

CONDUTAS NA RECONSTRUÇÃO DA PONTA NASAL NO TRATAMENTO DAS NEOPLASIAS CUTÂNEAS

JULIANO CARLOS SBALCHIERO¹, TELMA CAROLINA RITTER DE GREGORIO², LARISSA LEITÃO³,
PAULO ROBERTO DE ALBUQUERQUE LEAL⁴, MÁRCIO JOSÉ DE ABREU DIBE¹

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência do Serviço de Cirurgia Plástica do Instituto Nacional do Câncer no tratamento das neoplasias de ponta nasal.

Método: Revisão retrospectiva dos pacientes operados no serviço entre janeiro de 1998 e janeiro de 2002.

Resultados: Duzentos e quarenta e oito pacientes foram analisados. As principais técnicas operatórias foram o fechamento simples, os retalhos locais, a auto-enxertia e os retalhos de vizinhança. Noventa e dois por cento apresentaram limites livres de neoplasia à análise histopatológica. O resultado foi considerado satisfatório em 94% dos pacientes, 6 meses após a cirurgia.

Conclusão: Muitas opções são adequadas para a reconstrução da ponta nasal, com resultados estéticos satisfatórios. Entre os fatores que devem ser considerados na escolha da técnica estão o tamanho e a localização do defeito, aspectos estéticos do reparo, além da situação clínica do paciente.

Descritores: Nariz, cirurgia. Neoplasias nasais. Retalhos cirúrgicos. Neoplasias cutâneas.

1. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e Médico do Serviço de Cirurgia Plástica Reconstructora e Microcirurgia do Instituto Nacional de Câncer, RJ.
2. Membro Residente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e Médica Residente do Serviço de Cirurgia Plástica Reconstructora e Microcirurgia do Instituto Nacional de Câncer, RJ.
3. Membro Associado da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e Médica Especializanda do Serviço de Cirurgia Plástica Reconstructora e Microcirurgia do Instituto Nacional de Câncer, RJ.
4. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica Reconstructora e Microcirurgia do Instituto Nacional de Câncer, RJ.

Correspondência para: Telma Carolina Ritter de Gregorio
Praça da Cruz Vermelha, 23 – Centro – Rio de Janeiro, RJ – Brasil – CEP: 20230-130 – Tel: 0xx21 2506-6087 – E-mail: telmaritter@globo.com

INTRODUÇÃO

O fator etiológico mais comum dos defeitos cutâneos nasais é o câncer de pele, sendo a ponta nasal uma das áreas da face mais comprometida por estes tumores¹. Esta área é de reparação particularmente difícil, devido principalmente à sua complexidade anatômica e à possibilidade de distorções estéticas das asas, ponta e sulcos alares¹⁻³.

Em uma tentativa de normatização das técnicas utilizadas na reparação da ponta nasal, apresentamos um estudo retrospectivo dos casos operados no Instituto Nacional de Câncer, em um período de 4 anos. Discutimos as indicações das técnicas utilizadas e avaliamos os resultados obtidos.

MÉTODO

Foram avaliadas, retrospectivamente, as reconstruções de ponta nasal realizadas, no período de janeiro de 1998 a janeiro de 2002, no Serviço de Cirurgia Plástica, Reconstructora e Microcirurgia do Instituto Nacional do Câncer do Rio de Janeiro.

Os fatores de inclusão no trabalho foram: 1) Reparação de defeitos cutâneos de ponta nasal para tratamento oncológico, 2) Seguimento ambulatorial completo até 6 meses após a cirurgia. Pacientes que não atenderam aos critérios de inclusão foram excluídos do trabalho.

Consideramos ponta nasal como a região compreendida entre os planos horizontais da implantação columelar e do limite superior dos sulcos alares, correspondendo à zona I de Joseph.

Foram analisados os seguintes critérios: idade, sexo, diâmetro das lesões, cor da pele, história de tabagismo, profissão, tipo histológico, resultados da análise por congelação e limites livres na análise histopatológica, técnica de reconstrução, complicações e resultados. O aspecto final da reconstrução foi avaliado de acordo com a qualidade da cicatriz e coloração, simetria da forma e posição de detalhes anatômicos, caracterizando os resultados em satisfatório e insatisfatório. A análise histopatológica por meio da congelação foi reservada para os casos de tumores avançados, recidivados e de limites imprecisos.

RESULTADOS

No período estudado, foram operadas 822 lesões nasais. Destes pacientes, 270 apresentaram lesões exclusivas em ponta nasal, sendo 22 pacientes excluídos da amostra por não atenderem aos critérios de inclusão.

