



# Reconstrução nasal com retalho frontal paramediano após ressecção oncológica

*Nasal reconstruction with paramedian frontal flap after cancer resection*

CARLOS MIGUEL PEREIRA <sup>1\*</sup>  
EDUARDO PINHEIRO VENTURELLI  
JÚNIOR <sup>1</sup>  
RODRIGO SILVA ROCHA <sup>1</sup>  
PAOLLA RIBEIRO GONÇALVES <sup>1</sup>  
FABIO NEVES SILVA <sup>1</sup>  
SÉRGIO DOMINGOS BOCARDO <sup>1</sup>

Instituição: Hospital Federal de Ipanema,  
Cirurgia Plástica, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Artigo submetido: 31/5/2019.  
Artigo aceito: 8/7/2019.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2020RBCP0065

### RESUMO

**Introdução:** O carcinoma basocelular é o tipo mais frequente de lesão tumoral de pele acometendo frequentemente a região nasal. Os defeitos resultantes exigem o emprego de técnicas de reconstrução nasal. A primeira cirurgia plástica descrita é a reconstrução nasal segundo o método indiano. Ao longo dos séculos sofreu diversas modificações pelos maiores nomes da especialidade, culminando no retalho frontal paramediano.

**Relato do Caso:** Paciente do sexo masculino, 62 anos, apresentou-se no serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Federal de Ipanema com lesão ulcerada, descamativa, ocupando toda a região lateral do nariz com três anos de evolução, sugestiva ao exame físico de tumor maligno de pele. Foi realizada exérese da lesão cutânea e imediata reconstrução com retalho frontal paramediano e posterior cirurgia de refinamento. **Conclusão:** Devido à sua vascularização pela artéria supratrocLEAR e textura semelhante ao tecido nasal, o retalho frontal paramediano constitui-se como o *gold standard* para a correção de grandes defeitos nasais.

**Descritores:** Neoplasias nasais; Reconstrução; Deformidades adquiridas nasais; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Retalhos cirúrgicos; Relatos de casos.

<sup>1</sup> Hospital Federal de Ipanema, Cirurgia Plástica, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

### ■ ABSTRACT

**Introduction:** Basal cell carcinoma is the most frequent type of tumoral lesion of the skin, often affecting the nasal region. The resulting defects require the use of nasal reconstruction techniques. The first plastic surgery described is the nasal reconstruction, according to the Indian method. Over the centuries, it has been the object of several modifications by the biggest names in the specialty, culminating in the paramedian frontal flap. **Case Report:** A 62-year-old male patient went to the Plastic Surgery Service of the Federal Hospital of Ipanema, presenting an ulcerated, scaly lesion, occupying the entire lateral region of the nose with three years of evolution, suggesting at physical examination malignant skin tumor. It was performed cutaneous lesion excision and immediate reconstruction with a paramedian frontal flap and further refinement surgery. **Conclusion:** Due to its vascularization by the supratrochlear artery and texture similar to the nasal tissue, the paramedian frontal flap is the gold standard for the correction of significant nasal defects.

**Keywords:** Nasal neoplasms; Reconstruction; Acquired nasal deformities; Reconstructive surgical procedures; Surgical flaps; Case reports.

## INTRODUÇÃO

A primeira descrição de reconstrução nasal é descrita no tratado Sushruta Samhita, cerca de 700 a.C., da medicina Ayurveda. Embora realizado desde tempos ancestrais, o método indiano, só foi publicado no século XVIII, na Madras Gazette de Bombaim<sup>1</sup>.

Em 1597, Tagliacozzi publicou uma série de trabalhos em que descreve a reconstrução do nariz usando retalhos de antebraço, este ficou conhecido como o método italiano<sup>2</sup>.

Durante o século XIX, Blasius, Dieffenbach e Petrali ampliaram o método para revestimento interno além do externo<sup>2</sup>. Gillies, Converse, Kazanjian e Millard aperfeiçoaram o método ao longo do século XX, com novos desenhos de retalhos e métodos de restauração do suporte nasal. Kazanjian celebrou o retalho frontal mediano nos Estados Unidos na primeira metade do século XX<sup>3</sup>.

