

# Reconstrução da região superior da hélice

*Reconstruction of the superior helix*

## RESUMO

A orelha é uma estrutura anatômica complexa que pode ser dividida em diferentes subunidades, cada qual com suas particularidades. Certamente, não há uma única técnica cirúrgica que seja efetiva nas mais variadas situações. Dessa forma, é necessário conhecer diferentes técnicas reconstrutivas aplicadas a cada uma das sub-unidades da orelha, com o objetivo de alcançar resultados estéticos satisfatórios. A seguir descrevemos detalhadamente o retalho de avanço na região superior da hélice, para a reconstrução de defeitos cirúrgicos.

**Palavras-chave:** cirurgia de Mohs; reconstrução; neoplasias da orelha; orelha; retalhos cirúrgicos.

## ABSTRACT

The ear is a complex anatomical structure in which each subunit has unique characteristics. No single reconstruction technique could work in all situations; therefore, knowing different ways to reconstruct surgical defects in each one of these subunits is essential to achieving the best cosmetic results. We report here a detailed explanation of a superior helical advancement flap designated to repairs of the upper helical rim.

**Keywords:** Mohs surgery; reconstruction; ear neoplasms; ear; surgical flaps.

## INTRODUÇÃO

A orelha possui estrutura anatômica complexa, onde cada sub-unidade tem características específicas. Certamente não há uma única técnica cirúrgica que seja efetiva nas mais variadas situações. Dessa forma, faz-se necessário conhecer diferentes técnicas reconstrutivas, aplicadas a cada uma das sub-unidades da orelha, para que se alcancem resultados estéticos satisfatórios. O presente trabalho descreve detalhadamente o retalho de de avanço da região superior da hélice, para a reconstrução de defeitos cirúrgicos daquela região.

## Novas Técnicas

### Autores:

Guilherme Augusto Gadens<sup>1</sup>  
Paulo Rodrigo Pacola<sup>2</sup>  
Arash Kimyai-Asadi<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Assistente do Serviço de Dermatologia da Universidade de Mogi das Cruzes (UMC) – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>2</sup> Anatomopatologista do Laboratório de Anatomia Patológica CIPAX – São José dos Campos (SP), Brasil.

<sup>3</sup> Mohs Surgeon, DermSurgery Associates, Houston- (Texas), EUA.

### Correspondência para:

Dr. Guilherme Augusto Gadens  
Rua Bruno Filgueira, 2170 / 132  
80730-380 – Curitiba – PR  
E-mail: guigadens@yahoo.com.br

Data de recebimento: 10/01/2013

Data de aprovação: 21/05/2013

Trabalho realizado pela DermSurgery Associates, Houston (Texas), EUA.

Suporte Financeiro: Nenhum  
Conflito de Interesses: Nenhum

**Descrição de caso:**

Um paciente caucasiano, de 55 anos de idade, fototipo II de Fitzpatrick, apresentou-se à consulta com pápula medindo 1,0 cm X 0,7 cm, localizada na região superior da hélice da orelha esquerda. A lesão havia sido biópsiada anteriormente por solicitação do clínico geral, com exame histopatológico confirmando o diagnóstico de carcinoma basocelular (CBC). Após anestesia local com lidocaína a 0,5% e epinefrina a 1:200.000, realizou-se cirurgia micrográfica de Mohs, com exeresé do CBC realizada após 2 estágios. O tamanho do defeito cirúrgico final foi de 2,0 cm X 1,2 cm (Figura 1).

O retalho de avanço região superior da hélice inicia-se com uma incisão que vai da porção anterior do defeito até a borda superior do tragus. Mais precisamente, essa incisão é realizada paralelamente à margem inferior da hélice, da qual mantém distância de 1 mm e quando atinge a sua extremidade final, realiza-se um “back-cut”, permitindo que a pele da região pré-auricular avance livremente (Figura 2A). É importante notar que se a incisão for realizada na parte interna do sulco da hélice, a sutura será consideravelmente dificultada em estágios posteriores do procedimento.

