



UNIRIO - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS)

Escola de Medicina e Cirurgia (EMC)

Hugo de Andrade Santiago da Silva

**RECONSTRUÇÃO DA PONTA NASAL APÓS RECIDIVA DE CARCINOMA
BASOCELULAR: Relato de caso**

RIO DE JANEIRO

2024

Hugo de Andrade Santiago da Silva

**RECONSTRUÇÃO DA PONTA NASAL APÓS RECIDIVA DE CARCINOMA
BASOCELULAR: Relato de caso**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de médico no Curso de Medicina da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO.

Orientador: Prof. Eduardo Costa Teixeira.

RIO DE JANEIRO

2024

Hugo de Andrade Santiago da Silva

**RECONSTRUÇÃO DA PONTA NASAL APÓS RECIDIVA DE CARCINOMA
BASOCELULAR: Relato de caso**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de médico no Curso de Medicina da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO e aprovado pela banca examinadora

Rio de Janeiro, 13 de setembro de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Carlos André Bueno Klojda - Chefe de departamento - DEPAK UNIRIO. Mestre em
medicina pela UERJ

Luciana do Carmo Bueno Ribeiro - Cirurgiã oncológica. Mestre em oncologia.

Ana Caroline Aires Guimarães Figueiredo Borba - Médica de família e comunidade, SMSRJ
Mestranda em saúde da família, UFF

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha profunda gratidão a todos que me apoiaram ao longo desta jornada. Agradeço aos meus pais, que sempre acreditaram em mim e me deram o suporte necessário para seguir em frente, mesmo nos momentos mais difíceis. Aos meus amigos, por estarem ao meu lado, oferecendo palavras de incentivo e momentos de descontração que foram essenciais para a minha sanidade mental.

Um agradecimento especial aos meus cachorros, cuja companhia e amor incondicional tornaram cada dia mais leve e me ajudaram a seguir em frente.

Por fim, gostaria de dedicar um agradecimento muito especial aos professores Vitor Ribeiro Gomes de Almeida Valviesse e Eduardo Costa Teixeira. Vocês foram mais do que mentores, foram verdadeiros pilares, sempre prontamente dispostos a me ajudar e me impedir de desistir de mim mesmo nos momentos mais difíceis. Sua dedicação e crença em meu potencial fizeram toda a diferença, serei eternamente grato por isso.

"A gratidão transforma o que temos em suficiente e mais. Ela nos dá a força para superar os desafios e reconhecer a beleza da jornada."

Melodie Beattie

RESUMO

Os retalhos cutâneos constituem o recurso mais frequente utilizado nas cirurgias reparadoras de perdas de substâncias. São segmentos de pele obtidos de uma área doadora e transferidos para uma região receptora, mantendo uma conexão temporária ou definitiva, através de um pedículo de onde vem o suprimento sanguíneo. Dentre as principais causas da realização do retalho está a correção de feridas operatórias. O caso relatado fala sobre a realização de um retalho médio-frontal para correção de uma lesão na ponta e dorso nasal de uma paciente que já havia abordado a região anteriormente.

Palavras-chave: retalho, médio-frontal, reconstrução nasal.

ABSTRACT

Skin flaps are the most commonly used resource in reconstructive surgery for substance loss. They are segments of skin obtained from a donor site and transferred to a recipient area, maintaining a temporary or permanent connection through a pedicle that provides the blood supply. Among the main reasons for using flaps is the reconstruction of surgical wounds. The reported case discusses the use of a mid-forehead flap to correct a lesion on the tip and dorsum of the nose in a patient who had previously undergone treatment in that area.

Keywords: flap, mid-forehead, nasal reconstruction.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – esquema simplificado das formas de classificar os retalhos.....	13
Figura 2 – lesão no dorso nasal à direita.....	18
Figura 3 – defeito cirúrgico após ampliação das margens comprometidas.....	19
Figura 4 – retalho posicionado sobre o leito da lesão.....	20
Figura 5 – pós operatório imediato 1º tempo cirúrgico.....	21
Figura 6 – 2 semanas de pós operatório do 1º tempo cirúrgico, fechamento do defeito em região frontal por segunda intenção.....	21
Figura 7 – pós operatório imediato do 2º tempo cirúrgico.....	22
Figura 8 - TCLE frente.....	28
Figura 9 - TCLE verso.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AINEs - Anti Inflamatórios Não Esteroidais

CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CBC - carcinoma basocelular

