

Ministério da Saúde



COORDENAÇÃO DE ENSINO

Residência Médica em Cirurgia Plástica

TAISSA SANTOS RECALDE ROCHA

Reconstrução Nasal com Retalho Frontal: Revisão de 14 casos

Rio de Janeiro

2018

TAISSA SANTOS RECALDE ROCHA

Reconstrução Nasal com Retalho Frontal: Revisão de 14 casos

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva como requisito parcial para a conclusão do programa de residência médica em cirurgia plástica.

Orientador : Dr. Brasil Ramos Caiado Neto

Rio de Janeiro

2018

TAISSA SANTOS RECALDE ROCHA

Reconstrução Nasal com Retalho Frontal: Revisão de 14 casos

Avaliado e Aprovado por:

Dr. Brasil Ramos Caiado Neto – orientador.

Ass. _____

Rio de Janeiro, ____ / ____ / ____.

Rio de Janeiro

2018

RESUMO

ROCHA, Taissa Santos Recalde. **Reconstrução Nasal com Retalho Frontal: Revisão de 14 casos.** Monografia – INCA. Rio de Janeiro, 2018.

Introdução: Apesar de possuírem crescimento lento, os cânceres de pele não melanocíticos, se negligenciados, podem levar a destruição anatômica de estruturas, causando importantes defeitos e desafios para reconstrução. Em sua maioria ocorrem na cabeça e pescoço, e quando localizados no nariz, se faz necessário o conhecimento das subunidades estéticas e da anatomia, para que seja alcançado o melhor resultado estético e funcional, e com isso a satisfação do paciente. **Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo de fevereiro de 2015 a janeiro de 2016 no Instituto Nacional de Câncer (INCA), através da análise dos prontuários e das fotos de 14 pacientes submetidos a ressecções oncológicas de tumores em região nasal, reconstruídos com retalho de frente. Foram avaliados dados epidemiológicos e os resultados finais obtidos. **Resultado:** O tipo histológico mais comum foi o carcinoma basocelular (CBC), se mostrando presente em 86%. A localização mais comum da reconstrução nasal foi a asa nasal, em 50% dos pacientes. O tamanho do defeito médio foi de 4,9 X 2,9 X 1,4 cm e foram realizados em média dois tempos cirúrgicos, variando de 1 a 3, para alcançar um resultado satisfatório. **Conclusão:** O retalho de frente se mostrou uma boa ferramenta no arsenal terapêutico para defeitos nasais simples ou complexos, que contemplam a perda de múltiplas camadas (forro, suporte e cobertura). Portanto, apesar de várias técnicas terem sido descritas, ele continua sendo reconhecido como a melhor correspondência para a pele nasal, por causa de sua cor, textura excelente, boa vascularização e proximidade com o defeito, sendo o material ideal doador para se alcançar resultados estéticos satisfatórios como pode ser visto nesse trabalho.

Palavras-chave: TUMORES NÃO MELANOCÍTICOS, RECONSTRUÇÃO NASAL, RETALHO MEDIOFRONTAL, AMPUTAÇÃO NASAL.

ABSTRACT

ROCHA, Taissa Santos Recalde. Nasal Reconstruction with Frontal Flap: Review of 14 cases. Monografia - INCA. Rio de Janeiro, 2018.

Introduction: Despite slow growth, non-melanocytic skin cancers, if neglected, can lead to anatomical destruction of structures, causing major defects and challenges for reconstruction. Most of them occur in the head and neck, and when located in the nose, it is necessary to know the aesthetic subunits and the anatomy, so that the best aesthetic and functional result is achieved, and thus the patient's satisfaction.

