

Reconstrução de concha auricular anterior com retalho auricular posterior ilhado: relato de caso



SUELEN RIOS DE MELO^{1*}

MARCUS VINICIUS PONTE DE SOUZA FILHO^{1,2}

FERNANDO GOMES BEZERRA RIBEIRO¹

KARINE LORENA SOUSA QUEIROZ¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0174

INTRODUÇÃO

Aproximadamente 5-8% dos tumores cutâneos malignos da cabeça e pescoço localizam-se no pavilhão auricular, sendo a maioria classificados como carcinomas basocelulares (75%), seguidos dos carcinomas espinocelulares (25%). Mais raramente, 0,2% dos tumores cutâneos malignos da cabeça e pescoço são localizados no conduto auditivo externo (CAE)^{1,2}.

A história de longa exposição solar associada ao fototipo baixo são os principais fatores de risco para o desenvolvimento dessas lesões. O diagnóstico dessas lesões tumorais muitas vezes é tardio devido à anatomia complexa da orelha, o que limita a visualização dessas lesões, principalmente, localizadas na concha auricular e no CAE, sendo de difícil detecção pelo paciente, podendo até passarem despercebidas. Isso pode modificar o prognóstico da doença, favorecendo a invasão tumoral para o CAE, sendo necessária a realização da cirurgia o mais precoce possível para que esta não se torne ainda mais complexa, como uma cirurgia que envolva estruturas da base de crânio^{2,3}.

A orelha possui, proporcionalmente, grande quantidade de cartilagem em relação à área da superfície da pele, além de apresentar uma composição tridimensional, o que dificulta e torna complexo o procedimento de sua reconstrução. O conhecimento da anatomia do pavilhão auricular é muito importante para o cirurgião realizar o adequado planejamento cirúrgico³. Assim, o diagnóstico precoce, a ressecção da lesão com margens livres e a reconstrução auricular são os grandes desafios que o cirurgião tem que enfrentar para ter o êxito almejado. O sucesso cirúrgico depende não somente da perfeita cobertura cutânea do arcabouço cartilaginoso, mas da viabilidade em termos de nutrição para este tecido, já que muitas vezes pode ser necessária a ressecção do pericôndrio e parte da cartilagem local^{1,2,3}.

Os defeitos localizados, em particular, na concha auricular podem constituir mais um dos desafios reconstrutivos da orelha, pois essa região apresenta uma pele fina com escasso tecido subcutâneo que é parcialmente escondida, o que inviabiliza, muitas vezes, a aproximação direta. Um fator complicador dessas reconstruções é quando há a invasão do pericôndrio lateral em fases precoces de sua evolução, tornando inviável a enxertia cutânea, além de expor a cartilagem ao risco de condrite infecciosa⁴. A reconstrução de aspectos da concha auricular apresenta várias opções, como fechamento por segunda intenção e enxertia até confecção de retalhos locais. Em 1972, Masson

RESUMO

Aproximadamente 5-8% dos tumores cutâneos malignos da cabeça e pescoço localizam-se no pavilhão auricular, sendo a maioria classificados como carcinomas basocelulares (75%), seguidos dos carcinomas espinocelulares (25%). Diversas são as opções cirúrgicas para restaurar a integridade anatômica da orelha. Relatamos um caso de um paciente que apresentou carcinoma basocelular, localizado na concha do pavilhão auricular esquerdo e parte do conduto auditivo externo, de aproximadamente 3cm de diâmetro, que foi submetido à reconstrução imediata, em tempo único, através do uso do retalho auricular posterior ilhado, classicamente conhecido como Retalho de Masson, apresentando resultado funcional e estético satisfatório ao paciente.

Descritores: Neoplasias da orelha; Orelha; Retalhos cirúrgicos; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Orelha externa.

descreveu um retalho auricular posterior ilhado para defeitos de face anterior da concha⁵.

OBJETIVO

Descrever o caso clínico de um paciente que apresentou carcinoma basocelular, localizado na concha do pavilhão auricular esquerdo e parte do conduto auditivo externo, que foi submetido à reconstrução imediata, em tempo único, através do uso do retalho auricular posterior ilhado, classicamente conhecido como retalho de Masson.

MÉTODO

Realizado estudo descritivo retrospectivo de um paciente que apresentou carcinoma basocelular localizado na concha do pavilhão auricular esquerdo e parte do conduto auditivo externo, de aproximadamente 3cm de diâmetro, que foi submetido à reconstrução imediata, em tempo único, através do uso do retalho auricular posterior ilhado, conhecido como retalho de Masson no Serviço de Cirurgia Plástica em um hospital terciário na cidade de Fortaleza/Ceará.

RESULTADOS

O paciente apresentou boa evolução pós-operatória, com cicatrização adequada, mantendo viabilidade do retalho e bom aspecto da área doadora. Isso permitiu um satisfatório resultado funcional e estético para o paciente. A lesão tumoral foi totalmente ressecada por meio de cirurgia, demonstrando margens livres no anatomopatológico (Figura 1 à 5).



Figura 1. Exérese da lesão com margens.

¹ Hospital Geral de Fortaleza, Papicu, Fortaleza, CE, Brasil.

