

Reconstrução de nariz: estudo retrospectivo

EDMILSON LÚCIO DA SILVA, GENÊS LOPES DE ALMEIDA JÚNIOR

Introdução

A utilização do retalho frontal tem sido a primeira opção na reconstrução de nariz para a grande maioria dos cirurgiões plásticos que atuam nesta área. Há outras opções conhecidas na literatura para reconstrução nasal, como o retalho italiano pediculado, proposto por Tagliacozzi, o retalho retroauricular, seja pediculado ou em ilha, e os retalhos livres. Todos eles possuem desvantagens em relação ao retalho frontal, devido à pobreza do padrão de vascularização, pele pálida e fina, subcutâneo frouxo com células grandes e amolecidas, o que não mimetiza a textura da pele do nariz. O que transforma a reconstrução em uma projeção amolecida, de coloração totalmente diferente do restante da face, como uma grande mancha no centro da face. São valorizadas as características anatômicas como raiz, dorso na sua visão de cúpula e face lateral, dômus com seus lóbulos, asas com lóbulos, transição entre os lóbulos do dômus, *soft* triângulo, narinas simétricas nas suas aberturas látero-lateral e ínfero-superior, columela integrada ao conjunto e, principalmente, que este nariz respire, pois esta é a função vital.

Objetivo

Demonstrar a experiência do autor em reconstrução nasal utilizando o retalho frontal.

Métodos

Nesse estudo retrospectivo, foram incluídos 55 pacientes que tiveram seus narizes reconstruídos no período de 15 anos, entre maio de 1995 e maio de 2010. Nos casos com destruição do forro nasal, as reconstruções foram feitas em três tempos cirúrgicos. Nos casos em que não houve destruição do forro nasal, a reconstrução foi feita em dois tempos cirúrgicos. A programação do pedículo do retalho foi feita em função do tamanho da ilha de pele necessária para a reconstrução. Defeitos acima de 1,5 cm de extensão, reconstrução total de forro nasal e da cobertura

cutânea são indicações precisas para este retalho. A programação das dimensões do retalho a ser usado na reconstrução no seu segmento distal é feita considerando-se a perda cutânea a ser reconstruída. Iniciamos com a avaliação do comprimento do retalho para alcançar o defeito no seu arco de rotação. Quando a reconstrução não for total com forro, calculamos as dimensões dessa área do retalho pelo princípio da imagem negativa de espelho. A largura da base do pedículo do retalho varia de 0,8 a 1 cm, a depender da distância das duas cabeças do supercílio. Os segmentos das incisões são sempre infiltrados com solução de adrenalina 1: 100.000. O retalho é dissecado no plano subgaleal até a base do pedículo arterial. Segue-se o processo de fechamento da área doadora, que é feito por aproximação após descolamento da testa e parte do couro cabeludo. O que não fechar, ficará para cicatrizar por segunda intenção. O segmento da reparação é preparado para enstamento e dobrado sobre si mesmo quando a reconstrução do forro nasal for indicada. Nas reconstruções totais do arcabouço do nariz, utilizamos a cartilagem condral ou a cartilagem da concha auricular, que são vestidas pelo envelope de pele dobrado sobre si mesmo. Nesses casos, o segmento distal do retalho é afinado para mimetizar o forro até o limite de dissecar o seu plexo subdérmico. Os procedimentos são realizados sob anestesia geral. O segundo tempo cirúrgico é executado após duas a quatro semanas. Nos casos de perda de forro nasal e de arcabouço, a reconstrução é composta sempre de três tempos, acrescidos de mais um tempo para refinamento artístico.

Resultados

O grupo estudado consistiu de 55 pacientes, com perda de tecido nasal igual ou superior a 2 cm, sendo 38 (70%) homens e 17 (30%) mulheres, que foram submetidos à reconstrução nasal com retalho frontal. A média de idade foi de 43 anos, variando de 17 a

68 anos. As causas mais comuns foram sequela de ressecção de tumor de pele, seguida de perda de substância por lesão traumática. Vinte e oito pacientes necessitaram de reconstrução de forro. Dezoito arcabouços foram reconstruídos: 14 reconstruções parciais de asas e pontas nasais feitas com cartilagem auricular; quatro reconstruções totais (uma com cartilagem auricular e três com cartilagem condral). Três pacientes dentre os que foram submetidos à reconstrução do forro, apresentaram sofrimento do segmento distal do retalho (todos fumantes). Foi necessária a realização de desbridamento e avanço do retalho com mais um tempo cirúrgico. Dois pacientes apresentaram deiscências, com resolução espontânea. Um paciente desenvolveu estreitamento das narinas, sendo necessário o uso de expansor de narina. O intervalo entre cada tempo cirúrgico variou de 15 a 28 dias.

Conclusão

O retalho frontal nos dá o melhor e mais confiável envelope de pele na reconstrução do nariz, seja para forro ou cobertura. Sua riqueza vascular, cor e textura dos tecidos nos garantem um resultado mais próximo da normalidade, com baixas taxas de complicações. O trabalho artístico da busca da naturalidade da área reconstruída tem sido sempre o desafio do cirurgião plástico. No nariz, esse desafio se torna bem maior em virtude de ser uma estrutura tridimensional com cobertura cutânea, esqueleto e forro fino; ser o vestíbulo nasal a porta de entrada do aparelho respiratório; ser uma projeção central da face; ser dois em termos de narinas, aliado à sua complexidade anatômica. O retalho frontal tem se prestado, de maneira muito satisfatória, a este tipo de reconstrução.