À análise, a idade dos pacientes variou de 34 a 87 anos, com mediana de 66 anos. Houve uma maior incidência deste tipo de lesão no sexo masculino (53%), com predominância em peles claras, fotótipos I e II (90%). Cerca de 70% dos pacientes eram ou foram trabalhadores rurais, com história de grande exposição solar.

O diâmetro médio das lesões à histologia foi de 2,34cm X 1,75cm, variando de 0,2 cm a 5,6 cm. Os tipos histológicos encontrados foram: Carcinoma Basocelular (84,5%), Carcinoma Epidermóide (10,5%), Ceratose Actínica (3,4%) e Carcinoma Tricoblástico (1,6%).

Verificou-se que 63% dos pacientes eram tabagistas e 15% ex-tabagistas. O estudo de congelação foi realizado em 84 (34%) pacientes, com 8% de limite comprometido, necessitando de ampliação das margens. À análise histopatológica, 8% dos operados tiveram limite profundo comprometido, todos eles portadores de carcinoma basocelular.

A avaliação 6 meses após a cirurgia foi satisfatória em 94% dos pacientes. Os resultados insatisfatórios foram obtidos nos casos submetidos à enxertia de pele, principalmente devido a diferenças de coloração e espessura da área reconstruída.

Nestes 248 pacientes operados, observou-se apenas um (0,6%) caso de perda do retalho, em paciente tabagista e hipertenso. Não foram observadas outras complicações neste período de observação.

As opções cirúrgicas utilizadas na reconstrução da ponta nasal são expressas na Tabela 1 e algumas delas demonstradas nas Figuras 1a 10.

DISCUSSÃO

Apresentamos as principais técnicas utilizadas no reparo de defeitos de ponta nasal, de fácil execução e bons resultados funcionais. Nesta casuística, a síntese primária foi reservada a

Tabela 1 – Opções cirúrgicas, número de pacientes, porcentagem e diâmetro médio das lesões operadas.

Modalidade	Número de Casos	Porcentagem	Diâmetro TU
<i>Síntese primária</i>	66	26,61	1,59 x 1,05
<i>Enxertia</i>	24	9,67	1,95 x 1,58
<i>Retalhos locais</i>	104	41,94	1,69 x 1,21
• <i>Bilobado</i>	44	17,75	1,69 x 1,18
• <i>Unilobado</i>	18	7,25	1,60 x 1,20
• <i>Limberg</i>	12	4,84	1,59 x 1,12
• <i>Dorso-glabelar</i>	26	10,48	2,04 x 1,46
• <i>Stahl</i>	04	1,62	1,76 x 1,32
<i>Retalho vizinhança</i>	54	21,78	4,01 X 3,05
• <i>Médio-frontal</i>	28	11,29	4,01 x 3,05
• <i>Nasogeniano</i>	26	10,48	1,75 x 1,32

defeitos de até 1,5cm, principalmente para defeitos na linha média e de difícil aplicação na região das asas. Precisa, entretanto, de amplo descolamento e pode levar a assimetrias. Porém, segundo Pitanguy e Treциak⁴, se o arcabouço cartilaginoso apresentar-se íntegro, não leva a deformidades definitivas.

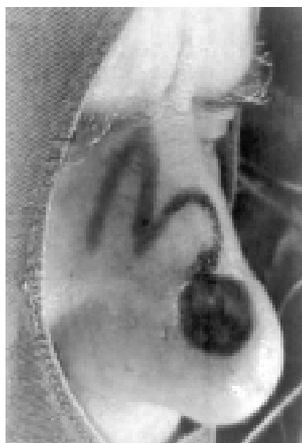
A enxertia de pele total é uma opção de exceção em nosso serviço. Suas principais desvantagens são a retração cicatricial, a interferência com o mecanismo valvular, a hiperpigmentação,

além da irregularidade de sua superfície, devido à menor espessura do enxerto em relação à pele adjacente. Trata-se porém de uma solução rápida e simples em pacientes de risco cirúrgico elevado ou em lesões com alta probabilidade de recorrência⁵. As áreas doadoras mais utilizadas são a supraclavicular e retroauricular e utilizamos sempre o curativo de Brown.

O retalho bilobado é o mais utilizado em nosso serviço (Figuras 1 a 4). Tem planejamento variável, que permite mobilizar pele de áreas adjacentes à ponta

Figuras 1, 2, 3 e 4 – Paciente de 62 anos, branco, com tumor em ponta nasal há 1 ano. Submetido a exérese e reconstrução com retalho bilobado.

1- Desenho do retalho.



2 - Retalho transposto.



3 - Retalho suturado.



4 - Pós-operatório tardio (6 meses).