Nas décadas de 80 e 90 do século XX, Burget e Menick<sup>3,4</sup>, contribuíram para o estabelecimento do retalho frontal paramediano como método preferencial de reconstrução nasal através dos seus princípios das subunidades estéticas nasais, bem como pela análise da vascularização facial.

O objetivo do trabalho é ilustrar um caso de exérese de tumor cutâneo nasal e sua imediata reconstrução com um retalho frontal paramediano, demonstrando a sua importância na cirurgia de reconstrução nasal.

## RELATO DO CASO

O paciente é do sexo masculino, 62 anos, antecedente de AVC isquêmico há 40 anos com seqüela de monoparesia do membro superior direito, sem hábitos tabácicos ou etílicos. Apresentava lesão ulcerada, descamativa, ocupando toda a região lateral do nariz à esquerda com três anos de evolução, sugestiva de tumor maligno de pele (Figuras 1 e 2).

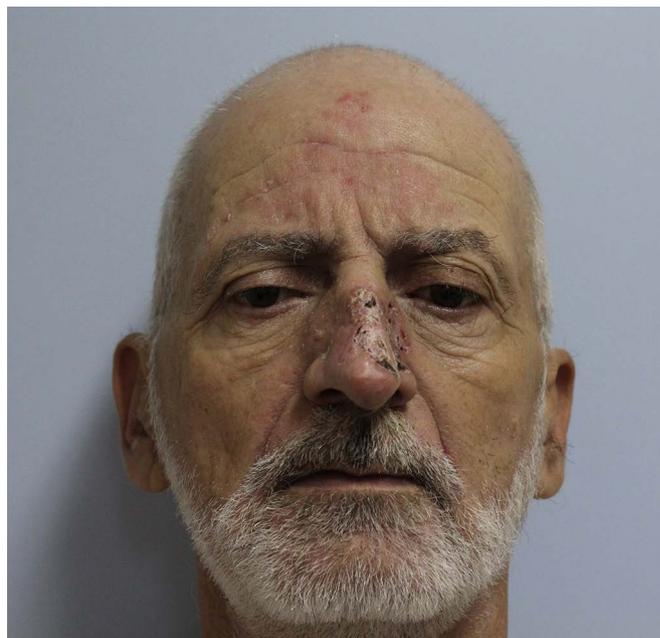


Figura 1. Pré-operatório em visão frontal.

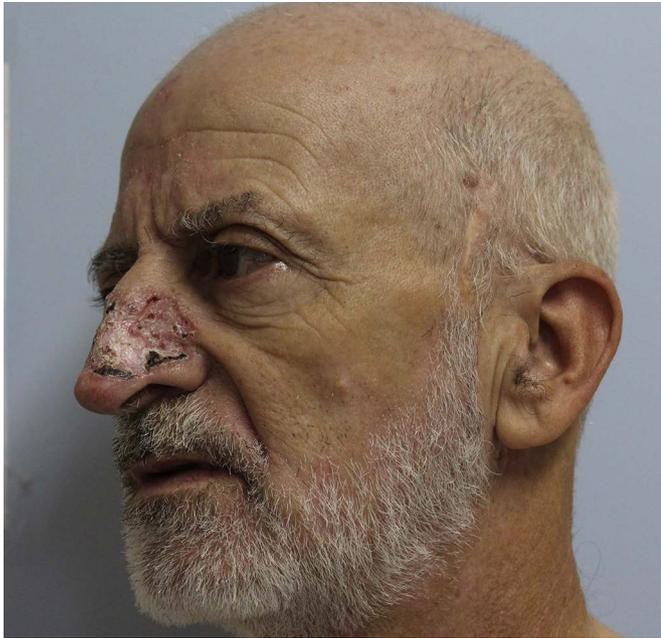


Figura 2. Pré-operatório em visão oblíqua.