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

DM - Diabetes Mellitus

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HUGG - Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 DEFINIÇÃO.....	11
1.2 CLASSIFICAÇÃO.....	11
1.2.1 Suprimento sanguíneo.....	11
1.2.2 Tipos de tecido.....	12
1.2.3 Localização.....	12
1.3 COMPLICAÇÕES.....	14
1.4 RETALHO MÉDIO-FRONTAL.....	15
2. OBJETIVOS.....	15
2.1 PRIMÁRIO.....	15
2.2 SECUNDÁRIOS.....	16
3. JUSTIFICATIVA.....	16
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	16
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	16
4.2 SELEÇÃO AMOSTRAL.....	17
5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	17
6. RELATO DO CASO.....	18
7. DISCUSSÃO.....	22
8. CONCLUSÃO.....	24
REFERÊNCIAS.....	25
ANEXO A.....	27

1 - INTRODUÇÃO

1.1 - DEFINIÇÃO

Os retalhos cutâneos constituem o recurso mais frequente utilizado nas cirurgias plásticas reparadoras de perdas de substâncias, sejam traumáticas ou após procedimentos operatórios (1, 2).

Os retalhos são segmentos de pele obtidos de uma área doadora e transferidos para uma região receptora, mantendo uma conexão temporária ou definitiva, através de um pedículo de onde vem o suprimento sanguíneo. São caracterizados por apresentarem circulação própria, o que os torna independentes da área receptora, para que assim possa ser assegurada a sua sobrevida (1).

Alguns eventos fisiopatológicos podem ocorrer e levar a uma falha na sobrevida do retalho. Estes eventos podem ser ocasionados por fatores intrínsecos e extrínsecos. Os fatores extrínsecos incluem algumas condições sistêmicas (infecção, arteriosclerose, hipotensão e desnutrição) ou causas locais (compressão, tensão, trombos ou dobras no pedículo) que contrastam com o único fator intrínseco associado, a insuficiência arterial do retalho (3, 4, 5).

1.2 - CLASSIFICAÇÃO

Os retalhos podem ser definidos quanto ao suprimento sanguíneo, quanto ao tipo de tecido a ser transplantado e à localização da área doadora (6).

1.2.1 - Suprimento sanguíneo

Quanto ao tipo de aporte sanguíneo, os retalhos podem ser divididos em randômicos ou axiais (6).

Os randômicos não apresentam no pedículo um vaso dominante e previamente escolhido de acordo com as particularidades anatômicas da região doadora. A vascularização ocorre de modo aleatório, a partir dos inúmeros vasos do plexo dérmico e subdérmico (6).

Já nos retalhos axiais, o pedículo é definido e recebe fluxo sanguíneo das artérias septocutâneas e cutâneas diretas, projeções mais longas que enviam ramos para formar os plexos subdérmico e dérmico (6). O comprimento do retalho axial depende do tamanho e do trajeto da artéria que compõe o pedículo. Podem ser de dois tipos:

1- Peninsular: tem continuidade da pele da base até a ponta do retalho;

2- Em ilha: não tem continuidade da pele, levando apenas um segmento de pele interposto por um segmento apenas com o feixe neurovascular, apresentando melhor mobilidade para rotação (6).

1.2.2 - Tipos de tecido

Quanto ao tipo de tecido a ser transplantado, os retalhos podem ser compostos por pele, fáscia, tecido muscular ou tecido ósseo, por exemplo, e são divididos em dois grandes grupos: os simples, onde apenas um tipo de tecido é transplantado, e os compostos, onde mais de um tipo de tecido é transplantado (6).

Os retalhos simples são constituídos apenas por um tipo de tecido, como supracitado, sendo classificados de acordo com o tecido que compõem.

Já os retalhos compostos, que possuem mais de um tipo de tecido, podem ser divididos, por exemplo, em miocutâneos ou músculo-cutâneos, quando compostos por tecido muscular e pele; osteomusculares, quando composto por tecido ósseo e tecido muscular; e osteomiocutâneos, quando compostos pelos 3 tipos de tecidos.

1.2.3 - Localização

Outra forma de classificação é quanto à localização da área doadora. Nesse contexto, os retalhos em que o tecido é transplantado de uma área adjacente ao defeito são classificados como locais. Já os retalhos em que o tecido é transplantado para local não contíguo ao defeito são classificados como retalho à distância (6).

