

Reconstrução de asa nasal com enxerto composto auricular. Experiência do Serviço de Cirurgia Plástica do Professor Ronaldo Pontes

LUIS ALEJANDRO VARGAS GUERRERO^{1*}



GISELA HOBSON PONTES¹

RONALDO PONTES¹

JANET JESÚS CEVALLOS MESÍAS¹

CAMILA ARAÚJO GOMES¹

CAROLINA TAKAHASHI RODRIGUES PINTO¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0178

INTRODUÇÃO

Por sua localização, o nariz é uma área particularmente susceptível ao trauma e aos tumores cutâneos não melanocíticos^{1,2}. Isto faz com que seja comum encontrar pacientes com deformidades nasais importantes que comprometem a estética facial e a função nasal. Sua posição no centro da face faz com que pequenas assimetrias, cicatrizes e irregularidades sejam facilmente perceptíveis^{1,2,3}.

Uma anatomia única com uma relação característica entre convexidades e concavidades fazem da reconstrução um procedimento desafiador, que não só deve resultar numa aparência estética satisfatória, como também, fornecer o suporte para restabelecer a permeabilidade e a função do nariz^{1,2,4}.

Uma das subunidades do nariz é a asa nasal e têm-se descrito múltiplas técnicas para sua reconstrução. Retalhos frontais, de avanço, nasolabiais e bilobados são algumas das opções para a reconstrução da asa nasal⁵. Porém, os resultados estéticos ainda não são os melhores, sendo necessário reoperar os pacientes em até 3 oportunidades para alcançar resultados estéticos aceitáveis^{2,6,7}. Dentro das alternativas cirúrgicas, o enxerto composto condrocútâneo é um dos métodos mais vantajosos, porque é possível reconstruir a cartilagem estrutural, junto com a mucosa interna e a pele no mesmo tempo cirúrgico^{2,3,4}.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é apresentar a experiência do Serviço de Cirurgia Plástica do Professor Ronaldo Pontes com o enxerto composto condrocútâneo auricular para a reconstrução de asa nasal. Serão apresentados 3 casos de pacientes em diferentes faixas etárias e com diferentes causas de deformidade de asa nasal, os quais foram realizados enxertos compostos auriculares, conseguindo resultados estéticos e funcionais favoráveis com um único procedimento.

Descrever o enxerto composto condrocútâneo auricular como uma alternativa para o tratamento dos defeitos da asa nasal.

MÉTODO

Inicialmente são examinados o defeito nasal e a orelha do paciente, sendo criado em material estéril, um molde com a forma, tamanho e contorno apropriados. A área que melhor corresponde ao contorno do defeito é identificada, sendo o enxerto muitas vezes colhido da raiz da Hélix. A área doadora é fechada primariamente com pontos simples com Nylon 5.0.

RESUMO

A asa nasal é uma subunidade estrutural do nariz com grande importância estética e funcional. As assimetrias nas asas nasais são facilmente perceptíveis gerando desconforto social para os pacientes. Além disso, o comprometimento anatômico destas estruturas também prejudica a função da valva nasal externa. Pela sua localização, o nariz é uma estrutura especialmente susceptível ao trauma e aos tumores cutâneos. Desta forma, é frequente encontrar pacientes com deformidades nesta área. As asas nasais são formadas por quatro camadas anatômicas: forro nasal, tecido conjuntivo, cartilagem e pele. Cada uma destas camadas é importante na reconstrução para evitar contraturas cicatríciais e para manter a permeabilidade nasal. Descritos pela primeira vez em 1902 por Koenig, os enxertos compostos constituem uma excelente alternativa para a reconstrução de pequenos e médios defeitos de espessura total nas asas nasais. Neste artigo apresentamos 3 pacientes, os quais foram utilizados enxertos compostos para reconstruir as asas nasais.

Descritores: Deformidades adquiridas nasais; Nariz; Reconstrução; Neoplasias nasais; Orelha externa.

Posteriormente, é realizado a liberação da asa nasal desfazendo as aderências e ressecando o tecido fibroso. Existindo uma mucosa viável é confeccionado um retalho para cobrir parte do vestíbulo. Sucessivamente, é colocado o enxerto tendo cuidado de não macerá-lo com a pinça de dissecação. É realizada a sutura do enxerto ao leito receptor com pontos simples de Nylon 6.0 na pele e Monocryl 6.0 na mucosa.

