



SBD
Sociedade Brasileira de
Cirurgia Dermatológica

Surgical & Cosmetic Dermatology



www.surgicalcosmetic.org.br/

Retalho de interpolação na face posterior da orelha

Interpolation flap on the posterior surface of the ear

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.2024160304>

RESUMO

A região posterior da orelha é um local incomum de câncer de pele. Ela tem características anatômicas e cutâneas que dificultam a reconstrução local por meio de técnicas cirúrgicas habituais. Apresentamos um caso de reconstrução de um defeito em face posterior de orelha, secundário à exérese de um carcinoma basoescamoso, utilizando-se um retalho de interpolação.

Palavras-chave: Carcinoma Basoescamoso; Orelha; Retalhos Cirúrgicos

ABSTRACT

The posterior surface of the ear is an uncommon site for skin cancer. It has anatomical and cutaneous characteristics that make local reconstruction difficult using standard surgical techniques. We present a case of reconstruction of a defect on the posterior surface of the ear secondary to excision of a basosquamous carcinoma, using an interpolation flap.

Keywords: Carcinoma, Basosquamous; Ear; Surgical Flaps

Relato de Caso

Autores:

Gabriele Harumi Seko¹
Eldislei Mioto¹
Jéssica Pagan Faria¹
Rogerio Nabor Kondo¹

¹ Universidade Estadual de Londrina, Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário, Londrina (PR), Brasil.

Correspondência:

Gabriele Harumi Seko
E-mail: gabrieleseko@gmail.com /
gabrieleh.seko@uel.br

Fonte de financiamento: Nenhuma.

Conflito de interesses: Nenhum.

Data de Submissão: 19/09/2023

Decisão Final: 22/10/2023

Como citar este artigo:

Seko GH, Mioto E, Faria JP, Kondo RN. Retalho de interpolação na face posterior da orelha. *Surg Cosmet Dermatol.* 2023;15:e20230304.



INTRODUÇÃO

A pele é o órgão mais acometido por câncer, que ocorre em locais de maior exposição solar, como a face e região cervical.¹ Dependendo do tamanho do tumor e de sua localização, há necessidade de confecção de enxerto ou de retalho para realizar a reconstrução do defeito resultante da excisão.²

A região posterior da orelha tem curvas e relevos, com pele de pouca mobilidade para a realização de um simples retalho, e é de difícil fixação de curativos compressivos no caso de execução de enxertos, podendo tornar desafiadora a reconstrução da região sem ocasionar distorções anatômicas.³

O retalho de interpolação (RI) consiste na utilização de tecido de uma área não imediatamente adjacente ao defeito, com a manutenção de um pedículo vascular para suprir o retalho até que uma neovascularização se estabeleça entre o retalho e o leito receptor, e somente após a integração dessas duas áreas (receptora e retalho), o pedículo é seccionado.⁴

Relatamos a reconstrução de um defeito em região posterior de orelha, após a excisão de um carcinoma basoescamoso, na qual utilizamos um RI, com bons resultados estético e funcional.

MÉTODO

Foi tratado um paciente com carcinoma basoescamoso em região posterior de orelha esquerda:

Paciente masculino, 83 anos, apresentava placa vegetante eritematosa em face posterior de orelha esquerda, medindo 37 x 23mm, cuja biópsia incisional confirmou um carcinoma basoescamoso, que foi submetido à excisão cirúrgica, com margens de 4mm, com defeito resultante de 41 x 27mm (Figura 1A). Optou-se pela reconstrução com RI.

