Novas técnicas

Reconstrução de defeito condrocutâneo auricular usando fibra de silicone

Reconstruction of the ear using silicone fiber

Autores:
Ivander Bastazini Júnior[1]
Ana Luiza Grizzo Peres Martins[2]

[1] Preceptor chefe da Cirurgia Dermatológica do Instituto Lauro de Souza Lima – São Paulo (SP), Brasil.
[2] Residente do Instituto Lauro de Souza Lima – São Paulo (SP), Brasil.

Correspondência para:
Dr. Ivander Bastazini Júnior
R. Guilherme de Almeida, 649 – Bauru
17044-430 – São Paulo – SP
E-mail: bastazinijr@hotmail.com

RESUMO

Reconstruções do pavilhão auricular são complexas, principalmente quando há perda do suporte cartilaginoso. Relata-se caso de correção de defeito condrocutâneo após exérese de carcinoma basocelular no terço superior do pavilhão auricular, utilizando fibra de silicone com o objetivo de moldagem e sustentação da orelha. Demonstra-se opção do uso de enxertos de cartilagem ou compostos no pavilhão auricular.

Palavras-chave: cartilagem da orelha; cirurgia plástica; deformidades adquiridas da orelha; orelha; próteses e implantes.

ABSTRACT

Reconstructions of the auricular pavilion are complex, especially when there is a loss of cartilaginous support. A case of chondrocutaneous defect reconstruction, after the exeresis of a basal cell carcinoma in the upper third of the auricular pavilion, is reported. Silicone fiber was used to model and provide support for the ear. The technique of using cartilage or compound grafts in the auricular pavilion is described.

Keywords: *ear cartilage; surgery, plastic; ear derformities, acquired; ear; prostheses and implants.*

INTRODUÇÃO

Reconstruções do pavilhão auricular são em geral complexas devido à peculiaridade de sua anatomia. Deformações congênitas e adquiridas estimulam há séculos o surgimento de novas técnicas. Devido aos riscos e à complexidade de obtenção de enxertos cartilaginosos, nas décadas de 1960 e 1970, moldes auriculares de materiais sintéticos (silicone, polietileno, malha de náilon, teflon, entre outros) foram utilizados.[1] Relata-se caso de utilização de fibra de silicone usada em cirurgias ortopédicas com o objetivo de moldagem e sustentação temporária do terço superior de orelha.

MÉTODOS

Paciente do sexo feminino, 68 anos, hígida, apresentava placa infiltrada e aderida a plano cartilaginoso no terço superior da hélix E com 1,5cm, com diagnóstico de carcinoma basocelular (Figura 1). Foi submetida a exérese da lesão e da estrutura cartilaginosa correspondente, poupando apenas a face posterior do pavilhão auricular (Figura 2), que perdeu totalmente seu suporte. Devido ao tamanho do defeito e objetivando a manutenção da curvatura original e a criação de suporte para a reconstrução, optou-se pela utilização de fibra flexível de silicone utilizada em cirurgias ortopédicas – (Espaçador de tendão oval medicone - Cachoeirinha-RS) (Figura 3). Após a adaptação dessa fibra às bordas do defeito cirúrgico, recobriu-se a área com amplo retalho de transposição

Recebido em: 27/02/2011
Aprovado em: 18/06/2011

Trabalho realizado no Instituto Lauro de Souza Lima – São Paulo (SP), Brasil.

Conflitos de interesse: Nenhum
Suporte financeiro: Nenhum

Figura 1 - Pré-operatório

Figura 2 - Intraoperatório após retirada da cartilagem do terço superior da orelha

Figura 3 - Adaptação da fibra de silicone

Figura 4 - Retalho de transposição pré-auricular

Figura 5 - Pré-operatório do segundo tempo cirúrgico e deiscência com exposição do implante

proveniente da região pré-auricular (Figuras 4 e 5). A separação do retalho ocorreu num segundo tempo cirúrgico, quatro semanas depois, verificando-se pequena deiscência na lateral, onde se visualizava o implante (Figuras 6 e 7). Evoluiu com infecção no local da deiscência, não responsiva à antibioticoterapia tópica e sistêmica, ocorrendo a extrusão da porção proximal da fibra que foi então retirada depois de oito semanas com resolução da infecção e resultado estético satisfatório (Figura 8).

