



Reconstrução de terço distal do nariz: série de casos e revisão de literatura

Reconstruction of the distal third of the nose: case series and literature review

RAISSA BARAKATT

DE FIGUEIREDO^{1*}

EDUARDO MACHADO

MARIANO

WILSON CINTRA-JUNIOR

HÉLIO KIYOTO

MAEBAYASHI

AN WAN CHING

JOSÉ ANTÔNIO CEZARETTI

■ RESUMO

Introdução: O nariz apresenta grande importância estética e funcional, com alta incidência de lesões malignas. Existem várias técnicas de reconstrução do terço distal do nariz, não havendo uma indicação universal; irá depender das características da lesão. As opções cirúrgicas variam entre enxerto de pele, retalhos locais, regionais e microcirúrgicos. O objetivo é apresentar uma série de casos de reconstrução de terço distal do nariz com diferentes técnicas cirúrgicas, discutindo as peculiaridades e os resultados obtidos. **Método:** Trata-se de estudo retrospectivo realizado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE), avaliando uma série de oito pacientes com diagnóstico de câncer de pele não melanoma localizados em terço distal de nariz e que foram submetidos a reconstrução pela equipe de Cirurgia Plástica. **Resultados:** Foram obtidos resultados satisfatórios para todos os pacientes submetidos a reconstrução distal do nariz, tendo sido utilizadas técnicas de enxerto de pele total (n=1) e retalhos locais (n=7), tais como o retalho bilobado, nasogeniano, dorsal do nariz, frontal paramediano, e transposição nasolabial. **Conclusão:** A reconstrução de defeitos do terço distal do nariz é desafiadora e com grande variabilidade técnica. Deve-se realizar avaliação criteriosa do paciente e da lesão, avaliar riscos e benefícios e compartilhar a decisão com o paciente.

Descritores: Neoplasias nasais; Nariz; Retalhos cirúrgicos; Transplante de pele; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos.

■ ABSTRACT

Introduction: The nose has great aesthetic and functional importance, with a high incidence of malignant lesions. There are several techniques for reconstructing the distal third of the nose, but there is no universal indication; will depend on the characteristics of the injury. Surgical options vary between skin grafts and local, regional, and microsurgical flaps. The objective is to present a series of cases of reconstruction of the distal third of the nose using different surgical techniques, discussing the peculiarities and the results obtained. **Method:** This is a retrospective study carried out at the *Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo* (HSPE), evaluating a series of eight patients diagnosed with non-melanoma skin cancer located in the distal third of the nose and who underwent reconstruction by the team of Plastic Surgery. **Results:** Satisfactory results were obtained for all patients undergoing distal nose reconstruction, using total skin graft techniques (n=1) and local flaps (n=7), such as the bilobed, nasolabial, and dorsal nose flap. nose, paramedian frontal, and nasolabial transposition. **Conclusion:** Reconstruction of defects in the distal third of the nose is challenging and involves great technical variability. A careful assessment of the patient and the injury must be carried out, risks and benefits assessed and the decision shared with the patient.

Keywords: Nose neoplasms; Nose; Surgical flaps; Skin transplantation; Reconstructive surgical procedures.

Instituição: Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil.

Artigo submetido: 31/12/2022.

Artigo aceito: 5/12/2023.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2024RBCP0779-PT

¹ Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

MÉTODO

O nariz é uma estrutura anatômica complexa, ímpar, tridimensional e com grande importância funcional e estética, localizado no centro da face¹⁻⁴. Sua proeminência na face favorece à exposição solar e, conseqüentemente, apresenta alta incidência de câncer de pele, principalmente carcinoma basocelular (CBC), seguido de carcinoma escamocelular (CEC), os cânceres mais comuns na população mundial^{2,3,5,6}.

As demandas por reconstrução nasal, devido às lesões malignas, estão em ascensão. A técnica cirúrgica é desafiadora, principalmente no terço distal do nariz, onde a pele é mais espessa e aderida à cartilagem subjacente, e há maiores riscos de distorção das margens nasais^{7,8}.

