



RESUMO EXPANDIDO

RECONSTRUÇÃO DE ORELHA APÓS RESSECÇÃO DE TUMOR CUTÂNEO – RELATO DE CASO EM CENTRO DE REFERÊNCIA*EAR RECONSTRUCTION AFTER SKIN TUMOR RESECTION - CASE REPORT AT A REFERENCE CENTER*

Tássio Fernando Crusius¹
Patrícia Dutra Hamilton²
Eduardo Canova da Rosa³
Flávia Cristina Marafon⁴
Ciro Paz Portinho⁵
Pedro Bins Ely⁶

RESUMO

Procedimentos no pavilhão auricular possuem uma peculiar dificuldade gerada pela sua anatomia única. A reconstrução após ressecção de tumores cutâneos pode ser muito desafiadora, principalmente em lesões com longo tempo de evolução que gerarão defeitos secundários maiores. O caso clínico demonstra a necessidade de equiparação entre expectativas da equipe cirúrgica e do paciente para a obtenção de resultados satisfatórios para ambos.

Descritores:Orelha. Pavilhão Auricular. Procedimentos Cirúrgicos Operatórios

ABSTRACT

Procedures in the external ear have a peculiar difficulty generated by its unique anatomy. Reconstruction after resection of skin tumors can be very challenging, especially in lesions with a long evolution time that can generate larger secondary defects. The clinical case demonstrates the need to match the expectations of the surgical team and the patient in order to obtain satisfactory results for both.

Keywords:*Ear. Ear Auricle. Surgical Procedures Operative.*

INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas cutâneas na topografia da orelha podem ser um desafio para a obtenção de sucesso terapêutico a depender do tipo histológico e tempo de progressão da doença de base. A delicadeza dos tecidos locais traz a peculiaridade da região anatômica, devendo ser observados

¹Residente de Cirurgia Plástica da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: tassiocrusius@gmail.com

²Residente de Cirurgia Plástica da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: drapatricialhamilton@icoud.com

³Residente de Cirurgia Plástica da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: eduardocanova8@gmail.com

⁴Residente de Cirurgia Plástica da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: marafonflavia@gmail.com

⁵Preceptor de Cirurgia Plástica da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁶Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: pedrobinseely@gmail.com



diversos fatores, após a ressecção com margens oncológicas, para a reconstrução adequada da sua estrutura.

Os primeiros relatos de reconstrução de orelhas foram feitos por Samihita Sushruta (datado de aproximadamente 700a.C.), uma vez que, em sua época, a mutilação de orelhas e nariz era comum como punição e para identificação de escravos. Suas técnicas e teorias foram base para cirurgiões que o sucederam, como Galen (Séc. II), Abulcasis (Séc. IX), Tagliacozzi (Séc. XVI), Ambroise Paré (Séc. XVI), Dieffenbach (Séc. XIX) e mais recentemente Gilles, Tanzer, Brent, Nagata e Firmin, trazem passos essenciais nessa evolução técnica da reconstrução da orelha.

OBJETIVO

O trabalho busca, por meio do relato de caso, demonstrar a possibilidade da reconstrução da orelha após a ressecção de um tumor cutâneo no mesmo tempo cirúrgico.

MÉTODO

Relato de Caso, consistindo em revisão de prontuário, descrição cirúrgica e registro fotográfico. Realizou-se, ainda, uma revisão da literatura nas principais bases de dados internacionais, seguida por uma breve discussão.

RESULTADOS

Paciente de 60 anos, com Carcinoma Basocelular Infiltrativo em região posterior do pavilhão auricular direito, com 3 anos de evolução. À primeira consulta, a lesão se mostrava ulcerada, com aparente comprometimento cartilaginoso local, notando-se acometimento pericondrial em biópsia prévia.

Com o tempo de evolução e dificuldade de comparecimento por questões particulares do paciente, além das dificuldades durante a Pandemia pelo COVID-19, levando a atraso para realização do procedimento, optou-se pela ressecção em cunha do segmento acometido com margens oncológicas e reconstrução simultânea.

