

# Retalho cervicofacial composto: uma alternativa para reconstrução facial

NATÁLIA BIANCHA RENDÓN <sup>1\*</sup>  
PEDRO HENRIQUE ONGARATTO  
BARAZZETTI <sup>1</sup>  
CAIO PUNDEK GARCIA <sup>1</sup>  
ARTHUR KOERICH D'AVILA <sup>1</sup>  
ZULMAR ANTONIO ACCIOLI DE  
VASCONCELLOS <sup>1</sup>  
JORGE BINS ELY <sup>1</sup>

## RESUMO

O câncer de pele é a neoplasia maligna mais comum, e a subclassificação não melanoma representa uma grande porcentagem dessa ocorrência. Frequentemente, as lesões acometem áreas do corpo diariamente expostas à radiação solar, sendo esse um dos principais fatores de risco para desenvolvimento tumoral. As áreas atingidas geralmente são profundas e extensas, o que exige do cirurgião plástico uma excelente técnica para reparos com esse grau de dificuldade. A face conta com uma complexa e densa rede vascular e nervosa, registrando inúmeras variações anatômicas, sendo que a secção de um feixe calibroso, por exemplo, do nervo facial, compromete a movimentação de toda uma hemiface e, conseqüentemente, compromete o resultado funcional e estético da cirurgia. Neste caso, apresentamos uma paciente com múltiplas tumorações em região da face, com biópsias prévias, resultando em CBC infiltrativo, com necessidade de ressecção e retalho para reconstrução do terço médio da face direita, associado a dorso e asa nasal esquerda. A escolha pelo retalho miocutâneo de avanço de face ou *facelift* baseou-se em uma maior segurança para redução de casos de isquemia e também por apresentar melhores resultados estéticos em comparação ao retalho cutâneo. A presença do SMAS intensifica o aporte sanguíneo ao retalho, decrescendo as taxas de complicação por eventos isquêmicos no retalho. Assim, com boa indicação, o retalho miocutâneo para reconstrução facial potencializa os resultados estéticos e funcionais finais da face do paciente, embora exija melhor técnica e maior conhecimento anatômico da região a ser tratada.

**Descritores:** Retalhos cirúrgicos; Face; Reabilitação.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0064

## INTRODUÇÃO

O câncer de pele é a neoplasia maligna mais comum na maioria dos países, e sua incidência aumentou mundialmente nas últimas décadas. Sua classificação está baseada em dois grupos, o câncer de pele não melanoma (CPNM) e melanoma cutâneo<sup>1,2</sup>.

Partindo desse ponto, o aumento do número de casos existentes de neoplasias não melanoma resultam na maioria das vezes em ressecção da área afetada pelo processo tumoral e, assim, o aperfeiçoamento das técnicas de reconstrução da área excisada precisa ser compatível com os padrões estéticos e funcionais esperados pelo paciente, exigindo constante evolução nas técnicas aplicadas<sup>3,4</sup>.

A reconstrução após a exérese do tumor pode ocorrer por diferentes métodos, com diferentes aplicações e técnicas, sendo que o retalho cervical composto ou miocutâneo se serve na reparação de áreas profundas e extensas com resultados, pós-tratamento cirúrgico, bastante aceitáveis. Porém, como qualquer técnica de reconstrução facial, o correto reconhecimento da área a ser tratada é fundamental para o sucesso do procedimento, evitando confecções de retalhos isquêmicos e também lesões ao nervo facial<sup>5,6</sup>.

## OBJETIVO

Descrever o caso de uma paciente portadora de lesão tumoral CBC infiltrativo em região malar direita comprometendo sulco naso geniano e asa nasal direita, submetida à ressecção da lesão e posterior reconstrução utilizando a técnica retalho cervicofacial composto, um retalho de avanço para grandes deformidades.

## MÉTODOS

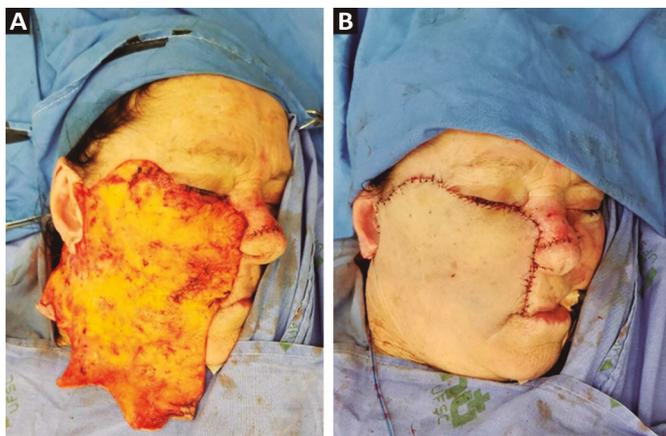
### Técnica Cirúrgica

Para a confecção do retalho miocutâneo, realizamos uma incisão a partir da borda lateral do defeito direito e continuando para a região pré-auricular, seguindo o vinco pré-auricular até a base da orelha e progredindo até a volta da orelha para a área retroauricular. Pode ser expandido para a região occipital, se necessário, o que diminui a tensão da pele e aumenta a mobilização do tecido. Na região pré-auricular, fazemos a incisão profunda até atingir a fáscia da parótida e dissecamos superficialmente a parte anterior da glândula parótida lateral. O retalho inclui a pele e o sistema musculoaponeurótico (SMAS). A fáscia masseterica é localizada anteriormente à glândula parótida lateral (Figura 1).

O descolamento do retalho pode ser continuado cranialmente, medialmente, caudalmente ou lateralmente, conforme necessário. A fáscia da glândula parótida e do músculo masseter servem como marcos cirúrgicos para encontrar a camada correta e evitar danos ao nervo facial. A pele pode ser mobilizada a partir da região cervical para liberar o excesso de tecido da região submental. O SMAS é parcialmente separado da pele e cada camada pode ser movida em uma direção diferente de acordo com o tamanho, profundidade e local do defeito.

O compartimento de gordura das bochechas ou SMAS podem ser usados para preencher a região do defeito e, com isso, evitar a formação de depressões na superfície da pele, geradas pela ampla ressecção tumoral prévia. O excesso de pele é excisado

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.



**Figura 1. A:** Visão lateral apresenta o retalho miocutâneo composto confeccionado para reparo de defeitos em virtude da ressecção tumoral; **B:** Posicionamento final do retalho fasciomiocutâneo e reparação total do defeito cirúrgico.

e a ferida fechada sem tensão. O paciente retornou em seis meses pós-operatório para que pudéssemos avaliar qualidade da cicatriz, resultado estético e presença de ectrópio.

### Paciente

Neste artigo descreveremos uma paciente de 75 anos, feminina, agricultora, com histórico de lesão surgida há aproximadamente 1 ano, com diagnóstico de CBC infiltrativo obtido após biópsias realizadas anteriormente ao ato cirúrgico com *punch*. As lesões estavam localizadas em região malar direita, com comprometimento do sulco nasogeniano e asa nasal (Figura 2). As áreas de ressecção foram delimitadas com a marcação prévia das margens de segurança (Figura 3A).

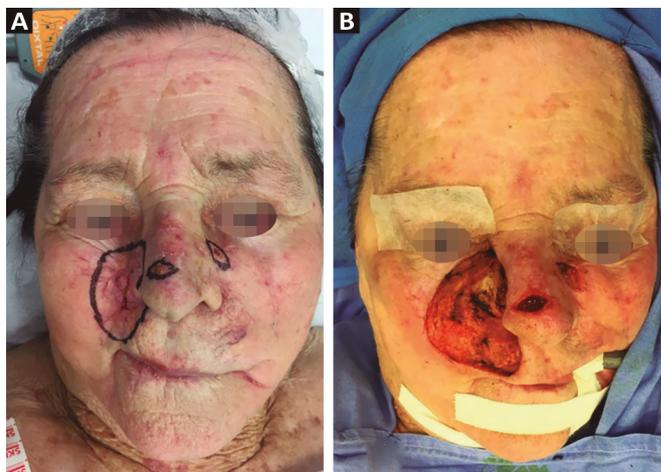


**Figura 2. A:** Visão frontal da paciente com lesões presentes em região malar e sulco nasogeniano do lado direito, com comprometimento da asa nasal; **B:** Visão perpendicular da mesma paciente, ilustrando o acometimento maior do lado direito da face.

Após, realizamos a ressecção da região acometida pelo tumor, resultando nos defeitos registrados na Figura 3B.

### RESULTADOS

Paciente com boa evolução cirúrgica observada na Figura 4A, sendo que o registro ocorreu com 6 horas de evolução pós-operatória, com ausência de hematomas e boa evolução pós-operatória. Na Figura 4B, paciente com evolução de 6 meses, apresentando boa qualidade dos movimentos de mímica facial, com ausência de cicatrizes hipertróficas e retrações cicatriciais. Apresenta boa funcionalidade da região tarsal inferior, com ausência de lagofalmo, com bom resultado estético final.



**Figura 3. A:** Paciente em pré-operatório com as marcações de delimitação e margem de segurança da lesão (CBC infiltrativo); **B:** Defeito cirúrgico resultante da ressecção da área tumoral.



**Figura 4. A:** Paciente com evolução de 6 horas pós-operatória; **B:** Paciente com 6 meses de evolução, com excelente resultado estético facial.

### DISCUSSÃO

Os cânceres da pele são os tumores malignos mais comuns entre as pessoas de pele branca e sua incidência vem aumentando nos últimos anos<sup>1</sup>. O carcinoma basocelular (CBC) é o tipo de câncer de pele mais comum, representa 75% dos tumores epiteliais malignos e quando falamos em face, cerca de 90% dos casos que afetam as pálpebras são CBC<sup>7</sup>. A proporção de ocorrência na população é de quatro a cinco CBCs para cada CEC, e oito a dez para cada melanoma diagnosticado<sup>8</sup>.

Alguns subtipos tumorais de CBC comportam-se de maneira mais agressiva devido à maior tendência à excisão incompleta e recorrência, além de maior chance de disseminação local e à distância<sup>9</sup>. Dessa forma, o diagnóstico realizado através de biópsia excisional pré-operatória torna-se importante para classificar a agressividade tumoral e após a ressecção para assegurar margens cirúrgicas suficientemente amplas.

O tratamento consiste principalmente na excisão completa, com margem de segurança de 3-30 mm, o que pode resultar em um defeito extenso, muitas vezes em alguma região exposta como a face e pescoço<sup>10-12</sup>. A ressecção nem sempre se resume ao tumor e, com isso, são necessárias excisões profundas e que por vezes alteram a arquitetura da região excisada, dificultando ainda mais a sua reconstrução.

Independentemente da etiologia e tipo de câncer de pele, especialmente na face, a reconstrução suave e harmônica continua desafiadora mesmo para cirurgiões experientes, pois não apenas a função deve ser recuperada, mas também espera-

se que tenha um bom resultado estético, evitando formações de ectrópio e principalmente lesão ao nervo facial<sup>11</sup>.

Ao confeccionar o retalho fasciomiotômico a realidade apresentada é que após emergir da glândula parótida 1,7 cm anterior ao trago, o ramo temporal do nervo facial passa pelo arco zigomático entre 3,2 e 3,9 cm posterior à borda lateral da órbita, ao nível da linha órbita-tragal, o que corresponde ao terço médio do arco zigomático. Investigações realizadas em cadáveres, na literatura, observaram constância anatômica nas peças dissecadas. Os trabalhos utilizados para embasamento da teoria enfatizam a vulnerabilidade do ramo temporal ao nível do terço médio do arco zigomático<sup>13-15</sup>.

Porém, a partir da revisão de literatura realizada, pode-se concluir que, embora o ramo temporal do nervo facial apresente uma ampla variação no padrão de sua ramificação, ele cursa em uma direção constante. Isto permite a definição de um plano de dissecação seguro para a região temporal, durante uma ritidoplastia temporal ou frontal. Os níveis de dissecação temporal podem ser definidos como sendo superficiais ou profundos ao ramo temporal do nervo facial. Esses níveis incluem: o plano subcutâneo, o plano abaixo da fásia temporoparietal e o plano subperiosteal, justamente o plano utilizado para confecção do retalho fasciomiotômico<sup>16</sup>.

Existem inúmeras técnicas cirúrgicas para reparo de defeitos provocados por excisões de tumores, cada uma com vantagens, indicações e limitações. Pequenos defeitos de face podem ser corrigidos com retalhos locais, mas para defeitos maiores os enxertos sem vascularização podem ser usados pela facilidade da técnica. O problema é que os aspectos funcionais e estéticos resultantes são deficientes e eles apresentam altos riscos de necrose, falta de compatibilidade, textura e contratura<sup>17</sup>. Para reconstruções de grandes defeitos faciais, retalhos cutâneos vascularizados oferecem a melhor opção para reposição de volume, vascularização e viabilidade do tecido. O procedimento cirúrgico costuma ser mais demorado, com uma maior demanda de cuidados hospitalares e requer uma qualidade técnica elevada, com maior risco de morbidade pela lesão de estruturas nervosas da face<sup>18</sup>.

## CONCLUSÃO

O suporte sanguíneo nas áreas distantes do pedículo no retalho miotômico é intensificado com a presença do SMAS, visto que além do processo de difusão inicial para nutrição do tecido transplantado o retalho possui nutrição provida do SMAS, decrescendo as chances de necrose do retalho<sup>14</sup>. Então, por esse suporte nutricional gerado pelo SMAS e o músculo platísmo, o pedículo vascular da artéria facial e submental pode ser menor, favorecendo a movimentação e posicionamento do retalho. Além disso, por sua ressecção ser mais profunda que o retalho cutâneo, permite que defeitos mais profundos sejam reparados com reposição volumétrica da área tumoral ressecada pelas camadas de gordura e músculo adjacentes<sup>3</sup>.

Além disso, devido à maior profundidade necessária de ressecção, uma importante estrutura nervosa tem passagem pela região, o nervo facial. Assim, sabendo que sua secção resulta em paralisia da face, a técnica exige que o cirurgião plástico conheça a anatomia da região que será operada.

## REFERÊNCIAS

- Diepgen TL, Mahler V. The epidemiology of skin cancer. *Br J Dermatol* Br J Dermatol. 2002;146 Suppl 61:1-6.
- Sortino-Rachou AM, Curado MP, Canela Mde C. Cutaneous melanoma in Latin America: a population-based descriptive study. *Cad Saude Publica*. 2011;27(3):565-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300016>
- Mendelson BC, Freeman ME, Wu W, Huggins RJ. Surgical anatomy of the lower face: the premaseter space, the jowl, and the labiomandibular fold. *Aesthetic Plast Surg*. 2008;32(2):185-95. PMID: 18183455 DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-007-9060-3>
- Park SW, Heo EP, Choi JH, Cho HC, Kim SH, Xu L, *et al.* Reconstruction of defects after excision of facial skin cancer using a venous free flap. *Ann Plast Surg*. 2011;67(6):608-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/SAP0b013e318209a77f>
- Rodriguez-Vigil T, Vázquez-López F, Perez-Oliva N. Recurrence rates of primary basal cell carcinoma in facial risk areas treated with curettage and electrodesiccation. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56(1):91-5. PMID: 17190625 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2006.07.007>
- Blixt E, Nelsen D, Stratman E. Recurrence rates of aggressive histologic types of basal cell carcinoma after treatment with electrodesiccation and curettage alone. *Dermatol Surg*. 2013;39(5):719-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/dsu.12122>
- Raasch BA, Buettner PG, Garbe C. Basal cell carcinoma: histological classification and body-site distribution. *Br J Dermatol*. 2006;155(2):401-7. PMID: 16882181 DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.2006.07234.x>
- Mantese SAO, Berbert ALCV, Gomides MDA, Rocha A. Carcinoma basocelular - Análise de 300 casos observados em Uberlândia - MG. *An Bras Dermatol*. 2006;81(2):136-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962006000200004>
- Crowson AN. Basal cell carcinoma: biology, morphology and clinical implications. *Mod Pathol*. 2006;19 Suppl 2:S127-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/modpathol.3800512>
- Weinstein MC, Brodell RT, Bordeaux J, Honda K. The Art and Science of Surgical Margins for the Dermatopathologist. *Am J Dermatopathol*. 2012;34(7):737-45. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/DAD.0b013e31823347cb>
- Hayano SM, Whipple KM, Korn BS, Kikkawa DO. Principles of Periocular Reconstruction following Excision of Cutaneous Malignancy. *J Skin Cancer*. 2012;2012:438502. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/438502>
- Dubas LE, Ingraffea A. Nonmelanoma Skin Cancer. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2013;21(1):43-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fsc.2012.10.003>
- Correia Pde C, Zani R. Surgical anatomy of the facial nerve, as related to ancillary operations in rhytidoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 1973;52(5):549-52. PMID: 4745577 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-197311000-00013>
- Mitz V, Peyronie M. The superficial musculo-aponeurotic system (SMAS) in the parotid and cheek area. *Plast Reconstr Surg*. 1976;58(1):80-8. PMID: 935283 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-197607000-00013>
- Baker DC, Conley J. Avoiding facial nerve injuries in rhytidectomy. Anatomical variations and pitfalls. *Plast Reconstr Surg*. 1979;64(6):781-95. PMID: 515227 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-197912000-00005>
- Silva MLA, Aboudib JH, Castro CC. Anatomia aplicada do ramo temporal do nervo facial: estudo do risco potencial de lesão durante a cirurgia do rejuvenescimento facial. *Rev Bras Cir Plást*. 2010;25(4):604-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752010000400007>
- Bartella AK, Ghassemi M, Hölzle F, Ghassemi A. Reconstruction of facial soft tissue: comparison between conventional procedures and the facelift technique. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2016;54(9):1006-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjoms.2016.07.018>
- Almadori G, Rigante M, Bussu F, Parrilla C, Gallus R, Barone Adesi L, *et al.* Impact of microvascular free flap reconstruction in oral cavity cancer: our experience in 130 cases. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2015;35(6):386-93.

\*Endereço Autor:

Natália Biancha Rendón

Rua Professora Maria Flora Pausewang, s/n° - Trindade - Florianópolis, SC, Brasil

CEP 88036-800

E-mail: natabiancha@gmail.com