

ARTIGO ORIGINAL

POTENCIALIDADES DO RETALHO NASOGENIANO THE IMPORTANCE OF THE NASOLABIAL FLAP

Herédio Sousa*; Rita Ferreira*; José Rosa de Almeida*

RESUMO:

O retalho nasogeniano é uma excelente técnica reconstrutiva para reparar os defeitos do terço médio da face, sobretudo os defeitos do nariz.

Os autores descrevem neste artigo cinco casos clínicos de doentes que apresentavam tumores da pálpebra inferior, asa do nariz, junção nasolabial, lábio inferior e cavidade bucal, operados no Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa.

Nenhum dos doente foi submetido a um segundo tempo operatório para correcção de defeitos secundários quer na região dadora, quer na região receptora.

Os bons resultados alcançados enfatizam a importância deste retalho, quando tecnicamente bem executado.

PALAVRAS CHAVE: Retalho nasogeniano, nariz, pálpebra inferior, lábio inferior e boca.

ABSTRACT:

The nasolabial flap is a useful reconstructive technique for the repair of middle defects of the face, mainly defects of the nose.

The authors present in this article five case reports of patients with tumors of lower eyelid, nasolabial junction, lower lip and floor of mouth, operated in Portuguese Institute of Oncology of Francisco Gentil, in Lisbon.

None of the five patients presented required a second-stage procedure to correct the donor or receptor zones defects.

The good results reached put emphasis in the importance of this kind of flap, mainly when well executed.

KEY WORDS: Nasolabial flap, nose, lower eyelid, lower lip and mouth.

Herédio Sousa

Calçada do moinho de Vento, n.º 18, R/c C

1150-236 Lisboa

Móvel: 917720208

Mail: herediosousa@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O retalho centrado no eixo vascular nasogeniano é um retalho clássico usado com muita frequência na resolução de pequenos defeitos no 1/3 médio da face, sobretudo defeitos do nariz. Muitos autores têm vindo a introduzir modificações e aperfeiçoamentos que permitem alargar as suas indicações, mantendo contudo os três objectivos fundamentais: segurança, função e qualidade estética.

Alguns padrões vasculares, recentemente conhecidos na face e nas áreas vizinhas ao sulco nasogeniano, permitiram tirar partido de unidades vasculares com fluxo arterial directo ou retrógrado, facilitando assim a execução de retalhos locoregionais cujo conhecimento e aplicação são recentes^{1,2}.

Estes retalhos aumentam a possibilidade de reparar defeitos na face com tecidos bem vascularizados de vizinhança, com sequelas mínimas nas zonas dadoras.

* Serviço de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar de Lisboa - Zona Central e Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil - Lisboa.

Por outro lado, o seu uso favorece ainda certas reconstruções com menos tempos cirúrgicos, dispensando alguns retalhos à distância que eram considerados excessivamente acrobáticos e difíceis de suportar pelos doentes.

Por estas razões, estes retalhos terão agora indicações muito mais raras.

Pela qualidade dos tecidos disponíveis e pela sua proximidade, as áreas nasogenianas e naso-labiais são mais frequentemente usadas como zonas dadoras de retalhos para reconstrução de defeitos moderados do nariz, pálpebras e lábios.

O retalho nasogeniano de pedículo superior, também designado por retalho retrógrado, tem a sua principal indicação na reconstrução dos defeitos do nariz, nomeadamente defeitos do dorso, da face lateral, região alar e ponta do nariz, assim como defeitos das pálpebras.

O retalho de pedículo inferior ou anterógrado é mais frequentemente aplicado nas reconstruções de defeitos do lábio superior, da columela e dos pavimentos das fossas nasais e cavidade bucal³.

O objectivo deste artigo é enfatizar a qualidade estética que se pode obter ao usar o retalho nasogeniano na reconstrução nasal, palpebral, labial e cavidade oral, analisando-se a sua adaptação aos defeitos, cumprindo os princípios das unidades e subunidades estéticas.

MATERIAL E MÉTODOS

Recorreu-se a cinco doentes que apresentavam carcinomas da pálpebra inferior, asa do nariz, junção nasolabial, lábio inferior e cavidade bucal.