RESULTADOS

Relato dos caso

Caso 1

Paciente do sexo masculino, 4 anos, trazido pela mãe com deformidade em asa nasal esquerda associada à dificuldade para respirar, após procedimento realizado por otorrinolaringologista para tratamento de epistaxe.

No exame físico, evidenciou-se uma estenose importante do orifício nasal esquerdo, com perda parcial de asa nasal e tecido cicatricial na borda livre da mesma, retraindo os tecidos em direção cranial. A columela e o septo nasal estavam íntegros. Foi realizado um enxerto composto condrocútâneo na asa nasal esquerda com tecido proveniente da raiz da Hélix esquerda (Figura 1).

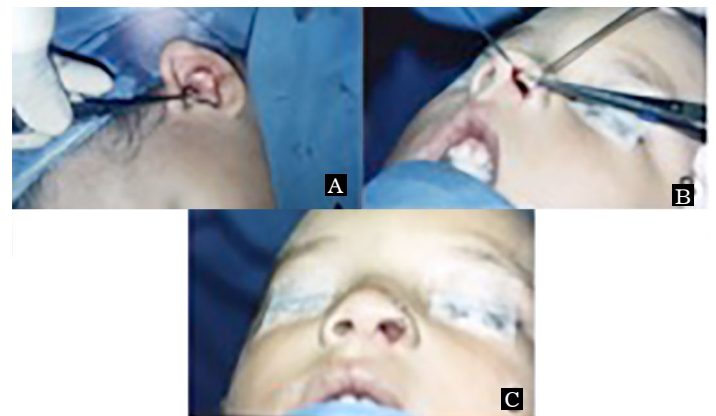


Figura 1. A. Coleta de enxerto composto da raiz da Hélix; B. Posicionamento de enxerto composto em asa nasal esquerda; C. Aspecto pós-operatório imediato.

¹ Hospital Niterói D'Or, Niterói, RJ, Brasil.

O enxerto apresentou integração total no pós-operatório, sem evidenciar áreas de sofrimento. Orelha e asa nasal cicatrizaram adequadamente sem ser necessário reabordagem do paciente. A mãe do paciente ficou satisfeita com o resultado estético e funcional da intervenção (Figura 2).



Figura 2. A. Pós-operatório tardio: vista anterior; B. Pós-operatório tardio: perfil esquerdo; C. Pós-operatório tardio: vista inferior; D. Pós-operatório 3 anos: vista anterior; E. Pós-operatório 3 anos: perfil esquerdo; F. Pós-operatório 3 anos: vista inferior.

Caso 2

Paciente do sexo masculino, 21 anos, vítima de mordedura de cachorro. Apresentava deformidade importante em ponta e asa nasal direita.

No exame físico, paciente evoluiu com perda da maior parte da asa nasal direita, com comprometimento da ponta nasal e presença de tecido de granulação. A columela exibia tecido de granulação em 50% de sua superfície. O restante estava coberto por pele. O septo nasal estava íntegro (Figura 3).



Figura 3. A. Pré-operatório: vista anterior; B. Pré-operatório: perfil direito; C. Pós-operatório tardio: vista anterior; D. Pós-operatório tardio: perfil direito.

Paciente foi submetido à reconstrução nasal com enxerto composto condrocútâneo na asa nasal direita com tecido proveniente da raiz da Hélix direita.

O enxerto se integrou adequadamente no pós-operatório sem áreas de sofrimento. Orelha e asa nasal cicatrizaram adequadamente sem ser necessário reabordagem do paciente. O paciente ficou satisfeito com o resultado estético e funcional da intervenção.

Caso 3

Paciente do sexo masculino, 69 anos, tabagista, com antecedente de exposição solar frequente e sem uso regular de protetor solar. Submetido anteriormente a múltiplos procedimentos cirúrgicos para ressecção de tumores cutâneos. Compareceu ao serviço por apresentar lesão nodular, eucrômica, elevada com telangiectasias em asa nasal direita (Figura 4A).

Paciente submetido há 10 anos à ressecção de lesão na mesma localização sem laudo histopatológico prévio. Realizada dermatoscopia de lesão que sugeriu carcinoma basocelular recidivado (Figura 4B).