É importante observar que lesões mais profundas podem estar comprometendo o arcabouço cartilaginoso e a mucosa nasal, necessitando de uma reconstrução ainda mais complexa, visando manter a funcionalidade do nariz¹. Outro aspecto importante é a análise das unidades anatômicas, descritas pela primeira vez por Millard, e das subunidades estéticas nasais, descritas posteriormente por Burget e Menick, com o intuito de ajustar as suturas cirúrgicas no encontro entre as subunidades, criando, assim, um contorno natural e ocultando as suturas nos vincos naturais da pele^{5,7,9-11}.

Existem várias técnicas de reconstrução do terço distal do nariz, não havendo uma indicação universal³. A escolha por cada técnica depende da característica da lesão, tamanho, posição anatômica, qualidade de pele, comorbidades do paciente, e da experiência do cirurgião^{1,7}. As opções cirúrgicas variam entre enxerto de pele, retalhos locais, regionais e microcirúrgicos⁹.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é apresentar uma série de casos de reconstrução de terço distal do nariz com diferentes técnicas cirúrgicas, discutindo as peculiaridades e os resultados obtidos.

Trata-se de estudo retrospectivo realizado em um único centro, no período de março de 2021 a março de 2022. Foram avaliados oito pacientes com diagnóstico de câncer de pele não melanoma localizados em terço distal de nariz e que tiveram reconstruções realizadas pela equipe de Cirurgia Plástica do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE), em São Paulo, SP. Após autorização do Comitê de Ética Institucional, foram aplicados do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e coletados os seguintes dados dos prontuários dos pacientes: sexo, idade, comorbidades, tipo histológico do tumor, técnica de reconstrução utilizada, complicações no período pós-operatório, resultado estético e funcional, remissão da lesão.

O diagnóstico de câncer de pele não melanoma foi realizado por biópsia prévia, e o termo de consentimento por escrito foi assinado antes do procedimento. A excisão cirúrgica da lesão foi realizada com margens laterais de 4 a 6mm. Realizado exame transoperatório de congelação até obtenção de margens livres de malignidade. Com exceção da reconstrução com retalho frontal paramediano, que necessitou de anestesia geral e internação hospitalar, todas as demais reconstruções foram realizadas com anestesia local e em regime ambulatorial.

As lesões pré-operatórias e resultados pós-operatórios recentes e tardios foram documentados por imagem digital.

RESULTADOS

Foram tratados 5 mulheres (62,5%) e 3 homens (37,5%), com idade média de 82,2 anos. Sete pacientes eram caucasianos, com classificação de Fitzpatrick entre 1 e 2. Cinco pacientes apresentavam comorbidades, como hipertensão arterial isolada ou associada a diabetes mellitus tipo 2 e, uma paciente apresentou, além desses, asma e dislipidemia. Os demais dados dos pacientes estão resumidos na Tabela 1 e a descrição de alguns casos será realizada a seguir.

Tabela 1. Dados coletados.

Caso	Sexo	Idade (anos)	Tamanho da lesão	Localização da lesão	Tipo histológico da lesão pré-op/pós-op	Reconstrução realizada	Complicação	Resultado estético/funcional	Remissão da lesão
1 (Figura 1)	Feminino	88	0,4cm	Ponta nasal esquerda	CEC "in situ"/queratose actínica	Retalho bilobado	Nenhuma	Satisfatório / Satisfatório	Sim
2	Masculino	83	0,6cm	Asa nasal esquerda	CBC nodular e micronodular / CBC nodular e superficial	Enxerto de cartilagem auricular e retalho bilobado	Nenhuma	Satisfatório / Satisfatório	Sim

continua...

...continuação

Tabela 1. Dados coletados.

