
Excision of Basocellular Carcinoma in the Face with the Rieger Flap and A-T Flap Methods: A Narrative Review

Excisão de Carcinoma Basocelular em Face com Emprego dos Métodos de Retalho de Rieger e Retalho A-T: Uma Revisão Narrativa

Received: 00-00-2024 | Accepted: 00-00-2024 | Published: 00-00-2024

Hégon Henrique Scandoalara Asen

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-1139-1139-386X>
Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP, Brasil
E-mail: hegonasen@gmail.com

Gabriel Czulniak Olenik

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-3611-8613>
Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP, Brasil
E-mail: gabrielczk@icloud.com

Ariana Centa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0419-141X>
Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP, Brasil
E-mail: ariana.aacc@hotmail.com

Gustavo Colombo Dal-Pont

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2164-9653>
Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP, Brasil
E-mail: gustavocdalpont@gmail.com

ABSTRACT

Basal cell carcinoma (BCC), a subtype of non-melanoma skin cancer, is aggressive and has metastatic potential, resulting from genetic alterations. The diagnosis of BCC is established by skin biopsy, and surgical approach is the most effective therapy for treatment. This study aimed to define BCC, describe its pathophysiology, clinical signs, diagnosis, and surgical treatment through the use of Rieger and A-T flaps in the excision of a facial BCC, via a narrative literature review. The search was conducted in the PubMed, BVS, and SCIELO databases, selecting 34 studies. Early diagnosis is essential for a favorable prognosis, with surgery being the main treatment, including the use of skin flaps. Among these, Rieger and A-T flaps stand out for their effectiveness in reconstructing complex defects in the facial region, offering satisfactory aesthetic and functional results. The Rieger flap addresses the nasofacial sulcus to the glabellar region, with subsequent wide detachment of the skin on the nasal dorsum, while the A-T flap covers the nasolabial sulcus and the lower orbital rim, regions with a high prevalence of BCC.

Keywords: Skin Cancer; Surgical Flap; Incision on Face.

RESUMO

O carcinoma basocelular (CBC), um subtipo de câncer de pele não melanoma, é agressivo e com potencial metastático, resultante de alterações genéticas. O diagnóstico de CBC é estabelecido por biópsia de pele e a abordagem cirúrgica é a terapia mais eficaz para o tratamento. Com o presente estudo, objetivou-se definir o CBC, descrever sua fisiopatologia, sinais clínicos diagnóstico e tratamento cirúrgico através do uso dos retalhos de Rieger e A-T na excisão de um CBC de localização facial, através de uma revisão de literatura narrativa. A busca foi realizada nas bases de dados PubMed, BVS e SCIELO, sendo selecionados 34 estudos. O diagnóstico precoce é essencial para um prognóstico favorável, com a cirurgia sendo o principal tratamento, incluindo o uso de retalhos cutâneos. Entre estes, os retalhos de Rieger e A-T se destacam pela eficácia na reconstrução de defeitos complexos na região facial, oferecendo resultados estéticos e funcionais satisfatórios. O retalho de Rieger aborda o sulco nasofacial até a região glabellar, com subsequente descolamento amplo da pele no dorso nasal, enquanto o Retalho A-T, abrange o sulco nasogeniano e o rebordo orbital inferior, regiões de alta prevalência de CBC.

Palavras-chave: Câncer de Pele; Retalho Cirúrgico; Incisão em Face.

INTRODUÇÃO

O câncer é caracterizado por um crescimento descontrolado de células, resultante de alterações genéticas, podendo ser hereditário ou causado por alterações espontâneas bem como fatores externos (Onuchic, 2010; Hanahan, 2022). Atualmente, o câncer é um problema global de saúde pública, com 19,3 milhões de novos casos em 2020 (Sung, 2021; INCA, 2023).

O câncer de pele é um dos tipos mais frequentes na população mundial, sendo o mais incidente no Brasil. Existem dois tipos de câncer de pele: o melanoma e o não melanoma, sendo este último o mais frequente, afetando homens e mulheres em todas as regiões (Khan *et al.*, 2022; INCA, 2023). O câncer de pele não melanoma é subdividido em carcinoma espinocelular (CEC) e basocelular (CBC). O CEC é agressivo e pode se espalhar rapidamente para os gânglios linfáticos, enquanto o CBC tem baixa letalidade e raramente se espalha, podendo ser tratado com cirurgia se diagnosticado precocemente (Khan *et al.*, 2022; Chinem, 2011).