DISCUSSÃO

Os defeitos do pavilhão auricular podem ser divididos didaticamente quanto à localização (terço superior, médio e inferior) e à espessura total (perda da cartilagem) ou parcial (apenas a pele).[1] Inúmeras técnicas de reconstrução já foram descritas, havendo, para cada área, retalhos ou enxertos mais adequados e que produzem bons resultados estéticos.[1,2]

Pequenos defeitos condrocutâneos podem ser resolvidos com sutura borda a borda,[1,3] mas os grandes defeitos de espessura total têm sua reparação dificultada pela falta de sustentação cartilaginosa. Quando não afetam o contorno do pavilhão, cicatrização por segunda intenção para lesões pequenas ou enxerto simples para as maiores garante excelente resultado à reconstrução.[2] Nos casos de afetação de sustentação e contorno, técnicas complexas envolvendo enxertos compostos ou de

Figura 6 - Pós-operatório imediato

Figura 7 - Pós-operatório tardio com infecção

Figura 8 - Pós-operatório tardio após retirada da fibra e resolução da infecção

cartilagem (costal, pavilhão auricular contra e até ipsilateral) recobertos por retalhos locais são necessárias.

Os enxertos compostos, retirados da orelha contralateral, são úteis para defeitos de até 1,5cm. O risco de necrose do enxerto e as sequelas na orelha doadora, entretanto, costumam diminuir sua aceitação e aplicabilidade.[1,2] A cartilagem costal foi inicialmente utilizada para a reconstrução de deformações congênitas do pavilhão auricular,[1] fornecendo blocos de cartilagem que devem ser moldados conforme a necessidade. As técnicas para sua obtenção exigem experiência, e complicações como dor residual crônica e pneumotórax podem ocorrer [1,3]

Atualmente, a cartilagem auricular contralateral é a mais utilizada para reconstruções de lesões adquiridas de espessura total, pois possibilita suporte mais delicado e flexível, além de retirada mais simples e cicatriz residual discreta.[1,2]

Na tentativa de evitar incisões amplas em ambas as orelhas e com base em relatos recentes da literatura,[3] optou-se pela utilização de fibra fina e flexível de silicone utilizada para reconstrução de tendão em cirurgias de mão.[4] Esse material gera pouca resposta inflamatória e permitiu suporte e manutenção do contorno do pavilhão auricular, possibilitando a cobertura de todo o defeito e da própria fibra por retalho de transposição pré-auricular que proporcionou ótimo resultado estético.

Os principais riscos com a utilização de materiais sintéticos são infecção e a extrusão do produto,[1,2] o que historicamente levou a seu desuso.[1] No caso em questão acabou acontecendo após dois meses, devido provavelmente à deiscência ocorrida na sutura do retalho. Após esse período, mesmo com a retirada do implante, a fibrose gerada no local proveniente da cicatrização do retalho sobre a face posterior da orelha foi suficiente para manter o suporte e o contorno do pavilhão auricular.

Demonstra-se possível opção ao uso de enxertos de cartilagem ou compostos no pavilhão auricular. ●

REFERÊNCIAS

1. Brent B. Recontrucción de la oreja. In: MacCarthy JG, Cirurgía plástica- La Cara. Montevideo: Editora Medica Panamericana; 1990. p 1197-1254.
2. Mellete, JR. Reconstruction of the Ear. In: Lask GP, Moy RL, Principles and Techniques of cutaneous surgery. New York. McGraw Hill; 1996. p 363-80.
3. Cardoso JC, Vieira R, Freitas JD, Figueiredo A. Reconstruction of a chondrocutaneous auricular defect using a kirschner wire. Dermatol Surg 2009; 35(6): 1001-04
4. Tarar B. Flexor tendor Injury. In: Boyer, Taras, Kaufman, Green`s Operative Hand Surgery- fifth edition. New York: Elsevier; 2005. p 258-9.