



Reconstrução de dorso nasal: relato de caso

Reconstruction of the nasal dorsum: a case report

GUSTAVO DE SOUSA MARQUES
OLIVEIRA^{1,2*}

ALCIDES MARTINS ARRUDA^{1,2}
TATYANNE FERREIRA DA SILVA²
FABIO TACLA SAAD^{2,3}
GABRIEL RAHAL COSTA²
ELSON TAVEIRA ADORNO FILHO⁴

Instituição: Associação Beneficente Santa
Casa de Misericórdia de Campo Grande, MS,
Brasil.

Artigo submetido: 20/12/2011.
Artigo aceito: 2/9/2012.

DOI: 10.5935/2177-1235.2015RBCP0152

RESUMO

Introdução: O dorso nasal é um local comum para o desenvolvimento de neoplasias cutâneas, predominantemente o epiteloma basocelular. Em 1964, Barsky preconiza um retalho quadrangular do dorso nasal, com base na região glabellar, utilizando somente pele da região dorsal. Baseava-se em um procedimento simples recobrimdo áreas cruentas até a ponta nasal, resultando em cicatrizes pouco perceptíveis. **Relato de Caso:** Paciente de 82 anos procurou o Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian apresentando lesão em dorso nasal de aproximadamente 3 × 2 cm, ulcerada com base eritematosa e limites mal definidos. A técnica utilizada para correção da perda de substância foi o deslizamento de um retalho frontoglabellar com pedículo randomizado. A paciente evoluiu com viabilidade do retalho, apresentando restauração do dorso nasal e resultado estético satisfatório. **Conclusão:** Em decorrência da cor e textura adequadas da pele desta região, o retalho frontoglabellar é reconhecidamente uma excelente área doadora para cobertura do dorso do nariz.

Descritores: Retalhos cirúrgicos; Epitelioma basocelular; Nariz/anatomia & histologia; Deformidades adquiridas nasais; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos.

ABSTRACT

Introduction: The nasal dorsum is a common location for the development of cutaneous tumors, predominantly basal cell epithelioma. In 1964, Barsky recommended a quadrangular flap for coverage of the nasal dorsum, taken from the glabellar region, to most closely match the skin of the dorsal region. This was based on a simple procedure for covering raw areas up to the nasal tip, resulting in less noticeable scars. **Case Report:** An 82-year-old woman presented to the Plastic Surgery Service of the University Hospital Maria Aparecida Pedrossian with a lesion on the nasal dorsum of approximately 3 x 2 cm, ulcerated with an erythematous base, and ill-defined limits. A fronto-glabellar sliding flap was used to correct the loss of substance. The patient progressed with flap viability, restoration of the nasal dorsum, and satisfactory esthetic results. **Conclusion:** Owing to the color and texture of the skin from this region, the fronto-glabellar flap is an excellent donor area for coverage of the nasal dorsum.

Keywords: Surgical flaps; Basal cell epithelioma; Nose anatomy & histology; Acquired nasal deformities; Reconstructive surgical procedures.

¹ Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil.

² Santa Casa de Campo Grande-MS, Campo Grande, MS, Brasil.

³ Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil.

⁴ Hospital Santa Rosa de Cuiabá, MT, Brasil.

INTRODUÇÃO

O dorso nasal é um local comum para o desenvolvimento de neoplasias cutâneas, predominantemente o carcinoma basocelular.

As indicações de reconstrução nasal parciais decorrem de causas multifatoriais, dentre elas, após ressecção de tumores nasais benignos ou malignos, infecções e perdas por trauma. Entretanto, a causa preponderante é a ressecção de tumores nasais (carcinoma basocelular).

A reconstrução nasal foi um dos primeiros procedimentos plásticos praticados na história da medicina, registrados no Papiro de Edwin Smith, no antigo Egito, em 3000 a.C.^{1,2}, sendo que os primeiros relatos de reconstrução nasal datam de aproximadamente 600 a.C., na Índia antiga e, durante séculos, diversas técnicas de reconstrução nasal vêm sendo propostas e aprimoradas. Defeitos cutâneos moderados a extensos da região dorsal do nariz são um desafio à reconstrução, uma vez que irregularidades de cor, textura e espessura da pele são facilmente notadas neste local.