Caso	Sexo	Idade (anos)	Tamanho da lesão	Localização da lesão	Tipo histológico da lesão pré-op/pós-op	Reconstrução realizada	Complicação	Resultado estético/funcional	Remissão da lesão
3 (Figura 2)	Feminino	74	1,0cm	Transição entre dorso e ponta nasal	CBC nodular / CBC nodular e micronodular	Retalho de dorso nasal	Nenhuma	Desvio da ponta nasal / Satisfatório	Sim
4	Feminino	84	1,0cm	Asa nasal direita	CBC nodular / CBC micronodular e superficial	Enxerto de cartilagem auricular conchal e retalho nasogeniano pediculado superiormente	Nenhuma	Satisfatório / Satisfatório	Sim
5 (Figura 3)	Masculino	85	4,0cm	Dorso nasal e parede lateral direita e esquerda	CBC nodular e micronodular / CBC nodular, micronodular, superficial e esclerodermiforme	Retalho frontal paramediano pediculado	Nenhuma	Satisfatório / Satisfatório	Sim
6 (Figura 4)	Masculino	91	1,5cm	Ponta nasal esquerda	CBC nodular / CBC nodular e infiltrativo	Enxerto de cartilagem auricular tragal e retalho de transposição nasolabial	Nenhuma	Bastante satisfatório / Bastante satisfatório	Sim
7	Feminina	69	3,5cm	Dorso nasal	CBC nodular, micronodular e esclerodermiforme / CBC nodular e micronodular	Enxerto de pele total	Nenhuma	Regular / Satisfatório	Sim
8	Feminina	84	1,5cm	Asa nasal direita e ponta nasal	CBC nodular, micronodular e superficial / CBC nodular e superficial	Enxerto de pele total	Nenhuma	Regular / Regular	Sim

Legenda: CBC = carcinoma basocelular; CEC = carcinoma escamocelular



Figura 1. Caso 1 - Carcinoma escamocelular *in situ* em ponta nasal esquerda medindo 4mm. A) Demarcação cirúrgica do tumor com margem lateral de 4mm e do retalho; B) Retalho bilobado confeccionado; C) Pós-operatório tardio de 1 ano.



Figura 2. Caso 3 - Carcinoma basocelular nodular localizado na transição entre dorso e ponta nasal, medindo 1,0cm. A) Demarcação cirúrgica do tumor com margem lateral de 4mm e do retalho frontonasal; B) Retalho frontonasal de Marchac posicionado, levando a desvio da ponta nasal; C) Pós-operatório tardio de um ano.

DISCUSSÃO

O conceito oncológico deve ser soberano. O principal objetivo é a ressecção completa da lesão, com avaliação de todas as margens antes da reconstrução. A cirurgia de Mohs, se disponível, é o padrão-ouro para avaliação das margens no intraoperatório; outra forma de avaliação é o exame de congelação, método utilizado nos pacientes desse estudo. Caso não seja possível avaliação no intraoperatório, deve-se optar por cicatrização por segunda intenção, fechamento primário, enxerto de pele até a avaliação pós-operatória ser realizada. A reconstrução somente deve ser programada após exame patológico demonstrando margens livres de comprometimento^{12,13}.

Para definir qual melhor abordagem de reconstrução, vários aspectos devem ser levados em consideração. Em primeiro lugar considere o paciente como um todo. Caso apresente muitas comorbidades, uma técnica mais simples em tempo único é mais segura e apropriada. Outro fator para ser analisado é o tabagismo ativo, em que, quando presente, deve-se dar preferência por técnica em etapa única¹⁴. É importante a participação ativa do paciente na decisão, principalmente em cirurgias complexas e que necessitem de várias abordagens⁹.

O defeito nasal deverá ser avaliado em sua localização, relacionado com as subunidades estéticas. O conceito de unidades estéticas nasais foi descrito por Millard⁵, o que aprimorou os resultados cirúrgicos. Posteriormente, Burget e Menick defenderam o conceito de subunidades estéticas nasais, e caso o defeito acometesse mais de 50% da subunidade, dever-se-ia retirar toda essa região para camuflar a cicatriz nos vincos cutâneos naturais^{5,10}. Entretanto, esse conceito vem sendo discutido na literatura, pois o defeito pode tornar-se muito maior e dificultar a reconstrução¹⁴.

