



RESUMO EXPANDIDO

RECONSTRUÇÃO DA HÉLICE EM ESTÁGIO ÚNICO COM RETALHO PÓS-AURICULAR BIPEDICULADO E ENXERTO DE CARTILAGEM.

ccRECONSTRUÇÃO DA HÉLICE EM ESTÁGIO ÚNICO COM RETALHO PÓS-AURICULAR BIPEDICULADO E ENXERTO DE CARTILAGEM.

Pablo Vimos¹
Felipe Oliveira Duarte²
Daniel Nardino Gazzola³
Marlei Sangali⁴
Karina Meneguzzi⁵
Zulmar Accioli de Vasconcellos⁶

RESUMO

Introdução: A reconstrução de defeitos condrocútâneos de orelha após trauma, excisão tumoral e queimaduras podem ser desafiadores para o cirurgião, aqui apresentamos uma técnica de fácil execução, com resultado estético e funcional satisfatório. Relato do Caso: Os autores descrevem o caso de um paciente com defeito do contorno helicoidal após trauma e sua reconstrução cirúrgica tardia com técnica de retalho pós-auricular bipediculado com enxertia da cartilagem ipsilateral num único estágio cirúrgico.

DescritoR.res: Orelha.Borda helicoidal.

***ABSTRACT**cutaneous ear defects after trauma, tumor excision and burns can be challenging for the surgeon, here we present an easy-to-perform technique, with satisfactory aesthetic and functional results. Cetalhoase Report: The authors describe the case of a patient with helical contour defect after trauma and his late surgical reconstruction using a post-auricular bipedicled flap technique with ipsilateral cartilage grafting in a single stage.*

Keywords: Flap. Ear. Only stage. Helical rim

INTRODUÇÃO

A reconstrução da orelha tem sido um importante e desafiador aspecto da cirurgia reconstrutiva por séculos¹. O pavilhão auricular pode sofrer trauma, excisão tumoral e queimaduras

¹Residente do Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados Hospital Universitário HU/UFSC. Endereço: Avenida Buriti 750 Itacorubi - Florianópolis SC. Email: pablovimosg@hotmail.com

²Preceptor da Residência Médica do Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados Hospital Universitário HU/UFSC/EBSERH. Email: duarte.cirurgiaplastica@gmail.com

³Residente do Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados Hospital Universitário HU/UFSC. Email: gazzola123@gmail.com

⁴Residente do Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados Hospital Universitário HU/UFSC. Email: marleimed@gmail.com

⁵Residente do Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados Hospital Universitário HU/UFSC. Email: karinameneguzzi@hotmail.com

⁶Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Regente do Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados do HU/UFSC. Email: zulmar.accioli@gmail.com



podem levar a grandes defeitos da borda helicoidal. No caso de defeitos de borda helicoidal que incluem ressecção de cartilagem, os retalhos de avanço são opções viáveis e incluem o retalho pré-auricular ou pós-auricular².

Tradicionalmente é preconizado que para defeitos maiores de 2 cm de tamanho, os procedimentos devem ser realizados em estágios para permitir a adequada vascularização^{3,4}. Para terço superior e em particular, defeitos do terço meio, o retalho tubular (Gillis 1917) e o retalho de Dieffenbach é excessivamente útil³ mas com a desvantagem do método requer dois ou mais estágios de operação para alcançar o resultado reconstrutivo desejado⁵. O retalho de avanço condrocútâneo relatado pela primeira vez por Antia e Buch apresenta um método engenhoso, de estágio único⁶, mas com a desvantagem da modificação nas medidas topográficas da orelha. Várias técnicas reconstrutivas foram já relatadas, mas acreditamos que um procedimento de um estágio é preferível.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi apresentar nossa experiência com o retalho pós-auricular bipediculado com enxertia da cartilagem ipsilateral e a avaliação dos resultados após a reconstrução da borda helicoidal auricular com esta técnica em um paciente após o trauma num único estágio cirúrgico

MÉTODO

L. F. 36 anos, sexo masculino, vítima de traumatismo auricular a esquerda por mordedura humana no terço superior da borda helicoidal aos 36 anos de idade, tratados no primeiro momento com desbridamento de tecidos desvitalizados e sutura nas bordas. Foi admitido em nosso serviço insatisfeito com o formato de orelha, apresentando defeito condrocútâneo irregular na borda helicoidal de 2.7 cm x 1.3 cm, associada a concha hipertrófica moderada.