O retalho frontal foi primeiramente usado no mundo ocidental por Joseph Carpue na Inglaterra, quando em 1816 publicou dois relatos de casos. Neste século, Gilies, Converse e Millard foram pioneiros nesta modalidade de cirurgia^{3,4}. Em 1964, Barsky preconiza um retalho quadrangular do dorso nasal, com base na região glabellar, utilizando somente pele da região dorsal. Baseava-se em um procedimento simples, recobrando áreas cruentas até a ponta nasal, resultando em cicatrizes pouco perceptíveis. A retirada de dois triângulos de compensação próximos às sobrancelhas ampliava o raio de ação deste retalho².

Atualmente, é de fundamental importância o reconhecimento das subunidades estéticas nasais afetadas e a compreensão das várias técnicas disponíveis para a reconstrução de cada uma delas, para que se consiga uma reconstrução nasal adequada e satisfatória²⁻⁵. De forma geral, escolhe-se uma modalidade de cobertura baseada na experiência, condição clínica do paciente, especialmente tendo em vista a possibilidade de recidiva da lesão. Na região dorsal, a pele é mais espessa e móvel e está mais firmemente aderida às cartilagens subjacentes, de forma que enxertos de pele tendem a produzir distorções estéticas, principalmente na ausência das cartilagens de sustentação. Retalhos de vizinhança possibilitam restabelecimento do relevo e apresentam coloração mais semelhante, sem a necessidade de manuseio em locais mais distantes (área doadora do enxerto de pele). Existe consenso de que o melhor tecido

para a reconstrução do nariz seja aquele de maior proximidade possível do defeito, que mimetize ao máximo as características da pele perdida. Nessas regiões, o retalho apresentado no caso demonstra resultado funcional e estético bastante favorável.

O presente relato tem como objetivo demonstrar como o retalho frontoglabeular por deslizamento é uma solução perfeitamente válida, pois, num só tempo cirúrgico, conseguimos cura, restauração e cobertura total do dorso nasal e resultado reparador próximo ao que desejaríamos do estético.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 82 anos, com história de ter sido submetida à exérese de tumor nasal há 10 anos. Permaneceu sem acompanhamento médico até cinco anos, quando apresentou nova lesão na área ressecada. A paciente procurou o Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian apresentando lesão em dorso nasal de aproximadamente 3 x 2 cm ulcerada com base eritematosa e limites mal definidos (Figura 1).



Figura 1. Visão anterior do pré-operatório da paciente com carcinoma basocelular em dorso nasal e demarcações da incisão, área limite de descolamento e triângulos de compensação sobre supercílios.

A paciente foi operada sob anestesia geral, sendo respeitadas as técnicas de antisepsia e assepsia. A técnica utilizada foi de deslizamento de retalho miocutâneo frontoglabeular após descolamento

subperiosteal da região frontal, tendo como limite de descolamento o septo temporal superficial lateralmente e região parietal superiormente.

No planejamento cirúrgico, primeiramente demarcou-se a área doadora do retalho frontoglabeular (Figura 2), que se projetava sobre a região de mesmo nome. Procedeu-se uma incisão na área demarcada e retirada de dois triângulos de compensação sobre os supercílios. O retalho foi dissecado em toda a sua espessura, incluindo epiderme, derme, hipoderme e musculatura. Após o descolamento, foi realizada a aproximação da área doadora utilizando fio poliamida 5.0 (Mononylon® 5.0 - Laboratório Johnson & Johnson - Ethicon/Brasil).

A paciente evoluiu com viabilidade do retalho, apresentando restauração do dorso nasal e resultado estético satisfatório (Figura 3).