A profundidade do defeito nasal deve ser avaliada para determinar os componentes acometidos. Além do tecido mole superficial, a estrutura cartilaginosa abaixo pode necessitar de reconstrução, utilizando-se enxerto principalmente de região auricular e do septo nasal¹⁴. A mucosa nasal é outra estrutura que deve ser analisada e reconstruída³. Os principais objetivos são a estética e a função respiratória do nariz, ou seja, manutenção da cor da pele semelhante, reconstrução do revestimento interno e suporte estrutural nasal, evitando estenose das vias aéreas⁵.

Os retalhos locais e regionais têm preferência aos enxertos de pele em termos de textura e cor, mas todos os tipos de reconstrução têm suas utilizações¹⁵. Reconstruir o terço distal do nariz é desafiador, pois a pele é espessa e aderida às estruturas cartilaginosas; não há redundância de pele local, o que dificulta a mobilização de retalhos. A reconstrução pode gerar



Figura 3. Caso 5 - Carcinoma basocelular nodular e micronodular ulcerado medindo 4cm em dorso nasal e paredes laterais do nariz. A) Margens cirúrgicas delimitadas por dermatoscopia; B) Exérese da lesão com margem lateral de 6mm e profunda com ressecção de parte de osso nasal e cartilagens septal, triangular e alar; C) Posicionamento do retalho frontal sobre defeito nasal; D) Retalho frontal paramediano pediculado e fronte em cicatrização por segunda intenção; E) Liberação do pedículo do retalho frontal paramediano e enxerto da área doadora; F) Resultado pós-operatório tardio de um ano.

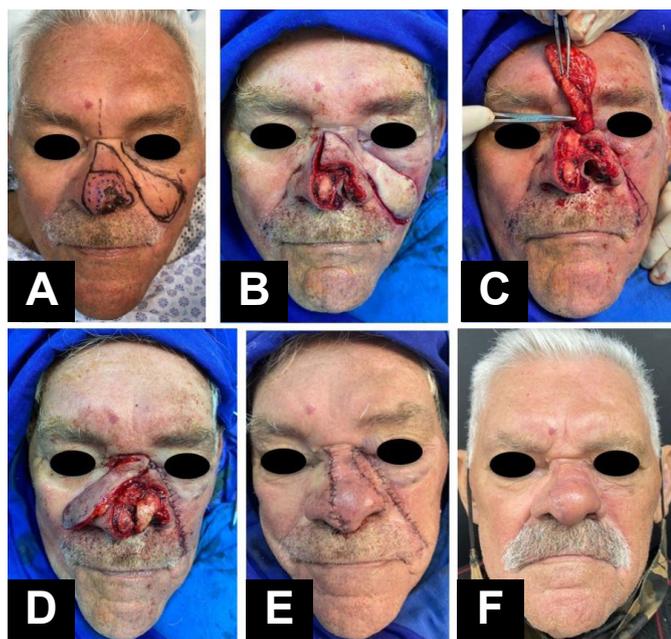


Figura 4. Caso 6 - A) Carcinoma basocelular nodular ulcerado medindo 1,5cm em ponta nasal esquerda demarcado com margem lateral de 6 a 8mm; B) Exérese de lesão em espessura completa. Dissecção do retalho nasolabial axial baseado na artéria angular nos dois terços proximais e aleatório no terço distal. Dissecção do retalho residual dorsoalar de pedículo inferior de padrão aleatório; C) Fixação do retalho dorsoalar residual de pedículo inferior em parede nasal lateral e canto interno do olho; D) Fechamento da região proximal da mucosa nasal interna. Estruturação da ponta nasal com enxerto de cartilagem auricular; E) Transposição e fixação do retalho nasolabial em região de dorso e ponta nasal, emagrecimento da região distal e dobra sobre ele mesmo, para formar o forro distal do vestíbulo nasal; F) Pós-operatório de 30 dias com resultado bastante satisfatório.

tensão e retração da asa nasal, com alteração estética e funcional¹⁵. O planejamento cirúrgico deve ser meticuloso para o melhor resultado possível³.