Prévia tricotomia e marcação cirúrgica, o paciente foi colocado em posição supina, com a cabeça posicionada sobre a orelha oposta, infiltrou-se anestesia local com 0,2% de lidocaína e epinefrina diluída a 1:100.000 unidades. Duas incisões cutâneas paralelas retroauriculares foram realizadas desde a borda remanescente passando pelo sulco posterior da orelha e até 4cm em direção cranial na área mastoidea. Realizou-se deslocamento e levantamento do retalho, após a exposição da cartilagem posterior da concha ipsilateral, uma foi removida e colhida para enxertia. A cartilagem foi reparada com sutura 5-0 absorvível para estabilizar a escafa e o rebordo helicoidal. Depois o retalho é avançado cobrindo a nova unidade escafo-helicoidal. A pele foi então compensada com triângulos de



burow e suturada numa posição anatômica adequada. Um curativo com gaze de petróleo foi aplicada para apoiar as áreas auriculares.

RESULTADOS

Cuidados Pós-operatórios: Imediatamente após a cirurgia, o paciente recebe alta e é orientado a retornar no primeiro dia de pós-operatório. Sem detecção de hematoma ou seroma, os pacientes aplicaram pomada com antibiótico e curativo padrão. Antibiótico oral profilático de 500 mg de cefalexina administrado por uma semana. As suturas foram removidas no 12º dia pós-operatório. Durante a recuperação, o paciente foi orientado a manter a cabeça elevada e não deitar na orelha reconstruída.

DISCUSSÃO

Várias técnicas de estágio único e múltiplos estágios estão disponíveis para reconstrução de borda helicoidal, mas todas têm limitações. O objetivo na reconstrução helicoidal é conseguir simetria da orelha, compatibilidade máxima do tecido e deformidades mínimas com uma baixa morbidade da área doadora, e se for possível num único estágio cirúrgico garantindo um bom resultado estético. Retalhos cutâneos tubulares e retalhos de avanço retroauricular e / ou pós auricular geralmente requerem múltiplos estágios cirúrgicos e enxertos de cartilagem da orelha contralateral^{7,8} acrescentando uma cirurgia adicional na orelha não afetada resultando em cicatrizes visíveis. A desvantagem dos métodos tradicionais, é que a remoção de tecido extra causa redução da orelha e se o defeito é maior de 1,5 cm da escafa, a reconstrução requer enxerto de cartilagem para apoiar a hélice^{9,10}. As técnicas com retalhos pediculados e em estágios trazem com elas problemas vasculares, e para evitá-los é sugerido o alongamento do intervalo de tempo entre estágios. No entanto, os pacientes geralmente não estão dispostos a submeter-se a vários ou múltiplos procedimentos onerosos.

CONCLUSÃO

Várias técnicas de estágio único e múltiplos estágios estão disponíveis para reconstrução de borda helicoidal, mas todas têm limitações. Retalhos cutâneos tubulares e retalhos de avanço retroauricular e / ou pós auricular geralmente requerem múltiplos estágios cirúrgicos e enxertos de cartilagem da orelha contralateral^{7,8} acrescentando uma cirurgia adicional na orelha não afetada resultando em cicatrizes visíveis. A desvantagem dos métodos tradicionais, é que a remoção de tecido extra causa redução da orelha e se o defeito é maior de 1,5 cm da escafa, a reconstrução requer



enxerto de cartilagem para apoiar a hélice^{9,10}. As técnicas com retalhos pediculados e em estágios trazem com elas problemas vasculares, e para evitá-los é sugerido o alongamento do intervalo de tempo entre estágios. No entanto, os pacientes geralmente não estão dispostos a submeter-se a vários ou múltiplos procedimentos onerosos.

REFERÊNCIAS

1. Berghaus, A. (2015). Ear Reconstruction—An Update. *Facial Plastic Surgery*, 31(06), 561–562. doi:10.1055/s-0035
2. Aguilar, E. F. (2004). Ear reconstruction. *Clinics in Plastic Surgery*, 31(1), 87–91. doi:10.1016/s0094-1298(03)00117-2
3. Converse, J. M. (1958). Rec/00006534-195808000-00006
4. Taylor JM, Rajan R, Dickson JK, et al. Maintaining ear aesthetics in helical rim reconstruction. *Ann Plast Surg* 2014;72:318–22.
5. Durğun, M., &Baş, S. (2019). Helical Rim Reconstruction With Chondrocutaneous Hatchet Flap-Z Plasty. *Annals of Plastic Surgery*, 82(5), 533–536. doi:10.1097/sap.0000000000001774
6. Antia NH, Buch VI. Chondrocutaneous advancement flap for the marginal defects of the ear. *Plast. Reconstr. Surg.* 1967; 39: 472–7.
7. Butler, C. E. Extended retroauricular advancement flap reconstruction of a full-thickness auricular defect including posteromedial and retroauricular skin. *Ann. Plast. Surg.* 49: 317,2002.
8. Brent, B. The acquired auricular deformity: A systematic approach to its analysis and reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.* 59: 475, 1977.
9. Dujon DG, Bowditch M: The thin tube pedicle: a valuable technique in auricular reconstruction after trauma. *Br J Plast Surg* 1995; 48: 35-8.
10. Mowbrey K, Wilkes GH: Helical rim reconstruction using two bi-pedicled tube flaps. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2013; 66: e362-5.
11. Di Mascio D, Castagnetti F: Tubed flap interpolation in reconstruction of helical and ear lobe defects. *Dermatol Surg* 2004; 30: 572-8. onstruction of the auricle—part 1. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 22(2), 150–163. doi:10.1097

