



Prevalência das técnicas de reconstrução nasal utilizadas nos últimos quatro anos em serviço de Cirurgia Plástica do Ceará

Prevalence of nasal reconstruction techniques used over the past four years at the Plastic Surgery Service of Ceará

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO ^{1*}
SALUSTIANO GOMES DE PINHO
PESSOA ^{2,3}

■ RESUMO

Introdução: As lesões cutâneas nasais são de grande importância para o cirurgião plástico em virtude da dificuldade em se promover reconstruções estéticas e funcionais quando da ressecção das mesmas. Várias técnicas tem sido descritas para se corrigir um defeito nasal, sendo documentadas desde os primórdios da cirurgia plástica. **Métodos:** Foi realizado um estudo clínico retrospectivo de uma série de casos consecutivos de cento e cinquenta e um pacientes submetidos a ressecção de lesões nasais no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014 em hospital público de Fortaleza. Foram analisadas as variáveis sexo, idade, técnica cirúrgica. **Resultado:** Do total de prontuários analisados, a maioria dos pacientes era do sexo masculino correspondendo a 52,3%, com idade média de 63,2 anos. As principais formas de reconstrução foram a sutura primária (28,5%), retalho de rotação (22,5%), bilobado (14,6%), retalho de avanço (8,6%), nasogeniano (6%), médio frontal (4,7%) e enxerto (15,2%). **Conclusão:** Diante das inúmeras possibilidades de reconstrução nasal conclui-se que a escolha da técnica cirúrgica utilizada após as ressecções deve levar em consideração a localização e tamanho do defeito, contorno e anatomia nasal para um melhor resultado estético e funcional de cada paciente. Em nosso serviço predominou a reconstrução com síntese primária da lesão ocorrendo leve predomínio em pacientes do sexo masculino e idosos. Outras técnicas foram utilizadas priorizando-se o melhor resultado estético e funcional para cada paciente.

Descritores: Rinoplastia; Retalhos cirúrgicos; Enxertos.

Instituição: Universidade Federal do Ceará,
Fortaleza, CE, Brasil.

Artigo submetido: 23/3/2016.
Artigo aceito: 6/8/2016.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2016RBPC0081

¹ Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Fortaleza, CE, Brasil.

² Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

³ Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: Nasal skin lesions are significant in plastic surgery because of the difficulty of aesthetic and functional reconstruction. Central position of the nose on the face, and its structure, rigid architecture, and low mobility are among the possible causes. Several techniques used to correct nasal defects have been documented since the origins of plastic surgery. We evaluated retrospectively and analyzed the main surgical techniques and their indications in cases of nasal reconstruction performed at the Plastic Surgery Service of Ceará over a period of 4 years. **Methods:** This was a retrospective clinical study including 151 patients who underwent resection of nasal lesions from January 2010 to December 2014 at a public hospital in Fortaleza. Variables included were sex, age, and surgical technique. **Results:** Most of patients were men with a mean age of 63.2 years, they accounted for 52.3% of the sample. The main reconstruction forms were primary suture (28.5%), rotational flap (22.5%), bilobate (14.6%), advancement flap (8.6%), nasogenian (6%), frontal (4.7%) and skin graft (15.2%). **Conclusion:** Because of the different nasal reconstruction possibilities, the surgical technique choice, after resections, should consider defect location and size, contour and nasal anatomy for a better aesthetic and functional result. At our service, reconstruction with primary lesion synthesis was predominant with a slight predominance among men and older patients. Other techniques were used given the preference for better aesthetic and functional result for each patient.

Keywords: Rhinoplasty; Surgical flaps; Grafts.

INTRODUÇÃO

As lesões cutâneas nasais são de grande importância para o cirurgião plástico em virtude da dificuldade em se promover reconstruções estéticas e funcionais quando da ressecção das mesmas. Sua posição central na face, a estrutura nasal com sua arquitetura rígida e de pouca mobilidade dificultam esse trabalho.

Várias técnicas têm sido descritas para se corrigir um defeito nasal, sendo documentadas desde os primórdios da Cirurgia Plástica, datando de 3000 a.C. no Antigo Egito no Papiro Cirúrgico de Edwin Smith¹, passando por descrições de reconstrução total na Índia antiga com o sacerdote Susruta em 600 a.C. no seu livro Aruyeda², evoluindo com Burget & Menick³, que introduziram o conceito de subunidades estéticas do nariz modificando, assim, a forma de tratamento dessa região. As perdas de substância nasal se devem principalmente à ressecção tumoral e trauma⁴.

