

Retalho-plastia e fechamento por segunda intenção: opção na reconstrução da orelha e conduto auditivo externo

Flap-plasty and closure by second intention: an option in the reconstruction of the ear and external auditory canal

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20181021104>

RESUMO

O câncer da pele não melanoma é o tipo de neoplasia mais comum. O carcinoma basocelular é o mais frequente dos cânceres da pele, cuja incidência aumenta constantemente implicando uma importante questão de saúde pública e financeira. Apresenta-se o caso de paciente portador de carcinoma basocelular extenso, acometendo parte do conduto auditivo externo e concha auricular, que foi tratado por associação de técnicas cirúrgicas: retalho-plastia associada ao fechamento por segunda intenção do conduto auditivo externo. Devido ao excelente resultado estético e funcional, essa técnica deve ser lembrada como opção terapêutica para lesões auriculares.

Palavras-Chave: Carcinoma basocelular; Dermatologia; Neoplasias da orelha; Orelha externa; Retalhos cirúrgicos

ABSTRACT

Non-melanoma skin cancer is the most common type of neoplasia. Basal cell carcinoma is the most common cancer of them, the incidence of which is steadily increasing, implying an important public and financial health issue. The authors present the case of a patient with an extensive basal cell carcinoma affecting part of the external auditory canal and auricular concha, treated with a combination of surgical techniques: flap-plasty associated with second intention closure of the external auditory canal. Due to the excellent aesthetic and functional outcomes, this technique should be considered as a therapeutic option for auricular lesions.

Keywords: Carcinoma, Basal cell; Dermatology; Ear neoplasms; Ear, external; Surgical flaps

INTRODUÇÃO COM REVISÃO DE LITERATURA

O câncer de pele não melanoma é o tipo de neoplasia mais comum em humanos. O carcinoma basocelular (CBC) é o mais frequente dos cânceres de pele, cuja incidência aumenta constantemente, implicando importante questão de saúde pública e financeira para diversos países.^{1,2}

Sabe-se que a exposição solar é o maior fator de risco para o CBC, enquanto a sensibilidade ao sol é o principal fator predisponente relacionado ao hospedeiro. Peles muito claras e presença de queratoses actínicas são os fatores de risco pessoais de maior relação com o desenvolvimento de CBC. Estudo sugeriu que a exposição solar em padrão intermitente está intimamente relacionada à ocorrência de CBC, e que o risco de desenvolvimento do CBC é proporcional à incidência de radiação ultravioleta (UV) na área em que o paciente residiu desde os primeiros anos de vida até os 20 anos. Não foi constatado, contudo, aumento do risco de CBC em relação à exposição cumulativa, ao contrário do que se observa nos pacientes de carcinoma espinocelular, que é outra neoplasia queratinocítica maligna.¹

Apresentamos o caso de paciente portador de CBC extenso acometendo parte do conduto auditivo externo e concha

Novas técnicas

Autores:

Lais Lopes Almeida Gomes¹
Bianca de Franco Marques Ferreira¹
Mário Chaves Loureiro do Carmo¹
Solange Cardoso Maciel Costa
Silva¹

¹ Serviço de Dermatologia, Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Correspondência para:

Lais Lopes Almeida Gomes
Av. Nelson Cardoso, 1149/310
Taquara – Rio de Janeiro-RJ – Brasil
E-mail: llag_3@hotmail.com

Data de recebimento: 13/10/2017

Data de aprovação: 17/06/2018

Trabalho realizado no Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum
Conflito de Interesses: Nenhum



auricular, cujo tratamento por associação de técnicas cirúrgicas – retalho-plastia associada ao fechamento por segunda intenção do conduto auditivo externo – resultou em excelente resultado estético e funcional.

RELATO

Paciente do sexo masculino, com 72 anos, fototipo III, procurou atendimento devido a lesão há sete meses na orelha direita. Ao exame clínico, observou-se lesão ulcerovegetante com bordas peroladas ocupando toda a concha auricular, conduto auditivo externo e parte do lóbulo da orelha (Figura 1). O paciente também referia progressiva perda auditiva ipsilateral. Após o diagnóstico clínico de CBC, optou-se pela exérese cirúrgica completa da lesão. A cirurgia foi realizada com análise histopatológica de bordas simultânea e resultou em defeito cirúrgico de grande extensão (Figura 2).

