

Enxerto composto auricular na reconstrução da asa nasal

Use of a composite auricular graft in nasal alar reconstruction

TIAGO ALVES CERATTI¹
 AMILTON SEVILHANO CASADO
 NETO²
 ANELIZA VITTORAZZI²
 MARIO EDUARDO P. M.
 BARROS³
 JAYME ADRIANO FARINA
 JUNIOR⁴

Trabalho realizado na Divisão de
 Cirurgia Plástica da Faculdade
 de Medicina de Ribeirão Preto
 da Universidade de São Paulo,
 Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP
 (Sistema de Gestão de
 Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 21/5/2011
 Artigo aceito: 22/2/2012

RESUMO

O nariz ocupa o centro da face, o que torna pequenas assimetrias e imperfeições evidentes. Uma de suas subunidades é a asa nasal, região que exige não apenas resultados estéticos, mas também funcionais, em sua reconstrução, tornando-se um desafio ao cirurgião plástico. Neste artigo são descritos 3 casos em que foi utilizado enxerto composto auricular para reconstrução da asa nasal. Os enxertos apresentaram integração total, com resultados estéticos e funcionais adequados. Segundo revisão da literatura, não há diferença nos índices de complicação comparando-se os enxertos com os retalhos locais e, a longo prazo, a cartilagem auricular tende a manter-se no formato moldado, sofrendo raras distorções e mínima ou nenhuma absorção, diferentemente das cartilagens costais e dos enxertos ósseos. O enxerto composto auricular é uma técnica versátil e segura, com excelentes resultados na reconstrução da asa nasal e com baixa morbidade das áreas doadoras, cumprindo com eficiência seu objetivo reparador.

Descritores: Nariz/cirurgia. Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos. Orelha externa/transplante.

ABSTRACT

Since the nose is located in the center of the face, small asymmetries and imperfections are easily recognized. One subunit of the nose is the nasal ala, a region that, when reconstructed, requires the achievement of esthetic and functional results. This poses a challenge to the plastic surgeon. In this article, we describe 3 cases of composite auricular grafts used for nasal alar reconstruction. The grafts presented total integration and provided satisfactory esthetic and functional results. A literature review revealed no differences in the complication rates between grafts and local flaps. Moreover, the shape of the auricular cartilage was maintained over time, showing rare distortions and no or minimal absorption, contrary to costal cartilage and bone grafts. The use of composite auricular grafts is versatile and safe. This procedure ensures excellent results in nasal alar reconstruction and guarantees low morbidity within the donor areas. Therefore, the use of this technique efficiently enables the repair of nasal defects.

Keywords: Nose/surgery. Reconstructive surgical procedures. Ear, external/transplantation.

INTRODUÇÃO

O nariz ocupa o centro da face, o que torna pequenas assimetrias e imperfeições evidentes. Uma de suas subunidades é a asa nasal, região que exige não apenas resultados estéticos,

mas também funcionais, em sua reconstrução, tornando-se um desafio ao cirurgião plástico.

A unidade alar é composta por quatro camadas: forro nasal, tecido conjuntivo denso, cartilagem e, por último, pele. Tem contorno complexo, uma margem livre e contribui para

1. Cirurgião plástico com residência realizada na Divisão de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), membro associado da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP) e professor colaborador da Disciplina de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, SP, Brasil.
2. Cirurgião plástico com residência realizada na Divisão de Cirurgia Plástica da FMRP-USP, membro associado da SBCP, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
3. Doutor, médico assistente da Divisão de Cirurgia Plástica da FMRP-USP, membro titular da SBCP, regente do Serviço de Cirurgia Plástica da FMRP-USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
4. Doutor, membro titular da SBCP, chefe da Divisão de Cirurgia Plástica da FMRP-USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

a válvula nasal externa, sendo muitos os métodos existentes para sua reconstrução, incluindo retalhos nasais locais, enxertos de pele, enxertos compostos auriculares e retalhos pediculados, entre outros¹⁻⁴.

O primeiro relato do uso de enxertos compostos auriculares para reconstrução da asa nasal foi realizado por Koenig, em 1902⁴. Em 1943, Gillies descreveu o uso do retalho frontal associado a enxerto composto de pele e cartilagem auricular, e Bronx, em 1946, relatou seu uso específico para a asa nasal⁴.

