



---

---

**RESUMO EXPANDIDO**

---

---

**RETALHOS AURICULARES TRANSFIXANTES****TRANSFIXING AURICULAR FLAPS****Rodrigo d'Eça Neves<sup>1</sup>****RESUMO**

Resumo O ouvido externo como define a atual nomenclatura anatômica corresponde ao antigo pavilhão auricular ou simplesmente orelha, direita ou esquerda. Sempre sentimos dificuldade de realizar uma cirurgia suficiente para tratar um tumor, dependendo do seu local e sua extensão. Avaliando o tipo de ressecção, verificamos segundo a região, a necessidade de manobras específicas. Assim são abordagens diferentes para lesões no lóbulo, na concha, na extensão da antihélice, hélice e fossetas. Percebemos que podemos nos valer da outra face do apêndice auricular. Algumas transfixantes, com pedículo decorticado em um só tempo cirúrgico. Descrevemos então um retalho transfixante da face posterior levado para a anterior com pedículo decorticado.

**Descritores:** Retalhos auriculares. Retalhos transfixantes.

**ABSTRACT**

*The external ear, as defined by current anatomical nomenclature, corresponds to the former auricular pavilion, or simply the ear, either right or left. We always encounter difficulty in performing sufficient surgery to treat a tumor, depending on its location and extent. When evaluating the type of resection, we assess the need for specific maneuvers based on the region involved. Thus, different approaches are required for lesions on the earlobe, the concha, the extension of the antihelix, the helix, and the fossae. We realize that we can make use of the opposite side of the auricular appendage. Some flaps are transfixing, with a decorticated pedicle performed in a single surgical stage. We therefore describe a transfixing flap from the posterior surface brought to the anterior with a decorticated pedicle.*

**Keywords:** Auricular flaps. Transfixing flap.

**INTRODUÇÃO**

O ouvido externo é composto pela orelha (pavilhão auricular) e conduto auditivo limitado pelo tímpano. O pavilhão é recoberto por tecido cutâneo-adiposo sobre pericôndrio que recobrem a sua estrutura cartilaginosa. Ele se apresenta com formato de uma concha com superfície irregular em razão de sua função acústica. Está situado na lateral da cabeça, posterior à articulação temporomandibular e anterior ao processo mastóide. Seu tamanho crâniocefálico corresponde ao tamanho do nariz que por sua vez equivale a 1/3 da face em perfil. Na face retro auricular estão os dois músculos auriculares posterior com artérias e veias perfurantes para a pele da região. O tratamento de lesões tumorais na face anterior do pavilhão auricular se torna difícil pelo seu formato rico em detalhes necessita retalhos de áreas doadoras da vizinhança que exigem mais de um tempo

---

<sup>1</sup> Membro Titular SBCCP. Hospital Carlos Correa - Florianópolis - SC – Brasil. Email: rodrigodeca@gmail.com



cirúrgico para sua transposição e não alterem a boa função estético/funcional. Observando a irrigação sanguínea e a vitalidade nas remoções de pele retro auriculares praticadas na otoplastia, para correção da orelha em abano, imaginamos como utilizar esta pele da face posterior, pediculada no plexo vascular retroauricular. Com as rotações de retalhos na reconstrução total ou parcial do pavilhão, foi possível avaliar a capacidade de sobrevivência destes retalhos em função da rica rede de vasos sanguíneos que alimentam esta pele de revestimento. Pequenas lesões no pavilhão auricular podem ser abordadas com retalhos locais sem necessidade de utilizar as áreas peri-auriculares. Para tanto passamos a estudar o sistema circulatório do revestimento das cartilagens auriculares. Percebemos que é rica em vasos sanguíneos e linfáticos.

## **OBJETIVO**

Remoção de tumor com reconstrução imediata com retalho auricular.