Sob anestesia geral e após devida assepsia marcou-se a lesão tumoral a ser excisada com margem de segurança de 4mm e infiltrou-se com solução anestésica de lidocaína 1% + adrenalina 1:200.000.

A lesão tumoral foi amplamente ressecada e a peça enviada para exame de congelação intraoperatória, que revelou tratar-se de um carcinoma basocelular superficial de limites livres.

Em seguida fez-se a marcação do retalho frontal paramediano segundo o desenho de Gillies<sup>3</sup> “up and down” (Figura 3), tendo em conta as dimensões do defeito resultante, bem como respeitando os limites do retalho descritos por Menick, em 2002<sup>3</sup>: cerca de 2cm lateral à linha média junto da cabeça do supercílio e com uma largura do pedículo de aproximadamente 1,5cm com sentido vertical. Descolou-se o retalho no sentido distal-proximal realizando a dissecação inicialmente em plano subcutâneo e mais proximalmente no plano justa periosteal.



Figura 3. Transoperatório evidenciando o defeito nasal e o desenho do retalho.

O retalho foi rodado, posicionado sobre o defeito, refinado e suturado às bordas com fio de nylon 5-0. A região doadora foi suturada nas regiões passíveis de coaptação. No restante foi aplicada sutura elástica, ficando o defeito central resultante para cicatrizar por segunda intenção (Figuras 4 e 5).

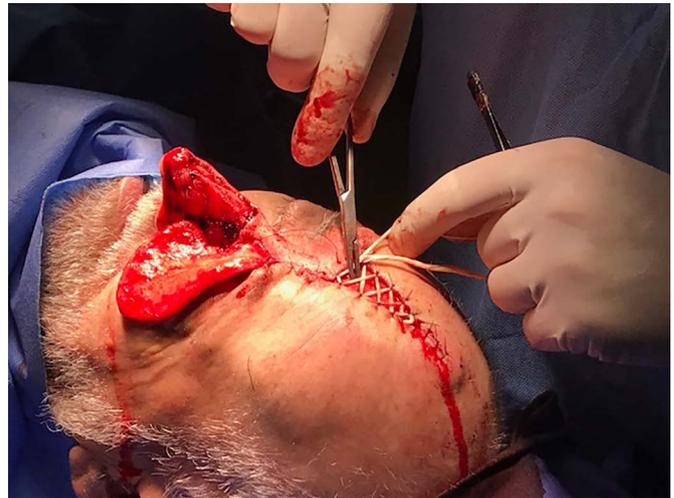


Figura 4. Transoperatório evidenciando a sutura elástica da área doadora.



Figura 5. Pós-operatório imediato evidenciando a reconstrução nasal obtida.

Quatro semanas depois foi realizada a transecção do pedículo do retalho com o reposicionamento da cabeça do supercílio. Finalmente, foi realizado o refinamento do retalho com desgorduramento e rotação da asa nasal esquerda.

Completados três meses de pós-operatório o paciente encontrava-se clinicamente bem, sem queixas funcionais, embora tivesse realçado uma perturbação quanto ao resultado estético a área doadora estava praticamente cicatrizada.

Optou-se então pela cirurgia de refinamento nasal a qual foi realizada no sexto mês de pós-operatório. No acompanhamento subsequente, aos 9 meses de pós-operatório, o paciente estava satisfeito com o resultado funcional e estético (Figuras 6 e 7).