Neste artigo são apresentados 3 casos de pacientes portadores de sequelas pós-traumáticas de asa nasal e seu tratamento cirúrgico de reconstrução com enxertos compostos de pele e cartilagem auricular, sendo 2 por mordedura humana. Ressaltamos a escassez de artigos científicos relatando avulsão de tecido nasal por essa etiologia, o que nos motivou a expor nossa casuística.

RELATO DOS CASOS

Caso 1

Paciente do sexo feminino, 39 anos, tentou autoextermínio, sofrendo queimaduras em 45% da superfície corpórea, incluindo a face. Evoluiu com perda de parte da asa nasal direita, entre outras sequelas (Figura 1A).

A paciente foi submetida a 9 procedimentos reparadores nos meses subsequentes. Após 14 meses, foi realizada



Figura 1 – Caso 1. Em A, aspecto pré-operatório de seqüela pós-queimadura. Em B, enxerto composto de pele e cartilagem auricular. Em C, aspecto intraoperatório. Em D, aspecto pós-operatório de 30 dias. Em E, aspecto pós-operatório de 6 meses.

reconstrução da asa nasal direita com enxerto composto da anti-hélice da orelha direita (pele posterior e cartilagem) (Figuras 1B e 1C). O enxerto evoluiu com aspecto vinhoso na primeira semana, porém demonstrando sinais de viabilidade; posteriormente, houve integração completa do enxerto, com ferida operatória de bom aspecto (Figura 1D).

A paciente ficou satisfeita com o resultado após 6 meses (Figura 1E).

Caso 2

Paciente do sexo feminino, 23 anos, vítima de agressão física por mordedura humana. Apresentava deformidade da asa nasal direita, falha da borda alar de 1 cm x 0,5 cm e de parte da cartilagem alar (Figuras 2A e 2B). A paciente era tabagista.

Após 5 meses, a paciente foi submetida a reconstrução da asa nasal com enxerto composto (pele e cartilagem) da hélice da orelha esquerda. Apresentou evolução sem intercorrências e relatou satisfação com o resultado estético após 1 ano e 4 meses (Figuras 2C e 2D).

Caso 3

Paciente do sexo feminino, 50 anos, vítima de agressão física por mordedura humana há 19 anos. Apresentava lesão da asa nasal direita, reconstruída na época em outro serviço.

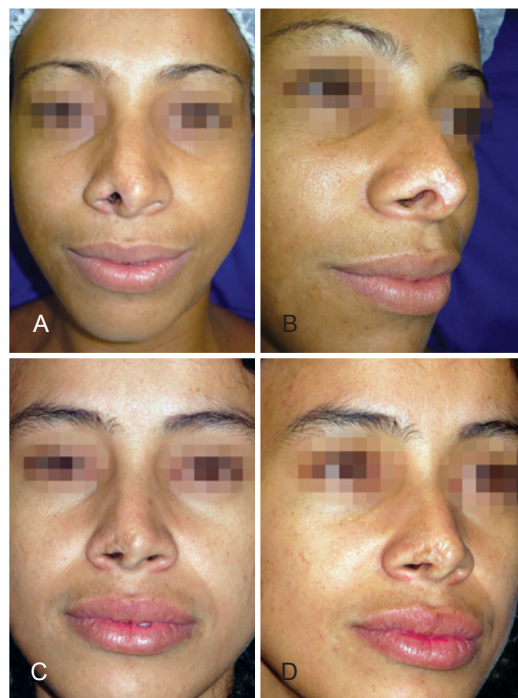


Figura 2 – Caso 2. Em A e B, aspecto pré-operatório de seqüela de asa nasal por mordedura humana. Em C e D, aspecto pós-operatório de 1 ano e 4 meses, demonstrando a manutenção do resultado estético.

Procurou nosso grupo queixando-se da estética nasal, em decorrência de cicatriz e contorno irregular da asa nasal direita (Figura 3A). Apresentava também retração cicatricial da orelha direita (área doadora do primeiro enxerto) (Figura 3D). A paciente era tabagista.