Descrição da técnica:

- Paciente em decúbito dorsal horizontal;
- Marcação com azul de metileno ou caneta cirúrgica da lesão com margem de 4mm (Figura 1A). Marcação da área doadora que se inicia na região retroauricular, na margem

inferior e paralelamente ao defeito, estendendo-se em direção caudal pela região cervical posterior até 2cm abaixo do lóbulo de orelha (Figura 1B);

- Antissepsia com polivinil-iodina 10% tópico;

Colocação de campos cirúrgicos:

- Anestesia infiltrativa com lidocaína 2% com vasoconstritor;
- Incisão com lâmina 15 da lesão e exérese em bloco da peça até o subcutâneo;
- Hemostasia;
- Incisão do retalho, conforme marcação prévia. Descolamento do retalho e seu posicionamento e sutura no local do defeito, mantendo-se o pedículo vascular (Figura 2);
- Descolamento das bordas da região doadora com tesoura Metzenbaum curva;
- Sutura primária da região doadora (Figuras 2 e 3);
- Após três semanas (Figura 4), secção e reposicionamento do pedículo (Figura 5).

RESULTADOS

O paciente apresentou uma boa integração entre o retalho e a área receptora no pós-operatório. A figura 6 compara as imagens do pré-operatório e após duas semanas da segunda etapa de cirurgia.

DISCUSSÃO

Grandes feridas cirúrgicas resultantes de excisões de neoplasias cutâneas da região auricular tornam-se desafiadoras para o cirurgião dermatológico.³ Resultados satisfatórios dependem da técnica utilizada e do treinamento para executá-la, além das condições de saúde do paciente.⁴

A região posterior de orelha é um local incomum de câncer de pele, geralmente servindo mais como uma área doadora pelo fato de ser menos fotoexposta.⁵ Para a reconstrução desse local, um retalho ideal deve ser fino e flexível, combinar a cor da área receptora e não apresentar uma cicatriz evidente no local doador.⁶



FIGURA 1:
A - Placa vegetante, eritematosa, em face posterior de orelha esquerda.
B - Desenho do retalho

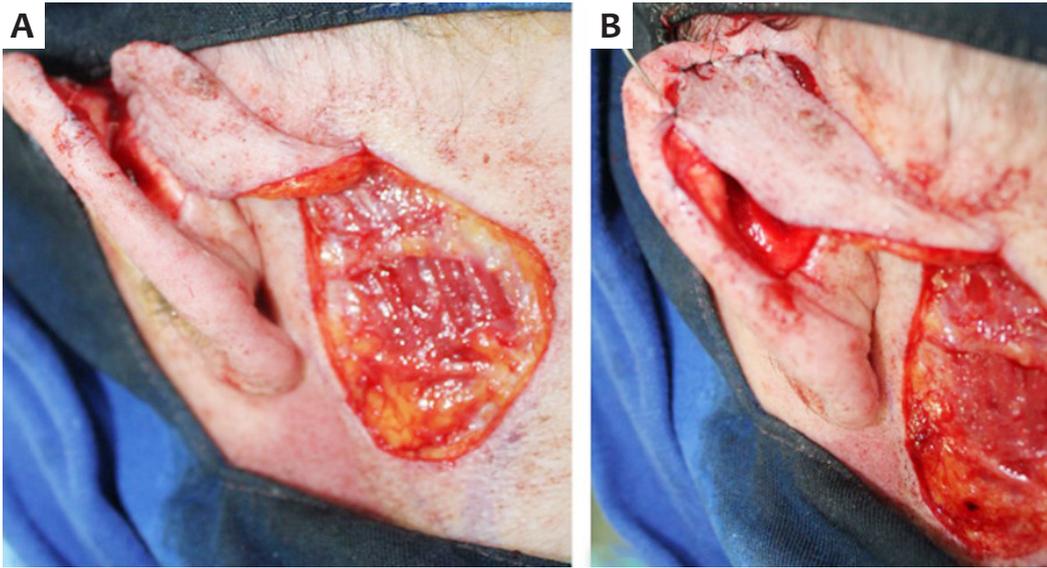


FIGURA 2:
A - Retalho descolado e movimentado para o defeito.
B - Retalho com os primeiros pontos