Observa-se que pacientes muitas vezes associam o CBC a feridas não cicatrizadas e lesões de acne, sendo necessário diferenciá-lo de outras doenças de pele. O diagnóstico de CBC é estabelecido por biópsia de pele, mas em casos desafiadores, a ressonância magnética pode ser recomendada (Chinem, 2011; Lambert, 2015; Bresler, 2016; NCCN, 2021).

A abordagem cirúrgica é a terapia mais eficaz para tratar o CBC. Esta técnica envolve excisão completa do tumor, com uma avaliação minuciosa das margens periféricas e profundas para assegurar a sua remoção completa. Os retalhos cutâneos são

segmentos de tecido corpóreo usados na cirurgia reconstrutiva e dependem do suprimento sanguíneo arteriovenoso (Franco e Franco, 2011). Após a cirurgia, são empregadas técnicas de retalhos para a reconstrução da área afetada. A avaliação minuciosa do tamanho, localização e das necessidades individuais do paciente orientará a decisão sobre qual técnica utilizar. O retalho de Rieger e o retalho A-T, são procedimentos empregados que se destacam para reconstrução de face, região de alta incidência de CBC (Bittner, 2021).

O retalho de Rieger é confeccionado com uma incisão cutânea na porção lateral do defeito, seguindo pelo sulco nasofacial até a região glabellar, com subsequente descolamento amplo da pele no dorso nasal, permitindo movimento de deslizamento e rotação (Koch, 2011; Maroja, 2014). Já o Retalho A-T abrange o sulco nasogeniano e o rebordo orbital inferior. Ambas as abordagens são eficazes para preservar estética e funcionalidade (Galimberti, 2013).

Considerando a alta incidência de câncer de pele, esta pesquisa contribui para aumentar os dados na literatura científica que analisa o uso dessas técnicas cirúrgicas. Assim, com este estudo objetiva-se definir o CBC, descrever sua fisiopatologia, sinais clínicos diagnóstico e tratamento cirúrgico através do uso dos retalhos de Rieger e A-T na excisão de um CBC de localização facial.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa sobre excisão de carcinoma basocelular em face com emprego dos métodos de retalho de Rieger e retalho A-T. Para a busca de estudos sobre o tema, foram utilizados as bases de busca PubMed (*U.S. National Library of Medicine*), a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*) utilizando os descritores “cancer de pele”, “retalho cirúrgico”, “incisão em face”, nos idiomas português e inglês, combinados pelo operador booleanos “AND” e “OR”. Foram abordados artigos disponíveis na íntegra, nos idiomas português e inglês, que abordassem o tema de pesquisa. A coleta de dados ocorreu durante os meses de agosto de 2023 até a maio de 2024, e resultou na seleção de 34 estudos.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O CÂNCER

O câncer é caracterizado através do crescimento descontrolado de células, que ocorrem devido a alterações genéticas, podendo ser de características hereditárias,

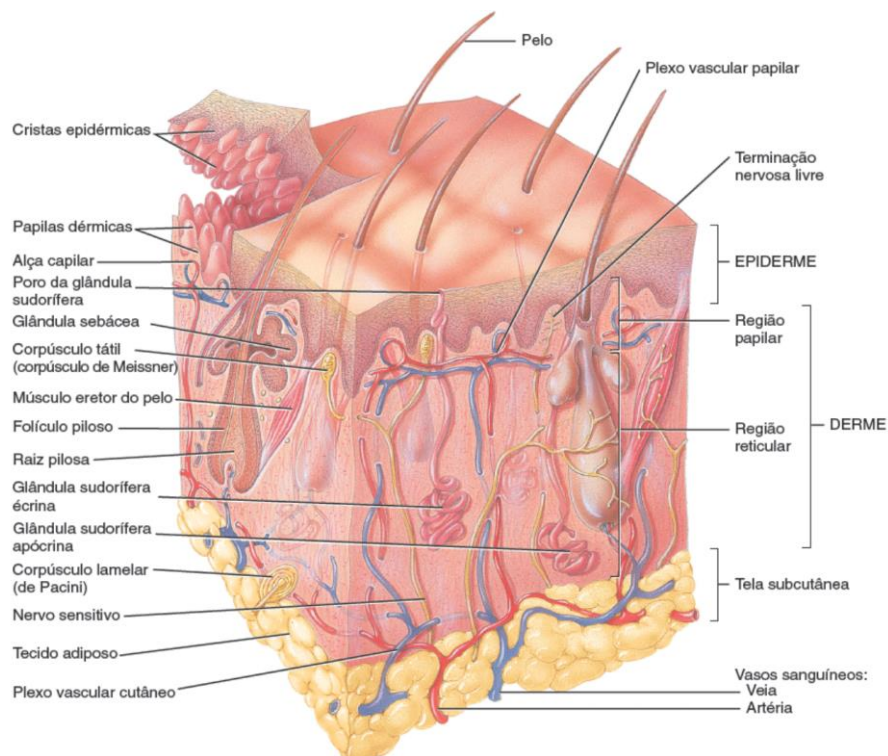
espontâneas ou causadas por agentes externos. As alterações genéticas envolvidas na carcinogênese ocorrem em *pronto-oncogenes* e *genes supressores de tumor*, assim alterando o ciclo celular. Nesse âmbito, pode-se descrever o tumor como um tecido complexo que apresenta instabilidade genética e proliferativa, ou seja as mutações são cumulativas, quanto mais rápido as células se dividem, um maior descontrole no ciclo celular e mais mutações no DNA podem ocorrer (Onuchic, 2010; Hanahan, 2022).