Em 2006, a paciente foi submetida a reconstrução da asa nasal direita com enxerto composto (pele e cartilagem) da hélice da orelha direita. Realizou-se avanço de retalho cutâneo da hélice da orelha direita para correção da deformidade auricular. O enxerto apresentou aspecto vinhoso até aproximadamente o 6º dia pós-operatório (Figura 3B), evoluindo com ferida operatória de bom aspecto, apesar de moderada hiperemia final do enxerto após 1 ano (Figura 3C).

A paciente ficou satisfeita com o resultado final da asa nasal e do contorno da orelha (Figura 3E).

DISCUSSÃO

Obedecendo aos conceitos de reconstrução nasal por subunidades de contorno⁵, temos na região alar cartilagem delicada e pele fina, atributos que fazem da orelha uma escolha óbvia como área doadora nas reconstruções da asa nasal⁴. As regiões a serem priorizadas são a anti-hélice e o polo superior auricular⁶. Esses enxertos compostos devem ser usados para defeitos até 1 cm a 1,5 cm¹, com melhores resultados estéticos nos defeitos de até 0,8 cm⁵.

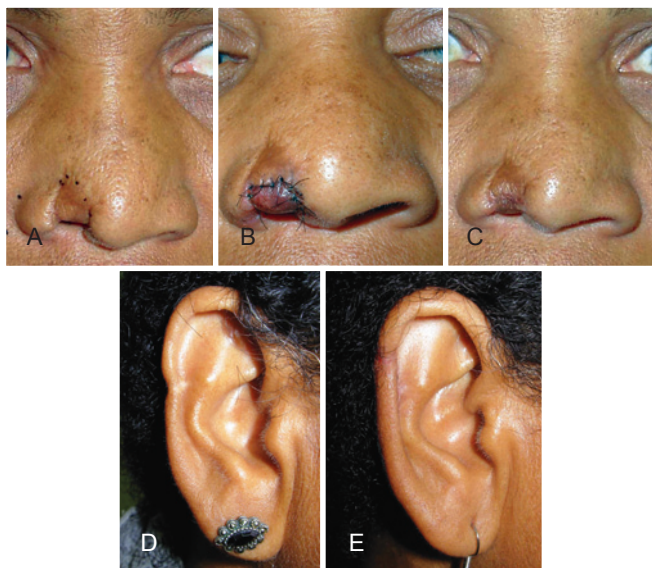


Figura 3 – Caso 3. Em **A**, aspecto pré-operatório de seqüela de asa nasal por mordedura humana. Em **B**, aspecto pós-operatório recente (6º dia de pós-operatório), demonstrando característica vinhosa do enxerto composto. Em **C**, aspecto pós-operatório de 1 ano. Em **D**, seqüela auricular de cirurgia prévia. Em **E**, aspecto pós-operatório após nova doação de enxerto composto do local e correção do defeito com retalho cutâneo de avanço da hélice.

Para defeitos mais extensos, maiores que 1,5 cm na asa nasal, podemos utilizar retalhos locais ou livres. Os retalhos microvasculares, porém, devem ser planejados adequadamente, para repor as dimensões e o volume do tecido perdido. Considerando-se o processo de retração, deve-se planejá-los num volume 50% maior que o defeito a ser coberto. Para moldá-los e diminuir a retração, podemos usar enxertos cartilagosos⁷. Num segundo tempo, o retalho deve ser esculpido, a fim de se alcançar melhor resultado estético.

Segundo Rustemeyer et al.⁸, não há diferença estatisticamente significativa quanto ao número de complicações quando comparados enxertos e retalhos locais. Os autores observaram que a vantagem dos retalhos locais está na menor taxa de infecção [retalhos locais (RL) 2,6% vs. enxertos (E) 5,4%] e menores taxas de perda parcial ou completa (RL 5,2% vs. E 8,5%). No que concerne aos resultados estéticos, os enxertos apresentam resultados superiores, sendo a porcentagem de resultados estéticos insatisfatórios de E 2,1% vs. RL 6,8%⁸.

