

RETALHO MIOCUTÂNEO DORSOGLABELAR BASEADO NA ARTÉRIA NASAL LATERAL PARA RECONSTRUÇÃO DE DEFEITOS DA PONTA NASAL

FRONTONASAL MYOCUTANEOUS FLAP BASED ON THE LATERAL NASAL ARTERY FOR RECONSTRUCTION OF NASAL TIP DEFECTS

SEVERO JR., Luiz Carlos Velho - MD; CHAMBÔ, Fábio - MD¹; DIBE, Márcio José Abreu - MD²; LEAL, Paulo Roberto Albuquerque - MD - PhD³

¹Médicos Residentes do Serviço de Cirurgia Plástica Reparadora e Microcirurgia – INCA e da SBCP.

²Médico Assistente do Serviço de Cirurgia Plástica Reparadora e Microcirurgia do INCA. Membro Titular da SBCP.

³Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica Reparadora e Microcirurgia do INCA. Membro Titular da SBCP; TCBC; FACS.

LUIZ CARLOS VELHO SEVERO JUNIOR

INCA – Departamento de Cirurgia Plástica

P. da Cruz Vermelha, nº23, 8ºandar - Centro - CEP 20230-130 - Rio de Janeiro – RJ - Fones: (21) 25066087 - (21) 93339958
lcsevero@terra.com.br

DESCRITORES

reconstrução, ponta nasal, unidade estética, retalho cutâneo, retalho dorsoglabeular

KEYWORDS

reconstruction, nasal tip, aesthetic unit, skin flap, frontonasal flap

RESUMO

Introdução: defeitos cutâneos da ponta nasal são um desafio à sua reconstrução, uma vez que irregularidades de cor, textura e espessura da pele são facilmente visíveis. O uso de tecidos locais é vantajoso, e as cicatrizes são melhor colocadas na junção das subunidades estéticas nasais. Objetivos: Relatar uma série de 11 pacientes submetidos a reconstrução de defeitos da ponta nasal pós-ressecção oncológica pela técnica do retalho dorsoglabeular com pedículo na artéria nasal lateral e com inclusão no retalho do músculo nasal transversal. Métodos: Critérios de inclusão - lesão suspeita de CBC com no máximo 2 cm e localizada na ponta nasal a pelo menos 5 mm da margem alar; ausência de incisões prévias na área do pedículo; ausência de contra-indicações a anestesia local; foram excluídos do estudo pacientes com lesões recidivadas. Resultados: Não houve intercorrências durante os procedimentos. Houve um caso de congestão venosa transitória com boa evolução. Não houve outras complicações. Discussão: O retalho dorsoglabeular tem planejamento e execução simples em regime ambulatorial sob anestesia local, com excelente resultado estético e baixa morbidade. Conclusões: O retalho miocutâneo axial dorsoglabeular proporciona reparo em tempo único para defeitos da ponta nasal, tendo vantagens sobre o retalho frontal mediano em termos de morbidade.

ABSTRACT

Background: Surgical defects of the nasal tip are a challenge to reconstruction, since irregularities in skin colour, texture and thickness are easily noted. The use of local tissue is advantageous and scars are better located in the transition of the nose aesthetic subunits. Objective: Report a series of 11 patients who underwent, after oncologic resection, reconstruction of nose tip

defects through frontonasal flap based on lateral nasal artery including the transversus nasalis muscle. Methods: Inclusion criteria – suspicious BCC lesion up to 2 cm located in the nose tip at least 5 mm away from the alar rim; no scar in the pedicle area; no contra-indications to local anesthesia; patients with recurrent lesions were excluded. Results: There were no complications during the procedure. There was one case of transient venous congestion with good outcome. There were no other complications. Conclusions: The frontonasal axial myocutaneous flap provides one step reconstruction to nose tip defects, showing benefits over the forehead flap in terms of morbidity.