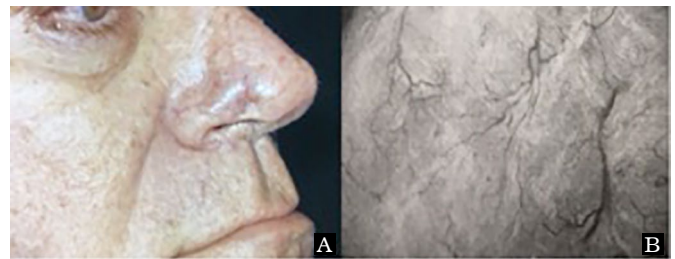


Figura 4. A. Carcinoma basocelular em asa nasal direita; B. Dermatoscopia mostrando vasos arboriformes, crisálidas e pontos marrons acinzentados.

Foi realizada ressecção do tumor da asa nasal direita através de cirurgia micrográfica de Mohs até comprovação de margens histológicas livres, ficando um defeito de cobertura triangular, de 2cm aproximadamente, com comprometimento do 80% da asa nasal direita e comprometimento da parede lateral nasal direita (Figura 5A).

Posteriormente, foi realizado um enxerto composto condrocútâneo na asa nasal direita com tecido proveniente da raiz da Hélix direita (Figuras 5B, 5C e 5D).



Figura 5. A. Defeito de espessura total após ressecção de tumor em asa nasal direita; B. Molde de acordo com o tamanho do defeito em asa nasal direita; C. Molde colocado na raiz da Hélix direita para marcação e confecção de enxerto composto; D. Enxerto composto posicionado e suturado em asa nasal direita.

A orelha cicatrizou adequadamente. Houve uma integração parcial do enxerto com sofrimento distal do mesmo. Paciente apresentou depois formação de tecido cicatricial com retração cranial da asa nasal.

Os resultados funcionais foram aceitáveis e os resultados estéticos limitados pela epidermólise distal do enxerto (Figura 6).

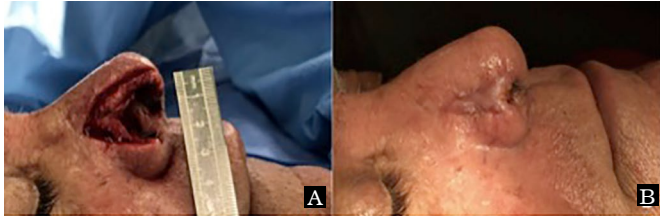


Figura 6. A. Defeito de cobertura em parede nasal direita após ressecção de carcinoma basocelular; B. Aspecto pós-operatório tardio de enxerto composto auricular em asa nasal direita.

DISCUSSÃO

Para reconstrução das asas nasais são descritas múltiplas alternativas, sendo os retalhos locais os procedimentos mais frequentemente utilizados⁸. Porém, como descrito por vários autores, a maioria dos pacientes precisa de sucessivos tempos cirúrgicos para conseguir resultados estéticos e funcionais satisfatórios⁹.

Mais recentemente surgiu o retalho livre auricular baseado nos vasos temporais superficiais para a reconstrução de grandes defeitos de asa e parede lateral nasal. Entretanto, este é um procedimento muito mais complexo, com custos elevados que requer um microcirurgião experiente⁶.

O enxerto composto auricular surge como uma alternativa para a reconstrução de defeitos da asa nasal, que gera mínima morbidade na área doadora sem comprometimento estético da orelha. É um procedimento facilmente reproduzível com bom resultado estético^{10,11}.

Deve ser colocado em uma área bem vascularizada, sendo suturado e imobilizado com cuidado. Como a literatura recomenda, o ideal é que o tamanho do enxerto seja de até 1.5cm¹⁰. No terceiro caso apresentado, o tamanho do enxerto de 2cm associado ao tabagismo, foram os motivos pelos quais o enxerto teve sofrimento distal com a deformidade já descrita como consequência.

A raiz da Hélix é uma excelente área doadora do enxerto visto que a cicatriz fica imperceptível, embora existam outras descrições na literatura com o uso da concha, rebordo da Hélix e do lóbulo da orelha em procedimentos de reconstrução de asa nasal^{12,13}.