Retalho bilobado

O retalho bilobado tem ótima aplicabilidade para defeitos em terço distal do nariz⁹. É composto por dois “lobos” respeitando o desenho em ângulo reto entre os eixos, o que permite uma dupla transposição¹⁶. O primeiro “lobo” cobre o defeito, o segundo “lobo” cobre a primeira área doadora, e a segunda área doadora é fechada primariamente³. Pelo fato de a área doadora ser limitada, geralmente este retalho é utilizado para pequenos defeitos de até 1,5cm, com ótimos resultados³. Entretanto, existem descrições do uso para defeitos maiores que 2,0cm com bons resultados a partir de amplo descolamento para avanço adequado dos tecidos¹⁷.

Caso haja risco de colapso da válvula nasal, pode ser associado enxerto de cartilagem a esta técnica⁹. Essa reconstrução tem a vantagem de ser em tempo único, boa viabilidade do retalho, bom resultado cosmético com textura e cor de pele similares, cicatriz discreta¹⁸. Entre as desvantagens desse retalho, estão as linhas geométricas complexas de incisão, com necessidade de experiência para não distorcer a simetria nasal, com isso, limitando-se, normalmente, a defeitos menores^{7,9,14}.

Retalho dorsal do nariz

O retalho dorsal do nariz é baseado em rotação de pele dos dois terços proximais do nariz e da região glabellar para cobrir defeitos distais, e fechamento da área doadora podendo ser em V-Y, posicionando a cicatriz na linha de expressão glabellar. Essa técnica foi descrita inicialmente por Gillies, mas popularizou-se com Rieger, que descreveu retalho de vascularização aleatória, e posteriormente foi modificado por Marchac e Toth, com vascularização axial da artéria angular próximo ao canto medial do olho. Essa técnica permite reconstruir defeitos na região do *supratip* de 1 a 2cm^{3,14,19-21}.

A vantagem do retalho é ser realizado em tempo único, com cicatriz bem posicionada e bom resultado estético³. Entre as desvantagens, salienta-se a possível necessidade de retalho desproporcionalmente grande para cobertura de defeitos pequenos e possibilidade de tração da ponta do nariz para cima^{7,14}.

Retalho nasogeniano

O retalho nasogeniano é opção muito utilizada na reconstrução alar. Pode ser desenhado baseado em um pedículo superior ou inferior, ambos de vascularização axial de ramos da artéria facial, ou V-Y^{3,15,22}. Idealmente, algumas fibras do músculo elevador comum do lábio

e asa do nariz são elevadas juntas, constituindo o menor retalho musculocutâneo de uso frequente²³. A reconstrução pode ser realizada em um ou dois tempos cirúrgicos; o retalho deve ser projetado 1 a 2mm maior, pois apresentará retração no pós-operatório; e o retalho pode servir como revestimento nasal interno, quando necessário^{7,9}.

Apresenta vascularização confiável, cicatrização da área doadora discreta e posicionada no sulco nasogeniano pré-existente, bom resultado cosmético da asa nasal, e o procedimento pode ser realizado em tempo único^{3,9}. As desvantagens são a possibilidade de obliteração da concavidade da prega alar ou, mesmo, necessidade de realizar procedimento em dois tempos^{7,9}.