No Brasil, em 2014, a incidência de câncer não melanoma foi de 182 mil novos casos⁵ sendo o carcinoma basocelular (CBC) a lesão nasal mais frequente. Durante a reconstrução, devemos levar em consideração as variáveis envolvidas, a fim de se realizar uma reconstrução com maior qualidade estética e funcional. Dentre elas, temos o tamanho da lesão que será ressecada, a localização, o conhecimento anatômico

do nariz com suas subunidades lateral, asa, dorso, ponta e teto, bem como as diferenças de elasticidade, cor, contorno e textura da pele.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi avaliar retrospectivamente os casos de reconstrução nasal operados no serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Walter Cantídio, em Fortaleza, CE, durante o período de 4 anos, analisando as principais técnicas cirúrgicas utilizadas, as indicações para as mesmas e realizando uma revisão da literatura sobre o assunto.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo clínico retrospectivo de uma série de casos consecutivos de 151 pacientes submetidos à ressecção de lesões nasais no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014 no serviço de Cirurgia Plástica e Microcirurgia Reconstructiva do Hospital Universitário Walter Cantídio, em Fortaleza.

O estudo foi feito pela revisão de prontuários, sendo analisadas as variáveis sexo, idade e técnica cirúrgica. Prontuários incompletos, sem os dados necessários para avaliação foram excluídos do estudo. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética do

Hospital Universitário Walter Cantídio, com o número 1.457.253.

RESULTADOS

Do total de prontuários analisados, a maioria dos pacientes era do sexo masculino correspondendo a 52,3% (Figura 1). A idade dos pacientes variou de 14 a 82 anos, com média do grupo estudado de 63,2 anos. As principais formas de reconstrução (Figura 2) foram a sutura primária (28,5%), retalho de rotação (22,5%), bilobado (14,6%), retalho de avanço (8,6%), nasogeniano (6%), médio frontal (4,7%) e enxerto (15,2%).

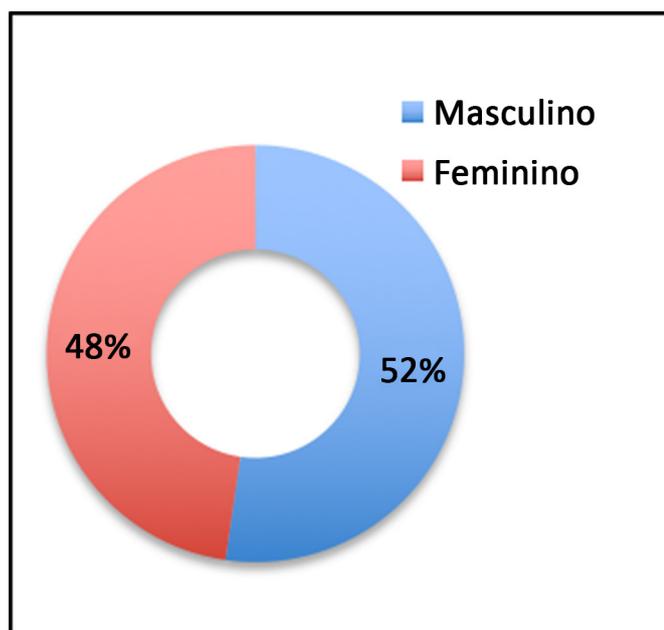


Figura 1. Gênero.

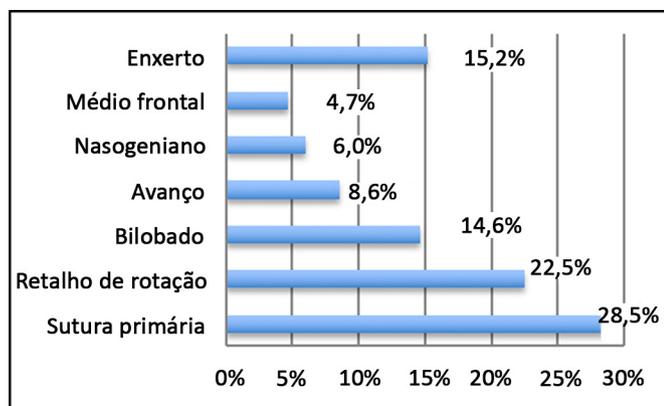


Figura 2. Formas de reconstrução.

DISCUSSÃO

A reconstrução nasal pós ressecção de lesões é um desafio para a cirurgia plástica. O resultado funcional e

estético satisfatório dependerá de fatores como idade do paciente, tamanho e localização do defeito cirúrgico. O conhecimento anatômico do nariz é fundamental para indicação da técnica a ser utilizada.