Atualmente o câncer é um dos maiores problemas envolvendo saúde pública em todo o mundo, com estimativa de 19,3 milhões de novos casos no ano de 2020, sendo o câncer de pele não melanoma o quinto mais frequente no mundo. Estima-se, que existam 704 mil novos casos de câncer no Brasil no ano de 2023, sendo o câncer de pele não melanoma o mais frequente em homens e mulheres. Em Santa Catarina, é estimado o surgimento de 14.510 mil casos novos de câncer de pele não melanoma em 2023 (Sung, 2021; INCA, 2023).

PELE

No corpo humano, a pele é considerada o maior órgão, representando aproximadamente 15% do peso total. Desempenha funções essenciais como manter a homeostasia, promover sensações, resistir a fatores químicos, físicos e mecânicos, além de responder à estimulação hormonal que leva a diversas alterações no órgão (Azulay, 2017).

A pele é formada por três camadas, cada uma com suas variações fisiológicas específicas em nível de organização, sendo cada uma interdependente. A epiderme é a camada mais externa, formada por tecido epitelial queratinizado, contendo queratinócitos, melanócitos, células de Langerhans, células de Merkel e células dendríticas, e desempenhando um papel regulador na morfogênese. A derme é considerada a camada intermediária, composta por tecidos fibrosos que abrigam vasos sanguíneos e nervos, contendo fibroblastos, histiócitos, células dendríticas e mastócitos. Por fim, a hipoderme é a camada mais profunda e é composta por adipócitos e colágeno, circundado por vasos e nervos, proporcionando proteção ao tecido e mobilidade consistente com estruturas adjacentes (Zhang *et al.*, 2022; Dobre *et al.*, 2023). As estruturas da pele podem ser visualizadas na Figura 1.

Figura 1: Anatomia da pele.

Fonte: Tortora (2016).

CÂNCER DE PELE

Existem dois tipos de câncer de pele: o melanoma e o não melanoma, sendo este último o mais frequente em seres humanos. O câncer de pele melanoma é formado devido a problemas nos melanócitos e a polimorfismo de receptores de melanocortina-1 acoplados à proteína G (MCIRs), sendo considerado agressivo e letal. O câncer de pele não melanoma é o mais incidente na população, mas é menos agressivo, e é desenvolvido nas células dos queratinócitos epidérmicos, devido ao contato com radiações ultravioletas carcinogênicas, gerando imunossupressão e mutações no gene p53 (Khan *et al.*, 2022).

O câncer de pele não melanoma é dividido em carcinoma espinocelular (CEC) e carcinoma basocelular (CBC). O CEC é considerado um câncer altamente mutado, sendo mais agressivo e originando metástases rapidamente, principalmente nos gânglios linfáticos regionais. Por outro lado, o CBC raramente metastatiza, mas ocorre invasão local e destruição tecidual (Losquadro, 2017; Khan *et al.*, 2022).

Os maiores fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de pele são exposição à luz solar, imunidade comprometida e histórico familiar (Khan *et al.*, 2022). A radiação ultravioleta (RUV) é o principal fator de risco, devido ao contato que a radiação tem com grande parte do corpo humano (Miot, 2011).

CÂNCER BASOCELULAR (CBC)

Dentre os cânceres de pele não melanoma, o CBC é considerado o mais comum em indivíduos com pele clara, sendo que a população de homens brancos alemães possui risco maior de 30% em desenvolver durante a vida, aproximadamente 25% da população catarinense tem descendência alemã (Rubin, 2005; Roewert-Huber, 2007; Silva, 2018). Por outro lado, o CBC apresenta baixa letalidade e baixo potencial metastático. Com isso, pode ser facilmente tratado com intervenção cirúrgica se diagnosticado precocemente (Khan *et al.*, 2022).

