitários, supratrocleares, temporais superficiais, infraorbitais, dorso nasais e ramos das artérias faciais³. O retalho frontal paramediano pode ser confeccionado com base em um pedículo supratroclear² e é uma opção bastante utilizada para reconstrução nasal. Esse retalho é desenhado da sobrancelha até a linha de implantação capilar, podendo ser alongado, caso necessário, angulando-se o seu maior eixo lateralmente.

Os vasos supratrocleares emergem cranialmente ao longo da altura da testa, de uma camada mais profunda sobre o periosteio até uma profundidade quase subdérmica na pele, próxima à implantação do couro cabeludo⁵. Em pacientes não fumantes, o retalho frontal paramediano pode ser levantado incluindo-se as camadas por onde os vasos emergem, sendo mais espesso próximo à base e mais delgado distalmente². Sua ponta deve conter a menor quantidade possível de folículos pilosos do couro cabeludo e, quando necessário incluir pele dessa área, os pelos poderão ser removidos posteriormente por depilação.

O retalho bilobado é uma boa escolha para fechamento de defeitos pequenos (até 1,5cm) em zonas de pele espessa, como de ponta e asa. Ele é confeccionado a partir da pele móvel do dorso ou paredes laterais e não deve ter um ângulo de rotação superior a 50 graus para cada lóbulo. Esse retalho deve ser levantado acima do pericôndrio, incluindo pele, gordura e músculo nasal. O defeito causado pelo primeiro lóbulo é fechado de forma primária².

Um dos princípios da reconstrução nasal estética é utilizar o contralateral como guia. Para tumores de pele na extremidade lateral de uma das asas nasais, a alectomia é utilizada como forma de ressecar a lesão, buscando-se a simetria por associação com alectomia contralateral.

CONCLUSÃO

A reconstrução nasal constitui uma etapa importante do tratamento do câncer de pele do nariz. Os princípios estéticos e de funcionalidade devem ser sempre considerados no planejamento cirúrgico. É imprescindível que o cirurgião plástico conheça bem cada estratégia para que escolha a melhor opção para a reconstrução.

REFERÊNCIAS

1. Ceratti TA, Casado Neto AS, Vittorazzi A, Barros MEPM, Farina Junior JA. Enxerto composto auricular na reconstrução da asa nasal. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(4):640-3. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-51752012000400030>
2. Thorne CH, Chung KC, Gosain AK, Gurtner GC, Mehrara BJ, Rubin JP, Spear SL. *Grabb and Smith's Cirurgia Plástica.* Tradução: Nelson Gomes de Oliveira, Ediane Chimello, Sandra Mallman, et al. 7ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Thieme Revisão Publicações; 2018.
3. 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.
4. Oliveira MF, Pereira MD, Ferreira LM. Reconstrução total da cartilagem alar utilizando enxerto de cartilagem auricular em bloco após ressecção tumoral. *Rev Bras Cir Plást.* 2010;25(3):26.
5. Costa MJM. Versatilidade do retalho médio-frontal nas reconstruções faciais. *Rev Bras Cir Plást.* 2016;31(4):474-80.

*Endereço Autor:

Mikaelle Paiva dos Santos Souza

Rua Ministro Joaquim Bastos, 231, Fátima, Fortaleza, CE, Brasil.

CEP: 60415-040

E-mail: mikaellepaiva@live.com