Os retalhos mais utilizados nas cirurgias cutâneas são os locais, estes se classificam de acordo com a direção predominante do movimento do tecido em direção ao defeito (6). Assim, são denominados retalhos de deslizamento ou de avanço os retalhos da epiderme, da derme e hipoderme cujo movimento primário é unidirecional, ou seja, sem girar ou rodar sobre nenhum ponto. São denominados retalhos de rotação aqueles que rodam ao redor de um ponto até o defeito, ou aqueles cujo pedículo gira sobre um ponto na sua base. Chamam-se retalhos de transposição todos os retalhos que, ao rodarem para cobrir o defeito, tem que saltar uma parte da pele. São nomeados retalhos interpolados aqueles que são movidos para um local não adjacente e deixam o pedículo transitoriamente conectado com a região doadora, os quais obrigam a uma segunda intervenção para ajustar definitivamente o retalho ao defeito (6). Na prática clínica, os retalhos podem incorporar mais de um tipo de movimento.

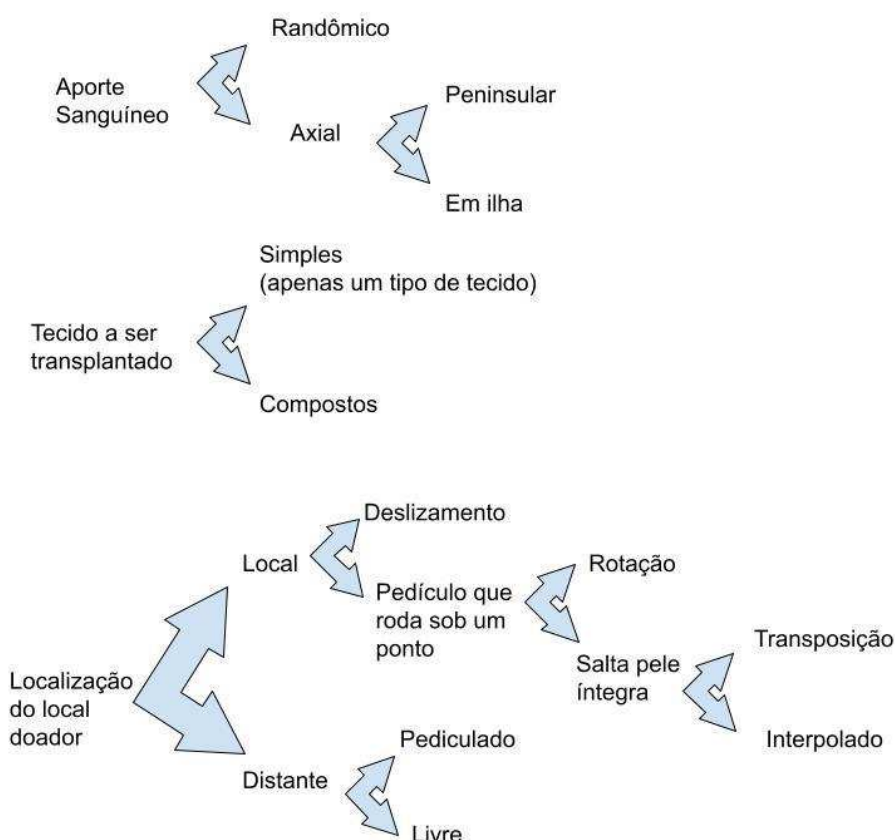


Figura 1 - esquema simplificado das formas de classificar os retalhos. (Fernandes ARO, 2010)

1.3 - COMPLICAÇÕES

Apesar de sua segurança e versatilidade em correção de defeitos cutâneos, os retalhos locais também possuem potenciais complicações que devem ser consideradas.

A complicação mais comum da utilização de retalhos cutâneos é a deformidade em alçapão (trapdoor deformity), que consiste numa deformidade secundária ao aumento do volume do retalho causado por uma obstrução vascular na área (7). É geralmente precoce, surgindo três a seis semanas após a intervenção. Esta complicação é mais comum nos retalhos de transposição, os quais o movimento se faz de baixo para cima. Uma forma de evitar essa complicação é diminuir a espessura do retalho, ajustá-lo aos limites dos defeitos sem utilização de pele em excesso e ter um leito suficientemente largo e profundo para receber o retalho (7, 8).

Um outro tipo de complicação pode ocorrer nos casos em que a excisão do tumor é incompleta, nessas circunstâncias, o retalho pode obscurecer o local cirúrgico e atrasar a detecção de recidiva (6).

A complicação mais catastrófica é a perda ou falência do retalho, que é a necrose do tecido transplantado. Essa tem como causa três principais grupos:

- Causas pré-operatórias: molde incorreto do retalho, tamanho inadequado, violação do aporte sanguíneo ou design do retalho em tecido que sofreu radiação ou traumatismo. Também podem surgir fatores relacionados ao paciente, tais como tabagismo, hipertensão, diabetes mellitus dentre outras comorbidades.
- Causas peri-operatórias: erros técnicos, lesão do aporte sanguíneo ou excesso de distensão ou torção do pedículo.
- Causas pós-operatórias: hematoma, infecção, existência de cicatrizes extensas no local doador, deiscência da ferida, entre outras (8, 9).