Discutiram-se as possibilidades terapêuticas, envolvendo a necessidade de retirada de porção cartilaginosa de outros sítios para reconstrução do arcabouço após ressecção, além de mais de um tempo cirúrgico. O paciente optou pela reconstrução primária com a estrutura remanescente da orelha operada, mesmo sendo alertado da diferença final de tamanho entre as orelhas.

A ressecção foi realizada com margem de 4mm. O defeito secundário à retirada da lesão se mostrou um desafio à reconstrução, com 3,5cm de distância entre as extremidades da hélice.



Optou-se por retalho condrocútâneo de avanço bilateral utilizando a hélice. Realizou-se pequena incisão em V para acomodação das cartilagens, também enviadas à avaliação anatomopatológica. Após a sutura do plano cartilaginoso, se fez necessário confecção de pontos de Mustardê para melhor posicionamento do novo pavilhão auricular. Por fim, o fechamento cutâneo em dois planos.

A evolução pós-operatória foi adequada, com o paciente relatando estar satisfeito com o resultado funcional e estético. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico prévio e mostrou uma porção comprometida ao ponto mais cefálico, sem sinais de acometimento cartilaginoso nessa localização. Foi, então, realizada ampliação de margens cutâneas, com posterior fechamento primário. O novo exame teve como resultado apenas fibrose cutânea, sem neoplasia remanescente.

DISCUSSÃO

A reconstrução da orelha após grandes ressecções é um desafio ao cirurgião. A escassez cutânea, somada às muitas reentrâncias na topografia e necessidade de reconstrução do arcação cartilaginoso trazem a esse procedimento a otimização das habilidades cirúrgicas e domínio de diferentes técnicas para melhores resultados.

Estudos mostram que a reconstrução do pavilhão auricular é factível e com segurança oncológica quando realizado no mesmo tempo cirúrgico que a ressecção da lesão primária. Diversos fatores devem ser levados em conta, como o tipo histológico, o tamanho da lesão e as características inerentes ao paciente (comorbidades, qualidade dos tecidos), dentre outros.

As margens oncológicas recomendadas pela literatura devem sempre ser respeitadas. Algumas revisões demonstram a possibilidade do uso com segurança de margens de 4-6mm mesmo para Carcinomas Basocelulares de subtipos agressivos, possibilitando a ressecção com margens livres em mais de 92% dos casos. No caso citado, as margens comprometidas no primeiro exame anatomopatológico não foram confirmadas na ampliação, mesmo sendo realizada na topografia indicada pelo patologista, o que nos leva a acreditar na possibilidade de margens livres, mesmo que mínimas, já na primeira ressecção.

A expectativa do paciente deve sempre ser equiparada ao plano cirúrgico de reconstrução. A opção do paciente pelo fechamento primário, levando a uma disparidade entre as orelhas, nos exemplifica que, por vezes, o paciente deseja apenas algo simplificado e funcional, não necessariamente um resultado esteticamente superior. A troca de informações sempre deve ser buscada para alcançar essa equiparação entre os objetivos de equipe e paciente.



CONCLUSÃO

A reconstrução da orelha após a ressecção de tumor cutâneo é factível e pode trazer mais conforto ao paciente, reduzindo o número de procedimentos cirúrgicos subsequentes para resolução da patologia. Toda a conduta deve ser sempre individualizada, levando em consideração fatores relacionados à patologia e ao paciente para obtenção de melhores desfechos.