Tecnicamente foi utilizado o retalho centrado no sulco nasogeniano com pedículo superior para reconstrução da pálpebra inferior, asa do nariz e o retalho centrado no sulco nasogeniano com pedículo inferior foi utilizado para reconstrução da junção nasolabial, cavidade bucal e do lábio inferior.

1º Caso

Doente que apresentava carcinoma basocelular da totalidade da pálpebra inferior.

Figura A: esboço do retalho nasogeniano de pedículo superior e da exérese do tumor.

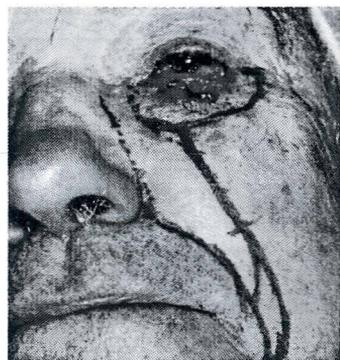
Figura B: Resultado no final da intervenção.

Para além do retalho nasogeniano, o revestimento interno da pálpebra foi efectuado com enxerto fibromucoso colhido no palato duro.

Figura C: Resultado com um mês de pós-operatório.

2º Caso

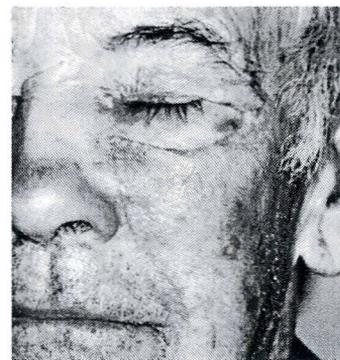
Carcinoma basocelular na junção nasolabial.



A



B



C

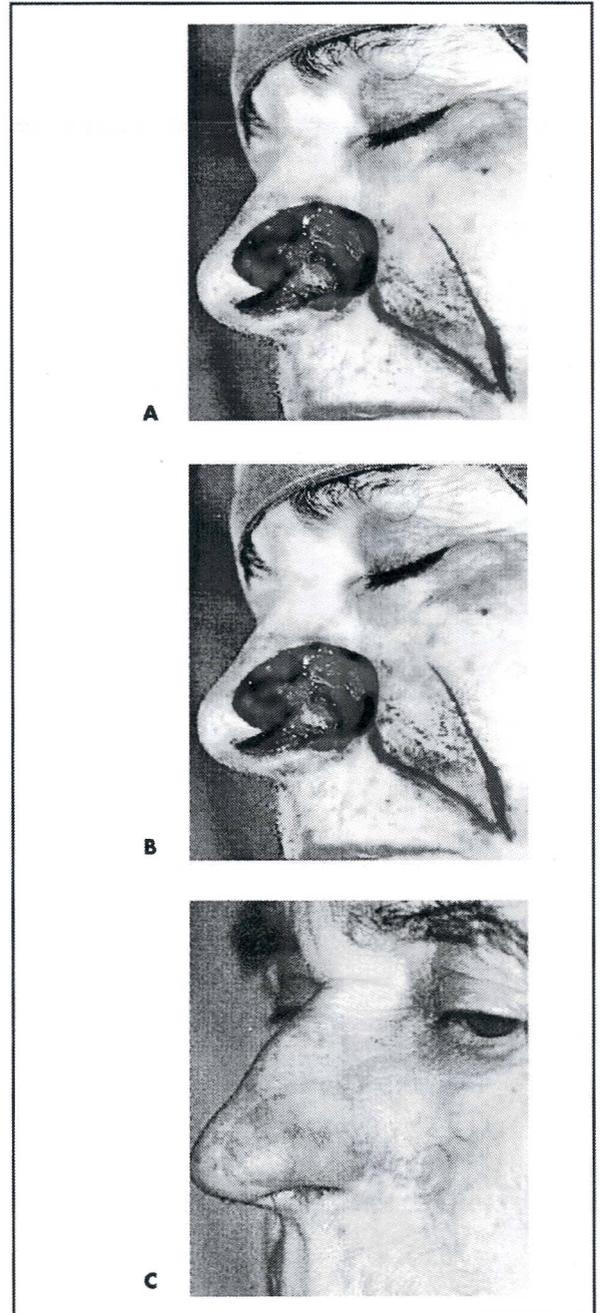
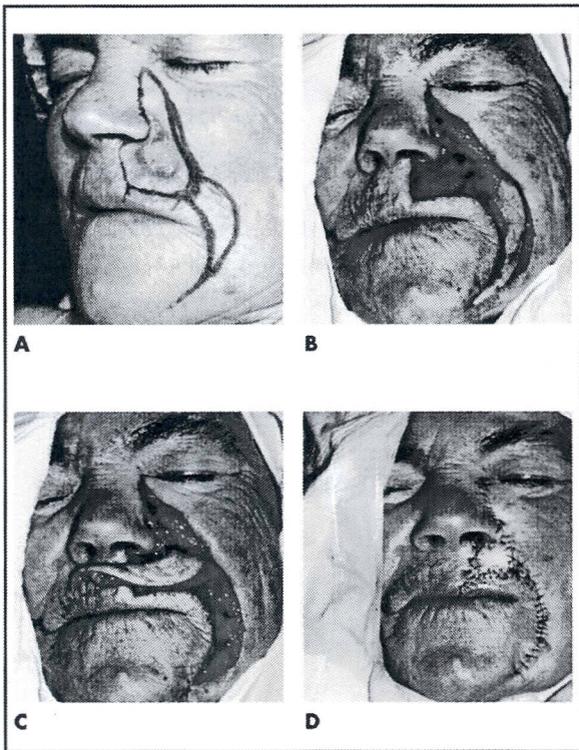
Figura A: Limites da exérese marcados e retalho nasogeniano de pedículo superior, desenhado em forma de cauda de cometa.