Figuras 5, 6 e 7 – Paciente de 64 anos, branco, com 2 tumores em ponta nasal há 3 anos. Submetido a exérese e reconstrução com retalho médio-frontal em 2 tempos.

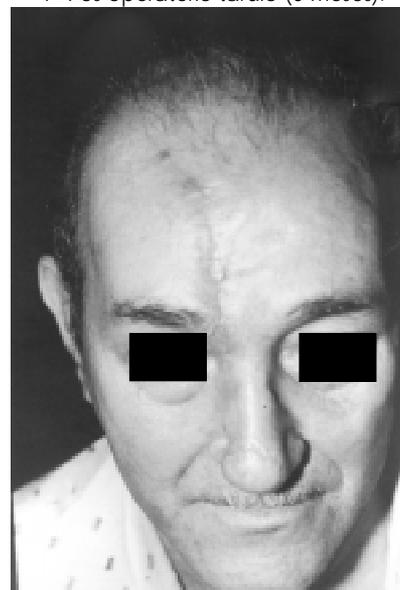
5 - Desenho do retalho.



6 - Pós-operatório imediato 1º tempo.



7- Pós-operatório tardio (6 meses).



Figuras 8 e 9 – Paciente de 45 anos, com tumor em ponta nasal há 1 ano. Submetido a exérese e rotação de retalho monolobar.

8 – Tumor e desenho do retalho.

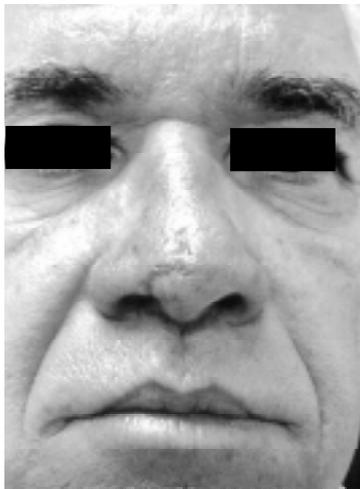


9 – Pós-operatório imediato.



Figura 10 – Paciente de 45 anos, com tumor em ponta nasal há 1 ano. Submetido a exérese e rotação de retalho monolobar.

10 – Pós-operatório tardio.



nasal, preferencialmente o dorso lateral. Seu planejamento deve ser preciso a fim 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 secundário^{6,7} (Figura 2).

O retalho dorsoglabeolar tem indicação precisa em defeitos paramedianos de até 2 cm, situados próximos às asas nasais^{7,8}. Não deve ser utilizado para lesões medianas, a fim de evitar assimetrias importantes e necessita de amplo descolamento. Já o retalho unilobado (Figuras 8 a 10) é indicado para defeitos menores, quando há flacidez cutânea, assim como o retalho de Limberg. Para defeitos medianos e paramedianos, há ainda o retalho miocutâneo descrito por Staahl⁹, particularmente indicado em lesões do triângulo mole. Trata-se de um retalho com

cicatrizes excessivas, apesar de camufladas nos sulcos alares, e de mobilização difícil.

Para defeitos maiores é necessário recorrer a retalhos à distância, como o médio-frontal. 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. Está indicado quando mais de uma unidade estética está afetada ou ainda em defeitos em plano total¹¹. Tem a desvantagem de exigir 2 a 4 tempos cirúrgicos e deixar cicatriz inestética na fronte que, em nosso serviço, se faz por segunda intenção. Refinamentos feitos antes da secção do pedículo permitem resultado estético bastante superior¹².

Outra opção menos utilizada para defeitos maiores é o retalho nasogeniano, com a desvantagem de fornecer pele com características diferentes em cor e espessura, além de tendência à deformidade após secção do pedículo, necessitando frequentemente de refinamentos^{13,14}.

Observamos que tanto a idade média de incidência de câncer de ponta nasal, como a predominância em homens e em indivíduos de pele clara está de acordo com as consagradas observações da literatura e que a maioria dos pacientes eram portadores de tumores do tipo basocelular, tipo mais comum. O tabagismo, conhecido fator de morbidade associado a retalhos cutâneos, embora significativo na amostra, não foi associado à incidência maior de necroses pós-operatórias, o que ocorreu em apenas um caso, devido à conhecida boa vascularização desta área anatômica.

A indicação de reintervenção na presença de um limite positivo ainda é controversa. Estudos recentes demonstram que em até 40% dos casos esta ampliação não se identifica neoplasia residual^{15,16}. Nossa opção é reintervir apenas em situações de mais de um limite positivo ou em áreas críticas de difícil controle clínico ou reparação como o rebordo narinário. Salvo estas exceções, optamos pelo controle clínico e reintervenção nos casos de recidiva clínica.

Enfim, o resultado foi considerado bom em 94% dos casos, denotando a eficiência da maioria das técnicas de reconstrução de ponta nasal.