INTRODUÇÃO

Defeitos cutâneos moderados a extensos da porção distal do nariz, em particular da ponta, são um desafio à reconstrução, uma vez que irregularidades de cor, textura e espessura da pele são facilmente notadas neste local. O uso de tecidos locais é vantajoso ao proporcionar equivalência máxima desses parâmetros^{1,2}. Além disso, as cicatrizes são melhor colocadas na junção de unidades estéticas, com adesão ao princípio das subunidades nasais³. Seguindo este princípio, o retalho do dorso nasal foi descrito originalmente por Gillies⁴, mas foi Rieger, em 1967, que descreveu e popularizou o desenho do retalho para fechamento de defeitos da ponta nasal não maiores de 2 cm, embora ainda se tratasse de um retalho randomizado⁵. Em 1970, Marchac modificou o retalho, elevando-o em padrão axial baseado em um ramo da artéria angular, aumento a sua mobilidade e a precisão de sua montagem⁶. Em 1993, de Fontaine descreveu a colocação do pedículo ipsilateral à lesão para melhor rotação e menor distorção da asa nasal⁷. Em 1997, Maruyama e Iwahira propuseram o desenho do retalho baseado na artéria nasal lateral⁸, modificado em 2005 por Parodi et al. com a inclusão no retalho do

músculo nasal transversal com o objetivo de diminuir a congestão venosa pós-operatória⁹. Green e Angelats modificaram o retalho do dorso nasal ao omitirem o uso de pele da região glabellar, evitando uma cicatriz aparente nessa região¹⁰. Rohrich et al. demonstrou em 1999 sua experiência com 48 pacientes submetidos a reconstrução nasal com a mesma técnica, adicionando o uso de dermoabrasão mecânica ou por laser para atenuação das cicatrizes e de degraus entre as margens da mesma¹¹.

OBJETIVO

Relatar uma série de 11 pacientes submetidos a reconstrução de defeitos da ponta nasal pós-resssecção oncológica pela técnica do retalho miocutâneo axial dorsoglabeular com pedículo na artéria nasal lateral e com inclusão no retalho do músculo nasal transversal.

MÉTODOS

Os pacientes foram selecionados no ambulatório de Cirurgia Plástica do INCA obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: apresentar lesão cutânea suspeita de Carcinoma Basocelular com no máximo 2 cm de diâmetro e localizada no lóbulo nasal a pelo menos 5 mm da margem alar; ausência de incisões prévias na área do pedículo; ausência de contra-indicações a anestesia local; hipertensão controlada e ausência de uso de AAS nos últimos 15 dias. Foram excluídos do estudo pacientes com lesões recidivadas, pelo caráter agressivo das mesmas. Todos os pacientes foram operados sob anestesia local sem sedação, em regime ambulatorial na Sala de Biópsia (Sala Cirúrgica Ambulatorial), com congelamento trans-operatória. Todos os procedimentos foram aprovados pelo comitê de ética em pesquisa do Instituto Nacional do Câncer.

RESULTADOS

Não houve intercorrências durante ou imediatamente após os procedimentos. Dos 11 pacientes, houve um caso de congestão venosa transitória com boa evolução. Não houve casos de isquemia arterial, hematoma, sangramento ou infecção. O período mínimo de acompanhamento pós-operatório foi de 2 meses. Os pacientes relataram satisfação com o resultado obtido, com ênfase para a pouca visibilidade das cicatrizes e não necessidade de segundo tempo cirúrgico.

DISCUSSÃO

A integridade das subunidades estéticas do nariz (ponta, dorso, triângulo mole, columela e faces laterais) é fundamental na manutenção da harmonia das características faciais. Irregularidades de cor, textura e espessura da pele e cicatrizes que cruzam as subunidades topográficas, especialmente no terço inferior do nariz, são facilmente notados^{2,9,11}. Dessa maneira, a reconstrução ideal de defeitos da ponta e dorso nasais

