

## Pavilhão auricular

### INTRODUÇÃO

O comprometimento do pavilhão auricular em hanseníase pode se dar por infiltração difusa específica, pela presença de nódulos ou tubérculos (hansenomas) ou por episódios reacionais (ENL), sendo todas estas manifestações clínicas típicas dos casos virchovianos. A relação entre a pele e o *M. Leprae* não é muito agressiva, tanto que a regressão de uma lesão de pele pode não deixar sequelas importantes devido à pouca formação de fibrose local (JOB, 1984). Isto só acontecerá nos casos de episódios reacionais, onde o envolvimento das fibras colágenas no processo inflamatório ocasionará fibrose residual.

O infiltrado difuso pode comprometer todo o pavilhão auricular, principalmente o lóbulo da orelha, ricamente colonizado por bacilos, sendo por isso um sítio de eleição para a coleta de material para baciloscopias. Este infiltrado pode regredir sem deixar seqüelas, a não ser um discreto aumento de volume e ptose do lóbulo. Os nódulos e tubérculos também ocorrem no lóbulo assim com no contorno da hélice. O tamanho e o número desta lesões, aliadas ao efeito da gravidade, contribuem em muito para o surgimento da ptose e megalóbulo, uma vez regredidos com o tratamento. Os nódulos que se apresentem por mais tempo podem ser ressecados cirurgicamente, uma vez que signifiquem transtorno estético ao paciente. Os estados reacionais são os maiores responsáveis

pelas alterações estéticas do pavilhão auricular. A presença de nódulos ulcerados e o infiltrado inflamatório agudo permitem alterações da estrutura da pele, que ocasionam modificações do contorno do pavilhão, assim como aumento do lóbulo ( megalóbulo ) e sua queda (ptose).

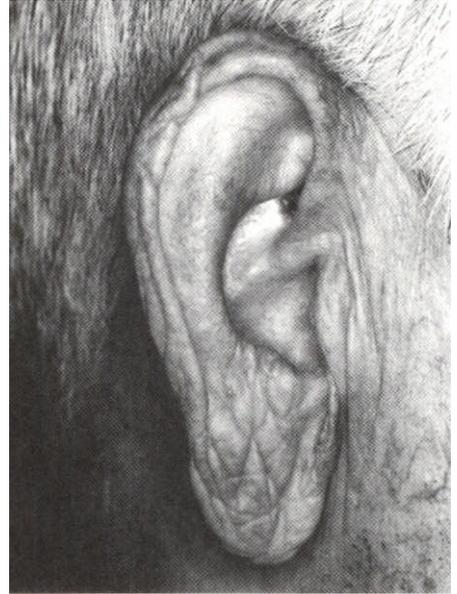
A repetição destes episódios permite que as estruturas progressivamente se alterem levando a deformidades significativas para a estética do pavilhão auricular. Em outras palavras, os freqüentes aumentos e diminuições de volume ocasionados pela instalação do fenômeno reacional e sua regressão levam a uma desorganização e reorientação das fibras colágenas e outros componentes da anatomia da cútis que determinam o surgimento de pele redundante. Para exemplificar, podemos estabelecer um ligeiro paralelo desta situação com o uso de expansores em cirurgia plástica onde, com a progressiva introdução de soro fisiológico em uma bolsa de silicone no subcutâneo, obtém-se quantidades adicionais de pele para a reparação de defeitos traumáticos ou congênitos. Por outro lado, o próprio infiltrado inflamatório específico também causa pericondrite, o que resulta num real aumento do tamanho da concha auricular

O megalóbulo é deformidade muito freqüente nas formas virchovianas da hanseníase e causa importante estigma ao paciente, pois se trata de uma das poucas patologias que ocasiona esta deformidade e, por este motivo, permite identificar seu portador com a doença.

Alterações do contorno da hélice são decorrentes de modificações da cartilagem subjacente. Ainda que esteja descrita a presença de globias bacilares junto a células cartilaginosas, acredita-se que a necrose da cartilagem seja causada por pericondrites decorrentes de infecção secundária sobre lesões ulceradas da pele da orelha. Estas ulcerações ocorrem principalmente por fenômenos de vasculite que acompanham os estados reacionais mais severos. O pericôndrio 6. a camada de onde se deriva a nutrição da cartilagem. Os processos infecciosos que interfiram com esta nutrição podem levar a necrose e absorção da cartilagem. O agente infeccioso mais comum nestes casos é a *Pseudomonas aeruginosa* (MAWSON, 1979). Estas deformidades da hélice são pouco comuns. Variam de pequenas perdas cartilaginosas até lesões mais extensas, muito raras, com perda de quase todo o suporte cartilaginoso do pavilhão auricular. As perdas menores determinam uma lesão característica do contorno da hélice conhecida como "rat-bitten" ou "nibbled". ENNA (1974) refere que este nome seria oportunamente ligado aos casos destas lesões, quando relatadas em pacientes de baixa renda na África. Nessa região a lesão do contorno auricular poderia realmente ser causada por mordidas de ratos, uma vez que esta área seria anestésica e as condições de moradia e higiene destas populações menos favorecidas permitiriam esta ocorrência. Ainda que seja possível encontrá-las em casos tuberculóides reacionais com lesão sobre a orelha, estas lesões são mais características dos casos dimorfos ou virchovianos (Correspondência, 1956).