Materials and Methods: Retrospective study from February 2015 to January 2016 at the National Institute of Cancer (INCA), through the analysis of the charts and photos of 14 patients submitted to oncologic resections of tumors in the nasal region, reconstructed with forehead flap. Epidemiological data and the final results obtained were evaluated. **Result:** The most common histological type was basal cell carcinoma (BCC), which was present in 86%. The most common site of nasal reconstruction was the nasal wing, in 50% of patients. The mean defect size was 4.9 X 2.9 X 1.4 cm and two surgical times, ranging from 1 to 3, were performed on average to achieve a satisfactory result. **Conclusion:** The forehead flap has proved to be a good tool in the therapeutic arsenal for simple or complex nasal defects, which involve the loss of multiple layers (lining, support and coverage). Although several techniques have been described, it continues to be recognized as the best match for nasal skin, because of its color, excellent texture, good vascularity and proximity to the defect. satisfactory aesthetic results. Therefore, it is the ideal donor material to achieve satisfactory aesthetic results as shown in this work.

Keywords: NON-MELANOCYTIC TUMORS, NASAL RECONSTRUCTION, MEDIOFRONTAL RETAIL, NASAL AMPUTATION.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Paciente 1.	5
Figura 2. Paciente 1.	5
Figura 3. Paciente 2.	6
Figura 4. Paciente 2.	6
Figura 5. Paciente 3.	7
Figura 6. Paciente 3.	7
Figura 7. Paciente 4.	8
Figura 8. Paciente4.	8

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dados epidemiológicos, de localização tumoral e aspectos técnicos.

4

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	MATERIAIS E MÉTODOS.....	3
3	RESULTADOS.....	4
4	DISCUSSÃO.....	9
5	CONCLUSÃO.....	11
	REFERÊNCIAS ..	12

1 INTRODUÇÃO

Segundo estimativas atuais a incidência dos tumores não melanocíticos de pele vem crescendo no mundo. No Brasil são esperados cerca de 180 mil novos casos ao ano (<http://www2.inca.gov.br/>), desses setenta e cinco por cento ocorrem na cabeça e pescoço, sendo 30% localizados no nariz. São cânceres que, em sua maioria, tem crescimento lento e dificilmente levam à metástases. Porém, se negligenciados, a destruição anatômica das estruturas adjacentes pode levar à importantes desafios na reconstrução¹.

Um dos princípios básicos da cirurgia plástica, dito por Sir Harold Gilles, "replacing like with like", mostra que para se alcançar um resultado estético aceitável na reconstrução é preciso ter como objetivo restaurar o padrão normal de cada indivíduo. Para isso se faz necessário o conhecimento anatômico da face, bem como de suas subunidades estéticas. Segundo Burget and Menick, o nariz é uma unidade estética da face que pode ser dividida em subunidades: dorso, ponta, asas, columela, paredes laterais e os triângulos moles. Desta maneira se o defeito ocupar mais de 50% de uma subunidade e se for fechado com um retalho, a pele residual normal deverá ser ressecada para que toda a subunidade seja reconstruída, e com isso haja a camuflagem das cicatrizes, obtendo um resultado estético superior².

O nariz é coberto por pele, uma camada fina de tecido subcutâneo e músculo nasal, e sustentado por uma camada média composta de um par de ossos nasais, cartilagens laterais superiores e cartilagens alares, columela e a ponta nasal. Apesar da asa não conter cartilagem, um tecido fibrogorduroso compacto mantém seu contorno. A cartilagem septal e o osso separam a cavidade nasal e sustentam o dorso e o angulo septal. O forro nasal é formado por epitélio escamoso estratificado sobrejacente à lâmina própria que reveste a parte anterior da cavidade nasal e do vestíbulo¹.

Para que seja alcançado um resultado satisfatório na reconstrução é importante analisar o desejo do paciente, as subunidades nasais comprometidas, usar o lado contralateral ou o ideal como base, além de fazer moldes exatos para definir a dimensão e o contorno do defeito. O descarte do tecido normal, a confecção de uma plataforma estável, e o retardamento da divisão do pedículo até que esteja definido o suporte e a forma do nariz também devem ser considerados³.