Figura B: Retalho dissecado.

Figura C: retalho transposto.

Figura D: Final da intervenção.

Nalguns casos o levantamento do retalho e encerramento da zona dadora favorecem a redução das dimensões do retalho, pelo que o retalho poderá ter apenas a largura igual a metade do defeito, conforme demonstrado nas imagens B,C e D.



3º Caso

Basalioma transfixivo da asa do nariz.

Figura A: Excisão do tumor e retalho de pedículo superior.

Figura B: Final da intervenção.

Figura C: 2 meses de pós-operatório.

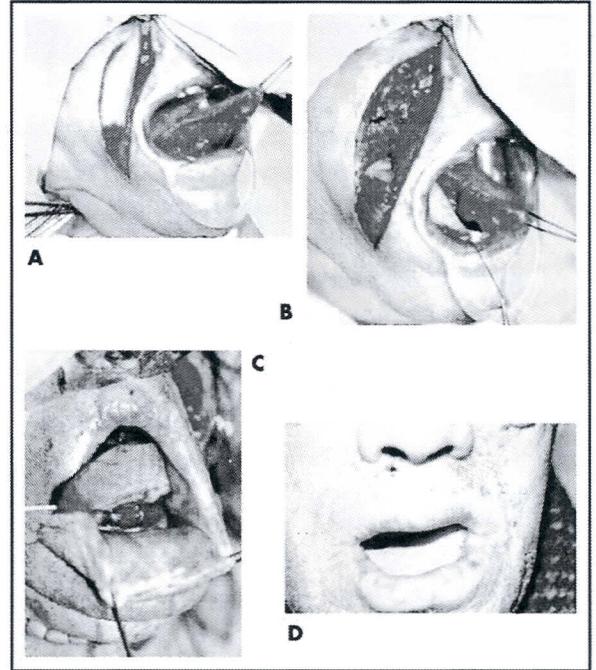
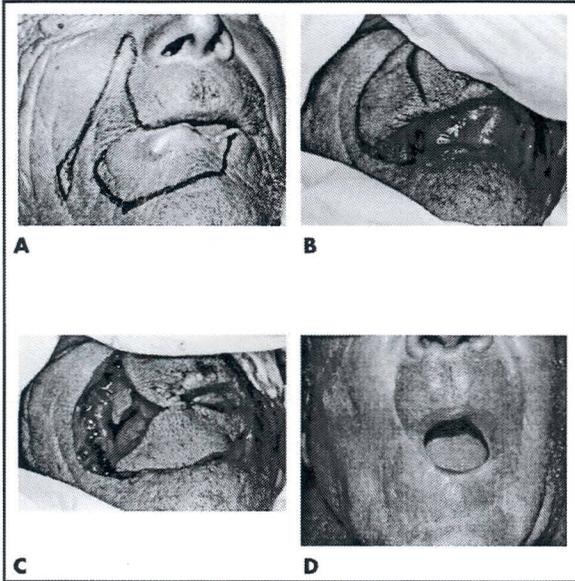
4º Caso

Figura A: Carcinoma pavimento celular recidivado, envolvendo mais de dois terços do lábio inferior; planeamento do retalho e excisão com margem.