DISCUSSÃO

A versatilidade e a utilidade do retalho frontoglabeular por deslizamento são bem reconhecidas na reconstrução do nariz. Dentre as vantagens da utilização do retalho se incluem a simplicidade da execução, a baixa morbidade, o tempo operatório reduzido e, praticamente, ausência de cicatrizes na área doadora.

Nas reconstruções nasais, nas quais se faz necessária a ressecção ampla, a utilização de retalhos de vizinhança tem como vantagens a coloração da pele, melhor enchimento da área removida em profundidade e melhor possibilidade de reconstrução da área mutilada.

Os retalhos de avanço têm a vantagem de manter o contorno da região e uma boa posição das cicatrizes, com a desvantagem de necessitar de grandes



Figura 2. Aspecto do retalho no intraoperatório. Pode-se notar uma discreta elevação da ponta nasal e a forma como o retalho se acomoda no dorso assemelhando-se à pele perdida pela ressecção tumoral.



Figura 3. Paciente no 14º dia de pós-operatório, com o retalho da região dorsal apresentando contorno próprio da região e cicatriz pouco perceptível.

descolamentos, podendo ser em plano subcutâneo (maior sangramento e maior risco de lesão nervosa), ou subgaleal (boa vascularização e menor distensibilidade).

O simples avanço no sentido vertical de um retalho retangular de deslizamento da pele do dorso pode resolver defeitos pequenos no terço médio e eventualmente até na ponta, sobretudo nos pacientes de mais idade, nos quais há certa queda da ponta nasal. Para facilitar esse avanço e acomodar melhor as orelhas que se formam proximalmente, podem ser removidos dois triângulos de compensação na sua base⁶.

Sendo o apêndice nasal, com sua complexidade anatômica, morfológica e funcional, um dos órgãos de mais difícil restauração, somos francamente partidários da utilização da retalhoplastia de vizinhança, como melhor meio terapêutico para nos aproximarmos da forma e da importância que o nariz oferece à harmonia estética funcional.

CONCLUSÃO

A escolha da técnica de reconstrução nasal visa fundamentalmente a cura da lesão, restauração da função a que se destina o nariz, mantendo-se boa

permeabilidade respiratória e, finalmente, que a unidade estética nasal fique o mais próximo do natural. Em decorrência da cor e textura adequadas da pele desta região, o retalho frontoglabelar é reconhecido como excelente área doadora para cobertura de área dorsal de nariz.

REFERÊNCIAS

1. Whitaker IS, Karoo RO, Spyrou G, Fenton OM. The birth of plastic surgery: the story of nasal reconstruction from the Edwin Smith Papyrus to the twenty-first century. *Plast Reconstr Surg.* 2007;120(1):327-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.prs.0000264445.76315.6d>
2. Destro MWB. Reconstrução do nariz. In: Mélega JM, ed. *Cirurgia plástica fundamentos e arte - princípios gerais.* Rio de Janeiro: Medsi; 2002. p.912-29.
3. Gillies HD. *Plastic surgery of the face.* London: Oxford Medical; 1920.
4. Millard DR Jr. Reconstructive rhinoplasty for the lower two-thirds of the nose. *Plast Reconstr Surg.* 1976;57(6):722-8. PMID: 775518 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-197606000-00007>
5. Rohrich RJ, Barton FE, Hollier L. Nasal reconstruction. In: Aston SJ, Beasley RW, Thorne CHM, eds. *Grabb and Smith's plastic surgery.* 5th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997. p.513-29.
6. Morais J. Reconstrução da pirâmide nasal. In: Carreirão S, Cardin V, Goldenberg D. *Cirurgia Plástica, Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.* São Paulo: Atheneu; 2005. p.409-23.

*Autor correspondente:

Gustavo de Sousa Marques Oliveira

Av. Primeiro de maio, 335 - Sao Bento - Campo Grande, MS, Brasil

CEP 79004-620

E-mail: gustavomo49@hotmail.com