Retalho paramediano

O retalho frontal paramediano é um instrumento de reconstrução muito utilizado para defeitos maiores localizados no terço distal do nariz^{9,24}. É um retalho de interpolação com pele oblíqua da frente, com vascularização axial baseado na artéria supratroclear³. É geralmente confeccionado em duas etapas, sendo que na primeira ele é elevado e posicionado no defeito nasal e, na segunda, três semanas após, o pedículo é seccionado e o retalho pode ser adelgado e ajustado²⁵. Podem ser necessárias etapas adicionais para refinamentos, assim como reconstrução de arcabouço ósseo-cartilaginosa⁹. A porção distal do retalho pode ser adelgada e dobrada para formação de mucosa nasal³. O defeito na frente pode ser fechado por primeira ou segunda intenção, ou enxertado^{3,9}.

A vantagem do retalho é ter um suprimento vascular axial confiável, ter a capacidade de reconstrução de grandes defeitos nasais em terço distal, com possibilidade de reconstruir inclusive mucosa nasal; apresentar resultado cosmético satisfatório, pois a pele da frente é compatível em cor, textura e flexibilidade à do nariz^{2,14,25}.

As desvantagens são o uso limitado em tabagistas, devido risco de necrose²⁵, necessidade de uso de anestesia geral, procedimento em várias etapas, cicatriz transversal na frente^{2,3}. Outros pontos negativos são retalho espesso na ponta nasal ao ser dobrado para confeccionar o forro e, caso seja adelgado, há possibilidade de diminuição de perfusão e sofrimento local¹. Por fim, o aspecto psicológico da reconstrução a longo prazo é um ponto que deve ser esclarecido para que os pacientes tenham expectativas realistas²⁵.

Retalho de transposição nasolabial

O retalho de transposição nasolabial é uma opção de reconstrução para defeitos maiores localizados no terço distal do nariz e foi descrito por Beustes-Stefanelli

et al.²⁶. É desenhado utilizando a redundância de tecido nasolabial para cobrir o defeito nasal e um pequeno retalho dorsoalar residual de base inferior para auxiliar no fechamento sem tensão do canto interno do olho ipsilateral associado ao avanço da bochecha. O retalho nasolabial tem vascularização axial por ramos da artéria facial em seus dois terços proximais e padrão aleatório em seu terço distal, e o retalho residual dorsoalar, vascularização aleatória. Pode ser associado enxerto de cartilagem para estruturação, caso seja necessário. A região distal do retalho nasolabial pode ser adelgada e dobrada para formar o revestimento da mucosa nasal²⁶.

As vantagens do procedimento são a possibilidade de reconstrução de grandes defeitos nasais em tempo único, vascularização confiável, sem necessidade de anestesia geral, com bom resultado estético nasal e cicatriz discreta em sulco nasolabial pré-existente. As desvantagens incluem possibilidade de retalho espesso na ponta nasal ao ser dobrado para confeccionar o forro e, caso seja adelgado, existe a possibilidade de diminuição de perfusão e sofrimento local²⁶.

Esse retalho foi bem indicado e realizado no caso 6 (Figura 4) desse trabalho. Foi desenhado o retalho nasolabial utilizando a redundância de tecido e um retalho dorsoalar residual lateral ao defeito. O retalho nasolabial foi transposto para o dorso e ponta nasal, na região distal foi emagrecido e dobrado para confecção do forro nasal. O retalho dorsoalar residual foi transposto para o canto interno do olho para fechamento sem tensão da área. A estruturação da nova ponta nasal foi realizada através da coleta de enxerto de cartilagem auricular em bloco da região da lâmina do trago, istmo e cavidade conchal, conforme descrito por Pereira et al.²⁴. Esta cartilagem única em formato curvo é fixada na região alar esquerda previamente removida com o tumor para estruturar a nova ponta nasal.

Enxertos

Os enxertos de pele são opções de reconstrução do terço distal do nariz em situações específicas, normalmente quando o paciente tem alto risco cirúrgico para procedimentos mais complexos, quando necessita vigilância rigorosa para recorrência de malignidade, ou transitoriamente até o resultado definitivo do exame anatomopatológico^{9,27}. É utilizado enxerto de pele total por ter maior espessura, menor retração primária e melhor resultado estético quando comparado à pele parcial; mantido com curativo fixo por 5 a 7 dias para neutralizar as forças de cisalhamento e permitir melhor integração¹⁵. São utilizadas como áreas doadoras de enxerto a região pré e retroauricular, região cervical e clavicular¹⁵. A grande desvantagem é o aspecto estético

desfavorável por incompatibilidade da pele em cor, forma e contorno⁹.

