



RESUMO EXPANDIDO

RECONSTRUÇÕES AURICULARES PÓS TRAUMÁTICAS: OPÇÕES TERAPÊUTICAS SIMPLES E SATISFATÓRIAS

AURICLE RECONSTRUCTION AFTER TRAUMA: SIMPLE AND SATISFYING TECHNIQUES

Christian Tales Elias¹
Gustavo Olivieri Barcellos²
Isabella da Silva Idelfonso³
Pierre Rodrigues Bernardino⁴

RESUMO

Introdução: As deformidades auriculares de etiologia traumática representam um tema de alta complexidade por englobar técnicas avançadas na cirurgia de reconstrução auricular. **Objetivo:** Apresentar uma série de casos a fim de descrever as diferentes técnicas cirúrgicas de reconstrução auricular de etiologia traumática, sem a realização de enxerto de cartilagem costal. **Método:** Série de casos de reconstrução auricular pós-traumática de caráter observacional e descritivo. Os pacientes foram atendidos pela equipe de Cirurgia Plástica do HC - UFTM. Realizou-se uma revisão de literatura com as informações obtidas nos prontuários. **Resultados:** A utilização de enxertos de cartilagens associados a retalhos cutâneos simples acarretam resultados satisfatórios estética e funcionalmente. **Conclusão:** Os conhecimentos do cirurgião levam à adequação de técnicas relativamente simples e reprodutíveis, proporcionando resultados satisfatórios.

Descritores: Cirurgia plástica. Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos. Retalhos cirúrgicos.

ABSTRACT

Patient D,G, 74 years old, came to our service after resection of a previous nasal tip tumor, with reconstruction with a mid-frontal flap, with a pedicle based on the left supratrochlear artery. It evolves with loss of the columella and nasal tip, with deficiency of soft tissues and cartilage. Secondary intervention proposed, with rotation of a pedicled mid-frontal flap, based on the right supratrochlear artery, to cover the skin and subcutaneous tissue, with a total skin graft to cover the open area, with a donor area in the supraclavicular region on the right. In a second approach, in our service, we performed cartilaginous structuring and section of the pedicle of the flap. New procedures for aesthetic refinement will still be needed. However, the patient already shows great satisfaction with the result and improves the social stigma.

Keywords: Surgery plastic. Reconstructive Surgical. Procedures surgical flaps.

¹ Residente do segundo ano de Cirurgia Plástica do HC – UFTM. Endereço: Av. Claricinda Alves de Rezende, 1350. Lote 12, Quadra 14. Uberaba – MG. Email: christiantelias@gmail.com

² Residente do terceiro ano de Cirurgia Plástica do HC – UFTM.

³ Estudante de medicina da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

⁴ Estudante de medicina da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.



INTRODUÇÃO

É inegável a importância do nariz e de suas subunidades estéticas para harmonia da face, de forma que, qualquer sutil alteração da anatomia, é percebida facilmente, até pelo observador menos atento. Isto posto, frente a deformidades importantes, como a causada pela ressecção de neoplasias em sítio nasal, que, embora necessária, acarreta em grande morbidade e prejuízo social para o paciente, dificultando suas atividades laborais, assim como sua vida em sociedade, devido ao estigma causado pela cirurgia. Recebemos em nosso serviço, o paciente D,G , de 6,, anos, com história de ressecção de massa tumoral em ponta nasal, no ano de 20... , com reconstrução com retalho médio-frontal, com pedículo baseado no território de irrigação da artéria supratroclear esquerda. No momento da consulta inicial em nosso serviço, paciente com perda de toda subunidade da ponta nasal, com grande estigma devido às cirurgias prévias.

OBJETIVO

Realizado um plano de tratamento, baseado em múltiplas cirurgias reparadoras, com intenção de reconstruir a subunidade nasal, primeiramente através de rotação de retalho médio-frontal, pediculado, com suprimento sanguíneo baseado no território da artéria supratroclear direita, com transposição de tecidos moles para cobertura da área com deficiência tecidual, em seguida estruturando as partes moles com cartilagem auricular enxertada.

METODO

Realizado primeira abordagem cirúrgica, com realização de retalho médio-frontal, pediculado, cujo suprimento sanguíneo fora baseado no território de irrigação das artérias supratroclear direita, com pedículo espesso, com 4 cm de base.

Preparado o leito receptor do retalho, com incisão e realizado arcabouço com as cartilagens remanescentes , sobre as quais foi apoiado o retalho médio-frontal.

Refeita as partes moles da columela com união do retalho médio-frontal e retalho supralabial. Aproximou-se as bordas da área doadora, em região frontal e, a área cruenta remanescente foi coberta com enxerto de pele total cuja área doadora foi a região supraclavicular direita do paciente, a qual apresentava flacidez permissiva para fechamento primário da área doadora.

Após 1 mês, para garantia da autonomização do retalho, foi realizado segunda abordagem cirúrgica, com retirada de enxertos de cartilagem da região retroauricular, bilateralmente e usado os



enxertos para estruturação da região alar, da região columelar e um enxerto de extensão septal para substituir a porção septal perdida.

Aguardado mais 1 mês para garantir o suprimento sanguíneo adequado para os enxertos cartilagosos, em seguida, realizado terceira abordagem cirúrgica para secção do pedículo do retalho médio-frontal.

Novas abordagens para refinamento ainda serão necessárias.