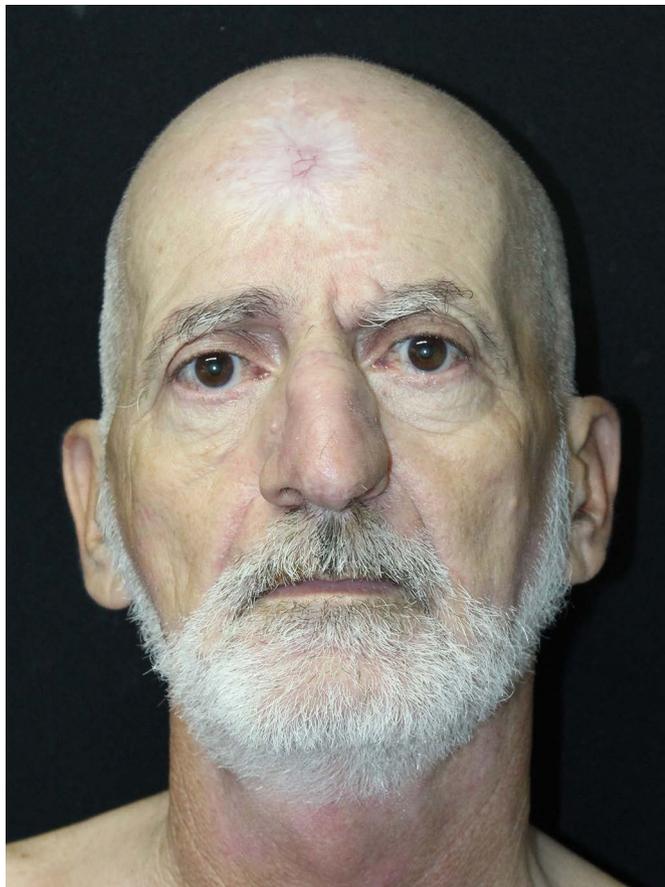


Figura 6. Pós-operatório de 9 meses com a demonstração do resultado obtido.

## DISCUSSÃO

O carcinoma basocelular é o tumor maligno de pele mais comum na nossa prática diária.

No presente caso tratava-se de um defeito superficial embora de grandes dimensões (maior que 1,5cm)<sup>5</sup> atingindo quatro das subunidades estéticas do nariz: parede lateral, asa, dorso e ponta nasais.

O princípio das subunidades estéticas descrito por Menick, em 2010<sup>4</sup>, advoga que se a subunidade for afetada em mais de 50% da sua área esta deve ser totalmente removida, o que é particularmente útil nas subunidades do terço inferior do nariz, pois devido às suas linhas convexas e proeminentes poderão resultar

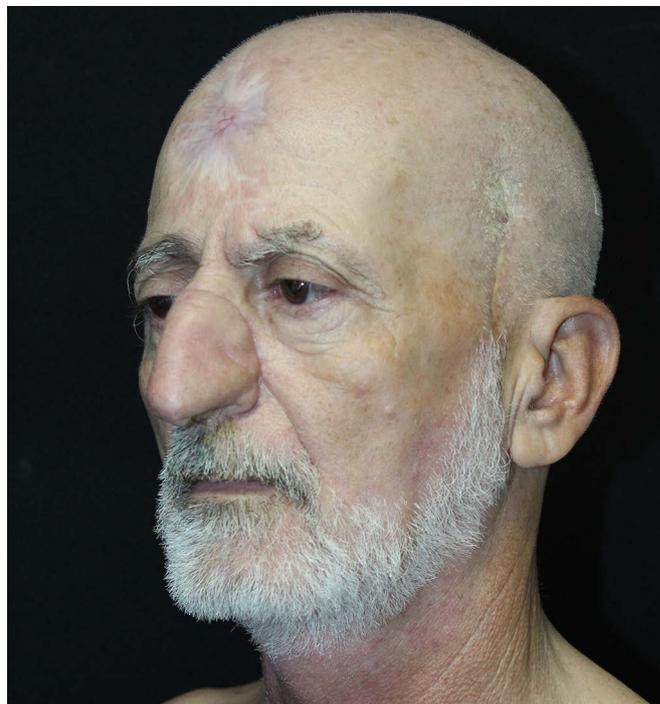


Figura 7. Pós-operatório de 9 meses evidenciando o resultado obtido.

em cicatrizes mais aparentes. No presente caso esse princípio não foi rigorosamente seguido, tendo em conta as dimensões já consideráveis do defeito inicial e o respeito à margem cirúrgica de segurança.