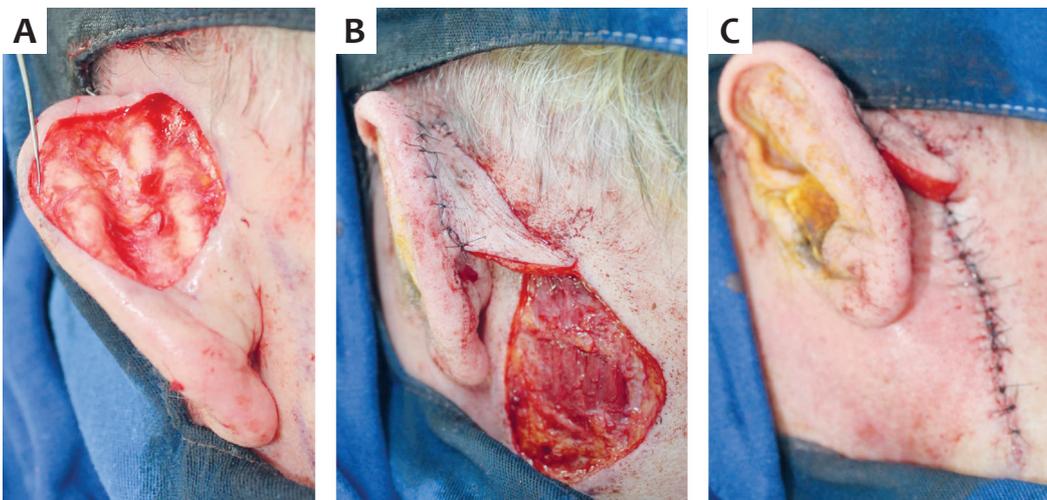


FIGURA 3: A - Defeito após a excisão da lesão.
B - Posicionamento do retalho na área receptora.
C - Área doadora suturada

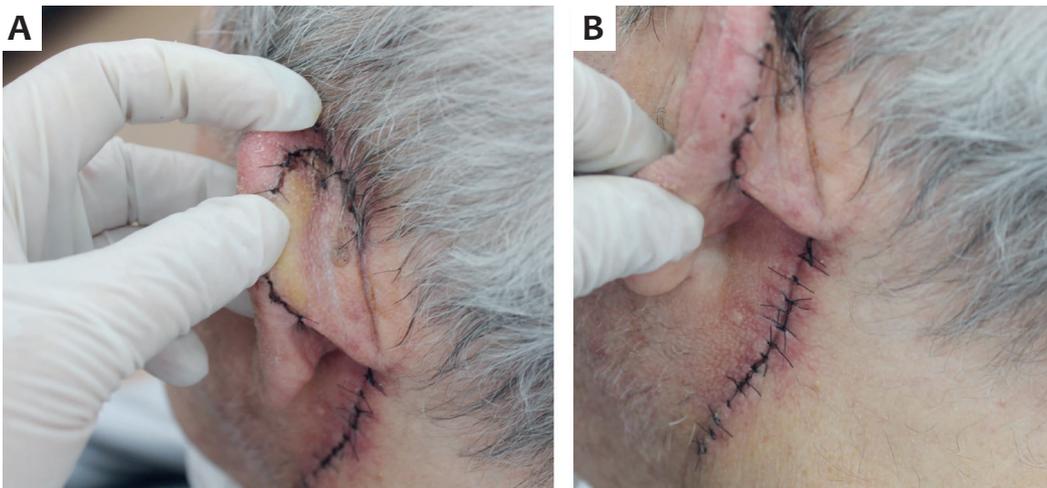


FIGURA 4: A - Três semanas após a cirurgia. Boa integridade das áreas receptora e doadora.
B - Detalhe do pedículo

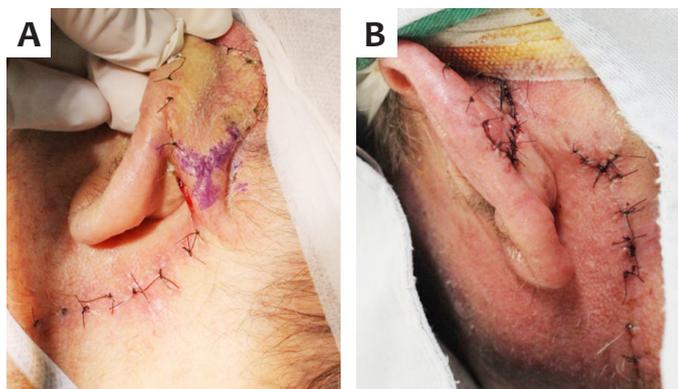


FIGURA 5: A - Antes da secção do pedículo. B - Após secção do pedículo e reposicionamento na área doadora