O desenvolvimento do CBC é resultante de alterações e interações de diversos genes envolvendo fatores ambientais, principalmente a radiação ultravioleta (UV). Mutações no gene *PTCH* (*patched hedgehog*), um supressor tumoral que está localizado em *loci* 9q22 (PCTH 1) e 1p32 (PTCH 2), pode estar vinculado ao aparecimento de CBC em aproximadamente 30% a 75% de casos esporádicos, entretanto, quase a totalidade envolvendo casos envolvidos com síndrome do nervo basocelular (Chinem 2011). Outro gene envolvido com o desenvolvimento do CBC é o gene p53, que é um supressor de tumor responsável por identificar erros no DNA, podendo parar o ciclo celular e induzir a apoptose, mas que devido à mutação, perde sua função. Também podem ocorrer mutações em genes pigmentares, por exemplo, o melanocortina 1 (MC 1-R) (Hanahan, 2022).

Os CBCs possuem variados tamanhos, podendo ocorrer lesões de poucos milímetros a vários centímetros, manifestando se como um nódulo ou pápula ou uma placa firme de coloração branca-perolada/rosa, assim tornando as características clínicas mais evidentes. O típico desenvolvimento lento e assintomático é associado pelos pacientes com feridas que não cicatrizam e lesões de acne. Desse modo, muitas vezes, exigem visão de possíveis diagnósticos diferenciais envolvendo outras dermatoses papulonodulares e ulceradas solitárias (Chinem, 2011; Lambert, 2015; Bresler, 2016; Schwartz, 2022).

O CBC apresenta uma predileção por áreas fotoexpostas da pele. Em cerca de 80% dos casos, sua localização é na região facial (com 30% destes na região nasal) e na região cervical (Kopke, 2002; Hoban, 2002; AVCI, 2008). Entretanto, ocasionalmente, foi documentada a sua ocorrência em áreas como as genitais, areolares, inguinais, interdigitais, axilares, umbigo, couro cabeludo e mucosas. O envolvimento do tronco é observado em uma faixa de 15-43% dos casos (Chinem 2011).

O diagnóstico efetivo do CBC é estabelecido por meio de biópsia de pele. No entanto, quando há suspeita de extensão da doença que envolve estruturas ósseas, invasão perineural ou profundas camadas de tecidos moles, ou quando o diagnóstico clínico é desafiador, é recomendado a realização de exames de imagem. A ressonância magnética é considerada o exame de eleição para tais casos (NCCN, 2021).

A avaliação do histórico médico é muito importante, pois casos de transplante de órgãos, xeroderma pigmentoso e síndrome do carcinoma basocelular nevóide são um risco aumentado para o desenvolvimento de CBC (Lambert, 2015; Bresler, 2016).

Do ponto de vista clínico, os CBCs são categorizados em cinco subtipos distintos: nódulo-ulcerativo, pigmentado, esclerodermiforme ou fibrosante, superficial e fibroepitelioma, embora se deva destacar que existe variabilidade e divergência nas abordagens classificatórias entre diferentes pesquisadores e especialistas (Chinem 2011). A classificação histológica do CBC é dividida em nodular, superficial, micronodular, metatípico, esclerosante, infundibulocístico, misto e periocular, sendo muito importante a realização da biópsia para determinar o subtipo histológico e eliminar outros tipos de cânceres de pele. A forma nodular é a mais comum de CBC, com as bordas mais fáceis de ser definidas e formado por grande nódulo de células azuis hipercromáticas mitoticamente ativas. (Raasch, 2006; Lear, 2007; Kauvar, 2015; Schwartz, 2022).

Conforme as diretrizes da National Comprehensive Cancer Network (NCCN), a avaliação patológica do CBC deve ser conduzida por meio de biópsias cutâneas, preferencialmente realizadas por profissionais especializados como dermatologistas, patologistas ou dermatopatologistas. Esta avaliação abrange uma série de informações essenciais, incluindo diâmetro clínico da lesão, dados demográficos do paciente, fatores de risco associados, tais como imunossupressão, histórico de radioterapia ou transplante de órgão sólido, bem como a avaliação da invasão tumoral na derme reticular e a detecção de invasão perineural (NCCN, 2019; NCCN, 2021).

No contexto terapêutico do CBC deve ser considerado suas variações de risco: superficial, de baixo risco ou de alto risco. A classificação de baixo risco inclui as lesões com bordas bem definidas e sem irradiação, enquanto as de alto risco apresentam bordas mal delimitadas, são lesões recorrentes e maiores que 20 mm na área local, sendo recorrente em pacientes imunossuprimidos. Diversas modalidades de tratamento estão disponíveis, entre elas curetagem, eletrocoagulação, cirurgia de micrografia de Mohs, cirurgia convencional, radioterapia, terapia fotodinâmica, bem como o uso de agentes tópicos ou intralesionais. É crucial enfatizar que a seleção da abordagem terapêutica

apropriada depende do subtipo específico do CBC, e, portanto, a realização de uma classificação histopatológica adequada é de fundamental importância (Bastos, 2020; NCCN 2021).

