

UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA CIRÚRGICA RETALHO DE ROTAÇÃO DO TIPO J EM REGIÃO MALAR E ASA DE NARIZ APÓS EXCIÇÃO DE TUMOR: RELATO DE CASO

Ribeiro SC¹, Bedin V², Catalano SP³

1) Pós-graduanda em Cirurgia Dermatológica no Instituto BWS

2) Professor Coordenador do Instituto BWS

3) Professora Coordenadora do curso de Cirurgia Dermatológica no Instituto BWS

INTRODUÇÃO: Lesões em região malar são muito comuns na rotina da cirurgia dermatológica. Relataremos aqui a descrição de técnica muito útil para o fechamento de defeitos cirúrgicos grandes em uma região com boa plasticidade para extensão e rotação de tecido reparador, com nutrição de pedículo vascular próprio. Restaura-se ainda o volume da região ao se utilizar pele adjacente e com características semelhantes, localizando o ponto de tensão na parede lateral do nariz.

RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 68 anos, apresentando lesão em região malar esquerda tipo placa eritematosa infiltrada com crostas e ulcerações em região periférica superior da lesão e retração em borda inferior medial, adjacente à asa de nariz esquerda, com surgimento e evolução em 2-3 anos, indolor, mas que sangrava com a remoção das crostas.

DISCUSSÃO: Trata-se de lesão suspeita de Carcinoma Basocelular Esclerodermiforme, devido à macroscopia (placa infiltrada com borda mal definida, áreas com aspecto perláceo e presença de teleangiectasias e ulcerações/necrose) e progressão em 2-3 anos. Por se tratar de tumor primário e o paciente estar em boas condições clínicas, optou-se por fazer a biópsia excisional da lesão, com margens cirúrgicas de 5 mm, apesar da macroscopia sugerir um padrão mais agressivo de CBC e da lesão apresentar >2cm diâmetro. A lesão foi retirada com um "back cut" na região do ponto pivô sendo projetado com J. Primeiro foi removido o triângulo primário contendo a lesão, com base para a parede nasal e as outras 2 linhas tangenciando o defeito. A partir da base do triângulo realiza-se incisão caudal que continua com o sulco nasogeniano. A incisão deve ser feita até o plano muscular, tomando-se cuidados para evitar a secção das aa. maxilar externa e angular. Como muitas vezes é necessária grande movimentação, quanto mais longa for a incisão, maior será o movimento conseguido. Em seguida, é desenhado um triângulo de descarga, que pode ser feito de várias formas e tamanhos conforme a necessidade de movimentação do retalho.

CONCLUSÃO: esse retalho de rotação em J e unipediculado é opção cirúrgica interessante para correções de defeitos de tamanhos médio e grande na região malar e asa de nariz. Existe o risco de complicações como edema palpebral ou ectrópio, quando feito próximo à pálpebra, ou tenda na região lateral do nariz.



REFERÊNCIAS: 1- Harris G. Non margina defects of the lower eyelid cheek and lateral canthal region. In: Harris G. Atlas of oculo-facial reconstruction: Principles and Techniques for the Repair of Periocular Defects. New York: Lippincott Williams e Wilkins; 2009. 2- Bennett RG. Local skin flaps on the cheeks. J Dermatol Surg Oncol. 1991;17(2):161-5. 3- Shan R. Baker MD. Local Flaps in Facial Reconstruction. 2da edition. Editorial: Mosby- Elsevier; 2007. 4- Randall K. Roenigk, John Louis Ratz. Henry H. Roenigk Jr. Roenigk's Dermatologic Surgery. Current Techniques in Procedural Dermatology. 3ra edicion. Editorial: Informa Healthcare: 2006.