Várias alternativas têm sido propostas para reparação dos defeitos nasais como enxerto de pele, enxertos compostos, retalhos bilobado, romboide, de Rieger, de avanço, frontal, nasogeniano, transplantes microcirúrgicos, dentre outros⁶. A escolha de cada um obedece a critérios, sendo que cada opção apresenta suas indicações, vantagens e desvantagens.

Observamos maior incidência de reconstruções nasais em pacientes com idades mais avançadas (média de 63,2 anos), devido ao fato de ser nesta idade em que há maior incidência de neoplasias cutâneas não melanocíticas¹. A incidência em pacientes idosos condiz com outros trabalhos publicados⁴ e com as estatísticas publicadas pelo Instituto Nacional do Cancer em 2014⁵.

Podemos ainda inferir que a incidência maior em pacientes do sexo masculino (52%) (Figura 1) corrobora com a incidência de câncer de pele não melanoma registrados no Brasil no ano de 2014⁵ (54% em homens), uma vez que a grande maioria das lesões nasais em nosso serviço são devidas à ressecção tumoral, encaminhadas de outros ambulatórios, e uma minoria proveniente de sequelas de trauma.

No presente estudo, a síntese primária foi a técnica mais utilizada com 28,5% dos pacientes. O número relativamente alto de sínteses primárias implica dizer que boa parte das lesões eram pequenas o suficiente para realização desde procedimento. O grande número de pacientes oncológicos provenientes do serviço são encaminhados para ressecções de lesões pequenas.

A síntese primária foi utilizada em defeitos até 1,5 cm situados, em sua grande maioria, na linha média. Necessita de descolamento lateral e pode levar a assimetrias. Porém, segundo Pitanguy & Treciak⁷, se o arcabouço cartilaginoso apresentar-se íntegro, não leva a deformidades definitivas (Figura 3).

O retalho bilobado, realizado em 25 pacientes é um retalho ao acaso, versátil, podendo transferir com facilidade a pele das áreas elásticas e bastante útil para tratamento de pequenos defeitos. Inicialmente descrito por Esser, é um retalho de dupla transposição e pedículo único em que o primeiro retalho é transposto em um defeito e o segundo e menor retalho é transposto para preencher o defeito secundário causado pela transposição do retalho maior, distribuindo as forças de tensão em várias direções e reduzindo as distorções e redundâncias cutâneas geradas por um retalho de transposição simples ou pelo fechamento primário⁸.

Tem planejamento variável, que permite mobilizar pele de áreas adjacentes à ponta nasal, preferencialmente o dorso lateral. Seu planejamento deve ser preciso, a fim



Figura 3. Síntese primária.

de evitar redundâncias cutâneas. Os melhores resultados são obtidos quando a área doadora é colocada entre o dorso e a região geniana, onde as cicatrizes são menos visíveis, e quando é idealizado com um ângulo de 90° entre o defeito e o retalho secundário⁷.

Em estudo conduzido por Collar et al.⁹, o retalho bilobado foi indicado para reconstrução da ponta do nariz em lesões com até 2 cm, decorrentes de perda de substância cutânea (Figura 4).



Figura 4. Retalho bilobado.

No presente serviço de Cirurgia Plástica a conduta para lesões de ponta nasal com mais de 2 cm tem indicação de reconstrução com retalho médio frontal (4,7% dos casos) e naquelas lesões menores que 2 cm são utilizados retalhos de rotação (22,5%). Isso se dá pela alta capacidade de reconstrução nasal de maiores proporções pelo retalho indiano⁶, ficando as lesões menores com a opção de reconstrução com retalhos de rotação local.

Utiliza-se também tal retalho para perda de substância que acometia mais de uma unidade estética e defeitos que atingiam cartilagem e/ou mucosa. Sua área doadora permite a confecção de um retalho de até 5 cm

de largura, sem a necessidade de expansão prévia para fechamento primário¹⁰, além de fornecer pele de grande semelhança com a nasal. Como desvantagens temos a necessidade de dois ou mais tempos cirúrgicos para um resultado final aceitável (Figura 5).



Figura 5. Retalho paramediano.

Nas lesões de asa nasal e parede lateral com defeitos relativamente maiores, lançou-se mão do retalho nasogeniano, que possui como vantagens a possibilidade de cobertura de lesões maiores devido ao bom suprimento sanguíneo, pele redundante¹¹ e pouca seqüela à área doadora, pois a cicatriz resultante posiciona-se no sulco nasogeniano.