O fracasso do retalho, relacionado com comprometimento vascular e infecção, é diretamente proporcional à quantidade de incisões e grau de movimentação do tecido, e está aumentado em fumantes e pessoas com comorbidades como hipertensão e diabetes (10, 11).

Pode-se afirmar que a realização de um retalho local é a opção preferencial quando defeito não pode ser fechado por sutura direta.

1.4 - RETALHO MÉDIO-FRONTAL

A região frontal é considerada uma boa fonte de retalho para a área da pirâmide nasal devido a grande extensão de tecido que fornece, com boa semelhança de cor e textura com a pele do nariz (12). A cirurgia pode ser realizada sob sedação ou, preferencialmente, com anestesia geral. Antes da realização do retalho médio frontal, o defeito primário deve ser avaliado. Após avaliação e marcação, o paciente é colocado em decúbito dorsal, realizando-se infiltração local com solução anestésica e hemostática, e ressecção da lesão com margens de segurança. Para a realização do retalho médio frontal foi adotada a técnica que se segue (12).

1. Utilização de pedículo ipsilateral ao defeito com largura variável de 1,3 a 1,5cm, localizado a 2cm da lateral da linha média.
2. A elevação do retalho se inicia distalmente. O terço superior é elevado somente com pele e tecido subcutâneo. No terço médio da região frontal a dissecação é aprofundada, englobando o músculo no retalho.
3. Em seguida, 1cm acima da sobrancelha, a dissecação é realizada subperiostealmente, prosseguindo-se até a rima da órbita seguindo a configuração da artéria supratroclear.
4. Segue-se a rotação medial do pedículo.
5. A inserção do retalho na área receptora.
6. No terço inferior da região frontal é realizada sutura primária, e nos dois terços superiores adota-se a cicatrização por segunda intenção.
7. Entre quatro e seis semanas depois realiza-se a secção do pedículo, com anestesia local (12).

2 - OBJETIVOS

2.1 - PRIMÁRIO

Este trabalho tem como objetivo primário relatar um caso de retalho médio frontal na ponta e dorso nasal em uma paciente que já foi abordada cirurgicamente nesta região.

2.2 - SECUNDÁRIO

Realizar revisão bibliográfica a respeito do tema.

3 - JUSTIFICATIVA

O carcinoma basocelular (CBC) é o tipo mais frequente de neoplasia de pele e sua topografia mais prevalente, por ser a estrutura facial mais exposta à radiação solar, é a região nasal (13).

Atualmente, observa-se um aumento anual da taxa de incidência de CBC de cerca de 4-8%, gerando maiores custos diretos e indiretos ao sistema de saúde pública do país (14, 15). Acredita-se que esse aumento se deva principalmente ao efeito cumulativo da exposição solar, aumento da longevidade e da proporção de idosos na população, além da depleção da camada de ozônio em 2% nos últimos 20 anos (14, 15).

O tratamento para essa patologia consiste na remoção cirúrgica da lesão, entretanto, estamos falando sobre uma área de grande relevância estética e funcional, e sua reconstrução de maneira eficaz tem muita influência na qualidade de vida dos pacientes.

Dessa forma, torna-se evidente a importância de se relatar o caso do tratamento de uma patologia com aumento anual da taxa de incidência e cujo sucesso do seu tratamento possui significativa correlação com a qualidade de vida dos pacientes tratados.

4 - MATERIAL E MÉTODOS

4.1 - DESENHO DO ESTUDO

O delineamento será um estudo observacional descritivo, sob o formato de relato de caso, de uma paciente atendida no setor de cirurgia plástica do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), associado a uma revisão

bibliográfica acerca do tema. Os dados foram obtidos através de prontuário físico e eletrônico, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUGG.

4.2 - SELEÇÃO AMOSTRAL

Para a revisão bibliográfica, foram selecionados artigos acadêmicos das plataformas SciElo, PubMed e Google Acadêmico, fazendo a utilização de palavras chaves em português e inglês, sem limitação de tempo.

Na busca em português foram utilizados os seguintes descritores: *reconstrução da ponta nasal, médio frontal, retalho indiano, retalho ponta nasal, retalho dorso nasal*.

Na busca em inglês foram utilizados os seguintes descritores: *nasal flap, nasal reconstruction, mid-forehead flap*.