Figura B: Retalho com pedículo nos vasos labiais com circulação arterial de fluxo retrógrado da artéria labial contralateral.

Figura C: Retalho adaptado ao defeito após exérese subtotal do lábio inferior.

Figura D: Resultado final após 6 meses de pós-operatório.



Realça-se apenas, como limitação significativa, o facto de o doente referido no caso clínico nº 4, ter como sequela microstomia mas sem défices funcionais importantes.

Todas as reconstruções foram efectuadas num só tempo cirúrgico.

5º Caso

Figuras A, B e C: Retalho de pedículo inferior em ilha para o pavimento da bucal após excisão de carcinoma pavimento celular que envolvia parte da língua e pavimento.

Figura D: 3 meses de pós-operatório com evidência de sequela mínima na zona dadora.

RESULTADOS

Consideramos os resultados obtidos bastante satisfatórios, tendo em conta a dimensão das lesões.

DISCUSSÃO

A utilização de retalhos locais na face é clássica e foi desenvolvida por vários autores.

Os retalhos podem ser mobilizados segundo os princípios de rotação, avanço ou transposição.

As suas limitações principais relacionam-se com as dimensões as quais são mais acentuadas nos jovens dado haver menos tegumentos redundantes⁴.

O retalho nasogeniano é um retalho centrado no sulco nasogeniano, em forma de elipse, com dimensões até 4 x 7 cm que permite revestir uma área de cerca de 25 cm² e podendo ser efectuado bilateralmente.

O pedículo pode ser superior ou inferior com aproximadamente 0.5 a 1 cm de largura e espessura.

O retalho nasogeniano de pedículo superior é desenhado ao longo do sulco nasogeniano na proporção de 5x1, sendo o pedículo superior geralmente colocado na vertente nasal.

Pode ser usado ao nível do sulco naso-palpebral por transposição de um para o outro lado do nariz.

Este retalho, de dimensões limitadas, permite obter excelentes resultados na área cantal interna contralateral, com vantagens comparativamente à zona dadora glabellar.

Ainda com pedículo superior, segundo o eixo da artéria facial e artéria oftálmica, podemos usar este retalho na reconstrução da face lateral do nariz, revestimento endonasal "Turn-in flap", lábio superior, lábio inferior, palato e pavimento bucal^{3,5}.

O retalho nasogeniano de pedículo inferior é desenhado com uma proporção semelhante ao retalho de pedículo superior.

O nível deste pedículo é variável, pode localizar-se desde a região justacomissural até a região submaxilar.

É utilizado nas reconstruções de defeitos do lábio superior, pavimento das fossas nasais, junção naso-labial e columela.

No lábio, este retalho é ideal para reconstruir defeitos que envolvam a pele e os músculos sem envolvimento da mucosa labial⁴.

O manuseamento correcto do pedículo e a preparação da zona receptora têm importância vital no resultado final e estão directamente relacionadas com a capacidade de execução técnica do cirurgião.

Tecnicamente, a dissecação e elevação dos pedículos devem incluir os plexos subdérmicos, a face profunda deve ser criteriosamente desengordurada e o novo leito do pedículo deverá ser suficientemente profundo para receber o retalho; a extremidade é nalguns casos apenas tecido de derme⁶.

O conceito de subunidades estéticas nasais

proposto por Burget e Menick⁷, que identifica o nariz como uma unidade composta por várias subunidades (dorsal, parede lateral, ponta, triângulos dos tecidos moles, columela e asa), assim como um melhor conhecimento do padrão vascular, assegurado por vasos perfurantes provenientes de três ramos da artéria facial, nomeadamente a artéria angular, nasal e labial superior, vieram revolucionar a reconstrução estética nasal.

Field⁸ enumerou alguns conceitos técnicos para aperfeiçoamento dos resultados e para eliminar a necessidade de cirurgias de revisão (quadro 1).

Com estes conceitos as principais complicações deste retalho, sobretudo o efeito de alçapão do retalho, o preenchimento do sulco nasogeniano e o espessamento da extremidade por linfedema, com colapso da asa do nariz, são minimizadas.