² Hospital Haroldo Juaçaba, Rodolfo Teófilo, Fortaleza, CE, Brasil.



Figura 2. Marcação do retalho auricular posterior ilhado.



Figura 3. Pós-operatório imediato da área receptora - transferência do retalho auricular posterior ilhado para a concha auricular e CAE.



Figura 4. Pós-operatório imediato da área doadora.



Figura 5. Pós-operatório de 60 dias da área receptora.

DISCUSSÃO

A anatomia peculiar da orelha através das suas concavidades e convexidades dificulta tanto a detecção precoce das lesões, quanto a sua ressecção e reconstrução. As lesões localizadas no pavilhão auricular, especialmente as localizadas na região inferoanterior da concha e no CAE representam um grande desafio, visto que a visualização e o acesso dessas lesões são limitados pelo tragus que se encontra anterior a essas estruturas^{1,2}.

As possibilidades reconstrutivas se baseiam nos enxertos de pele total para defeitos com ou sem envolvimento cartilaginoso, podendo apresentar resultados inestéticos como discrepância na cor do enxerto com a da pele local, maior risco de necrose quando na ausência do pericôndrio e necessidade de outros tempos cirúrgicos. Outra opção capaz de fornecer possibilidades estéticas mais favoráveis são os retalhos. Eles necessitam ser finos e ricamente vascularizados, como o retalho retroauricular que tem um intenso suprimento sanguíneo devido à sua localização, diminuindo as chances de necrose. As vantagens do uso dos retalhos são as semelhanças nas características do tecido, a cirurgia ocorrer em estágio único, com resultados quase imediatos, tempo curto de procedimento em cirurgiões experientes, baixo risco de perda do retalho ou outras complicações, baixo custo do procedimento, resultado estético superior, além de ser facilmente reprodutível, mesmo em defeitos maiores da concha^{3,4}.

O retalho auricular posterior ilhado foi descrito por Masson, em 1972⁵, para reconstrução de defeito auricular anterior. O aporte vascular desse retalho se baseia nos ramos da artéria temporal superficial, assim como da artéria auricular posterior, minimizando risco de necrose do retalho, visto que o pedículo se encontra ao mesmo tempo no centro do retalho e no centro da área receptora. Esse retalho é baseado na confecção de um túnel através da cartilagem auricular para passagem de um retalho pós-auricular do tipo insular através de um movimento de 180° em torno do seu eixo, isto é, com um padrão de vascularização axial no qual a base do retalho é composta unicamente pelos vasos nutritivos, que é então implantado

na face anterior da aurícula de modo a cobrir o defeito. A área doadora, dessa maneira, é fechada por sutura primária, aproximando os bordos com bom resultado estético e funcional. Esse retalho apresenta como vantagens o fato de possibilitar reconstrução de grandes defeitos, ser bem vascularizado e ser considerado de primeira escolha para a reconstrução conchal devido à proximidade com o defeito⁵.

CONCLUSÃO

Lesões que acometam em particular a concha auricular com extensão para conduto auditivo externo devem ser diagnosticadas o mais precocemente possível, a fim de que o tratamento seja realizado prontamente. Caso as lesões tumorais aumentem em extensão, comprometendo maior área de tecido conchal e tecidos adjacentes, a proposta cirúrgica se tornará mais complexa, gerando um prognóstico mais reservado tanto em relação a ressecção, a reconstrução, quanto a própria evolução da doença.

Assim, o retalho auricular posterior ilhado, retalho de Masson, é uma versátil opção reconstrutiva para os defeitos de face anterior da orelha que envolvam pericôndrio e cartilagem,

possibilitando resultados estéticos e funcionais satisfatórios, com baixo percentual de complicações.

REFERÊNCIAS

1. Arnt R, Gus EI, Deos MFS. Retalho em Porta Giratória na Reconstrução do Pavilhão Auricular. *ACM Arq Catarin Med.* 2014;43(Supl 1):9-13.
2. Uribe NC, Terzian LR, Brandão CM, Bastos TC. Abordagem de tumor cutâneo no conduto auditivo externo. *Surg Cosmet Dermatol.* 2015;8(1):66-9.
3. Avelar JM. Reconstrução auricular pós-traumatismo. In: Mélega JM, editor. *Cirurgia Plástica, Fundamentos e Arte II - Cirurgia Reparadora de Cabeça e Pescoço.* São Paulo: Guanabara Koogan; 2002. p.994-1006.
4. Branco C, Subtil J, Estibeiro H, Ferreira L, Magalhães M, Olias J. Carcinoma basocelular do ouvido externo: a propósito de um caso clínico. *Rev Port ORL.* 2006;44(2):187-92.
5. Masson J. A simple island flap for reconstruction of concha-helix defects. *Br J Plast Surg.* 1972 Oct;25(4):399-403. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0007-1226\(72\)80083-3](https://doi.org/10.1016/S0007-1226(72)80083-3)

***Endereço Autor:**

Suelen Rios de Melo

Av. Paisagística, 100, Edson Queiroz, Fortaleza, CE, Brasil.

CEP: 60812-535

E-mail: suelenrios@oi.com.br