Os tecidos auriculares e da região nasal possuem rica vascularização, com densa rede endotelial. Essa característica anatômica permite que a nutrição por embebição do enxerto composto auricular para a região nasal ocorra com mais eficiência que outros tecidos⁴, até que seja formada a nova rede capilar. Sua aparência pálida das primeiras horas sofre transição para cor vinhosa, representando a invasão eritrocitária das 6 horas às 24 horas subsequentes; após esse período, o enxerto torna-se cianótico pela congestão e, se estiver destinado a sobreviver, assumirá cor rósea em 3 dias a 7 dias. Em estudo publicado em 1963, foram observados 94% de sobrevivência dos enxertos compostos quando resfriados entre 5°C e 10°C, a fim de diminuir seu metabolismo nas primeiras 72 horas⁴. Essa técnica foi empregada no caso 1 relatado neste artigo.

Aproximadamente 20% dos enxertos compostos sofrerão necrose central ou superficial, podendo ser realizado um novo enxerto composto 3 meses após⁵. Quanto aos resultados a longo prazo, sabe-se que a cartilagem auricular mantém-se no formato moldado, sofrendo raras distorções e mínima ou nenhuma absorção, diferentemente das cartilagens costais e dos enxertos ósseos (cada vez menos utilizados em rinoplastias)⁹.

Nos casos relatados, houve integração total dos enxertos compostos, apesar de terem apresentado coloração cianótica nos primeiros dias de pós-operatório. Os resultados estéticos foram considerados satisfatórios tanto pelas pacientes como pela equipe médica.

Com base na revisão da literatura, o enxerto composto auricular é uma técnica versátil e segura, com excelentes resultados na reconstrução da asa nasal e com baixa morbidade das áreas doadoras¹⁰, cumprindo com eficácia seu objetivo reparador, conforme observado nos casos relatados.

REFERÊNCIAS

1. Heppt W, Gubisch W. Principles of nasal defect repair. HNO. 2007; 55(6):497-510.

2. Thiéry G, Coulet O, Guyot L. Reconstruction of a transfixing partial loss of substance from the wing of nose with the upper pedicled nasolabial flap. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)*. 2008;129(1):49-51.
3. Driscoll BP, Baker SR. Reconstruction of nasal alar defects. *Arch Facial Plast Surg*. 2001;3(2):91-9.
4. Barton Jr. FE, Byrd HS. Acquired deformities of the nose. In: McCarthy JG, ed. *Plastic surgery. The face*. vol. 3. Philadelphia: Saunders;1990. p.1924-2008.
5. Burget GC. Aesthetic reconstruction of the nose. In: Mathes SJ, ed. *Plastic surgery. The head and neck*. vol. 2. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier; 2006. p.573-648.
6. Ishida LH, Ishida LC, Passos AP, Ishida J. Enxertos de músculo, fâscia tendão e enxertos compostos. In: Melega JM, Baroudi R, eds. *Cirurgia plástica fundamentos e arte: princípios gerais*. Rio de Janeiro: Medsi; 2002. p.99-106.
7. Burget GC, Walton RL. Optimal use of microvascular free flaps, cartilage grafts, and a paramedian forehead flap for aesthetic reconstruction of the nose and adjacent facial units. *Plast Reconstr Surg*. 2007; 120(5):1171-207.
8. Rustemeyer J, Gunther L, Bremerich A. Complications after nasal skin repair with local flaps and full-thickness skin grafts and implications of patients' contentment. *Oral Maxillofac Surg*. 2009;13(1):15-9.
9. Bastos JAV. Rinoplastia a longo prazo. In: Melega JM, Baroudi R, eds. *Cirurgia plástica fundamentos e arte: cirurgia estética*. Rio de Janeiro: Medsi; 2002. p.389-94.
10. Haug MD, Rieger UM, Witt P, Gubisch W. Managing the ear as a donor site for composite graft in nasal reconstruction: update on technical refinements and donor site morbidity in 110 cases. *Ann Plast Surg*. 2009; 63(2):171-5.

Correspondência para:

Tiago Alves Ceratti
Av. Bandeirantes, 3.900 – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – 9º andar – Monte Alegre – Ribeirão Preto, SP, Brasil – CEP 14049-900
E-mail: tiagoceratti@gmail.com