respeita essas subunidades, colocando as cicatrizes nas suas margens, imitando sulcos, elevações e sombras. O retalho miocutâneo axial dorsoglabeular preenche esses pré-requisitos para reconstruções da porção inferior do nariz: pele adjacente de mesmas características de cor e espessura; e a maioria das cicatrizes podem ser colocadas na transição das subunidades estéticas. As vantagens na sua execução são: 1. Planejamento e execução simples e em um procedimento; 2. Procedimento possível em regime ambulatorial sob anestesia local; 3. Bom resultado estético com baixa morbidade; 4. Alto índice de satisfação dos pacientes. Embora o uso de um retalho dessas proporções possa parecer exagerado em relação a pequenos defeitos da ponta nasal, ele respeita as mais estritamente as unidades estéticas nasais comparativamente a outras alternativas locais comuns, como retalhos bilobados, rombóides ou de rotação; além disso, raramente são necessárias revisões de cicatrizes, também em comparação a essas opções. As suas desvantagens são: 1. Elevação temporária da asa nasal (contornado com uso do pedículo ipsilateral ao defeito e adesão rígida ao planejamento das dimensões do retalho, como descrito abaixo); 2. Edema temporário que pode perdurar por semanas (contornado com manutenção de um pedículo o mais largo possível e incluindo o músculo nasal transversal). Ocasionalmente, revisões das cicatrizes através de dermoabrasão ou laser resurfacing podem melhorar ainda mais os resultados^{2,11}.

O planejamento judicioso e execução sistemática seguindo princípios estritos permitem atingir melhor resultados, com menor tração da(s) asa(s) nasal(is) e maior amplitude de alcance do retalho. O pedículo deve ser amplo, incluindo o músculo nasal transversal e sendo posicionado ipsilateralmente à lesão; a incisão deve contornar a asa nasal no sulco que a separa da parede lateral do nariz e ascender na junção desta com a região malar (junção nasofacial), passando próxima ao ligamento cantal interno do olho (principalmente se avançamento e rotação mais amplos forem necessários) e ascendendo ou não em direção à glabella^{2,11}. Todo dorso nasal é dissecado no plano submuscular relativamente avascular, expondo o arcabouço osteocartilaginoso nasal, exceto na região glabellar, onde a dissecção assume um plano subcutâneo¹. É importante diminuir a tensão na porção distal do retalho, evitando a tração e assimetria da asa nasal, que normalmente é transitória, cedendo à ação expansora sobre a pele do arcabouço osteocartilaginoso nasal. A hemostasia meticulosa é fundamental, e é recomendável a sutura em eversão das bordas da ferida para evitar cicatrizes alçaponadas¹¹.

CONCLUSÃO

O retalho miocutâneo axial dorsoglabeular proporciona reparo em tempo único para defeitos elegíveis da ponta nasal, respeitando as subunidades estéticas do nariz e tendo vantagens sobre o retalho frontal mediano em termos de morbidade.



Figura 01



Figura 02



Figura 03



Figura 04



Figura 05



Figura 06



Figura 07



Figura 08

REFERÊNCIAS

1 - Zimble MS, Thomas JR. *The Dorsal Nasal Flap Revisited: Aesthetic Refinements in Nasal Reconstruction*. *Arch Fac Plast Surg* 2000;2(4):285-286.

2 - Van der Lei B. *Eur J Plast Surg* 2006;28:448-450.

3 - Burget GC, Menick FJ. *The subunit principle in nasal reconstruction*. *Plast Reconstr Surg* 1985;76:239-247

4 - Gillies, HD. *Plastic Surgery of the Face*. London: Oxford Medical Publishers; 1920.

5 - Rieger RA. *A local flap for the repair of the nasal tip*. *Br J Plast Surg* 1967;40:147-149.

6 - Marchac D. *Lambeau de rotation fronto-nasal*. *Ann. Chir. Plast.* 1970;15:44.

7 - de Fontaine S, Klaassen M, Soutar DS. *Refinements in the axial frontonasal flap*. *Br J Plast Surg* 1993;46:371-374.

8 - Maruyama Y, Iwahira Y. *The axial nasodorsum flap*. *Plast. Reconstr. Surg* 1997;99:1873.

9 - Parodi PC et al. *Frontonasal Myocutaneous Flap Based on the Transversus Nasalis Muscle*. *Plast Reconstr Surg* 2005;115(6):1684-1688.

10 - Green RK, Angelats J. *A full nasal skin rotation flap for closure of soft tissue defects in the lower one-third of the nose*. *Plast Reconstr Surg* 1996;98:163-166.

11 - Rohrich RJ, Muzaffar AR, Adams WP, Hollier LH. *The Aesthetic Unit Dorsal Nasal Flap: Rationale for Avoiding a Glabellar Incision*. *Plast Reconstr Surg* 1999;104(5):1289-1294.