O objetivo do trabalho é apresentar uma revisão de 14 casos de reconstrução nasal com retalho frontal em defeitos com diferentes complexidades gerados após ressecção oncológica, destacando os aspectos clínicos, a localização tumoral, a técnica operatória, e os resultados obtidos.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo de fevereiro de 2015 a janeiro de 2016 no Instituto Nacional de Câncer(INCA), através da análise dos prontuários e das fotos de 14 pacientes submetidos a ressecções oncológicas de tumores em região nasal, reconstruídos com retalho frontal. Para isso avaliamos os dados epidemiológicos, como a idade, o sexo e as comorbidades dos pacientes, a localização tumoral (subunidades nasais), o tamanho do defeito, o tipo histológico, quantos tempos cirúrgicos e quanto tempo foi necessário para a secção do pedículo , as complicações e os resultados obtidos. Todos os defeitos foram reconstruídos com retalho de frente, unilateral, baseado nos vasos supratrocleares. Nas ressecções foram analisados os limites cirúrgicos em todos os tumores através da técnica de congelação.

3 RESULTADO

Dos pacientes avaliados 71,4% eram homens e 28,6% mulheres, sendo a maioria entre a faixa etária dos 70 aos 80 anos (50%). Dentre as comorbidades apresentadas, pode-se citar: HAS 50%, Tabagismo 42,8%, DM 14,2%, Dislipidemia 7,1%, IAM 7,1% e Hipotireoidismo 7,1%, sendo 71,4% dos pacientes acometidos por alguma dessas comorbidades. O tipo histológico mais comum foi o carcinoma basocelular(CBC), se mostrando presente em 86%, dividido da seguinte forma: 43% CBC nodular, 15% CBC esclerodermiforme, 14% CBC ulcerado e 14% CBC com células escamosas. Além disso, o carcinoma espinocelular (CEC) foi encontrado em 14% dos casos.

A localização mais comum da reconstrução nasal foi a asa, em 50% dos pacientes. A parede lateral em seguida com 42,8%, o dorso 35,7%, a ponta 35,7%, e defeitos totais em 21,4 %. Alguns pacientes tiveram mais de uma localização reconstruída, portanto foram contados mais de uma vez. O tamanho do defeito médio foi de 4,9 X 2,9 X 1,4 cm, variando o menor com 2 X 1,9 X 0,4 e o maior com 9 X 3 X 1 cm. Em média foram realizados dois tempos cirúrgicos (variando de 1 a 3), com tempo médio para secção do pedículo de 89 dias (variando de 32 a 179 dias).

Tabela 1: Dados epidemiológicos, de localização tumoral e aspectos técnicos.

	IDADE	SEXO	COMORBIDADES	TEMPOS CIRÚRGICOS	COMPLICAÇÕES	LOCALIZAÇÃO SUBUNIDADES	TIPO HISTOLÓGICO	TAMANHO			CONGELAÇÃO	TEMPO SECÇÃO PEDÍCULO
								L	A	P		
1	71	M	HAS/ DM/ HIPOTIR	3	N/A	ASA/ PONTA	CBC nodular	2,2	2		Negativo	135
2	78	M	HAS/ IAM/ DISL	2	N/A	ASA/PONTA/PAREDE LAT	CBC esclerodermiforme	4,5	1,8	1	Negativo	124
3	79	F	HAS	2	N/A	TOTAL	CBC nodular	6	5,5	0,3	Negativo	164
4	68	M	TABAGISTA	3	N/A	TOTAL	Carcinoma Basoescamoso	6	4,5	8,6	Negativo	112
5	57	F	NEGA	2	N/A	PONTA/ DORSO	CBC nodular	6	2,5	2	Negativo	39
6	74	M	TABAGISTA	2	Necrose área doadora	DORSO/ASA/PAREDE LAT	Carcinoma Basoescamoso	3,5	3	0,5	Negativo	57
7	77	M	NEGA	1	N/A	DORSO/PAREDE LAT	CEC	4	2	0,2	Negativo	0
8	58	F	HAS/ TABAGISTA	2	Obstrução narina direita	ASA/ PONTA	CBC	2	1,9	0,4	Negativo	35
9	79	M	HAS/ TABAGISTA	2	N/A	PAREDE LAT	CBC	5,6	3,8	1,6	Negativo	32
10	51	M	HAS/DM	2	Deiscência de FO	ASA	CBC nodular	5,8	1,2	0,5	Negativo	179
11	59	F	NEGA	2	N/A	PAREDE LAT	CBC ulcerado	4,5	2	0,5	Positivo 3h e 9h	42
12	68	M	TABAGISTA	2	N/A	PAREDE LAT/ ASA	CBC	9	3	1	Negativo	165
13	85	M	HAS/ TABAGISTA	2	N/A	PONTA/ASA/DORSO	CEC	3,5	3	1,5	Negativo	42
14	64	M	NEGA	2	N/A	TOTAL	CBC nodular/ superficial	5,5	5	0,5	Negativo	37