Com a finalidade de realizar uma rica revisão, o referido levantamento bibliográfico buscou publicações feitas entre os anos de 1995 e 2020. Quanto à pesquisa desses dados, procurou-se dar prioridade às informações que estivessem publicadas em artigos mais recentes possíveis para manter uma certa atualidade nas informações, embora existam artigos mais antigos. Foram avaliados artigos que tenham como abordagem principal a reconstrução da região nasal e suas principais características, fazendo o uso das informações relevantes presentes nesses. Foram incluídos artigos de revisão e observacionais sobre a epidemiologia, abordagem terapêutica e evolução clínica envolvendo a reconstrução da ponta nasal. Trabalhos que se referiam apenas à revisão puramente histórica não foram considerados e os menos atuais foram preteridos. Aqueles que não estavam disponíveis gratuitamente online foram excluídos. A literatura cinzenta foi consultada através do Google Acadêmico, websites e material acadêmico pessoal, usando as mesmas palavras-chave descritas anteriormente.

O trabalho só foi iniciado após submissão e aprovação do CEP e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) pela paciente.

5 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Não foram encontradas quaisquer questões éticas ou conflitos de interesse no presente estudo. Antes da análise dos dados, a paciente foi informada sobre o trabalho realizado, tendo assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), presente no anexo A ao final do trabalho.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUGG (CAAE: 82205724.2.0000.5258).

O presente estudo foi conduzido de acordo com a resolução 466, de 2012, com respeito à confidencialidade dos dados.

6 - RELATO DO CASO

Paciente C. F. S. B. A., feminina, 58 anos, branca, natural de Travessão, Campos dos Goytacazes, moradora do Rio de Janeiro. Tabagista desde os 14 anos, aproximadamente 1 maço por dia, história de irmã paterna com lesão neoplásica também na região nasal, ex-bancária, foi atendida no ambulatório de cirurgia plástica do HUGG com queixa principal uma lesão na ponta do nariz. Durante a anamnese, foi relatado pela paciente já ter feito ressecção de lesões neoplásicas na região nasal anteriormente, uma na asa nasal à esquerda, em 2014, causada por um carcinoma basocelular (CBC) do tipo infiltrativo, com resultado estético bom e margens cirúrgicas livres, e outra em dorso e ponta nasal, em 2018, para tratamento de um CBC do tipo nodular, com margens cirúrgicas livres e cuja neoplasia infiltrava até a derme reticular, sem infiltração vascular. Ao exame, foi visualizada lesão de pele em região do dorso nasal à direita, medindo aproximadamente 1,0 x 0,5 cm, de bordas mal definidas, sugestiva de neoplasia maligna.

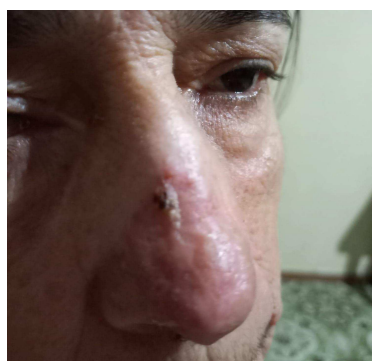


Figura 2 - lesão no dorso nasal à direita.

Foi então agendada a ressecção da lesão + congelação intraoperatória no mapa cirúrgico do setor de cirurgia plástica do HUGG, no dia 15/06/23. O procedimento ocorreu sem intercorrências. Após análise intra operatória da peça cirúrgica por congelação, foi visto margem comprometida em bordo lateral direito (14:00 às 18:00), sendo a margem profunda livre. Assim, foi feita a ampliação das margens comprometidas e o material foi enviado para congelação, com nova análise evidenciando margens livres. Devido ao tamanho do defeito, foi optado pela realização de um retalho médio-frontal para reconstrução do leito. Assim, foi realizada a marcação do retalho.



Figura 3 - defeito cirúrgico após ampliação das margens comprometidas.

Após essa etapa, foi feita a incisão conforme técnica cirúrgica e o descolamento do retalho em 3 planos: subdérmico, subgaleal e subperiosteal, com

planos distais mais superficiais em relação aos proximais. Em seguida, foi posicionado o retalho na região do defeito, preservando o pedículo, a fim de avaliar sua forma.



Figura 4 - retalho posicionado sobre o leito da lesão.

Com a forma avaliada, foi feita a fixação do retalho no leito usando fio de nylon 4-0, assim como a aproximação do defeito na área doadora com fio de nylon 3-0, deixando a porção mais cranial da área doadora aberta, para cicatrizar por segunda intenção.