CONCLUSÃO

A reconstrução de defeitos do terço distal do nariz é desafiadora, sendo possível a indicação de múltiplas técnicas.

Para decisão da técnica de reconstrução, deve-se realizar avaliação criteriosa do paciente e das características do defeito, avaliar riscos e benefícios e compartilhar as melhores opções com o paciente.

COLABORAÇÕES

- RBF** Análise e/ou interpretação dos dados, Análise estatística, Coleta de Dados, Conceitualização, Concepção e desenho do estudo, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Realização das operações e/ou experimentos, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição, Software, Validação, Visualização.
- EMM** Análise e/ou interpretação dos dados, Coleta de Dados, Conceitualização, Investigação, Metodologia, Realização das operações e/ou experimentos.
- WCJ** Análise e/ou interpretação dos dados, Análise estatística, Aprovação final do manuscrito, Conceitualização, Concepção e desenho do estudo, Gerenciamento do Projeto, Redação - Revisão e Edição, Supervisão, Validação, Visualização.
- HKM** Análise estatística, Aprovação final do manuscrito, Conceitualização, Investigação, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição, Supervisão.
- AWC** Análise estatística, Aprovação final do manuscrito, Gerenciamento do Projeto, Supervisão.
- JAC** Análise estatística, Gerenciamento do Projeto, Supervisão.

REFERÊNCIAS

1. Yildiz K, Gorgulu T, Yesiloglu N, Kelahmetoglu O, Camli MF, Canter HI. Hybrid reconstruction of distal nasal defects. *Dermatol Ther.* 2021;34(1):e14734.
2. Schäfer K, Rudolph C, Cotofana S, Goebeler M, Weyandt G. Large Nasal Defects with Exposed Cartilage: The Folded Transposition Flap as an Innovative Alternative to the Paramedian Forehead Flap. *Dermatology.* 2018;234(3-4):99-104.
3. Mysore Srinivas V, Kalapurmat Nagabhushanaiah M. Nose Reconstruction Using Local and Regional Flaps: The Challenges and Advantages. *J Cutan Aesthet Surg.* 2021;14(1):77-83.
4. Moura BB, Signore FL, Buzzo TE, Watanabe LP, Fischler R, Freitas JOG. Nasal reconstruction: an analysis of a series of cases. *Rev Bras Cir Plást.* 2016;31(3):368-72.