Como complicações observamos necrose de pele de área doadora em um paciente, obstrução da narina direita em um paciente e deiscência de FO em um paciente, todos reabordados cirurgicamente com obtenção de bons resultados. Os resultados estão exemplificados nas figuras 1 a 8.



Figura 1: Paciente 1. Lesão ulcerada e hipercrômica em ponta nasal a esquerda. Marcação de retalho frontal baseado na artéria supratroclear direita e defeito gerado após ressecção de tumor a direita.



Figura 2: Paciente 1. Resultado imediato após primeiro tempo cirúrgico a esquerda. Resultado final após secção do pedículo a direita.



Figura 3: Paciente 2. Lesão ulcerada e hiperemiada em asa nasal , região malar e labio superior esquerdo a esquerda . Defeito gerado após ressecção de tumor no centro. Marcação de retalho frontal baseado na artéria supratroclear esquerda e retalho em ilha nasogeniano para fechamento de defeito malar e de lábio superior a direita.



Figura 4: Paciente 2. Resultado imediato após primeiro tempo cirúrgico a esquerda. Resultado final após secção do pedículo a direita.



Figura 5: Paciente 3. Múltiplas lesões ulceradas e hiperemiadas em região nasal a esquerda . Defeito gerado após ressecção de tumor com marcação de retalho frontal baseado na artéria supratroclear direita no centro. Resultado do primeiro tempo operatório a direita.



Figura 6: Paciente 3. Resultado do segundo tempo operatório a esquerda após refinamento de retalho . Resultado após secção do pedículo a direita.



Figura 7: Paciente 4. Aspecto da lesão: exofítica, volumosa e sangrante a esquerda. Defeito remanescente após amputação total nasal e desenho de retalho mediofrontal baseado da artéria supratrocLEAR direita ao centro. Aspecto final após reconstrução do primeiro tempo operatório.



Figura 8: Paciente 4. Cartilagens costais posicionadas em forro nasal : alares, triangulares, dorso e columela a direita. Aspecto final pós estruturação nasal com enxerto cartilaginoso a direita.

4 DISCUSSÃO

A origem da reconstrução nasal permanece obscura, porém a primeira documentação data de 400DC realizada por Sushruta¹. A publicação do método somente veio em 1794, na Gentleman's Magazine, e mostrava o clássico retalho frontal vascularizado por um par de artérias supratrocleares com pivô acima das sobrancelhas. Desde então a ênfase mudou, e o objetivo que antes era de simplesmente fechar um buraco, passou a ser alcançar um resultado estético final que relembresse ao máximo um nariz normal⁴. Foi quando no século XX Millard lateralizou o retalho sobre um pedículo único, o trazendo para mais próximo da área atingida e adicionou o formato de gaivota que permitiu o fechamento de grandes defeitos que contemplavam dorso e asas nasais⁵.

Diversas técnicas foram descritas para fechamento de defeitos em região nasal, como o uso de enxerto e retalhos locais. Porém, para áreas com tamanhos superiores a 1,5cm, que ocupem mais de uma subunidade estética, muitas vezes essas ferramentas não são suficientes. Para isso o retalho proveniente de frente se mostra uma importante opção, por apresentar excelente correspondência em cor e textura, além de proximidade com o defeito⁵. Reece et al. através de estudos em cadáveres demonstraram que trata-se de um retalho interpolado com vascularização axial, com uma ampla rede vascular, que contempla os vasos supratrocleares, supraorbitais e dorsais nasais. Segundo os autores, para realizar a técnica com maior segurança deve-se manter uma distância de ao menos 7mm na margem orbital e incorporar o perióstio nos 2 a 3 cm proximais do retalho. Os pacientes com maior risco de complicações foram os tabagistas, diabéticos mal controlados e aqueles com cicatrizes prévias na frente⁶.