## **MÉTODO**

A seguir removemos uma faixa de cartilagem, por onde vamos cruzar o retalho, dobrando sobre si mesmo sem nenhuma tensão. Tracionado delicadamente com gancho para a face anterior onde o acomodamos e suturamos com pontos simples a parte epitelizada do retalho à borda cruenta da ressecção do tumor. Tratamos a área doadora com sutura bordo a bordo pontos em “U”, cuidando para não estrangular ou estirar o retalho ao mesmo tempo que everte os bordos. Curativo absorvente simples sem compressão. Utilizamos pomada com veículo de vaselina para a gaze não grudar e o fixamos com micropore.

## **RESULTADOS**

Pequena agressão ao pavilhão auricular utilizando a face posterior corrigindo a face anterior, mimetizando a área com a pele da mesma textura.

## **DISCUSSÃO**

Os tumores benignos ou malignos têm as mais variadas localizações, nas faces anterior, posterior e borda do pavilhão auricular com inúmeras propostas de tratamento. Os retalhos mais indicados envolvem os tecidos periféricos tanto pré como retroauriculares<sup>6,7</sup>. Retalhos que se utilizam da transposição para o pavilhão e para a concha auricular<sup>10</sup>. Alguns realizados em dois tempos na sua migração<sup>4</sup>, outros se utilizam a tunelização<sup>1,2,3</sup>. Retalhos em tubo retro auriculares<sup>4</sup>. O sistema vascular, retalho em tubo<sup>5,11,12</sup>. Na remoção do tumor mantemos boa margem de segurança. Em geral



são previamente biopsiados com “punch” e encaminhados para cirurgia com diagnóstico já definido<sup>15</sup>. Se for carcinoma basocelular por orientação da patologia, retiramos pele e pericôndrio, respeitando a cartilagem que nunca é invadida por este tipo de tumor, apesar de possível necrose por ulceração em exposição prolongada<sup>16</sup>.

## CONCLUSÃO

Entendemos ser um retalho de simples execução, obedecidos os planos de descolamentos e correta decorticação e assim manter excelente suprimento de sangue. A transfixação deve ser delicada e livre, sem tensão no plano cartilaginoso para evitar bloqueio circulatório. O pedículo pode ser cefálico, lateral ou caudal, oferecendo assim muitas possibilidades do seu uso. Para as vezes que deva ser lateral a migração, a ressecção do fragmento de cartilagem deve ser oblíqua favorecendo maior liberdade no pedículo do retalho. É seguro apesar de que por vezes tenha pseudo sofrimento. Não observamos nenhuma necrose do retalho por isquemia ou congestão. Passado o tempo fica quase imperceptível. No retro auricular permanece apenas uma cicatriz linear acompanhando o sulco retro auricular.