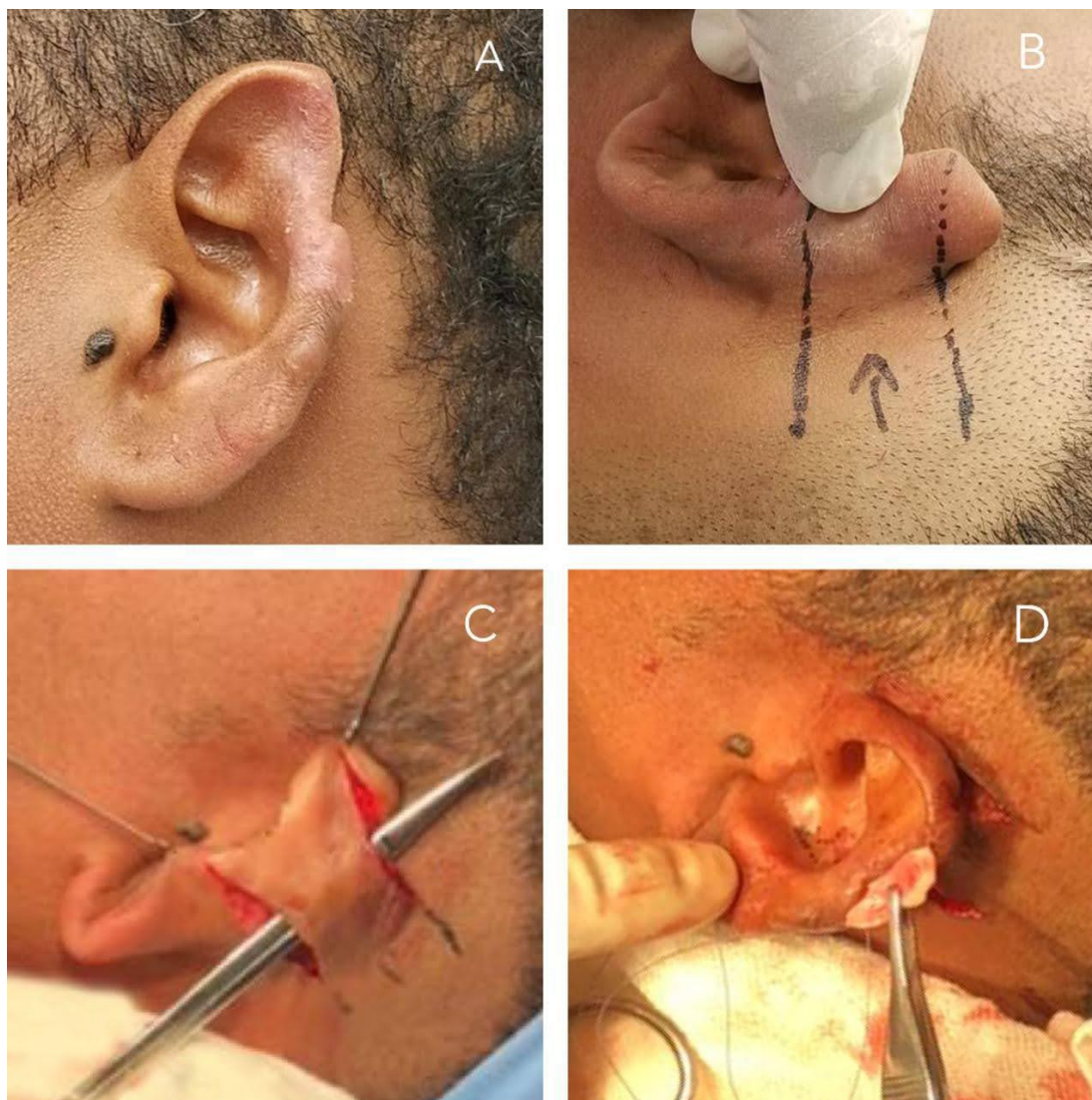


Figura 1 – A: Defeito de borda helicoidal da orelha esquerda; B: Marcação cirúrgica do retalho bipediculado de avanço; C: Retalholevantado antes de seu avanço; D: Enxerto de cartilagem ipsilateral em sua posição ideal.



Figura 2 – A: Pré-operatório B: pós-operatório de 3 meses.