Os enxertos compostos na asa nasal inicialmente têm uma aparência pálida ou isquêmica (Figura 5D). Progressivamente mudam para uma coloração mais azulada, durante os primeiros 3 dias, e é a partir do 5º dia, que é possível evidenciar uma coloração rosa a medida que a vasculatura melhora. Alguns autores recomendam o uso de compressas geladas nas primeiras 48 horas para diminuir as necessidades metabólicas do enxerto¹².

CONCLUSÃO

As deformidades nasais têm uma prevalência importante devido aos tumores cutâneos e aos traumatismos

frequentes nesta região. A reconstrução nasal é um desafio para os cirurgiões plásticos na atualidade, devido às características anatómicas do nariz, cor e textura da pele, revestimento vascular e o suporte cartilaginoso.

Este procedimento tem como objetivo recuperar uma aparência estética agradável, mas também recobrar sua função de fluxo e umidificação do ar. O enxerto composto auricular é uma alternativa que oferece resultados estéticos excelentes para defeitos de asa nasal menores que 1.5cm.

REFERÊNCIAS

- Chen C, Patel R, Chi J. Comprehensive algorithm for nasal ala reconstruction: utility of the auricular composite graft. *Surg J (NY)*. 2018 Apr;4(2):e55-e61. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0038-1639581>
- Son D, Kwak M, Yun S, Yeo H, Kim J, Han K. Large auricular chondrocutaneous composite graft for nasal alar and columellar reconstruction. *Arch Plast Surg*. 2012 Jul;39(4):323-8. PMID: 22872834 DOI: <https://doi.org/10.5999/aps.2012.39.4.323>
- Adams C, Ratner D. Composite and free cartilage grafting. *Dermatol Clin*. 2005 Jan;23(1):129-40. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.det.2004.08.005>
- Riley CA, Lawlor CM, Gray ML, Graham HD. Free auricular composite graft for acquired nasal stenosis. *Ochsner J*. 2016 Summer;16(2):150-3. PMID: 27303225
- Rao N, Toriumi DM. Auricular composite grafting in functional rhinoplasty. *Facial Plast Surg*. 2017 Aug;33(4):405-10. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0037-1604107>
- Shimizu F, Oatari M, Uehara M. Choice of recipient vessels for nasal ala reconstruction using a free auricular flap. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2015 Jul;68(7):907-13. PMID: 25892284 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2015.03.006>
- El Habr C, Vinelli G, Tinklepaugh A, Ciocon D. Reconstruction of an alar defect with a fusiform nasolabial turnover flap with a proximal, superiorly tapered apex. *J Craniofac Surg*. 2018 Jan;29(1):e20-e21. DOI: <https://doi.org/10.1097/SCS.00000000000003990>
- Kannan R, Reena J. Reconstruction of ala of nose with bilobed flap: a 2 year follow-up. *J Maxillofac Oral Surg*. 2011 Mar;10(1):57-9. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12663-010-0102-z>
- Levasseur JG, Mellette Junior JR. Techniques for reconstruction of perialar and perialar-nasal ala combined defects. *Dermatol Surg*. 2000 Nov;26(11):1019-23. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1524-4725.2000.0260111019.x>
- Ceratti TA, Casado Neto AS, Vittorazzi A, Barros MEPM, Farina Junior JA. Enxerto composto auricular na reconstrução da asa nasal. *Rev Bras Cir Plást*. 2012;27(4):640-3. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-51752012000400030>
- Raghavan U, Jones NS. Use of the auricular composite graft in nasal reconstruction. *J Laryngol Otol*. 2001 Nov;115(11):885-93. PMID: 11779303 DOI: <https://doi.org/10.1258/0022215011909503>
- Kim G, Jeong YI, Shim HC, et al. Auricular composite chondrocutaneous grafts in the repair of nasal alar rim defects. *Ann Dermatol*. 2014 Jun;26(3):407-8. PMID: 24966648 DOI: <https://doi.org/10.5021/ad.2014.26.3.407>
- Klinger M, Maione L, Villani F, Caviglioli F, Forcellini D, Klinger F. Reconstruction of a full-thickness alar wound using an auricular conchal composite graft. *Can J Plast Surg*. 2010 Winter;18(4):149-51. PMID: 22131845 DOI: <https://doi.org/10.1177/229255031001800409>

*Endereço Autor:

Luis Alejandro Vargas Guerrero
Rua Dom Bosco 111. Apto 203. Niterói, RJ, Brasil.
CEP 24220-390
E-mail: luisvargas15@hotmail.com