O procedimento eleito para o reparo da ferida operatória foi a confecção de um retalho de transposição cuja a área doadora foi a anteroinferior ao pavilhão auricular. O retalho foi elevado, posicionado e suturado na área cruenta completando o defeito exceto na área do conduto auditivo externo, para a qual se optou pelo fechamento por segunda intenção. A área doadora do retalho foi escolhida pela proximidade com a do defeito primário (Figura 3). O tecido transposto sofreu rotação de cerca de 90° para cobrir a área da ferida causada pela ressecção do tumor, e foi suturado com fio de náilon 4-0 (Figura 4). Cuidadosa medida do retalho em largura e altura foi feita para certificação de que o extenso defeito seria totalmente coberto. No defeito secundário operatório foi feito fechamento primário por meio de sutura simples com fio de náilon 4-0 para reduzir a tensão.



FIGURA 1: Carcinoma basocelular no pré-operatório

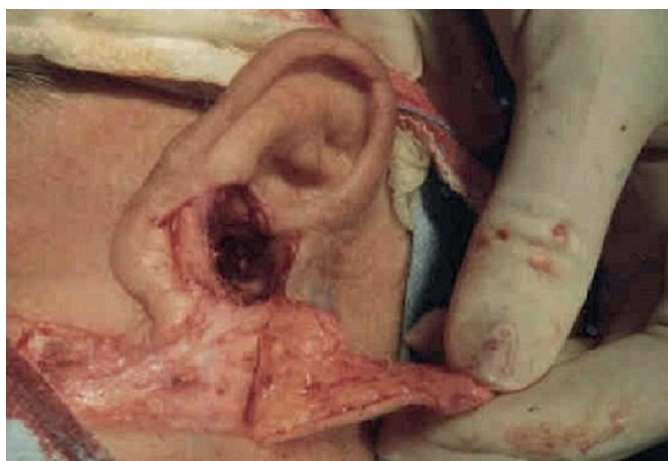


FIGURA 3: Área doadora



FIGURA 2:
Defeito primário



FIGURA 4: Pós-operatório imediato

RESULTADOS

No período pós-operatório, o paciente tratou a ferida com higiene e curativo diários e não apresentou intercorrências. Realizou-se a aplicação, em duas sessões, de ácido tricloroacético a 50% na cicatriz cirúrgica (Figura 5) objetivando melhor resultado estético (Figura 6). Após três semanas, o paciente foi avaliado pelo serviço de otorrinolaringologia, que confirmou a boa cicatrização da área do conduto auditivo externo por segunda intenção.



FIGURA 5: Aplicação de ácido tricloroacético na cicatriz cirúrgica após 6 semanas



FIGURA 6: Cicatriz após 13 semanas

DISCUSSÃO

O CBC representa cerca de 90% das lesões cutâneas malignas da região da cabeça e pescoço sendo, dessa forma, o tipo mais comum de carcinoma da orelha. A maior parte ocorre na hélice e na área periauricular, que são especialmente susceptíveis à exposição solar.^{2,3} No entanto, 15% deles surgem no conduto auditivo externo.² A variante mais comum de CBC nessa área é a nódulo-ulcerativa, representada por pápula levemente eritematosa, descamativa, por vezes pigmentada, circundada por rede de capilares, com borda perolada, podendo apresentar úlcera central. Embora metástases sejam extremamente raras, o caráter invasivo do tumor pode causar dano extenso local pela infiltração da cartilagem.²

Devido à ampla exposição, em função de sua localização, a orelha é susceptível aos efeitos da radiação UV e, consequentemente, a lesões cutâneas neoplásicas e pré-neoplásicas. Além disso, a orelha possui a função de transmissão de sons e participa da estética facial. Dependendo do local acometido, lesões da orelha externa podem ser facilmente percebidas pelo próprio paciente ou por amigos e parentes, levando à rápida procura de atendimento médico.^{2,3} Quando, entretanto, as lesões ocorrem em áreas menos expostas, como no caso apresentado, a procura do dermatologista pode ser postergada, culminando na evolução da lesão ao longo do tempo. Tal fato é agravado nos casos de tumores malignos devido a seu potencial invasivo associado à pouca espessura da pele nessa área em comparação com sua espessura em outras regiões.²

É importante ressaltar que o médico deve sempre realizar o exame completo do corpo do paciente após o diagnóstico do primeiro CBC devido à alta frequência de CBCs sincrônicos. Estudos de seguimento demonstraram que o surgimento de um novo câncer de pele ocorre em aproximadamente metade dos pacientes no intervalo de cinco anos.^{3,4}

A orelha externa consiste no conduto auditivo externo e no pavilhão auricular (Figura 7). Ambos são formados por cartilagem elástica recoberta por pele, conectados ao pericôndrio e pobremente vascularizados. A epiderme de sua parte côncava está sobre uma fina camada de derme e subcutâneo que é for-