CONCLUSÃO

Existem diversas opções adequadas para a reconstrução da ponta nasal com resultados estéticos satisfatórios, em que se deve considerar o tamanho e a localização do defeito, aspectos estéticos do reparo, além da situação clínica do paciente.

Quanto à análise histopatológica, o carcinoma basocelular foi o tipo mais comum entre os tumores cutâneos da ponta nasal. Epidemiologicamente, estes tumores incidiram prevalentemente em homens, na 6ª década de vida e com história de grande exposição solar prévia.

A reparação dos defeitos proporcionados pela retirada destas lesões foi realizada com técnicas que vão desde a síntese primária a retalhos de vizinhança. O retalho mais utilizado foi o bilobado. As lesões de reparo mais complexo tiveram melhores resultados com a utilização de retalhos médio frontais, e a utilização de enxertos cutâneos resultou em resultados cosmeticamente inferiores. Os resultados foram considerados bons em 94% dos pacientes, confirmando que a reconstrução da ponta nasal após o tratamento das malignidades é feita, na maioria das vezes, com técnicas simples e de fácil execução e com excelentes resultados cosmético-funcionais.

SUMMARY

Nasal tip reconstruction in cutaneous malignancies

Objective: To report on the experience of the plastic surgery service of the Instituto Nacional do Câncer in the treatment of nasal tip neoplasias.

Method: Retrospective review of patients operated in the service between January 1998 and January 2002.

Results: Two hundred and forty-eight patients were analysed. The main operative techniques were simple closure, local flaps, autograft and regional flaps. A total of 92% of the histopathologic samples presented with a safety margin free of the neoplasia. The result was considered satisfactory in 94% of the patients, 6 months after the surgery.

Conclusion: Several options are available for the reconstruction of the nasal tip, giving satisfactory aesthetic

results. Among the factors which must be considered in the choice of the technique are the size and the location of the defect, aesthetic aspects of the repair and clinic status of the patient.

Descriptors: Nose, surgery. Nose neoplasms. Surgical flaps. Skin neoplasms.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Padgett JK, Hendrix Jr. JD. Cutaneous malignancies and their management. *Otolaryngol Clin North Am.* 2001;34(3):523-53.
2. Klingensmith MR, Millman B, Foster WP. Analysis of methods for nasal tip reconstruction. *Head Neck.* 1994;16(4):347-57.
3. McCollough EG. Nasal plastic surgery. In: *Surgery of the nasal septum.* Philadelphia: W.B. Saunders; 1994. p. 109-20.
4. Pitanguy I, Trecia K H. Operative treatment of nose tip lesions. *Asthet Med.* 1969;18(12):233-4.
5. Shumrick KA, Campbell A, Becker FF, Papel ID. Modification of the subunit principal for reconstruction of nasal tip and dorsum defects. *Arch Facial Plast Surg.* 1999;1(1):9-15.
6. McGregor JC, Soutar DS. A critical assessment of the bilobed flap. *Br J Plast Surg.* 1981;34(2):197-205.
7. Elliott Jr RA. Rotation flaps of the nose. *Plast Reconstr Surg.* 1969;44(2):147-9.
8. Wee SS, Hruza GJ, Mustol TA. The frontonasal flap: utility for lateral defects and technical refinements. *Br J Plast Surg.* 1991;44(3):201-5.
9. Staahl TE. Nasal myocutaneous flap for nasal reconstruction. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1986;112(3):302-5.
10. Tardy ME, Sykes J, Kron T. The precise midline forehead flap in reconstruction of the nose. *Clin Plast Surg.* 1985;12(3):481-94.
11. Shumrick KA, Smith TL. The anatomic basis for the design of forehead flaps in nasal reconstruction. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1992;118(4):373-9.
12. Menick FJ. Aesthetic refinements in use of forehead for nasal reconstruction: the paramedian forehead flap. *Clin Plast Surg.* 1990;17(4):607-22.
13. Fosko A, Dzubow LM. Nasal reconstruction with the cheek island pedicle flap. *J Am Acad Dermatol.* 1996;35(4):580-7.
14. Krull L. Nasal alar reconstruction using the nasolabial turnover flap. *Laryngoscope.* 1991;101(10):1127-31.
15. Dellon AL, DeSilva S, Connolly M, Ross A. Prediction of recurrence in incompletely excised basal cell carcinoma. *Plast Reconstr Surg.* 1985;75(6):860-71.
16. Kumar P, Orton CI, McWilliam LJ, Watson S. Incidence of incomplete excision in surgically treated basal cell carcinoma. *Br J Plast Surg.* 2000;53(7):563-6.