Embora diversas técnicas possam ser usadas, o retalho frontal paramediano é de particular segurança, confiabilidade e reprodutibilidade, visto que a sua vascularização pela artéria supratroclear para além da pele da região frontal ser a mais semelhante em cor e textura com a do nariz<sup>6,7</sup>.

O desenho do retalho pode apresentar-se sob diferentes formas, desde oblíquo a um formato em “gaivota” de Millard<sup>5</sup>, passando pelo “up and down” de Gillies<sup>3</sup>. A vascularização do retalho frontal paramediano é essencialmente feita pelos vasos supratroculares. Estes passam sobre a margem orbital externamente ao periósteo, seguem verticalmente para cima dentro do músculo frontal e assumem uma posição subdérmica junto à linha capilar<sup>5</sup>.

O pedículo é seccionado geralmente quatro semanas após a primeira cirurgia, configurando a cirurgia em dois estágios, sendo esta a mais tradicional<sup>5</sup>. Menick, em 2010<sup>4</sup>, advoga a cirurgia em três estágios, com uma fase intermediária de “*debulking*”, especialmente indicada em pacientes fumantes, com cicatrizes prévias ou com defeitos de espessura total.

A área doadora, com defeito considerável, foi aproximada com sutura elástica de acordo com Nigri, em 2011<sup>8</sup>, sendo o restante deixado para cicatrizar por segunda intenção, o que não se constituiu como um problema<sup>8</sup>.

Como esperado na cirurgia em dois tempos foi necessário realizar cirurgia de refinamento. No caso foi feito desengorduramento do retalho e rotação da asa nasal. O paciente ficou satisfeito com o resultado estético e funcional e não foi dada continuidade no processo de refinamento.

### CONCLUSÃO

O retalho frontal paramediano permite a transferência de tecido para a região nasal de uma forma eficiente e segura com pouca morbidade na área doadora, permitindo uma cobertura maleável e semelhante ao tecido nasal com boa viabilidade.

### COLABORAÇÕES

<b>CMP</b>	Análise e/ou interpretação dos dados, Coleta de Dados, Concepção e desenho do estudo, Redação - Preparação do original
<b>EPVJ</b>	Software
<b>RSR</b>	Coleta de Dado

<b>PRG</b>	Análise e/ou interpretação dos dados
<b>FNS</b>	Redação - Revisão e Edição
<b>SDB</b>	Supervisão

### REFERÊNCIAS

1. Cintra HPL, Bouchama A, Holanda T, Jaimovich CA, Pitanguy I. Uso do retalho médio-frontal na reconstrução do nariz. *Rev Bras Cir Plást.* 2013;28(2):212-7.
2. Baker SR. Principles of nasal reconstruction. Maryland, US: Mosby; 2002.
3. Menick FJ. A 10-year experience in nasal reconstruction with the three-stage forehead flap. *Plast Reconstr Surg.* 2002 Mai;109(6):1839-55;discussion:1856-61.
4. Menick FJ. Nasal reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2010 Abr;125(4):138e-50e.
5. Menick FJ. Nasal reconstruction: forehead flap. *Plast Reconstr Surg.* 2004;113(6):100e-11e.
6. Quintas RCS, Araújo GP, Medeiros Junior JHGM, Quintas LFFM, Kitamura MAP, Cavalcanti ELF, et al. Reconstrução nasal complexa: opções cirúrgicas numa série de casos. *Rev Bras Cir Plást.* 2013;28(2):218-22.
7. Costa MJM. Versatilidade do retalho médio-frontal nas reconstruções faciais. *Rev Bras Cir Plást.* 2016;31(4):474-80.
8. Santos ELN, Oliveira RA. Tratamento de ferida com uso de sutura elástica. *Rev Bras Cir Plást.* 2014;29(4):587-8.

\*Autor correspondente:

**Carlos Miguel Pereira**

Rua Gomes Carneiro, 155, Apart. 1201, 22071-110, Ipanema, RJ, Brasil.

CEP: 22071-110

E-mail: carlosmpereira@hotmail.com