De acordo com a abordagem terapêutica do CBC, a cirurgia é reconhecida como o método mais eficaz. É importante destacar a importância dos retalhos, principalmente o de Rieger e o A-T. Nessa abordagem, é realizada a excisão que abrange toda a circunferência da lesão, com uma margem profunda para análise, conhecida como Cirurgia com Controle de Margens Profundas para Avaliação (CCPDMA) (Bittner, 2021).

No que se refere à orientação relativa à remoção das margens cirúrgicas, em lesões com tamanho inferior a 2 centímetros, a excisão deve ser conduzida com margens clínicas de 4 milímetros. Destaca-se que essa abordagem resultou em uma taxa de remoção completa em aproximadamente 95% dos casos (NCCN, 2019; NCCN 2021).

ABORDAGEM CIRÚRGICA - RETALHOS

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (2016), a abordagem cirúrgica dos carcinomas cutâneos, incluindo o CBC, compreende um protocolo de intervenção em quatro fases distintas: a administração de anestesia, a exérese tumoral (com ênfase na imperiosa observância das margens cirúrgicas preconizadas, a fim de assegurar a completa remoção do neoplasma), o procedimento de reconstrução (que pode se valer de técnicas como a segunda intenção, sutura primária, enxertos ou retalhos cutâneos), e, por fim, a avaliação dos resultados obtidos.

Os retalhos cutâneos, são segmentos de tecido corpóreo que variam em dimensões e espessura, sendo constituídos por um ou mais tipos de tecidos, os quais são deslocados para áreas anatômicas distintas, seja em proximidade (retalhos locais) ou a uma certa distância (retalhos à distância), e cuja sobrevivência está condicionada à manutenção do suprimento sanguíneo arteriovenoso (Franco e Franco, 2011). A utilização de retalhos cutâneos configura-se como um procedimento de primordial importância nas cirurgias reconstrutivas, visando corrigir defeitos de cobertura cutânea em diversas regiões corporais (Flores, 2011; Mazzer, 2014).

Na anatomia cutânea e vascular, a camada areolar se destaca por permitir o deslizamento da pele sobre o plano profundo, apresentando escassa vascularização, composta unicamente por vasos perfurantes, o que a torna uma zona propícia para a dissecação de retalhos cutâneos (Flores, 2011).

As indicações para o emprego de retalhos cutâneos variam em consonância com a localização da deficiência de cobertura, a disponibilidade de tecido doador, bem como o estado clínico global do paciente. Tais procedimentos são recomendados quando se depara com lesões em tecidos moles que não podem ser manejadas por outras modalidades terapêuticas devido às adversidades locais, tais como cicatrizes, fístulas, osteomielite, ou ainda em razão da função pretendida, incluindo transferências para estruturas musculares, ósseas e nervosas (Mazzer, 2014). O critério de excelência na seleção do retalho reside na escolha do que melhor possibilita a reconstrução integral de uma área com perda de substância, ao mesmo tempo em que conserva, da maneira mais fidedigna possível, as características anatômicas do local afetado, as funções do território reconstruído, bem como os atributos estéticos (Flores, 2011).

RETALHO DE RIEGER

O retalho de Rieger, que recebeu o nome em homenagem ao cirurgião que o descreveu em 1967, configura-se como uma escolha relevante na esfera da cirurgia plástica reconstrutiva é um dos possíveis retalhos a serem feitos após a ressecção de um CBC. A técnica solidificou-se como uma abordagem eficaz pela capacidade de ser realizada em um único procedimento cirúrgico (Valiati, 2011). O retalho de Rieger é uma técnica de rotação/avançamento altamente eficaz para a cobertura de defeitos no terço médio/inferior do nariz, especificamente eficaz para o reparo de pequenos defeitos localizados na porção distal da pirâmide nasal. (Rieger, 1967).

Desde sua introdução na literatura médica, o retalho de Rieger tem sido objeto de estudo e refinamento incessantes, culminando na diversificação de suas técnicas e na adoção de nomenclaturas diversas. Esse processo evolutivo reflete o constante esforço da comunidade médica em aprimorar e adaptar essa técnica para atender às demandas de pacientes com uma variedade de condições clínicas e anatomias faciais (Valiati, 2011).