A seguir, o retalho é totalmente descolado até o sulco retro-auricular e um triângulo de Burow é retirado da parte posterior da orelha (Figuras 2B e 2C). A sutura inicial do retalho o conduz à posição correta (Figura 2D). Em seguida, a porção restante é suturada com fio de nylon 50, iniciando-se pela hélice e seguindo-se inferiormente até alcançar a região pré-auricular (Figura 3A e B).

**RESULTADOS**

As suturas foram retiradas após 7 dias, quando não foram notadas distorções anatômicas. O formato convexo e arredondado e o tamanho da orelha forma mantidos. Não houve ocorrência de cicatriz em alçaço. O paciente e os médicos ficaram satisfeitos com o resultado cosmético (Figura 4A e B).

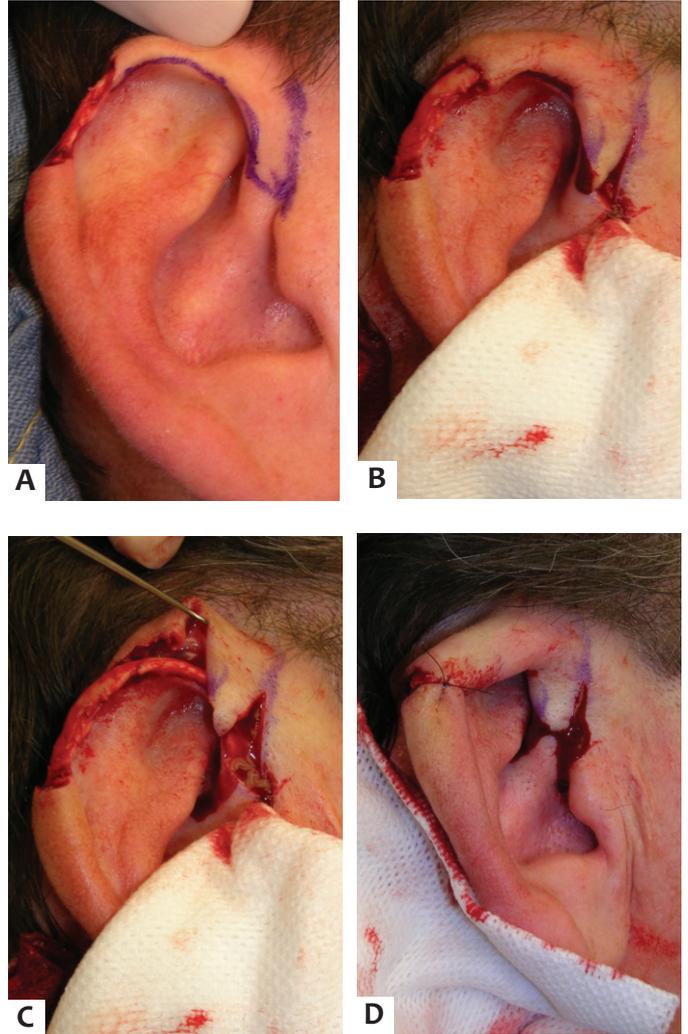


FIGURA 2: A: Aplainando o retalho; B: Detalhe da incisão; C: O retalho é descolado; D: Sutura inicial do retalho.



FIGURA 1: Defeito cirúrgico final

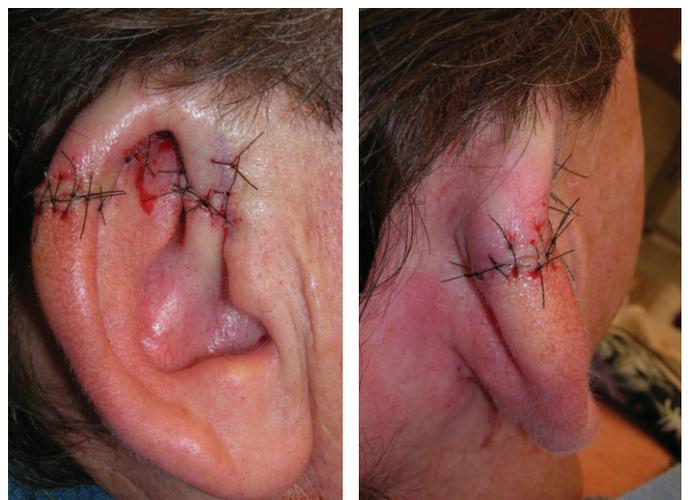


FIGURA 3: Retalho suturado na posição final.