## REFERÊNCIAS

- 1 Durso DA, Segalin W, Gonçalves PR, Carvalho MF, Bocardo SD, Dantas FF; Retalho pré-auricular tunelizado insular de base superior para reconstrução de defeitos auriculares; Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, <http://www.dx.doi.org/10.5935/2177-1235.2018RBCP0182> ..
2. Sánchez-Sambucety P, Alonso-Alonso T, Rodríguez-Prieto MA. Tunnelized preauricular transposition flap for reconstruction of anterior auricular defects. *Actas Dermosifiliogr*. 2008;99(2):161-2. .
3. Armin BB, Ruder RO, Azizadeh B. Partial auricular reconstruction. *Semin Plast Surg*. 2011;25(4):249-56.
4. Pereira N, Brinca A, Vieira R, Figueiredo A. Tunnelized preauricular transposition flap for reconstruction of auricular defect. *J Dermatolog Treat*. 2014;25(5):441-3. DOI: 10.3109/09546634.2012.713457.
5. Di Mascio D, Castagnetti F. Tubed flap interpolation in reconstruction of helical and ear lobe defects. *Dermatol Surg*. 2004;30(4 Pt 1):572-8. DOI: 10.1111/j.1524-4725.2004.30182.x
6. Standring S, ed. *Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Medicine and Surgery*. 39th ed. London: Churchill-Livingstone; 2005.
7. Pennisi VR, Klabunde EH, Pierce GW. The Preauricular Flap. *Plast Reconstr Surg*. 1965;35:552-6. .
8. Braga AR, Pereira LC, Grave M, Resende JH, Lima DA, De Souza AP, et al The Preauricular Flap case report. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2011;64(3):e73-5. DOI:10.1016/j.bjps.2010.09.005 ...
9. Pereira CCA, Sousa VB, Silva SCMC, Santana ANLL, Carmo MCLC, Macedo PRW. Carcinoma basocelular de localização inusitada na orelha - reconstrução cirúrgica. *Surg Cosmet Dermatol*. 2016;8(4):362-5. DOI:10.5935/scd1984-8773.201684836 ..
10. Suchin KR, Greenbaum SS. Preauricular tubed pedicle flap repair of a superior antihelical defect. *Dermatol Surg*. 2004;30(2 Pt 1):239-41. ..
11. Masson, JK. A simple island flap for reconstruction of concha-helix defects. *Br J Plast Surg*. 1972;25(4):399-403. ..
12. Song R, Song Y, Qi K, Jiang H, Pan F. The superior auricular artery and retroauricular arterial islands flaps. *Plast Reconstr Surg*. 1996;98(4):657-67. .



13. Jayarajan R. A versatile flap reconstruction of partial pinna defects - The preauricular flap. JPRAS Open. 2017;13:49-52. DOI: 10.1016/j.jpra.2017.05.007 ...

14. Dessy LA, Figus A, Fioramonti P, Mazzocchi M, Scuderi N. Reconstruction of anterior auricular conchal defect after malignancy excision: revolving-door flap versus full-thickness skin graft. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2010;63(5):746-52. DOI: 10.1016/j.bjps .2009.01.073 .. Importance of the cervicocutaneous flap for the earreconstructions

15, ArquivosCatarinenses de Medicina 2009 by Karen - Issuu<https://issuu.com> > ideas365 > docs28 de jun. de 2013 — Avelar, J. M. Importance of the cervicocutaneous flap for ear reconstruction. Rev. Soc. Bras. Cir. Plast. Estet. Reconstr. 9: 20, 1994. 14.

16 – Anatomia Topografica- Tomo 1- L. Testue; O Jacob: Aparatos de los sentidos, pag.339, Ed. SalvatGua"C:\Users\rodri\OneDrive\Documentos\Saúde\retalho auric"C:\Users\rodri\OneDrive\Documentos\Saúde\retalho auricular\DSCN0007.JPG"ular\DSCN0007.JPG"nabara, Octava Edición, 1956

## FIGURAS



Figura 1: Lesão demarcada a lesão



Figura 2: Área doadora de retalho e pós operatório



Figura 4: Após quinze dias retirada dos pontos



Figura 4: Transfixação e ajuste do retalho na face anterior sutura do retro auricular com pontos em "U".

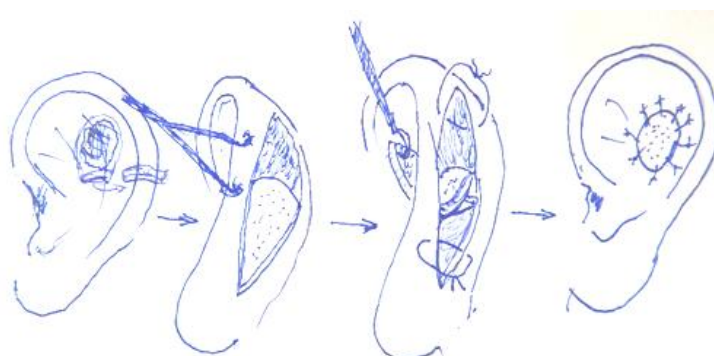


Figura 5: Esquema da cirurgia