O procedimento envolve a confecção do retalho de maneira semelhante à criação de um retalho glabellar estendido. A incisão cutânea é iniciada na porção lateral do defeito, seguindo pelo sulco nasofacial até alcançar a região glabellar. A partir daí, a incisão segue em direção ao lado contralateral, alcançando a área da cabeça do supercílio. Subsequentemente, é realizado um descolamento amplo da pele na região do dorso nasal, seguindo o plano submuscular, o que permite um movimento de deslizamento e rotação inferior, sem a presença de tensões (Koch, 2011; Maroja, 2014).

A característica distintiva do retalho de Rieger é a sua semelhança com um retalho romboide, aproveitando tanto o excesso de pele da região glabellar quanto as ríides glabellares, que auxiliam na ocultação das cicatrizes resultantes do fechamento da área doadora. Portanto, este retalho é particularmente adequado para pacientes de idade mais avançada, que apresentam essas características. Além disso, as cicatrizes resultantes do retalho de Rieger respeitam as subunidades estéticas nasais, o que é uma vantagem sobre outros tipos de retalhos que podem ser usados na mesma região, como o retalho bilobado e o retalho bandeira (Valiati, 2011).

Mesmo o com grau de descolamento e extensão das incisões, a evolução pós-operatória geralmente é satisfatória, com a qualidade da cicatriz geralmente atingindo um alto padrão de satisfação, principalmente em pacientes de faixa etária mais avançada, uma vez que se pode aproveitar o excesso de pele na região glabellar, que tendem a camuflar as cicatrizes resultantes do fechamento da região acometida (Valiati, 2011; Maroja, 2014).

A fim de atender aos critérios de inclusão estipulados para o procedimento em questão, os defeitos em consideração devem possuir um diâmetro mínimo de dois centímetros, além de apresentar, no mínimo, um centímetro de margem alar (Koch, 2011).

RETALHO DE A-T

A técnica do retalho A-T envolve a mobilização de um pedaço de tecido (o retalho) de uma área adjacente à ferida ou ao defeito e a sua transposição para cobrir a área que precisa ser reparada. O retalho é cortado de forma a se assemelhar à letra "A" ou à letra "T", daí o nome "A-T" (Galimberti, 2013).

A aplicação do retalho A-T emerge como uma abordagem altamente eficaz para a reconstrução de defeitos cutâneos extensos e profundos, particularmente quando a condição do tecido adjacente não viabiliza o fechamento direto da ferida cirúrgica. Este método tem demonstrado sua utilidade como opção viável na reconstrução de feridas operatórias resultantes da excisão de carcinoma basocelular (Galimberti, 2013).

Quando se trata da região malar, existem desafios significativos, uma vez que a preservação da função e estética locais é de suma importância. Nesse contexto, o retalho de avanço e rotação, que se baseia na utilização do sulco nasogeniano e do rebordo orbital inferior, tem sido amplamente descrito como uma técnica eficaz para o fechamento de defeitos cutâneos nessa região (Kondo, 2015).

Uma das vantagens notáveis do retalho A-T método é a sua execução com anestesia local, o que contribui para a redução dos riscos anestésicos e permite a conclusão da cirurgia em um único tempo. No entanto, é fundamental ressaltar que a obtenção de resultados satisfatórios está intrinsecamente ligada à técnica cirúrgica empregada, ao treinamento do cirurgião, às condições de saúde do paciente e ao adequado acompanhamento pós-operatório (Kondo, 2015). A compreensão profunda dessa técnica, aliada à experiência do cirurgião, desempenha um papel fundamental na obtenção de resultados esteticamente satisfatórios e na preservação da função facial do paciente (Russo, 2022).

A técnica cirúrgica para a ressecção de CBC utilizando o Retalho A-T, que envolve o sulco nasogeniano e o rebordo orbital inferior, representa uma abordagem eficaz para a preservação da estética e função em procedimentos delicados. No início do processo, o desenho do retalho é fundamental, delineando um triângulo primário com base na parede nasal e linhas tangenciais que se encontram lateralmente, considerando as linhas de força e a estrutura orbital. A incisão de movimento segue, estendendo-se a partir da base do triângulo pelo sulco nasogeniano, com a necessária cautela para manter uma margem de segurança em relação à asa nasal, indo até o plano muscular. O comprimento dessa incisão varia conforme a movimentação necessária e pode se estender até a comissura labial (Galimberti, 2013).