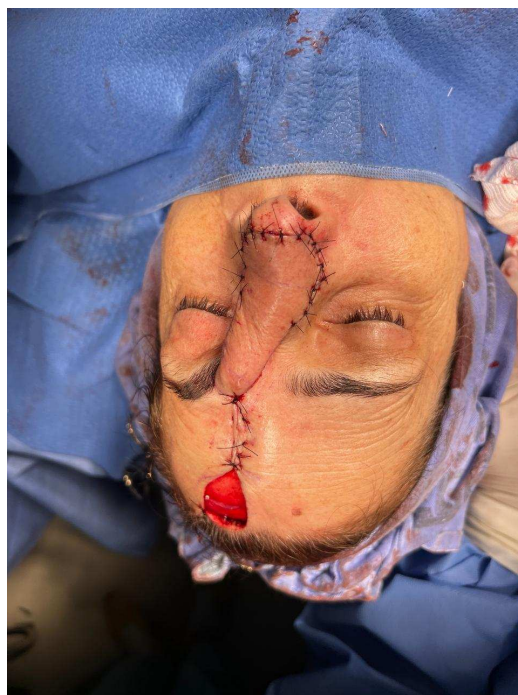


Figura 5 - pós operatório imediato, 1º tempo cirúrgico.

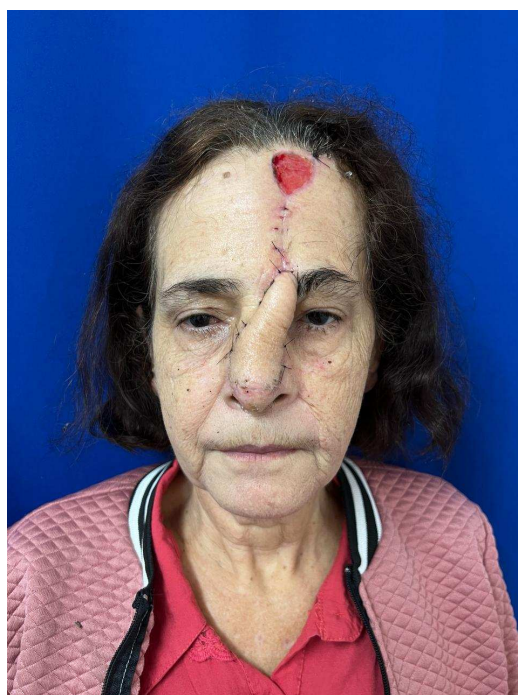


Figura 6 - 2 semanas de pós operatório do 1º tempo cirúrgico, fechamento do defeito em região frontal por segunda intenção.

Foi então agendado o 2º tempo cirúrgico para refinamento do retalho 5 semanas após a primeira cirurgia. Nessa etapa, foram realizados a secção do pedículo e o refinamento do retalho, com diminuição da espessura e ajuste aos

limites do defeito, sem utilização de pele em excesso para adequação ao leito da lesão. O procedimento ocorreu sem intercorrências, no dia 20/07/23, no centro cirúrgico do HUGG.



Figura 7 - pós operatório imediato do 2º tempo cirúrgico.

7 - DISCUSSÃO

O retalho médio-frontal, assim como todo procedimento cirúrgico, possui seus riscos e possíveis complicações. As principais complicações que procuramos evitar neste tipo de retalho são deformidades, secundárias ao aumento do volume do retalho, que geralmente surgem com três a seis semanas de pós operatório (7, 8). A excisão incompleta do tumor, por restarem células neoplásicas no leito e o retalho obscurecer o local cirúrgico, pode haver atraso na detecção de recidiva (6). E a complicação mais catastrófica, que é a perda ou falência do retalho, caracterizada pela necrose do tecido transplantado. Essa é dividida em três grandes grupos de causas, as pré, peri e pós-operatórias (8).

A paciente do caso relatado acima passou por uma cirurgia sem intercorrências, além disso, não possui doenças sistêmicas como hipertensão arterial sistêmica (HAS) ou diabetes mellitus (DM). Entretanto, se enquadra em grupo de risco de falência do retalho em causas pré-operatórias devido ao

tabagismo. Fumante, relata início aos 14 anos, possui hoje carga tabágica alta (>20 maços-ano), de aproximadamente 44 maços-ano e filha relatou que a paciente nunca cessou o tabagismo, nem durante o tratamento. Foi um procedimento sem intercorrências, por isso, causas peri-operatórias de perda do retalho que incluem erros técnicos como lesão do aporte sanguíneo, excesso de distensão ou torção do pedículo não foram observadas.