Embora retalhos espessos possam ocasionar o *trapdoor* (retalho em alçapão), que é a elevação no local receptor, o importante é manter, no resultado final, a funcionalidade da orelha, que serve de sustentação para óculos e aparelhos auditivos.⁷

O RI utiliza tecido de uma área não contígua ao defeito, mantendo um pedículo vascular para suprir o retalho até que uma neovascularização ocorra entre o retalho e o leito receptor. A desvantagem é requerer uma segunda etapa, após três semanas, quando o pedículo será seccionado após a integração das duas

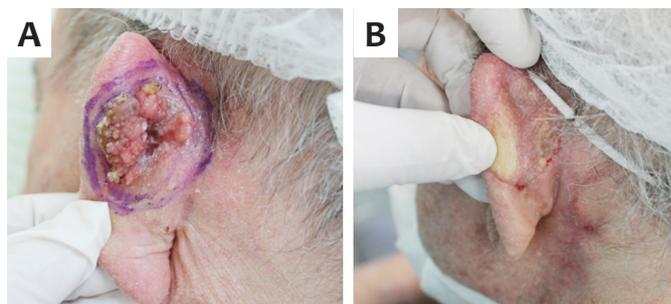


FIGURA 6: A - Pré-operatório. B - Duas semanas após secção e reposicionamento do pedículo

áreas (receptora e retalho).⁴ Nosso paciente teve uma boa evolução, mantendo a flexibilidade da orelha, sem *trapdoor* (retalho em alçapão), preservando a anatomia e a funcionalidade locais (apoio dos óculos, do aparelho auditivo e da máscara de proteção), com a cicatriz oculta na região cervical posterior.

CONCLUSÃO

O RI é uma boa opção para a reconstrução de defeitos na região posterior da orelha, com bons resultados estético e funcional. ●

REFERÊNCIAS:

1. Kondo RN, Maia GB, Bertoncini LA, Silva ST. Retalho em caracol como uma opção de reconstrução de defeito nasal: uma série de dois casos. *Surg Cosmet Dermatol.* 2021;13:1-5.
2. Kondo RN, Cestari AI, Soares BM, Scalone FDM, Yabar SIA. Pinwheel flap as na option to reconstruct a nasal defect: a series of two cases. *Dermatol Arch.* 2021;5(1):122-126.
3. Bittner GC, Kubo EM, Fantini BC, Cerci FB. Reconstrução auricular após cirurgia micrográfica de Mohs: análise de 101 casos. *An Bras Dermatol.* 2021;96(4):408-415.
4. Pavezzi PD, Kondo RN, Pontello Jr R, Lena CP, Kippert JP. Interpolation flap for closing a surgical defect in the cauda helicis. *Surg Cosmet Dermatol.* 2017;9(4):334-7.
5. Gómez Díaz OJ, Cruz Sánchez MD. Anatomical and clinical study of the posterior auricular artery angiosome: in search of a rescue tool for ear reconstruction. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2016;4(12):e1165.
6. Zhang YZ, Li YL, Yang C, Fang S, Fan H, Xing X. Reconstruction of the postauricular defects using retroauricular artery perforator-based island flaps: anatomical study and clinical report. *Medicine (Baltimore).* 2016;95(37):e4853.
7. McInerney NM, Piggott RP, Regan PJ. The trap door flap: a reliable, reproducible method of anterior pinna reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2013;66:1360-1364.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Gabriele Harumi Seko  ORCID 0000-0001-6661-4070

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Eldislei Mioto  ORCID 0000-0001-5376-9292

Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Jéssica Pagan Faria  ORCID 0000-0001-8727-2348

Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura.

Rogério Nabor Kondo  ORCID 0000-0003-1848-3314

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura.