

Tratamento cirúrgico dos tumores de pele nasal em idosos

Surgical treatment of the nasal skin tumors in elderly patients

PAMELLA VERÍSSIMO¹

MARCUS VINICIUS JARDINI

BARBOSA²

RESUMO

Introdução: O câncer de pele é a neoplasia mais frequente no Brasil e acomete principalmente indivíduos idosos. O local do corpo mais acometido é a face, especialmente o nariz. O tratamento mais utilizado é a ressecção cirúrgica. **Objetivo:** Analisar a eficácia dos procedimentos cirúrgicos realizados no tratamento do câncer de pele nasal em indivíduos idosos. **Método:** Foram revistos 101 prontuários de pacientes operados no período de agosto de 2005 a junho de 2008 e analisados dados referentes a gênero, idade, fototipo, localização do tumor no nariz, margens cirúrgicas, tipos de reconstrução. Utilizaram-se os testes estatísticos qui-quadrado de aderência, t de Student e teste exato de Fischer ($p < 0,05$). **Resultados:** A faixa etária foi de 61 a 94 com média de 77 anos. A incidência foi maior em mulheres (67,3%) e em indivíduos de pele clara (65,3%). Os tumores distribuíram-se de modo heterogêneo entre as subunidades nasais ($p = 0,001$ teste qui-quadrado). Dos tumores malignos, 92,9% eram do tipo carcinoma basocelular e 7,1% eram do tipo carcinoma espinocelular. A distribuição dos tumores entre homens e mulheres foi semelhante ($p = 0,672$ teste exato de Fischer). Os tipos de reconstrução mais utilizados foram os retalhos (54,9%). Houve ressecção incompleta de tumor em 8,4% e taxa de reoperação de 77,8%. O achado de tumor residual nos espécimes foi de 14,2%. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as idades dos pacientes reoperados e dos observados ($p = 0,486$ teste t de Student). Houve recidiva somente no grupo de tumores com ressecção completa (0,9%). **Conclusão:** Os procedimentos cirúrgicos utilizados tiveram sua eficácia comprovada para o tratamento do câncer de pele nasal em idosos.

Descritores: Neoplasias nasais. Neoplasias cutâneas. Assistência a idosos.

SUMMARY

Introduction: Skin cancer is the most common neoplasm in Brazil and mainly affects the elderly. The most affected location of the body is the face, especially the nose. Surgical resection is also the most used treatment. **Objective:** To evaluate the effectiveness of surgical procedures performed in the treatment of nasal skin cancer in elderly patients. **Method:** They were reviewed 101 charts of patients who have been submitted to a surgical resection of nasal skin tumor from August 2005 to June 2008. Data regarding gender, age, phototype, location of tumor in the nose, surgical margins and type of reconstruction were analyzed. The chi-square statistical test of adhesion, Student t test and Fischer exact test were used for statistical analysis. Statistical significance was considered when $p < 0.05$. **Results:** Ages ranged between 61 to 94 years with an average of 77 years. The incidence was higher in women (67.3%) and in individuals with fair skin (65.3%). The tumors presented a heterogeneous distribution on nasal subunits ($p = 0.001$ chi-square). Basal cell carcinoma was the most frequent malignant neoplasm (92.9%) and 7.1% were squamous cell carcinoma. The distribution of tumors between men and women was similar ($p = 0.672$ Fischer exact test). Flaps were the most frequent type of reconstruction (54.9%). There was incomplete resection in 8.4% of the patients and the reoperation rate was 77.8%. Residual tumor was presented in 14.2% of the surgical specimens. There was no significant difference between the ages of the patients who were reoperated and the others who were observed ($p = 0.486$ Student t test). Recurrence was observed only in the group of patients who had a complete resection of the tumor (0.9%). **Conclusion:** Surgical procedures performed in this study have proven their effectiveness for the treatment of nasal skin cancer in elderly patients.

Descriptors: Nose neoplasms. Skin neoplasms. Old age assistance.

Trabalho realizado no Centro de Referência do Idoso – Cri Norte, São Paulo, SP.

Apresentado no 45º Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica para Ascensão a Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Brasília, DF.

Artigo recebido: 12/1/2009

Artigo aceito: 4/5/2009

1. Cirurgiã, membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica / Preceptora do Serviço de Residência em Cirurgia Plástica Oswaldo Cruz, no Conjunto Hospitalar do Mandaqui.
2. Professor colaborador da disciplina de Cirurgia Plástica da UNIFESP / Professor co-orientador do Programa de Pós-graduação em Cirurgia Plástica da UNIFESP.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida da população mundial gerou reflexos na saúde da pessoa idosa, entre eles, o aumento da incidência de câncer de pele^{1,2}.

O câncer de pele pode surgir em qualquer idade, mas é a partir dos 60 anos que atinge o maior número de pessoas, sendo que os tipos mais comuns de tumor maligno de pele são: o carcinoma basocelular (CBC), seguidos do carcinoma espinocelular (CEC) e do melanoma. O CBC e o CEC são os mais frequentes e também os de melhor prognóstico. O melanoma, por sua vez, apresenta alta letalidade, porém, menor incidência^{1,3}.

O câncer de pele localiza-se comumente na face, em especial na região nasal³. Por óbvio, o tratamento envolve tanto questões reparadoras quanto estéticas, tendo como objetivo a cura e a menor deformidade possível.

Entre os cirurgões plásticos, a conduta mais frequente para o tratamento do câncer de pele nasal é a ressecção cirúrgica. Os índices de margens comprometidas em diversos serviços médicos do mundo variam de 4% a 18,2%⁴.

A Cirurgia Plástica tem seu papel definido no tratamento de pacientes idosos, especialmente nas reconstruções decorrentes de ressecção de tumores de pele, afecção com incidência maior em indivíduos na sétima década de vida.

Com o aumento da expectativa de vida e também da incidência do câncer de pele, torna-se de grande relevância a avaliação dos resultados cirúrgicos sob o ponto de vista oncológico e estético. Portanto, o objetivo do presente estudo é analisar a eficácia dos procedimentos cirúrgicos realizados no tratamento do câncer de pele nasal.

MÉTODO

Foi realizado estudo retrospectivo de 109 casos de pacientes idosos portadores de tumor de pele nasal do Centro de Referência do Idoso – CRI Norte, operados em centro cirúrgico ambulatorial. Para tanto, foi feito o levantamento de prontuários no período de agosto de 2005 a junho de 2008. Os pacientes foram contatados via telefone e convocados para consulta médica e avaliação do seguimento do pós-operatório. Esses pacientes foram submetidos aos critérios de inclusão e exclusão para formação dos grupos de pacientes a serem estudados.

Critérios de inclusão

- Pacientes com mais de 60 anos;
- Pacientes que foram submetidos a ressecção de tumor de pele nasal, em regime ambulatorial;

- Pacientes que foram a óbito por causas não relacionadas ao procedimento cirúrgico, mas que apresentavam seguimento pós-operatório.

Critérios de exclusão

- Pacientes que não foram localizados para avaliação do procedimento cirúrgico realizado;
- Pacientes com diagnóstico clínico e histopatológico de tumor nasal, mas que não foram submetidos ao procedimento cirúrgico;
- Pacientes com diagnóstico clínico e histopatológico de tumor nasal que foram submetidos ao procedimento cirúrgico, mas não compareceram para seguimento pós-operatório.

Casuística

De acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, foram analisados 109 casos diagnosticados com tumor nasal e operados em centro cirúrgico ambulatorial, dos quais 101 foram selecionados. Deste último grupo, extraiu-se a seguinte amostra: 94 pacientes foram localizados e avaliados pela cirurgia plástica e sete pacientes foram a óbito por causas não relacionadas ao procedimento cirúrgico. Os casos foram analisados segundo os seguintes dados: faixa etária, gênero e fototipo de acordo com a classificação de Fitzpatrick⁵.

Os indivíduos foram classificados segundo os seguintes dados: presença e tipos de doenças sistêmicas associadas; presença, quantidade de lesões e classificação histopatológica de tumores malignos de pele em outras localizações da face e corpo.

Distribuição do grupo de pacientes submetidos a ressecção de tumor nasal

Os indivíduos apresentavam-se na faixa etária entre 61 e 94 anos e a média de idade foi de 77 anos.

A distribuição por gênero mostrou 67,3% de indivíduos do gênero feminino e 32,7% do gênero masculino. A maioria dos pacientes tinha pele clara e foram divididos segundo a classificação de Fitzpatrick⁵. A Tabela 1 mostra a distribuição dos indivíduos submetidos a ressecção de tumores nasais, em relação ao gênero e ao fototipo.

Avaliação dos tumores nasais

Os casos tiveram confirmação diagnóstica por meio de exame histopatológico, com base nos critérios clássicos de atipia arquitetural e citológica. A caracterização dos critérios de atipia arquitetural e citológica nos cortes histológicos deu-se pela técnica coloração hematoxilina-eosina (HE).

Tabela 1. Distribuição dos 101 indivíduos, segundo gênero e fototipo.

Fototipo	Feminino	Masculino	Frequência	%
I	5	4	9	8,9
II	41	16	57	56,4
III	20	13	33	32,7
IV	2	0	2	2,0
Total	68	33	101	100

Todos os tumores operados apresentavam características clínicas de câncer de pele. Segundo os achados histopatológicos, foram classificados em tumores benignos, pré-malignos e malignos.

Classificação morfológica das regiões do nariz para localização dos tumores nasais e planejamento cirúrgico

O nariz é considerado uma unidade estética da face e foi dividido nas seguintes subunidades por Burget e Menick⁶: ponta, columela, dorso, asas e paredes laterais⁶. Houve preferência pelo acréscimo de mais uma região que foi denominada canto interno. A subunidade canto interno tem como limites:

- Caudal - a parede lateral nasal;
- Cranial - a órbita;
- Anterior - o dorso nasal;
- Posterior - o canto interno palpebral.

Classificação histopatológica das margens cirúrgicas

O planejamento cirúrgico dos tumores foi realizado baseado em características histopatológicas (quando com biópsia prévia), clínicas e na presença de ulceração.

Os tumores apresentavam tamanhos de 2 a 20 mm de diâmetro, e foram operados com margens cirúrgicas de 3 a 7 mm.

Os tumores nasais tipo CBC não ulcerado foram retirados com margens de 3 mm e nos CBC ulcerados as margens foram de 5mm. Por sua vez, os tumores nasais tipo CEC não ulcerado foram retirados com margens de 5 mm e nos CEC ulcerados as margens determinadas foram de 7 mm.

As margens foram analisadas pelo patologista e classificadas como livres, comprometidas ou exíguas, pelos seguintes critérios:

- Margens livres: limite de ressecção sem nenhum contato com as células neoplásicas;
- Margens comprometidas: presença de células neoplásicas em uma ou mais margens do espécime analisado;
- Margens exíguas: limite de ressecção próximo à localização das células neoplásicas.

Técnicas utilizadas para reconstrução dos defeitos da região nasal

As principais técnicas para reconstrução utilizadas nesse estudo foram: fechamento primário (fuso e fuso transversal), retalhos locais ou de vizinhança (nasogeniano, avanço jugal, avanço dorso, bilobado, glabellar, V-Y e zetaplastia) e enxerto de pele total.

Foram realizadas as distribuições das frequências de utilização das técnicas no nariz e em cada subunidade nasal.

Aplicação dos testes estatísticos

Os dados obtidos foram submetidos a análise estatística utilizando-se o teste do qui-quadrado de aderência, o teste t de Student e o teste exato de Fisher. Os resultados encontrados foram considerados estatisticamente significativos quando valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Ao longo de um período de 35 meses, 101 pacientes portadores de 109 tumores nasais foram submetidos a ressecção de tumores nasais e acompanhados clinicamente.

Distribuição dos 109 tumores nasais segundo a localização

Os tumores foram distribuídos por subunidades nasais: ponta, asa, dorso, canto interno e parede lateral (Figura 1).

A distribuição dos tumores nasais entre as subunidades não foi homogênea, conforme teste estatístico de qui-quadrado de aderência $p=0,001$.

Classificação clínica dos 109 tumores segundo a presença de úlcera

A presença de úlcera aumentou o planejamento das margens cirúrgicas em 2 mm. Desta forma, as margens para tumores tipo CBC passaram, na presença de úlcera de 3 para 5 mm, e no tipo CEC passaram de 5 para 7 mm.

Em 43,1% dos tumores, havia a presença de úlcera e em 56,9% não.

Avaliação histopatológica e classificação clínica dos tumores nasais

Em relação à avaliação histopatológica dos tumores nasais com base nos critérios clássicos de atipia arquitetural e citológica, observou-se que 90,8% deles eram malignos, 5,5% eram pré-malignos e 3,7% eram benignos.

Entre os tumores não malignos a queratose actínica, forma clínica pré-maligna, ocorreu numa frequência de 60%. Os demais eram benignos e foram distribuídos em: nevo melanocítico (20%), tricoepitelioma e perifoliculite crônica (10% cada um).

Dos 109 tumores, 99 tumores eram malignos sendo que 92,9% foram do tipo CBC e 7,1% do tipo CEC.

Os 99 tumores malignos foram divididos em tipos CBC e CEC e distribuídos conforme o gênero dos indivíduos (Figura 2).

O teste exato de Fisher revelou que não houve diferença estatisticamente significativa na distribuição dos tumores malignos entre homens e mulheres ($p=0,672$).

Distribuição dos indivíduos por doenças locais ou sistêmicas associadas

Dos 101 indivíduos, 32 (31,7%) apresentavam uma ou mais neoplasias malignas da pele em outros locais do corpo ou face, além do tumor nasal. A distribuição da quantidade de tumores associados por indivíduo pode ser observada na Tabela 2.

O estudo histopatológico encontrou três tipos distintos de câncer de pele, sendo que os tumores associados foram divididos em: melanoma maligno (MM) com incidência de 3,1% (um indivíduo) no grupo avaliado, CEC com incidência de 9,4% (3 indivíduos) e o CBC com incidência de 87,5% (28 indivíduos). Na grande maioria dos casos, os tumores foram operados no mesmo ato cirúrgico, exceto aqueles com mais de cinco lesões associadas.

O grupo estudado foi composto apenas por indivíduos idosos e 49 deles (48,5%) apresentavam uma ou mais doenças associadas, conforme observado na Figura 3.

Seguimento clínico

Os pacientes foram operados e acompanhados clinicamente de agosto de 2005 a junho de 2008. O tempo médio de seguimento clínico dos pacientes operados foi de 11,7 meses, com desvio padrão de 8,9 meses, variando entre 1 e 35 meses.

Tipos de reconstrução utilizados

As técnicas utilizadas para reconstrução dos defeitos foram em sua maioria de retalhos locais (54,9%), fechamento

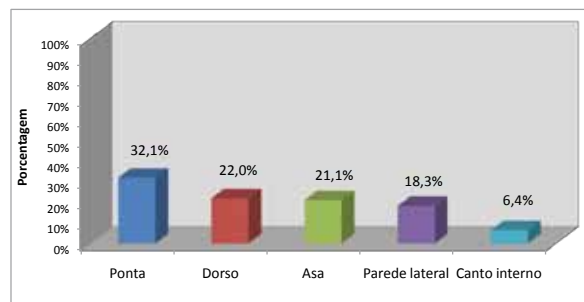


Figura 1 - Distribuição dos tumores por subunidades nasais.

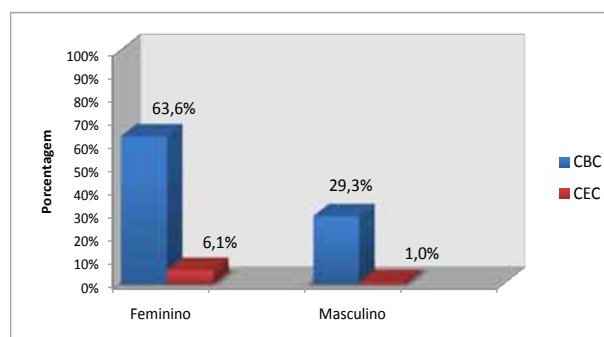


Figura 2 - Distribuição dos tumores, segundo o gênero.

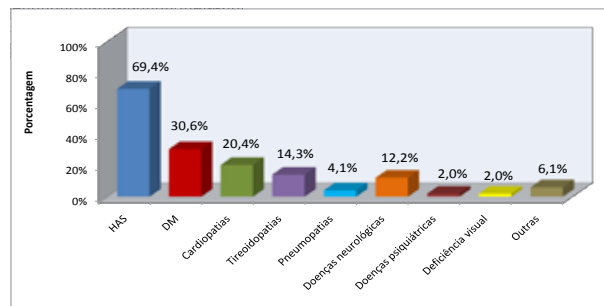


Figura 3 - Distribuição dos indivíduos (n=49), segundo doenças associadas.

Tabela 2. Distribuição da quantidade de tumores associados por indivíduo.

1	20	62,5%
2	6	18,8%
3	2	6,3%
5	1	3,1%
7	1	3,1%
9	1	3,1%
10	1	3,1%
Total	32	100,0%

primário através de ressecção em fuso (41,27%), seguido de enxerto de pele total (Figura 4).

Tipos de reconstruções por subunidade

As reconstruções que foram utilizadas para reparação dos defeitos ocasionados pela ressecção dos tumores foram divididas por subunidades.

Reconstruções da ponta nasal

Na ponta nasal, a técnica cirúrgica para reconstrução do defeito mais utilizada foi o fuso transverso em 34,3% dos

casos, seguido do retalho de avanço de dorso em 25,7% dos casos (Figura 5).

Neste grupo, um dos indivíduos recebeu enxerto de cartilagem conchal associado ao retalho bilobado para reparação de ponta nasal após ressecção de CBC (Figuras 6 a 18).

Reconstruções da asa nasal

Para o tratamento dos defeitos na asa nasal, o tipo de reconstrução mais utilizado foi o retalho bilobado, seguido do retalho nasogeniano (Figura 19).

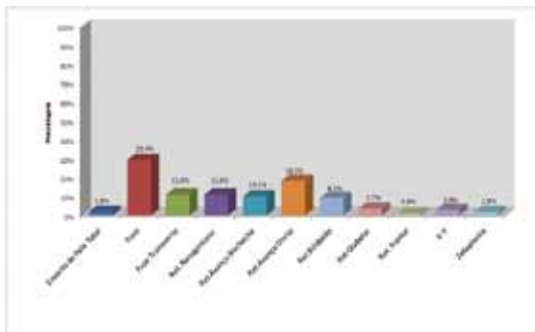


Figura 4 - Distribuição do tipo de reconstrução.

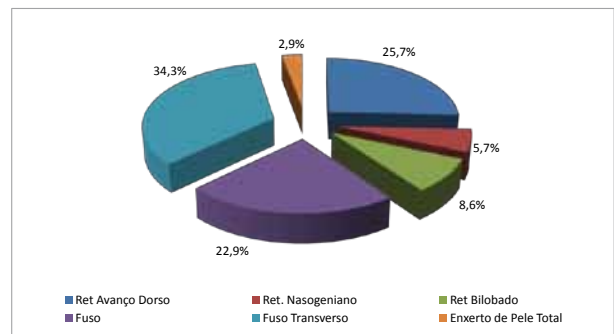


Figura 5 - Distribuição do tipo de reconstrução na ponta.



Figura 6 - Tumor em ponta nasal.



Figura 7 - Retalho bilobado com enxerto de cartilagem auricular.



Figura 8 - Pós-operatório retalho bilobado.



Figura 9 - tumor em ponta nasal.



Figura 10 - Pós-operatório retalho bilobado.



Figura 11 - Tumores em ponta, dorso e asa nasal.



Figura 12 - Retalhos nasogeniano e de avanço de dorso.



Figura 13 - Pós-operatório de retalhos nasogeniano e de avanço de dorso.



Figura 14 - Tumor em ponta nasal.



Figura 15 - Tumor em ponta nasal.



Figura 16 - Pós-operatório de retalho de avanço de dorso.



Figura 17 - Tumor em ponta nasal.



Figura 18 - Pós-operatório de retalho de avanço de dorso.

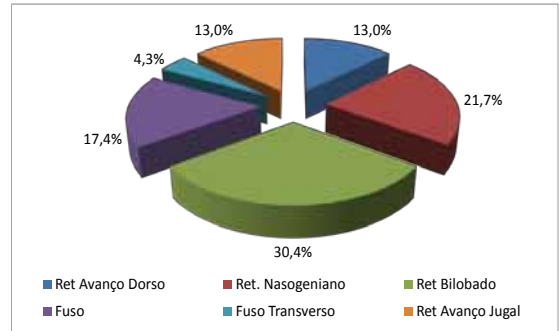


Figura 19 - Distribuição do Tipo de Reconstrução na Asa.



Figura 20 - Tumor de asa nasal e outros.



Figura 21 - Pós-operatório imediato de retalho nasogeniano direito e reconstrução de pálpebra inferior esquerda.



Figura 22 - Pós-operatório de 24 meses de retalho nasogeniano.



Figura 23 - Tumor de asa nasal.



Figura 24 - Pós-operatório de retalho de avanço de dorso.



Figura 25 - Tumor de asa nasal.



Figura 26 - Pós-operatório imediato de retalho nasogeniano.



Figura 27 - Pós-operatório de retalho nasogeniano.



Figura 28 - Tumor de asa nasal.



Figura 29 - Pós-operatório imediato de retalho bilobado.



Figura 30 - Pós-operatório de retalho bilobado.

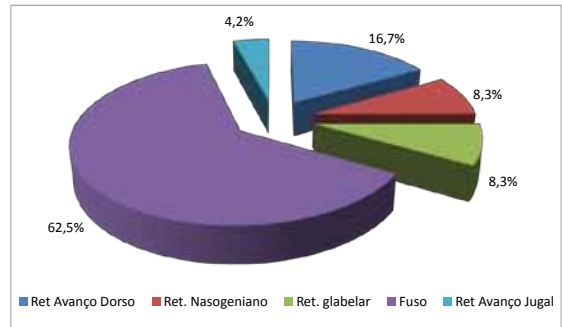


Figura 31 - Distribuição do tipo de reconstrução no dorso.



Figura 32 - Tumor de dorso nasal.



Figura 33 - Pós-operatório de retalho de avanço de dorso.

Neste grupo, um dos indivíduos recebeu enxerto de cartilagem septal de aproximadamente 1 mm de espessura, associado ao retalho nasogeniano dobrado sobre ele mesmo para reparação do defeito de espessura total de asa nasal direita resultado da ressecção de CBC nodular de 18 mm. Este fragmento de cartilagem septal foi retirado com mucosa em um dos lados para realização de enxerto condromucoso utilizado na reconstrução total de pálpebra inferior esquerda, também acometida por CBC (Figuras 20 a 30).

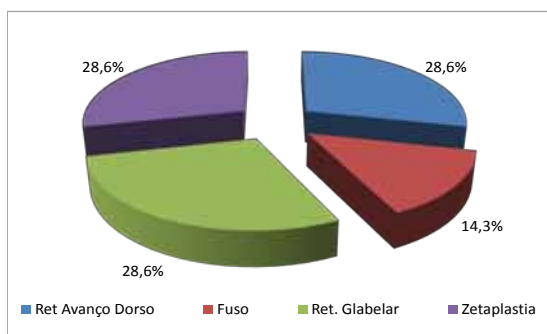


Figura 34 - Distribuição do tipo de reconstrução no canto.

Reconstruções do dorso nasal

Para o dorso nasal, a reconstrução mais utilizada foi o fechamento primário após ressecção em fuso, seguida do retalho de avanço de dorso (Figuras 31 a 33).

Reconstruções do canto interno

Para reconstrução de defeitos no canto interno foram utilizados de modo semelhante os retalhos glabellar, avanço de dorso e zetaplastia (Figuras 34 a 43).



Figura 35 - Tumor de canto interno.



Figura 36 - Pós-operatório de retalho de avanço de dorso.



Figura 37 - Tumor de canto interno.



Figura 38 - Pós-operatório de retalho de avanço de dorso.



Figura 39 - Tumor de canto interno e ponta nasal.



Figura 40 - Defeito resultante da ressecção de tumor de canto interno.



Figura 41 - Pós-operatório de retalho glabellar e fuso transverso.



Figura 42 - Tumor de canto interno e ponta nasal.



Figura 43 - Pós-operatório de retalho glabellar e fuso transverso.

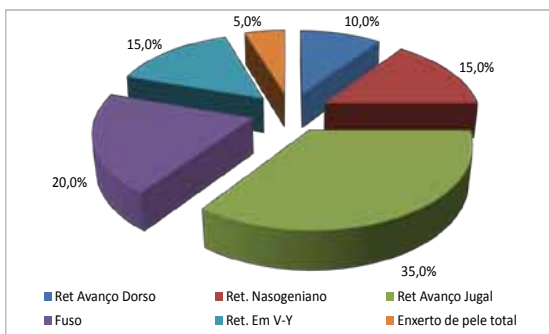


Figura 44 - Distribuição do tipo de reconstrução na parede lateral.



Figura 45 - Tumor de parede lateral nasal.



Figura 46 - Pós-operatório de retalho de avanço jugal.



Figura 47 - Tumor de parede lateral nasal.



Figura 48 - Pós-operatório de retalho de avanço jugal.



Figura 49 - Tumor de ponta nasal.



Figura 50 - Necrose de retalho nasogeniano.



Figura 51 - Pós-operatório de enxerto de pele total.



Figura 52 - Distribuição da análise histopatológica das margens da primeira cirurgia.

Reconstruções da parede lateral nasal

Para reconstrução da parede lateral do nariz, o retalho mais utilizado foi o retalho de avanço jugal, seguido de fechamento primário (fuso) para lesões menores (Figuras 44 a 48).

Complicações cirúrgicas

Houve apenas uma complicação cirúrgica (0,9%), que foi a necrose de um retalho nasogeniano. O paciente foi submetido a nova intervenção cirúrgica com a utilização de enxerto de pele total (Figuras 49 a 51).

Avaliação histopatológica das margens

A análise das margens foi realizada pelo patologista e classificadas como livres, comprometidas e exíguas (Figura 52).

Dos nove tumores que apresentaram margens comprometidas, todos eram do tipo CBC, sete apresentaram somente margem lateral comprometida e dois margens lateral e profunda comprometidas. Quatro destes tumores estavam na ponta nasal, três na asa, um no canto e um na parede lateral. Dos nove indivíduos, seis eram mulheres e três homens.

Quatro pacientes apresentavam outros tumores associados: três com única lesão do tipo CBC e um com única lesão do tipo melanoma ao exame histopatológico (Tabela 3).

Foram realizadas novas intervenções cirúrgicas em 7 pacientes e encontrados tumor residual somente em uma das lesões (14,2%).

O grupo que foi submetido a nova ressecção cirúrgica teve média de idade de 76,71 anos, com desvio padrão de 8,81. O grupo que foi observado clinicamente teve média de idade de 82 anos, com desvio padrão de 9,90.

Pela análise estatística não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre a média de idade dos

Tabela 3. Conduta nos casos de ressecção incompleta do tumor.

Comprometimento	Local	Tipo	Idade	Gênero	Conduta	Histologia
Margem lateral	Asa	CBC esclerodermiforme	73	F	NRC	Fibrose cicatricial
	Asa	CBC	75	F	NRC	Fibrose dérmica cicatricial
	Ponta	CBC	79	F	NRC	Queratose actínica sem tumor residual
	Ponta	CBC	70	F	NRC	Fibrose dérmica cicatricial
	Ponta	CBC	89	F	OC	—
	Canto	CBC	94	M	NRC	Fibrose dérmica cicatricial
	Parede lateral	CBC	75	F	OC	—
Margens lateral e profunda	Asa	CBC metatípico	79	M	NRC	Cistos infundibulares
	Ponta	CBC	67	M	NRC	Infiltração de CBC em partes moles – margens livres

NRC = Ressecção cirúrgica; OC = Observação clínica.

indivíduos (teste t de Student para amostras independentes $p=0,486$).

O tempo de seguimento clínico dos pacientes com ressecção incompleta do tumor foi de 1 a 26 meses, sendo a média de 16 meses e desvio padrão de 9,4. Neste período, não houve nenhuma recidiva.

Presença de recidiva tumoral

Apenas um (0,9%) paciente apresentou recidiva de CBC em ponta nasal após ressecção completa da lesão, ou seja, margens livres de neoplasia pela análise histopatológica (aos 17 meses de acompanhamento pós-operatório).

DISCUSSÃO

O câncer de pele acomete com maior frequência indivíduos com mais de 60 anos, em especial, na sétima década de vida³.

Vários fatores de risco estão relacionados ao aparecimento do câncer de pele não melanoma, entre eles, a idade acima de 60 anos, a susceptibilidade genética, a exposição à radiação ultravioleta e a susceptibilidade individual. No presente estudo, todos os indivíduos tinham entre 61 e 94 anos e média de idade de 77 anos.

Indivíduos idosos têm o sistema imunológico menos eficiente e têm capacidade diminuída de regeneração do DNA, fatos estes que contribuem para o aumento do risco de desenvolvimento de câncer de pele não melanoma⁷. A

susceptibilidade individual é determinada pela presença e quantidade de melanina na pele e a capacidade de bronzeamento quando exposta à radiação ultravioleta. Neste estudo, 63% dos pacientes apresentavam pele clara com fototipo I e II e 32,7% fototipo III pela classificação de Fitzpatrick⁵, que determina o fototipo de acordo com a reação da pele à exposição solar. Estes dados são similares aos da literatura, levando-se em consideração que, a maioria do grupo apresentava pele clara^{3,8,9}. Nenhum dos pacientes deste estudo apresentou a susceptibilidade devido às síndromes: xeroderma pigmentoso, síndrome do nevo basocelular ou albinismo.

A incidência de câncer de pele não melanoma foi maior nos pacientes do gênero feminino (67,3%), apesar de não haver diferença estatisticamente significativa na distribuição dos tumores entre mulheres e homens. Este fato difere de algumas publicações¹⁰⁻¹³, onde a incidência dos tumores é maior em homens. Semelhanças foram encontradas em trabalhos realizados no Brasil e demonstram as diferentes características da incidência de câncer de pele não melanoma na população brasileira^{8,14,15}.

Os tumores de pele malignos são os tipos mais frequentes de câncer. Os CBC e CEC representam, respectivamente, o primeiro e segundo tipo de câncer de maior incidência e apresentam índices de cura superiores a 90% quando tratados em fase inicial^{3,16}. Do grupo estudado, 92% dos tumores nasais eram do tipo CBC e 7% CEC. Entre os tumores associados presentes em outras regiões da face e do corpo de 32 dos 101 pacientes, 87,5% dos tumores eram CBC, 9,4% eram CEC e

3,1% melanoma. Na literatura encontramos índices de 70% de CBC e 25% de CEC, porém, estes índices são referentes à distribuição geral dos tumores na face e no corpo³.

Dos CBC e CEC, 40% a 71,2% estão localizados na região de cabeça e pescoço^{8,17,18}. Dentre as lesões situadas na face, 30% a 35% estão no nariz¹⁸⁻²⁰. Levando-se em conta todas as lesões do corpo, de 11% a 17% estão no nariz^{4,10,18,21}.

Em estudos prospectivos e retrospectivos, as ressecções incompletas de tumores tipo CBC em todo o corpo mostraram índices de 4,7% a 18,2%^{4,5,8,10,17,18,21,22}, em tumores tipo CEC de 6,3%¹³ e em tumores tipo CBC e CEC de 20%²⁰. É no nariz que se encontra o maior índice de ressecções cirúrgicas incompletas e recidivas tumorais, variando de 9% a 26%^{4,8,10,17,18,20,21}. Nenhum destes estudos foi realizado somente abordando os tumores nasais.

No presente estudo, o índice de margens comprometidas foi de 8,4%, assim sendo, coincide com os dados da literatura, sendo certo que todas as lesões eram CBC e não houve nenhuma ressecção incompleta de CEC. Destes nove (8,4%) tumores com ressecção incompleta da lesão, sete (77,8%) apresentaram a margem lateral comprometida e dois (22,2%) apresentaram tanto a margem profunda quanto as laterais comprometidas. Estes dados são coincidentes com a literatura, que também mostra índices de maior comprometimento de margens nas laterais (62%) seguidos das margens profundas (34%) e ambas as margens laterais e profundas (3,4%)²⁴.

As novas intervenções cirúrgicas são efetuadas em 30% a 74,7% dos tumores com ressecção incompleta e a presença de tumor residual no exame histopatológico destes espécimes é de 14% a 87%^{8,10,18,22}. Dados similares foram encontrados no presente estudo em que foi realizada nova intervenção cirúrgica em sete (77,8%) dos pacientes e encontrado tumor residual em um (14,3%).

A localização nasal dos tumores com ressecção incompleta foi em 44,4% na ponta nasal, 33,3% na asa, 11,1% no canto e 11,1% na parede lateral. Na literatura, os locais de ressecção incompleta de CBC nasal são divididos em: nariz (30,6%); asa nasal (25%); outras partes do nariz (36,4%)²¹. Como as divisões são diferentes, torna-se difícil a correlação dos dados.

O seguimento clínico observacional dos nove pacientes com ressecção incompleta de CBC nasal foi feito de 1 a 26 meses, com média de 16 meses. Não foram encontrados sinais clínicos de recidiva no grupo de pacientes com ressecção incompleta. Já no grupo com ressecção completa houve um único (0,9%) caso de recidiva tumoral do tipo CBC em ponta nasal que foi novamente ressecada com margens cirúrgicas livres. Esta recidiva ocorreu no 17º mês após a primeira

cirurgia. Nossos dados encontraram concordância com a literatura, que aponta 1% a 14% de recidiva após ressecção completa da lesão e 26% após ressecção incompleta do tumor após cinco anos²⁴.

A decisão de realizar nova operação em tumores ressecados com margens comprometidas não é uma unanimidade¹⁸. Apesar deste fato, parece existir uma tendência, por parte dos cirurgiões, à realização do procedimento cirúrgico. Com efeito, mesmo aos pacientes idosos e portadores de comorbidades não se pode negar o tratamento definitivo. Para os indivíduos idosos, a recidiva em 5 a 10 anos poderá representar um problema significativo do ponto de vista clínico, devido à idade mais avançada.

Nessa esteira, os riscos e benefícios deverão ser sopesados para cada indivíduo em particular, pois, assim como o índice de recidiva dos tumores cutâneos ressecados com margens comprometidas pode, em cinco anos, chegar a 26%, nos casos em que há ressecção completa da lesão, o índice de recidiva pode chegar a até 14%^{21,24}. Este fato propicia a liberdade da opção médica na escolha do tratamento conservador para pacientes com maior risco cirúrgico.

O tratamento cirúrgico foi realizado com margens de ressecção para CBC de 3 a 5mm e CEC de 5 a 7 mm, em concordância com dados da literatura^{20,21,25,26}. As reconstruções mais utilizadas foram os retalhos locais (54,9%) ou de vizinhança, seguidos de fechamento primário após ressecção em fuso (41,27%) e enxerto de pele total (1,8%). Na literatura, encontramos índices de 48% a 87,4% para fechamento primário, 6,5% a 22,1% para retalhos e 2,8% a 18,5% para enxerto de pele^{4,8,10,13,19}. Porém, os dados da literatura são referentes a reconstruções após ressecção de câncer de pele em face e corpo. Devido às dificuldades técnicas que a região nasal oferece, a utilização de retalhos tornou-se necessária na maioria dos casos.

O presente estudo adotou os princípios de reconstrução nasal somados aos conceitos de subunidades estéticas⁶. Com a finalidade puramente didática, foi acrescentada uma subunidade denominada canto interno. Os tumores foram divididos conforme a subunidade acometida e tiveram sua maior incidência na ponta (32,1%), seguidos do dorso (22%), asa (21,1%), parede lateral (18,3%) e canto interno (6,4%).

Na ponta nasal, onde se encontra a maior incidência de tumores, a reconstrução mais utilizada foi o fuso transversal (34,4%), seguidos dos retalhos locais e de vizinhança. A utilização do fuso transversal foi útil para tumores menores que 10 mm, especialmente em pacientes com alongamento nasal e queda da ponta do nariz, processos decorrentes do envelhecimento. Os retalhos de dorso nasal (25,7%) incluem os avanços e rotações e mostraram-se boas opções para o

tratamento de lesões da ponta nasal. Estes dados se encontram em concordância com a literatura²⁷.

A técnica mais frequentemente utilizada para tratar defeitos na ponta é o retalho nasogeniano²⁸. Neste estudo, o retalho nasogeniano foi utilizado em 5,7% dos casos. Estes dados diferem da literatura provavelmente devido ao fato dos pacientes deste estudo terem sido operados em centro cirúrgico ambulatorial.

Para reconstruções da asa nasal, o retalho bilobado (30,4%) e o nasogeniano (21,7%) foram os mais utilizados. Estes dados estão de acordo com a literatura. O retalho bilobado é frequentemente utilizado para reconstruções nasais de dorso e terço ínfero lateral do nariz²⁹. O retalho nasogeniano é muito utilizado para reparações de asa e ponta nasal devido ao bom suprimento sanguíneo e à pele redundante que oferece boas condições para reconstrução³⁰.

Para reconstruções do dorso nasal, a ressecção em fuso com fechamento primário foi a mais utilizada (62,5%), seguidos dos retalhos de dorso (16,7%) de avanço e rotação. Na literatura, o uso do fechamento primário para pequenos defeitos no dorso nasal é bastante frequente devido à maior disponibilidade de pele³¹, assim como os retalhos de dorso de avanço e transposição^{32,33}.

Para reconstruções do canto interno, foram utilizados os retalhos glabellares (28,6%), de avanço de dorso (28,6%) e zetaplastia (28,6%). Estes dados coincidem com os encontrados na literatura³⁴.

Para reconstrução da parede lateral nasal, as técnicas mais utilizadas foram o retalho de avanço jugal (35%) e o fechamento primário com ressecção com retalho em fuso (20%). Na literatura, os retalhos da região jugal são citados para reparar defeitos da parede lateral e dorso nasal devido à capacidade de movimento destes retalhos³⁵.

CONCLUSÃO

Os procedimentos cirúrgicos utilizados tiveram sua eficácia comprovada para o tratamento do câncer de pele nasal em idosos, apresentando baixos índices de complicação e recidiva.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2008: Incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008>
2. Strom SS, Yamamura Y. Epidemiology of nonmelanoma skin cancer. *Clin Plast Surg*. 1997;24(4):627-36.

3. Santos ABO, Loureiro V, Araújo Filho VJF, Ferraz AR. Estudo epidemiológico de 230 casos de carcinoma basocelular agressivos em cabeça e pescoço. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2007;36(4):230-3.
4. Tan PY, Ek E, Su S, Giorlando F, Dieu T. Incomplete excision of basal cell carcinoma: a prospective trial. *Plast Reconstr Surg*. 2007;120(4):910-6.
5. Fitzpatrick TB, Sober AJ. Sunlight and skin cancer. *N Engl J Med*. 1985;313(13):818-20.
6. Burget GC, Menick FJ. The subunit principle in nasal reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 1985;76(2):239-47.
7. Wei Q, Matanoski GM, Farmer ER, Hedayati MA, Grossman L. DNA repair and aging in basal cell carcinoma: a molecular epidemiology study. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1993;90(4):1614-8.
8. Bariani RL, Nahas FX, Barbosa MV, Farah AB, Ferreira LM. Basal cell carcinoma: an updated epidemiological and therapeutically profile of an urban population. *Acta Cir Bras*. 2006;21(2):66-73.
9. Wennberg AM. Basal cell carcinoma: new aspects of diagnosis and treatment. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*. 2000;209:5-25.
10. Kumar P, Orton CI, McWilliam LJ, Watson S. Incidence of incomplete excision in surgically treated basal cell carcinoma: a retrospective clinical audit. *Br J Plast Surg*. 2000;53(7):563-6.
11. Mureau MA, Moolenburgh SE, Levendag PC, Hofer SO. Aesthetic and functional outcome following nasal reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 2007;120(5):1217-27.
12. Telfer NR, Colver GB, Morton CA; British Association of Dermatologists. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol*. 2008;159(1):35-48.
13. Tan PY, Ek E, Su S, Giorlando F, Dieu T. Incomplete excision of squamous cell carcinoma of the skin: a prospective observational study. *Plast Reconstr Surg*. 2007;120(4):910-6.
14. Machado Filho CDS, Fagundes DS, Sender F, Saraiva GL, Paschoal LHC, Costa MCC, et al. Neoplasias malignas cutâneas: estudo epidemiológico. *An Bras Dermatol*. 1996;71(6):479-84.
15. Bandeira AM, Bandeira V, Silva JF, Mazza E. Carcinomas basocelulares: estudo clínico e anatomopatológico de 704 tumores. *An Bras Dermatol*. 2003;78(1):23-34.
16. Scanavini Junior RC, Martins AS, Tincani AJ, Altemani A. Fatores prognósticos do carcinoma espinocelular cutâneo de cabeça e pescoço. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2007;36(4):226-9.
17. Kumar P, Watson S, Brain AN, Davenport PJ, McWilliam LJ, Banerjee SS, et al. Incomplete excision of basal cell carcinoma: a prospective multicentre audit. *Br J Plast Surg*. 2002;55(8):616-22.
18. Griffiths RW. Audit of histologically incompletely excised basal cell carcinomas: recommendations for management by re-excision. *Br J Plast Surg*. 1999;52(1):24-8.
19. Petit JY, Avril MF, Margulis A, Chassagne D, Gerbaulet A, Duvillard P, et al. Evaluation of cosmetic results of a randomized trial comparing surgery and radiotherapy in the treatment of basal cell carcinoma of the face. *Plast Reconstr Surg*. 2000;105(7):2544-51.
20. Kimyai-Asadi A, Alam M, Goldberg LH, Peterson SR, Silapunt S, Jih MH. Efficacy of narrow-margin excision of well-demarcated primary facial basal cell carcinomas. *J Am Acad Dermatol*. 2005;53(3):464-8.
21. Farhi D, Dupin N, Palangié A, Carlotti A, Avril MF. Incomplete excision of basal cell carcinoma: rate and associated factors among 362 consecutive cases. *Dermatol Surg*. 2007;33(10):1207-14.
22. Hallock GG, Lutz DA. A prospective study of the accuracy of the surgeon's diagnosis and significance of positive margins in nonmelanoma skin cancers. *Plast Reconstr Surg*. 2001;107(4):942-7.
23. Breuninger H, Dietz K. Prediction of subclinical tumor infiltration in basal cell carcinoma. *J Dermatol Surg Oncol*. 1991;17(7):574-8.
24. Nagore E, Grau C, Molinero J, Fortea JM. Positive margins in basal cell carcinoma: relationship to clinical features and recurrence risk.

- A retrospective study of 248 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2003;17(2):167-70.
25. Zide MF, Adnot J. Delayed treatment of patients with multiple facial skin cancer defects: the effect of setting. *J Oral Maxillofac Surg.* 2008;66(7):1545-50.
26. Thomas DJ, King AR, Peat BG. Excision margins for nonmelanotic skin cancer. *Plast Reconstr Surg.* 2003;112(1):57-63.
27. Ferri M. The island rotation flap: a better alternative for nasal tip repair. *Plast Reconstr Surg.* 2004;114(4):1020-1.
28. Cervelli V, Bottini DJ, Gentile P. Reconstruction of the nasal tip. *J Craniofac Surg.* 2007;18(6):1380-4.
29. Fujiwara M. One-stage reconstruction of an alar defect using a bilobed nasolabial-nasal tip flap based on the aesthetic subunits in Orientals: case report. *Aesthetic Plast Surg.* 2004;28(1):13-6.
30. Turan A, Kul Z, Turkaslan 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.
31. Wesley NO, Yu SS, Grekin RC, Neuhaus IM. Primary linear closure for large defects of the nasal supratip. *Dermatol Surg.* 2008;34(3):380-4.
32. Zimpler MS. The dorsal nasal flap for reconstruction of large nasal tip defects. *Dermatol Surg.* 2008;34(4):571-4.
33. Rohrer TE, Bhatia A. Transposition flaps in cutaneous surgery. *Dermatol Surg.* 2005;31(8 Pt 2):1014-23.
34. Bertelmann E, Rieck P, Guthoff R. Medial canthal reconstruction by a modified glabellar flap. *Ophthalmologica.* 2006;220(6):368-71.
35. Chen EH, Johnson TM, Ratner D. Introduction to flap movement: reconstruction of five similar nasal defects using different flaps. *Dermatol Surg.* 2005;31(8 Pt 2):982-5.

Correspondência para:

Pamella Veríssimo
Rua Conselheiro Saraiva, 567 - Santana - São Paulo, SP, Brasil
E-mail pamella@clinicaverissimo.com.br