FIGURA 4: Resultado pós-operatório 7 dias depois.

## DISCUSSÃO

O reparo da região superior da hélice geralmente requer a utilização de retalhos ou enxertos para que o formato arredondado da orelha seja mantido. Suturas diretas geralmente resultam em distorção da anatomia local, com estreitamento e irregularidades no contorno da hélice. A cicatrização por segunda intenção levaria a um resultado inadequado devido à convexidade da região. Consequentemente, um grande número de diferentes técnicas tem sido proposto para realizar o reparo dessa região. A ressecção em cunha da lesão, combinada com sutura primária resultaria no encurtamento e na perda do contorno da orelha, com manipulação e perdas desnecessárias de cartilagem.<sup>1</sup> Enxertos de espessura total geralmente não são apropriados para essa região por causa de seu formato convexo e pouca espessura, o que torna difícil a aplicação dos curativos de pressão que facilitam a embebição. Esta dificuldade aumentaria a probabilidade de necrose (que já é grande, desde que o enxerto estaria

posicionado diretamente sobre a cartilagem). Um retalho bilobado foi recentemente utilizado<sup>2</sup> para reconstruir essa região, com bons resultados estéticos. Na opinião dos autores, porém, a execução do retalho descrito no presente trabalho é consideravelmente mais fácil e rápida, atingindo melhores resultados estéticos desde que a maior parte da incisão é localizada de fato muito próxima e na mesma direção de uma dobra natural da orelha. Retalhos de transposição (da região pré-auricular ou do sulco retro-auricular) são igualmente opções, porém, ao contrário do que ocorre na presente técnica, há maior risco de necrose distal do retalho e a pele preservada da hélice proximal não é aproveitada. O retalho de interpolação<sup>3</sup> possui a desvantagem de necessitar de dois estágios operatórios – o que não vai de encontro à maioria das necessidades atuais dos pacientes – além de levar a resultados estéticos possivelmente decepcionantes. Há também a técnica tradicional de retalho de avanço da hélice<sup>4</sup> (que pode ser também um retalho condrocútâneo, se necessário), que proporciona excelentes resultados quando utilizado para reparar a hélice lateral, porém não oferece a mesma qualidade quando aplicado a defeitos localizados no seu terço superior. Ainda há inúmeras outras técnicas<sup>5</sup> que podem ser utilizadas de acordo com a preferência de cada cirurgião.

O mecanismo do retalho de avanço da região superior da hélice descrito no presente estudo possui inúmeras similaridades com a técnica tradicional de retalho de avanço da hélice. A diferença mais importante é que o retalho superior utiliza a pele pré-auricular disponível, avançando, dessa forma, de uma região mais próxima da parte superior do defeito, ao passo que a técnica tradicional utiliza a pele disponível no lóbulo auricular.

## CONCLUSÃO

O retalho de avanço da hélice superior é uma técnica excelente para a reconstrução cirúrgica de defeitos de 1,0 cm a 2,5 cm na hélice superior, desde que a cartilagem seja preservada. É uma técnica simples de ser executada e a sua característica mais importante é proporcionar excelentes resultados estéticos. ●

## REFERÊNCIAS

1. Radonich MA, Zaher M, Bisaccia E, Scarborough D. Auricular reconstruction of helical rim defects: wedge resection revisited. *Dermatol Surg.* 2002;28(1):62-5.
2. Vergilis-Kalner IJ, Goldberg LH. Bilobed flap for reconstruction of defects of the helical rim and posterior ear. *Dermatol Online J.* 2010; 16(10):9.
3. Nguyen TH. Staged Cheek-to-Nose and Auricular Interpolation Flaps. *Dermatol Surg.* 2005; 31(8 pt 2):1034-45.
4. Kronic AL, Weitzul S, Taylor RS. Chondrocutaneous advancement flap for reconstruction of helical rim defects in dermatologic surgery. *Aust J Dermatol.* 2006;47(4):296-9.
5. Bastazini I Jr, Martins ALGP. Reconstrução de defeito condrocútâneo auricular usando fibra de silicone. *Surg Cosmet Dermatol.* 2011; 3(2):163-5.