A asa nasal, como uma subunidade com pouca disponibilidade de pele e estando fixa às cartilagens alares, beneficia-se com essa forma de reconstrução. Pode ser de base superior ou inferior e tem como fonte de suprimento a artéria angular a artéria infraorbitária, a facial transversa e a infratroclear. Possui a desvantagem de fornecer pele com características diferentes em cor e espessura, além de tendência à deformidade após secção do pedículo, necessitando frequentemente de refinamentos¹² (Figura 6).

A realização de enxertia (15,2%) no presente trabalho ficou indicada a casos de exceção em que não foi possível garantir a ressecção tumoral completa, ou quando houve ressecção de tumores cutâneos múltiplas vezes recidivado, sempre optando-se por enxertos de pele total obtidos de regiões próximas (pré-auricular,



Figura 6. Retalho nasogeniano.

retroauricular ou supraclavicular) na tentativa de diminuir a retração secundária e discromia¹³.

É uma opção de solução rápida e simples em pacientes de risco cirúrgico elevado ou em lesões com alta probabilidade de recorrência¹⁴. Suas principais desvantagens são a retração cicatricial, interferência com o mecanismo valvular, a hiperpigmentação, além de irregularidades de sua superfície, devido à menor espessura do enxerto em relação à pele adjacente. Utilizamos sempre o curativo de Brown (Figura 7).



Figura 7. Enxerto de pele.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que em nosso serviço prevaleceu a reconstrução com síntese primária das lesões, ocorrendo leve predomínio em pacientes do sexo masculino e idosos. Outras técnicas foram utilizadas, priorizando-se o melhor

resultado para cada paciente. A perda de substância em região nasal ainda é um desafio para o cirurgião plástico.

Diante das inúmeras possibilidades de reconstrução nasal apresentadas, o cirurgião deve ter conhecimento das possibilidades que lhe são possíveis para cada tipo e localização da lesão. Esse estudo mostra que a escolha da técnica cirúrgica leva em consideração a localização, o tamanho do defeito, contorno e anatomia nasal para um melhor resultado estético e funcional de cada paciente.

COLABORAÇÕES

WAM Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito.

SGPP Aprovação final do manuscrito; revisão crítica de seu conteúdo.

REFERÊNCIAS

1. Destro MWB. Reconstrução do nariz. In: Mélega JM, ed. Cirurgia plástica fundamentos e arte - princípios gerais. Rio de Janeiro: Medsi; 2002. p.912-29.
2. Nasal reconstruction. In: Santoni-Rugiu P, Sykes PJ. A History of Plastic Surgery. Berlin, Heidelberg: Springer; 2007.
3. Burget GC, Menick FJ. The subunit principle in nasal reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 1985;76(2):239-47.
4. Guo L, Pribaz JR, Pribaz JJ. Nasal reconstruction with local flaps: a simple algorithm for management of small defects. *Plast Reconstr Surg.* 2008;122(5):130e-9e.
5. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2014.
6. Menick FJ. Aesthetic nasal reconstruction. In: Warren R, Neligan PC. *Plastic Surgery Aesthetic.* 3rd ed. Vol 2. Philadelphia: Saunders; 2012.
7. Pitanguy I, Treciak H. Operative treatment of nose-tip lesions. *Asthet Med (Berl).* 1969;18(12):233-4.
8. Tissiani LAL, Alonso N, Carneiro MH, Bazzi K, Rocco M. Versatility of the bilobed flap. *Rev Bras Cir Plást.* 2011;26(3):411-7
9. Collar RM, Ward PD, Baker SR. Reconstructive perspectives of cutaneous defects involving the nasal tip: a retrospective review. *Arch Facial Plast Surg.* 2011;13(2):91-6.
10. Tardy ME Jr, Sykes J, Kron T. The precise midline forehead flap in reconstruction of the nose. *Clin Plast Surg.* 1985;12(3):481-94.
11. Turan A, Kul Z, Türkaslan T, Ozyigit T, Ozsoy Z. Reconstruction of lower half defects of the nose with the lateral nasal artery pedicle nasolabial island flap. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119(6):1767-72.
12. Fosko SW, Dzubow LM. Nasal reconstruction with the cheek island pedicle flap. *J Am Acad Dermatol.* 1996;35(4):580-7.
13. Carreirão S, Carneiro Jr. LVF. Cirurgia plástica para formação do especialista. São Paulo: Atheneu; 2011.
14. Shumrick KA, Campbell A, Becker FF, Papel ID. Modification of the subunit principle for reconstruction of nasal tip and dorsum defects. *Arch Facial Plast Surg.* 1999;1(1):9-15.

*Autor correspondente:

William de Almeida Machado

Rua da Paz, 455, apt 602 - Fortaleza, CE, Brasil

CEP 60165-180

E-mail: will.machado@gmail.com