REFERÊNCIAS

1. Price JC, Lloyd MS. A Biographical Journey Through the History of Ear Reconstruction. *J Craniofac Surg*. 2019 Mar/Apr;30(2):312-5.
2. Neligan, PC, Rubin, JP. *Plastic Surgery – Aesthetic vol 1*. 4th ed. Canada: Elsevier; 2018
3. Baker, Shan R. *Local Flaps in Facial Reconstruction*, 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2014
4. Boggio R; Calazans D. *A Cirurgia Plástica em Capítulos – Cabeça e Pescoço*, 1ª ed. Rio de Janeiro: DOC, 2021
5. Crişan D, Colosi HA, Manea A, Kastler S, Lipke A, Crişan M, Scharffetter-Kochanek K, Schneider LA. Retrospective Analysis of Complication Rates Associated With Auricular Reconstruction After Skin Cancer Surgery. *J Cutan Med Surg*. 2020 Mar/Apr;24(2):137-43.
6. Smith RM, Byrne PJ. Reconstruction of the Ear. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2019 Feb;27(1):95-104.
7. Cui L, Jiao B, Han Y, Li Y, Han Y. An active role of reconstructive surgeon in otologic tumor surgery. *Ear Nose Throat J*. 2021 Nov 24.
8. Sohail J Quazi, Nida Aslam, Hajra Saleem, Jawaria Rahman, Safeera Khan. Surgical Margin of Excision in Basal Cell Carcinoma: A Systematic Review of Literature. *Cureus*. 2020 Jul; 12(7): e9211.

FIGURAS

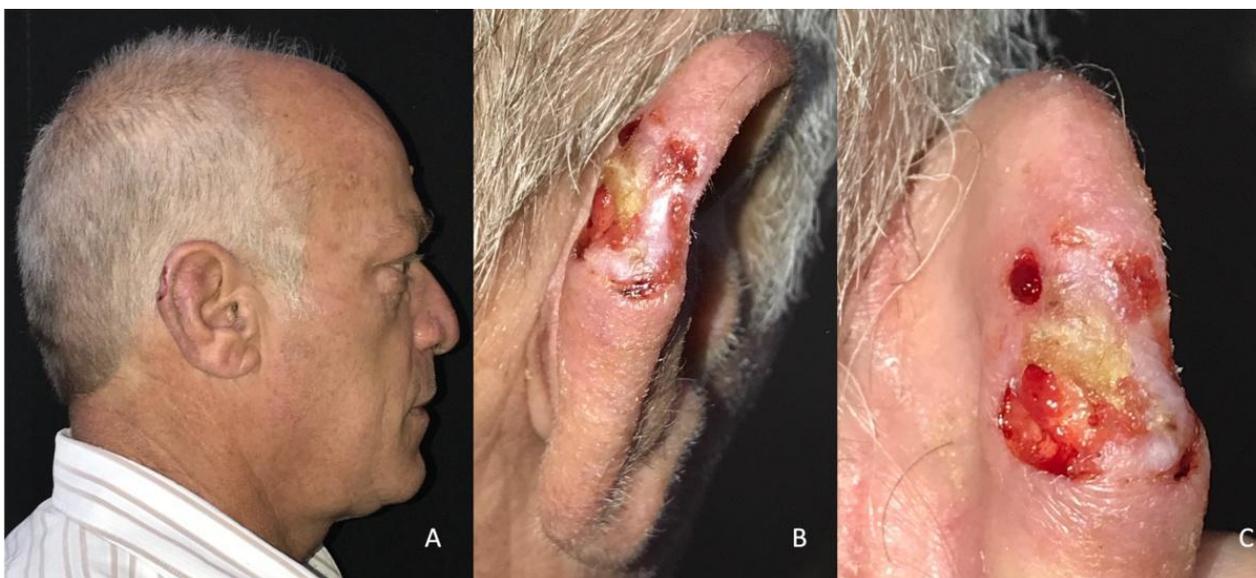


Fig.1: A – Visão lateral da orelha direita com a lesão; B – Visão posterior; C – Visão posterior detalhada da lesão



Fig.2: Aspecto da lesão após ressecção, marcada com pinça hemostática no ponto mais cefálico



Fig.3: Demonstração do aspecto final após ressecção da lesão (A) e das incisões para confecção do avanço condrocútâneo lateral (B).



Fig.5: Comparação entre pré-operatório (superior) e pós-operatório de 3 meses (inferior).



Fig.4: Aspecto pós-operatório da reconstrução em visão lateral (A) e visão posterior (B)