Em seguida, a técnica do retalho A-T aborda o desenho do triângulo de Burow caudal, uma etapa crucial para lidar com a sobra de pele na região caudal e a resistência inferior do retalho. Diferentes abordagens, como a forma clássica, o triângulo de Burow invertido, o corte retrógrado e a zetaplastia, são consideradas de acordo com a necessidade específica do caso. O movimento do retalho é então realizado, envolvendo uma dissecação precisa, seguida de hemostasia, e tracionando o retalho de forma a elevá-lo como uma tenda no ângulo entre a base e a linha superior do triângulo primário. A sutura desse retalho é um passo crucial para evitar complicações, começando com suturas em "U" no subcutâneo profundo e seguindo com suturas dérmicas e cutâneas adequadas para garantir a integridade estética e funcional do resultado final. Em conclusão, a técnica do Retalho A-T se revela uma abordagem cirúrgica eficaz para ressecção de CBC em regiões desafiadoras, sendo a compreensão detalhada de seus passos e a escolha criteriosa das técnicas de desenho do triângulo de Burow caudal essenciais para o sucesso do procedimento (Galimberti, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O CBC é um desafio crescente de saúde pública devido à sua incidência significativa e impacto na qualidade de vida. Os retalhos de Rieger e A-T se destacam pela eficácia na reconstrução de defeitos complexos na região facial, oferecendo resultados estéticos e funcionais satisfatórios. Uma abordagem multidisciplinar integrando prevenção, diagnóstico precoce e tratamento individualizado é crucial para enfrentar efetivamente o CBC e melhorar os resultados clínicos e a qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Tábata Natasha; *et al.* Carcinoma basocelular desenvolvido sobre nervo sebáceo: tratamento com terapia fotodinâmica abordando campo de cancerização. **Surg Cosmet Dermatol.** 2017; Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2655/265550847018.pdf>.
- AZULAY, Rubem David. **Dermatologia.** 7. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
- BASTOS, Luan Moura Hortencio. Curetagem e eletrocoagulação versus exérese cirúrgica no tratamento do carcinoma basocelular de baixo risco: um ensaio clínico randomizado. **Repositório Institucional UNESP.** 2020. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/193264>. Acesso em: 16 set. 2023.
- BITTNER, Guilherme Canho; *et al.* Cirurgia Micrográfica de Mohs: revisão de indicações, técnica, resultados e considerações. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 96, n. 3, p. 263-277, 2021. Disponível em: <http://www.anaisdedermatologia.org.br/en-pdf-S2666275221000783>. Acesso em 04 out. 2023.
- BRESLER; SC; Padwa BL; Granter SR. Nevoid basal cell carcinoma syndrome (Gorlin syndrome). *Head Neck Pathol.* 2016 Jun;10(2):119-24.
- CHINEM, Valquiria Pessoa; MIOT, Hélio Amante. Epidemiologia do carcinoma basocelular. *In: Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (FMB-Unesp), 2011, Botucatu. Anais Brasileiros De Dermatologia*, v. 86, n. 2, p. 292–305, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/X5CFWD8dFJgpcmFsR5YhyBS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 set. 2023.
- COSTA, Caroline Sousa. Orientações baseadas em evidências para os pacientes Epidemiologia do câncer de pele no Brasil e evidências sobre sua prevenção Orientações baseadas em evidências para os pacientes, **Diagn Tratamento**, v. 17, n. 4, p. 206–214, 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n4/a3341.pdf>. Acesso em: 1 set. 2023.
- DECUSATI, Filipe Lopes; Rinaldi Antônio, Egidio. Reconstrução de defeitos nasais utilizando o retalho de Rieger. **Rev Bras Cir Plást [Internet].**35(2):149–53. 2020.

Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2177-1235.2020RBCP0026>. Acesso em 04 out. 2023.

DOBRE, Elena Georgiana; *et al.* Skin Cancer Pathobiology at a Glance: A Focus on Imaging Techniques and Their Potential for Improved Diagnosis and Surveillance in Clinical Cohorts.: **MDPI**, 2023.

FLORES, L. R. P. Retalhos Cutâneos: Fisiologia, Classificação, Principais Retalhos. In MÉLEGA, J. M.; VITERBO, F.; MENDES, F. H. Cirurgia Plástica: Os princípios e a Atualidade. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2011. Capítulo 11.

FRANCO, Talita; FRANCO, Diogo. Retalhos Cutâneos: Fisiologia e Classificação. In MÉLEGA, J. M.; VITERBO, F.; MENDES, F. H. Cirurgia Plástica: Os princípios e a Atualidade. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2011. Capítulo 10.

GALIMBERTI, Gaston; *et al.* Utilidade do retalho de avanço e rotação para fechamento de defeitos cutâneos na região malar. **Surg Cosmet Dermatol**. 2013. Disponível em: http://www.surgicalcosmetic.org.br/Content/imagebank/pdf/v5/5_n1_255_pt.pdf. Acesso em: 01 set. 2023.