Na reconstrução da subunidade alar, a aplicação de enxerto de cartilagem no contorno alar impede o fenómeno de colapso narinário.

O sulco nasogeniano mesmo que "violado" cirurgicamente, permanece quase inalterado, pois o pedículo está na vertente nasal.

A imobilização modelante do anel alar é fundamental, tal como em qualquer outro método que vise reconstruir a espessura total da asa.

O retalho nasogeniano quando aplicado à reconstrução do anel alar deve ter uma dimensão superior ao defeito, dado que pode existir uma retracção considerável deste retalho (caso clínico nº 3).

No entanto, nalguns casos o levantamento do retalho e encerramento da zona dadora favorecem a redução das dimensões do retalho, pelo que o retalho poderá ter apenas a largura igual à metade do defeito (caso clínico nº 2).

Se um defeito envolve duas subunidades estéticas, ambas são totalmente excisadas, e reconstruídas com apenas um retalho, embora não haja consenso nesta situação.

CONCEPÇÃO DO RETALHO NASOGENIANO PARA RECONSTRUÇÃO NASAL: CONCEITOS E CONSEQUÊNCIAS IMPORTANTES

Conceitos	Consequências
Excisão do triângulo de Burow na margem superior da lesão	Minimiza protrusão ou edema dos tecidos
Excisão profunda e ampla da região dadora e da margem do defeito cirúrgico	Minimiza a contração do retalho
Avanço interno da face e base do retalho ao perióstio do nariz	Minimiza o redundância e obliteração do sulco nasofacial
Remover o tecido adiposo do retalho. A espessura final do retalho situa-se entre 1 a 2 mm	Minimiza a fibrose do tecido adiposo e a deformidade do retalho
A superfície do retalho deve ser côncava e abaixo do nível da pele circundante	Reduz o efeito alçapão e a necessidade de um 2º tempo cirúrgico
Sutura do retalho com precisão para evitar tensão	Reduz o compromisso vascular e deformidade por compressão excessiva do retalho

QUADRO 1: CONCEITOS PROPOSTOS POR FIELD QUE VISAM MELHORAR A QUALIDADE DOS RESULTADOS.

CONCLUSÃO

O retalho nasogeniano embora descrito há várias séculos, continua a ser uma opção válida para reconstruções de defeitos pequenos a moderados do terço médio da face devido ao conhecimento recente dos padrões vasculares da face e a melhor integração do retalho no defeito.

Muitos autores têm vindo a introduzir modificações e aperfeiçoamentos que permitem alargar as suas indicações já que, mesmo com

maiores dimensões, a seqüela na zona dadora é quase imperceptível.

Contudo, a qualidade do resultado final depende do planeamento criterioso do retalho, e a sua execução exige uma técnica rigorosa que permita obter boa morfologia, cicatrizes discretas sem necessidade de revisões secundárias.

Pode assim cumprir-se um dos itens da definição de qualidade em saúde, "fazer bem" à primeira vez, pelo mais baixo custo.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Faltaous A. A.; Yetman R. J.. The submental artery flap: a anatomic study. *Plas. Reconstr. Surg.*. 1996 Jan; 97 (1): 56-62
- 2 Park C., Lineaweaver W.C., Buncke HJ.. New perioral arterial flaps: anatomic study and clinical application. *Plas. Reconstr. Surg.* 1994 Aug, 94 (2) 268-76
- 3 Willian C. Grabb; M. Bert Myers. *Skin flaps*. Little Brown and Company Boston; December 1975: 323-335
- 4 Becker F.F.; Facial reconstruction with local and regional flaps: nasolabial flaps. New York: Thieme Stratton Inc. 1985: 9-19
- 5 Almeida J.R.; Epidermal carcinomas of the nose: review of 5 year experience. *Skin Cancer*. October/December 2002; 17 (4): 177-1992
- 6 Zitelli, J.A.; The nasolabial flap as a single-stage procedure. *Arch Dermatol*. 1990 Nov; 126: 1445-48
- 7 Burget, G. C.; Menick, F.J.. The subunit principle in nasal reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.* 1985; 76: 239-47
- 8 Field, L.M.; Design concepts for the naso-labial flap. *Plast. Reconstr. Surg.* 1983; 71: 283-285