5. Marcasciano M, Tarallo M, Maruccia M, Fanelli B, La Viola G, Casella D, et al. Surgical Treatment with Locoregional Flap for the Nose. *Biomed Res Int*. 2017;2017:9750135.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2020: incidência do Câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2019 [acesso 17 abr 2022]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
7. Cason RW, Shammass RL, Pyfer BJ, Glener AD, Marcus JR, Cook JL. Cutaneous Reconstruction of the Nasal Distal Third: Alternative Local Flaps for a Complex Region. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2021;9(5):e3444.
8. Souza MPS, Pessoa SGP, Muniz VV, Rebelo AD, Holanda EF, Pessoa LMGP. Opções de reconstrução após ressecção de tumor de pele nasal. *Rev Bras Cir Plást*. 2019;34(Suppl. 3):50-2.
9. Konofaos P, Alvarez S, McKinnie JE, Wallace RD. Nasal Reconstruction: A Simplified Approach Based on 419 Operated Cases. *Aesthetic Plast Surg*. 2015;39(1):91-9.
10. Burget GC, Menick FJ. The subunit principle in nasal reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 1985;76(2):239-47.
11. Marinho CCC, Miranda ML, Lima RC, Rodrigues CJ, Pego KVT, Reis CF, et al. Reconstruction of the nasal subunits after tumor resection. *Rev Bras Cir Plást*. 2021;36(2):156-63.
12. National Comprehensive Cancer Network. Basal Cell Skin Cancer (Version 2.2022) [Internet]. 2022 [acesso 4 abr 2022]. Disponível em: <https://www.nccn.org/>
13. National Comprehensive Cancer Network. Squamous Cell Skin Cancer (Version 2.2022) [Internet]. 2022 [acesso 2 de abr 2022]. Disponível em: <https://www.nccn.org/>
14. Rohrich RJ, Griffin JR, Ansari M, Beran SJ, Potter JK. Nasal reconstruction--beyond aesthetic subunits: a 15-year review of 1334 cases. *Plast Reconstr Surg*. 2004;114(6):1405-16; discussion 1417-9.
15. Sadick H, Häussler D, Rotter N. [Options for reconstruction of nasal defects]. *HNO*. 2020;68(12):959-70. German.
16. Tissiani LAL, Alonso N, Carneiro MH, Bazzi K, Rocco M. Versatilidade do retalho bilobado. *Rev Bras Cir Plást*. 2011;26(3):411-7.
17. Vasilakis V, Nguyen KT, Klein GM, Brewer BW. Revisiting Nasal Reconstruction after Mohs Surgery: A Simplified Approach Based on the Liberal Application of Local Flaps. *Ann Plast Surg*. 2019;83(3):300-4.
18. Laitano FF, Teixeira LF, Siqueira EJ, Alvarez GS, Martins PDE, Oliveira MP. Uso de retalho cutâneo para reconstrução nasal após ressecção neoplásica: 102 casos. *Rev Bras Cir Plást*. 2012;27(3 Suppl.1):21.
19. Redondo P, Bernad I, Moreno E, Ivars M. Elongated Dorsal Nasal Flap to Reconstruct Large Defects of the Nose. *Dermatol Surg*. 2017;43(8):1036-41.
20. Marchac D, Toth B. The axial frontonasal flap revisited. *Plast Reconstr Surg*. 1985;76(5):686-94.
21. Decusati FL, Rinaldi AE. Reconstrução de defeitos nasais utilizando o retalho de Rieger. *Rev Bras Cir Plást*. 2020;35(2):149-53.
22. Rosseto M, Nunes e Silva D, Lyrio ALC, Lyrio ALC, Rosseto AC. Retalho nasogeniano de pedículo inferior na reconstrução de asa nasal. *Rev Bras Cir Plást*. 2022;37(1):22-6.
23. Cerci FB, Nguyen TH. Nasolabial interpolation flap for alar reconstruction after Mohs micrographic surgery. *Surg Cosmet Dermatol*. 2014;6(2):113-20.
24. Pereira CM, Venturelli Júnior EP, Rocha RS, Gonçalves PR, Silva FN, Bocardo SD. Reconstrução nasal com retalho frontal paramediano após ressecção oncológica. *Rev Bras Cir Plást*. 2020;35(3):373-7.
25. Zito PM, Hohman MH, Mazzoni T. Paramedian Forehead Flaps [Internet]. *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing [acesso 2 mar 2022]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499932/?report=printable>
26. Beustes-Stefanelli M, O'Toole G, Schertenleib P. The Midline-based nasolabial transposition (MNT) flap: an original single-stage technique for nasal tip reconstruction. *Ann Plast Surg*. 2015;74(4):426-31.
27. Sbalchiero JC, Gregório TCR, Leitão L, Leal PRA, Dibe MJA. Conduas na reconstrução da ponta nasal no tratamento das neoplasias cutâneas. *Rev Bras Cir Plást*. 2005;20(1):12-6.

***Autor correspondente: Raissa Barakatt de Figueiredo**

Diretoria da Cirurgia Plástica
Rua Pedro de Toledo, 1.800, 9º andar, Vila Clementino, São Paulo-SP
CEP: 04039-000
E-mail: raissa_barakatt@hotmail.com