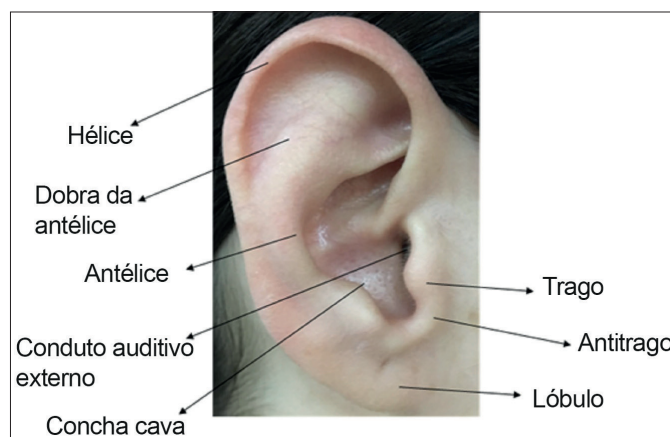


FIGURA 7: Anatomia da orelha

temente ligada à cartilagem do pavilhão, em contraste com o segmento convexo da orelha externa que está sobre uma espessa camada gordurosa de subcutâneo gerando maior frouxidão e mobilidade em comparação com a parte côncava.²

A reconstrução da orelha pode ser um desafio devido a sua complexa topografia. Distorções pós-cirúrgicas da orelha e assimetrias podem afetar a estética facial do paciente. Diversas opções de reconstrução do pavilhão auricular estão disponíveis e devem ser individualizadas de acordo com a área acometida e a experiência do cirurgião.⁵ Dentre as opções reconstrução auricular ressaltamos os retalhos que também podem ser, além da transposição, do tipo rotação, avançamento e interpolação. Ressalta-se que a despeito das alternativas de reconstruções complexas primárias, o fechamento por reepitelização secundária também é uma opção³ a ser usada nas áreas côncavas.

Em relação às reconstruções primárias de orelha, os retalhos são indicados para a cobertura de defeitos primário em hélice, lóbulo, anti-hélice e cavum. Destacamos os retalhos de transposição pré ou retroauriculares nesses casos. Deve-se lembrar que a pele transposta não pode ser excessivamente fina, devido ao risco de gerar necrose, nem tampouco excessivamente espessa, o que causaria cicatriz elevada.^{5,6}

CONCLUSÃO

A reconstrução de defeitos cirúrgicos auriculares com transposição de retalho pré-auricular com fechamento primário associada ao fechamento por segunda intenção de parte do conduto auditivo externo mostrou-se técnica cirúrgica viável e eficaz, e que não apresentou complicações no pós-operatório imediato e tardio. Devido ao excelente resultado estético e funcional, essa técnica deve ser lembrada como opção terapêutica para lesões auriculares. ●

REFERÊNCIAS

1. Kricker A, Weber M, Sitas F, Banks E, Rahman B, Goumas C, et al. Early Life UV and Risk of Basal and Squamous Cell Carcinoma in New South Wales, Australia. *Photochemistry And Photobiology*. Epub 2017 Jul 15.
2. Sand M, Sand D, Brors D, Altmeyer P, Mann B, Bechara FG. Cutaneous lesions of the external ear. *Head & Face Medicine Springer Nature*. 2008 Feb 8; 4 (1):1-2.
3. Reddy LV, Zide MF. Reconstruction of skin cancer defects of the auricle. *J Oral Maxillofac Surg*. 2004;62(12):1457-71.
4. Smedinga H, Verkouteren JAC, Steyerberg EW, Hofman A, Nijsten T, Vergouwe Y. Occurrence of metachronous basal cell carcinomas: a prognostic model. *Br J Dermatol*. Epub 2017 Jun 30.
5. Cerci FB. Staged retroauricular flap for helical reconstruction after Mohs micrographic surgery. *An Bras Dermatol*. 2016; 91 5 Suppl 1:S144-7.
6. Burnett M E, Hibler BP, Wang SQ. Reconstruction of a Lower Conchal Bowl Defect. *Dermatol Surg*. 2016 ;42(10):1209-12.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Laís Lopes Almeida Gomes |  ORCID 0000-0001-5396-4362

Participação no procedimento, acompanhamento do paciente no pós-operatório, revisão da literatura, escrita do manuscrito, fotografias do procedimento e evolução

Bianca de Franco |  ORCID 0000-0001-5997-4246

Participação no procedimento, acompanhamento do paciente no pós-operatório, revisão da literatura, revisão do manuscrito, fotografias do procedimento e evolução

Mário Chaves |  ORCID 0000-0003-2943-0322

Participação no procedimento e acompanhamento do paciente

Solange Maciel |  ORCID 0000-0003-0812-908X

Idealizadora da técnica, realizadora do procedimento