As causas pós-operatórias de falência do retalho englobam hematoma local, infecção, existência de cicatrizes extensas no local doador e deiscência da ferida. Não foi observado hematoma ou deiscência de sutura em nenhum momento e a paciente não possuía cicatrizes no local doador. Para evitar outras possíveis complicações, como aumento de volume do retalho e infecção, foram tomadas algumas medidas. Após o 1º tempo cirúrgico, foi realizado curativo com adaptic em área cruenta do pedículo e foi orientado à filha da paciente como deveriam ser realizados os curativos, recebendo prescrição analgésica otimizada com anti-inflamatórios não esteroidais (AINE)s no momento da alta. Após o 2º tempo cirúrgico, de refinamento do retalho, foi realizada diminuição da sua espessura e o ajuste aos limites do defeito, sem utilização de pele em excesso e com devida adequação ao leito da lesão. Tais medidas visam diminuir o aumento do volume do retalho e se mostraram eficazes no caso relatado. Além disso, a paciente teve alta hospitalar com prescrição de cefalexina para antibiopprofilaxia empírica, além de analgesia otimizada com AINEs.

Outra complicação possível é a excisão incompleta do tumor. Para que seja considerada a cirurgia um sucesso, é obrigatório que a peça tenha margens livres de células neoplásicas no exame anatomopatológico de congelação intra-operatório (16). Entretanto, podem ocorrer situações de recidiva mesmo após excisão com margens livres, e foi o que aconteceu no caso relatado. A paciente do caso havia removido lesão em dorso e ponta nasal em 05/07/2018, para tratamento de um CBC do tipo nodular, com margens cirúrgicas livres. Agora em 2023, novamente foi submetida à excisão de lesão ocasionada por CBC. Pacientes com história de carcinoma basocelular prévio tem risco significativamente maior de desenvolvimento de novos tumores cutâneos, melanoma e não melanoma. A incidência de novos CBCs pode ser até 10 vezes maior do que a população em geral (17, 18). Estima-se

que 30 a 50% dos pacientes tratados com CBC desenvolverão outro(s) CBC(s) durante a vida (19).

8 - CONCLUSÃO

O retalho médio-frontal é uma ferramenta muito utilizada na reconstrução da região nasal devido à grande extensão de tecido que fornece, com boa semelhança de cor e textura com a pele do nariz. Apesar de sua grande utilidade e importância, ainda se trata de um procedimento cirúrgico e possui riscos e complicações associados. Foi relatado o caso de uma paciente tabagista crônica com alta carga tabágica (44 maços-ano), o que se enquadra em grupo de risco para perda do retalho, que já havia abordado cirurgicamente a região da lesão, o que confere um maior grau de dificuldade ao procedimento. Com o acompanhamento do caso, constatou-se que o aperfeiçoamento técnico dos cirurgiões, a indicação correta do procedimento e os cuidados peri-operatórios se mostraram eficazes em evitar possíveis complicações.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira LM. Retalhos cutâneos. In: Manual de cirurgia plástica. São Paulo. *Ed. Atheneu*. 1995. 45-62
2. Smith JD, Pribaz JJ. Flaps. In: Erickson E. Plastic Surgery. Indications, Operations and Outcomes - vol. 1. 2000. Mosby.
3. Duarte SI, Gomes HFC, Ferreira LM. Effect of dimethyl sulphoxide on necrosis of skin flaps in rats. *Can. J. Plast. Surg.* 1998. 6:93-7.
4. Gherardini G, Lundeborg T, Cui J, Eriksson SV, Trubek S, Linderöth B. Spinal cord stimulation improves survival in ischemic skin flaps: an experimental study of the possible mediation by calcitonin gene-related peptide. *Plast. Reconstr. Surg.* 1999. 103: 1221-8.
5. Horibe EM, Ferreira LM. Avaliação do efeito do EGB 761 na necrose do retalho cutâneo dorsal em ratos. In: Anais do VI Congresso de Iniciação Científica, 1999. p. 145.
6. Fernandes ARO. Retalhos cutâneos da pirâmide nasal. Repositório científico da UC, Jan 2010. p. 7-37
7. Romaní J, Yébenes M. Repair of surgical defects of the nasal pyramid. *Actas Dermosifiliogr.* 2007. 98:302-311
8. Cryspoulo MT. Flaps, Classification. In: Medscape. 2008.
9. Nesbit RD. Flaps, random skin flaps. In: Medscape. 2009.
10. Rohrich RJ, Griffin JR, Ansari M, Beran SJ, Potter JK Nasal reconstruction-beyond aesthetic subunits a 15 - year review of 1334 cases *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol 114 (6), 2004. 1405-1416
11. Chen EH Johnson TM, Ratner D. Introduction to flap movement reconstruction of five similar nasal defects using different flaps. *Dermatol Surgery*, 2005. 31: 982-985

12. Muller Ulian EJ, Palmeira Valter G, Ongoratto Barazzetti D, Bins Ely J, Vieira V, Bussolo SC. Retalho mediofrontal para reconstrução nasal. *Surgical & Cosmetic Dermatology* [Internet]. 2017;9(1):52-55.
13. Martins, Bárbara de Oliveira, et al. "Opções de reconstrução para fechamento de defeitos cirúrgicos nasais". *Surgical & Cosmetic Dermatology*, vol. 12, no 2, dezembro de 2020, p. 208–12.
14. de Vries E, Louwman M, Bastiaens M, de Gruijl F, Coebergh JWW. Rapid and continuous increases in incidence rates of basal cell carcinoma in the southeast Netherlands since 1973. *J Invest Dermatol*. 2004;123:634-38.
15. de Vries E, van de Poll-Franse LV, Louwman WJ, de Gruijl F, Coebergh JWW. Predictions of skin cancer incidence in the Netherlands up to 2005. *Br J Dermatol*. 2005;152:481-88.
16. Carr D, Sutherland D. "Mohs Micrographic Surgery: An Overview." *Journal of Dermatologic Surgery*. 2020. 46(3), 234-245.
17. Kim DP, Kus KJB, Ruiz E. Basal Cell Carcinoma Review. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2019 Feb;33(1):13-24. doi: 10.1016/j.hoc.2018.09.004. PMID: 30497670.
18. Wehner MR, Linos E, Parvataneni R, et al. Timing of subsequent new tumors in patients who present with basal cell carcinoma or cutaneous squamous cell carcinoma. *JAMA Dermatol* 2015;151(4):382.
19. Kiiski V, de Vries E, Flohil SC, Bijl MJ, Hofman A, Stricker BH, Nijsten T. Risk factors for single and multiple basal cell carcinomas. *Arch Dermatol*. 2010 Aug;146(8):848-55.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Eu, Cláudia Sumando de S. B. Queiroz,
voluntariamente, que as informações fornecidas por mim sejam utilizadas nessa pesquisa.

Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura Cláudia Sumando de S. B. Queiroz

Data: 16/03/2023

Telefone: 011 99125-5451

Rubrica participante: [assinatura] Rubrica pesquisador: DR EDUARDO COSTA TEIXEIRA
CRM 374694-1
CPF 707.726.197-53

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: RELATO DE CASO CLÍNICO

Pesquisador: EDUARDO COSTA TEIXEIRA
Telefone para contato: 011 99125-5451

Prezado (a) participante/responsável, Você está sendo convidado a participar do estudo e/ou pesquisa denominado "RECONSTRUÇÃO DA FONIA NASAL APÓS RECIDIVA DE CARCINOMA BASOCELULAR: Relato de caso". Nosso objetivo é discutir as particularidades deste caso clínico com profissionais de saúde e especialistas para ampliar o conhecimento adquirido para a melhoria das condições de saúde da população.

Estamos solicitando a sua autorização para consulta e utilização dos dados clínicos, laboratoriais e radiológicos registrados em prontuários.

Os riscos relacionados à pesquisa envolvem a quebra de sigilo e confidencialidade e, para tanto, os pesquisadores se comprometem manter em sigilo a sua identidade assim como dados que possibilitem a sua identificação a fim de garantir o anonimato.

Sua participação ou de seu filho no estudo não implicará em custos adicionais e não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. É garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Sua participação ou de seu filho é voluntária e, portanto, você poderá se recusar a participar do estudo. Você receberá uma via idêntica deste documento assinada pelo pesquisador do estudo.

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle -UNIRIO/EBSERH se encontra a disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (21) 2264-5177, whatsapp (21)97138-5971 ou e-mail cephug@igmail.com, horário de atendimento das 08h:00 às 17h:00, de segunda a sexta-feira. O CEP-HUGG se localiza no quarto andar do HUGG, pavilhão hospitalar, acesso pela escada ou elevador ao final do corredor que leva à enfermaria de Ortopedia – Rua Mariz e Barros 775, Tijuca, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20270-004).

Rubrica participante: [assinatura] Rubrica pesquisador: DR EDUARDO COSTA TEIXEIRA
CRM 374694-1
CPF 707.726.197-53