HANAHAN, Douglas. Hallmarks of Cancer: new dimensions. *Cancer Discovery*, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 31-46, 1 jan. 2022. American Association for Cancer Research (AACR). <http://dx.doi.org/10.1158/2159-8290.cd-21-1059>.

Kauvar AN, Cronin T Jr, Roenigk R, et al. Consensus for nonmelanoma skin cancer treatment: basal cell carcinoma, including a cost analysis of treatment methods. *Dermatol Surg*. 2015 May;41(5):550-71.

KELAI, Awatef et al.,,,,. Skin 488âncer knowledge and 488âncer488s in the region of Fez, Morocco: A cross-sectional study. *BMC Dermatology*, [s. l.], v. 17, n. 1, 2017. KHAN, Nazeer Hussain et al.,,,,. Skin 488âncer biology and barriers to treatment: Recent applications of polymeric micro/nanostructures. [S. l.]: Elsevier B.V., 2022.

KOCH, Cody A; ARCHIBALD, David J; FRIEDMAN, Oren. Glabellar Flaps in Nasal Reconstruction. **Facial Plastic Surgery Clinics of North America**. 2011.

KONDO, Rogerio Nabor; PONTELLO Junior, Rubens. A-T flap for the reconstruction of ver operative wound in the malar region. **Surgical & Cosmetic Dermatology**, v. 7, n. 3, 2015.

LAMBERT, W. Clark; LAMBERT, Muriel. W. Development of effective ski488âncer treatment and prevention in xeroderma pigmentosum. **Photochem Photobiol**. 2015.

LOSQUADRO, William D. Anatomy of the Skin and the Pathogenesis of Nonmelanoma Skin Cancer. **Facial Plastic Surgery Clinics of North America**, v. 25, n. 3, p. 283–289, 2017.

MAROJA, Marinho FE, *et al.* Reconstruction of the nasal dorsum with the Rieger flap following excision of nodular basal cell carcinoma. **Surg Cosmet Dermatol**, 2014.

MAZZER, Nilton e BARBIERI, Claudio Henrique. Retalhos e enxertos. Fundamentos de ortopedia e traumatologia. Tradução. São Paulo: **Atheneu**, 2014.

Ministério da Saúde Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
Ministério da Saúde Instituto Nacional de Câncer. [s.l: s.n.]. Disponível em:
<<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>>.

MIOverHA, Chinem VP. Epidemiologia do carcinoma basocelulver. **An Bras Dermatol.** 2011.

NCCN Guidelines. Basal Cell Skin Cancer. Version 1.2020. [Internet]. 2019. Disponível em: <https://www.nccn.org/home>.

NCCN Guidelines. Basal Cell Skin Cancer. Version 2.2021. [Internet]. 2021. Disponível em: <https://www.nccn.org/home>.

ONUChic AC, CHAMMAS R. Câncer e o microambiente tumverl. Rev Med (São Paulo). 2010. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/46269/49922>.

RAASCH, B. A.; BUETTNER, P. G.; GARBE, C. Basal cell carcinoma: histological classification and bodysite distribution. **Br J Dermatol.** 2006.

RIEGER RA. A local flap for repair of the nasal tip. **Plast Reconstr Surg.** 1967 Aug.; 1967. Disponível em: doi: 10.1097/00006534-196708000-00005. PMID: 5340490. Acesso em 15 out. 2023.

SBCD. Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica. Enxertos e Retalhos. BRASIL, 2021 Disponível em: <https://www.sbcd.org.br/procedimentos/cirurgicos/enxertos-e-retalhos/#:~:text=%E2%80%9CRetalho%E2%80%9D%20%C3%A9%20o%20segmento%20da,o%20que%20garantir%C3%A1%20sua%20sobreviv%C3%Aancia..> Acesso em: 1 set. 2023.

SCHWARTZ, Robert. **Carcinoma Basocelular.** 2022. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/269>. Acesso em 1 set. 2023.

SUNG, H. et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 71, n. 3, p. 209–249, 4 fev. 2021.

TORTORA, Gerard J. Princípios de anatomia e fisiologia Gerard J. Tortora, Bryan Derrickson; tradução Ana Cavalcanti C. Botelho... [et al.,.]. – 14. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016

VENESS, MJ; D. DELISHAJ; BARNES, Elizabeth; *et al.* Current Role of Radiotherapy in Non-melanoma Skin Cancer. **Clinical Oncology**, v. 31, n. 11, p. 749–758, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31447088/>>. Acesso em: 2 set. 2023.

ZHANG, Chenlu *et al.*, Skin immunity: dissecting the complex biology of our body's outer barrier.: **Springer Nature**, 2022.