RESULTADOS

Na primeira abordagem cirúrgica, a rotação do retalho médio frontal para cobertura da área receptora, deficiente em tecidos moles foi bem sucedida, com retalho bem vascularizado no pós operatório imediato, mantendo boa vascularização nos dias de pós operatório subsequentes, sem qualquer área de sofrimento isquêmico u necrose.

A área enxertada em região frontal, de enxerto de pele total, sofreu epidermólise superficial, com reepitelização após cerca de 30 dias após a enxertia. A área doadora teve boa cicatrização, com sutura retirada quinze dias após a cirurgia.

Em segunda abordagem, foram retirados enxertos cartilagosos, por acesso retroauricular, moldados de forma oportuna, para estruturação alar e columelar dos tecidos moles posicionados em procedimento prévio, bem como para extensão septal, para recomposição da porção distal do septo, perdida na cirurgia de ressecção tumoral prévia.

Realizado secção do pedículo vascular do retalho de forma tardia, a fim de garantir a nutrição sanguínea aos enxertos cartilagosos posicionados.

Após secção, a neovascularização local foi efetiva e não houve sofrimento isquêmico do retalho ou dos enxertos cartilagosos.

Isto posto, ainda serão necessários outros procedimentos de refinamento, para adequação dos tecidos moles à subunidade estética nasal da ponta e dorso, para melhor harmonia da estrutura reconstruída. Todavia, a melhora estética e funcional já é notória e o paciente manifesta já grande satisfação com os resultados parciais.



DISCUSSÃO

As ressecções tumorais na face, especialmente na região nasal, são necessárias no contexto de extirpação de lesões neoplásicas ou suspeitas, todavia, a morbidade causada pela cirurgia, afeta drasticamente a qualidade de vida e a capacidade do paciente, o que prejudica sobremaneira seu convívio em sociedade, sendo o prejuízo social proporcional à mutilação, e por conseguinte, a alteração da anatomia habitual, causada pelo procedimento.

Isto posto, percebe-se a grande importância da cirurgia reparadora para esses pacientes, para que possam ser reinseridos no convívio social e para minimizar os estigmas.

Ressalta-se que as grandes distorções anatômicas, bem como as perdas teciduais significativas, não são corrigidas facilmente, sendo, portanto, necessários mais de um procedimento para reconstrução da estrutura alterada, até que a anatomia seja reestabelecida de forma satisfatória. E sempre se deve alinhar as expectativas do paciente com as limitações intrínsecas dos procedimentos reparadores que visam melhora da harmonia entre o aspecto estético e funcional, porém sempre haverá as cicatrizes das reconstruções realizadas.

CONCLUSÃO

Frente a casos desafiadores de reconstrução de grandes perdas teciduais, como o do paciente atendido em nosso serviço, faz-se necessário amplo planejamento pré-operatório, o envolvimento de equipe multidisciplinar, com enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, cirurgião plástico, entre outros, para que o melhor resultado possa ser obtido. E, é importante alinhar as expectativas do paciente com as possibilidades reais de resultado do processo reconstrutivo, que além de por vezes imprevisível, apresenta limitações.

Portanto, conclui-se que as grandes perdas teciduais, após ressecções tumorais amplas, podem ser reconstruídas por procedimentos já bem estabelecidos como retalho médio-frontal e posterior estruturação dos tecidos moles, fazendo valer-se de técnicas amplamente utilizadas na estruturação da rinoplastia estética para reconstruções desafiadoras, porém cujo resultado traz grande satisfação ao paciente e à equipe envolvida em sua reabilitação.



REFERÊNCIAS

1. Melega JM. Cirurgia plástica - fundamentos e arte: cirurgia reparadora de cabeça e pescoço. Vol. II. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.
2. Converse JM. Corrective and reconstructive surgery of the nose. In: Converse JM, ed. Reconstructive plastic surgery. Vol 2. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 1977.
3. Rohrich RJ, Barton FE, Hollier L. Nasal reconstruction. In: Aston SJ, Beasley RW, Thorne CHM, eds. Grabb and Smith's plastic surgery. 5th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997. p. 513-29.
4. Menick FJ. Aesthetic refinements in use of the forehead flap for nasal reconstruction: the paramedian forehead flap. Clin Plast Surg. 1990; 17(4):607-22.
5. Menick FJ. A 10-year experience in nasal reconstruction with the threestage forehead flap. Plast Reconstr Surg. 2002;109(6):1839-55.
6. Rohrich RJ, Sheen JH, Burget GC. Rinoplastia y reconstrucción nasal. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 2000.
7. Pitanguy I, Ramos H, Saraiva S. Reconstrução de nariz. Rev Bras Cir. 1972;62(7/8):287-91.
8. Burget GC, Menick FJ. Nasal support and lining: the marriage of beauty and blood supply. Plast Reconstr Surg. 1989;84(2):189-202.
9. Adamson JE. Nasal reconstruction with the expanded forehead flap. Plast Reconstr Surg. 1988;81(1):12-20.
10. Millard DR Jr. Pitfalls and complications in reconstructive rhinoplasty. In: Goldwyn RM, ed. The unfavorable result in plastic surgery. 2nd ed. Boston: Little Brown; 1984. p. 325-41. - Talmant JC. Reconstruction du Nez. In: EMC. Techniques chirurgicales: chirurgie plastique reconstructive et esthétique. Vol. 1. Paris: Elsevier; 2000.
12. Pitanguy I, Franco T, Escobar R. Reconstrução de nariz. Trib Med. 1968;345:22-4.