Usualmente são necessários dois tempos operatórios, o primeiro com incisão e posicionamento do retalho e o segundo, após cerca de 3 a 6 semanas com a secção do pedículo⁶. Recentemente outras técnicas foram descritas, Burget et Menick adicionaram um tempo intermediário a técnica operatória, alegando diminuição da espessura do retalho com uma maior segurança e com isso melhora no contorno em casos de reconstrução nasal. Além disso, possibilitou flexibilidade na confecção do arcabouço nasal. Isso permitiu que o mesmo pudesse ser utilizado tanto para defeitos de cobertura nasal isolados, quanto para defeitos complexos, que exigissem a confecção de forro e de estrutura nasal. Como desvantagens são citados um longo período de afastamento de atividades sociais e laborativas e o inconveniente manejo da ferida operatória⁷. Park,

Fudem et al. e Kishi et al. descreveram a técnica com somente um tempo operatório, principalmente visando aqueles pacientes em que um segundo tempo cirúrgico não seria bem tolerado, porém com resultado estético inferior devido ao bulk causado pela tunelização do pedículo⁸.

É bem estabelecido que para alcançar o sucesso na reconstrução nasal se faz necessária a substituição da cobertura nasal por uma pele fina, que possa ser moldada, e que corresponda em cor e textura a pele do nariz. A confecção de um forro nasal que restabeleça um tecido bem vascularizado, que mantenha a via aérea pérvia e que sirva de leito para uma estrutura de tecido duro apoiar, dar forma ao nariz e evitar distorções causadas pela gravidade, tensão e contração cicatricial. Para isso o retalho mediofrontal se mostra uma importante ferramenta nas reconstruções nasais⁹.

5 CONCLUSÃO

O retalho frontal continua sendo reconhecido como aquele mais compatível com a pele nasal, por causa de sua cor, excelente textura, boa vascularização e proximidade nasal. Além disso, este retalho permite variações de tamanho e de forma, o que possibilita também a confecção do forro nasal. Quando acrescido de tempo cirúrgico intermediário apresenta resultados superiores, principalmente quando se faz necessária a reconstrução da estrutura nasal.

REFERÊNCIAS

1. Moolenburgh, S. McLennan, L. Levendag, P. Munte, K. Scholtemeijer, M. Hofer, S. Mureau, M. Nasal Reconstruction after Malignant Tumor Resection: An Algorithm for Treatment, *Plas Recons Surg*, 2010, 1 97-126.
2. Menick, F. Pactical Details of Nasal Reconstruction, *Plas Recons Surg*, 2012, 131 613e-630e.
3. Menick, F. Nasal Reconstruction, *Plas Recons Surg*, 2009, 127, 138-150.
4. Menick, F. Nasal Reconstruction: Forehead Flap, *Plas Recons Surg*, 2002, 113 100e-111e.
5. Menick, F. The Evolution of Lining in Nasal Reconstruction, *Clin. Plastic Surg*, 2009, 36 421-441.
6. Reece, E. Schaverien, M. Rohrich, R. The Paramedian Forehead Flap: A Dynamic Anatomical Vascular Study Verifying Safety and Clinical Implications, *Plas Recons Surg*, 2008, 121: 1956.
7. Menick, F. A 10-Year Experience in Nasal Reconstruction with the Three-Stage Forehead Flap, *Plas Recons Surg*, 2001 1856-1861.
8. Fudem, G. Montilla, R. Vaughn, C. Single-Stage Forehead Flap in Nasal Reconstruction *Ann Plast Surg* 2010;64: 645–648
9. Menick, F. Nasal Reconstruction with a Forehead Flap, *Clin. Plastic Surg*, 2009, 36 443-459.