## TRATAMENTO

O tratamento quimioterápico adequado e precoce, com seguimento constante, permite a resolução do infiltrado difuso e nódulos sem seqüelas importantes. Na presença de deformidades permanentes e importantes para a estética da orelha, o tratamento de escolha é o cirúrgico (Fig. 16.1).



**Fig. 16.1** Megalóbulo.

O megalóbulo pode ser corrigido por simples excisão da pele redundante. No entanto, devemos seguir certos princípios para que a forma final do lóbulo e a qualidade da cicatriz sejam adequadas. As linhas de força da pele da orelha seguem um trajeto arqueado e em sentido transversal ao eixo maior. A cicatriz cirúrgica deve acompanhar estas linhas, preferencialmente. Este princípio tem maior rigor de aplicação em partes do corpo onde a musculatura subjacente a pele é mais ativa. No caso do pavilhão auricular, os músculos são de

pequeno tamanho e discreta função, principalmente no lóbulo onde as fibras musculares são praticamente inexistentes. Mesmo assim, convém seguir a orientação das linhas de força. A irrigação arterial do pavilhão auricular é muito abundante, provindo da artéria auricular anterior e posterior, ramos da artéria temporal superficial. Este fato permite uma grande liberdade no desenho dos retalhos em relação à

segurança de sua viabilidade. As técnicas para a correção do megalóbulo se dividem basicamente naquelas cuja incisão se faz no bordo anterior ou no bordo posterior do lóbulo (Fig. 16.2). GUERRERO-SANTOS (1970) chama a atenção para o fato de que todas as incisões feitas no bordo posterior, isto é, na porção livre do lóbulo, tendem a formar uma chanfradura ou degrau, o que é indesejável do ponto de vista estético. Por esse motivo, este autor recomenda o uso de incisões no bordo anterior, sendo que a linha superior do desenho deve ficar próxima ao ângulo da orelha com a região mastóide. Este princípio usualmente permite melhores resultados estéticos (Fig. 16.3).

A macrotia pode apresentar-se concomitantemente com a hipertrofia do lóbulo. Uma ressecção adicional, envolvendo a hélice e parte da concha, resolve este problema (Fig. 16.2). Os nódulos residuais, tanto no lóbulo como na hélice, podem ser ressecados facilmente por excisões em forma de "V" (Fig. 16.4). A

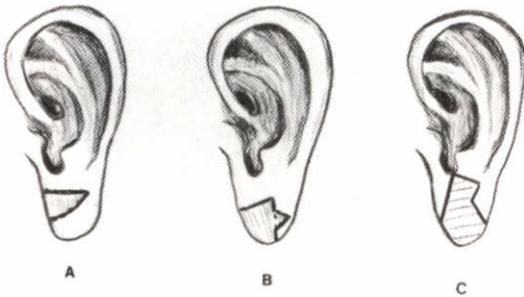


Fig. 16.2 Diferentes desenhos para a correção do megalóbulo.

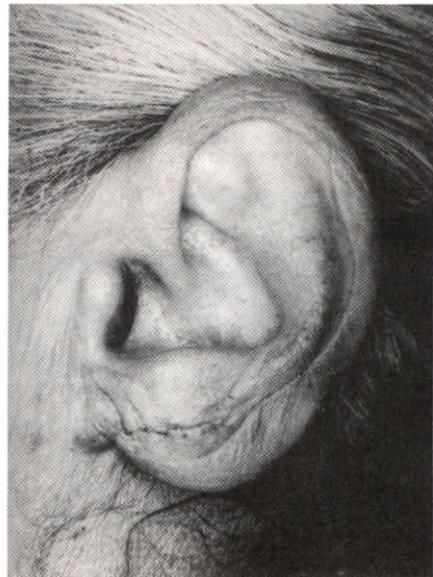
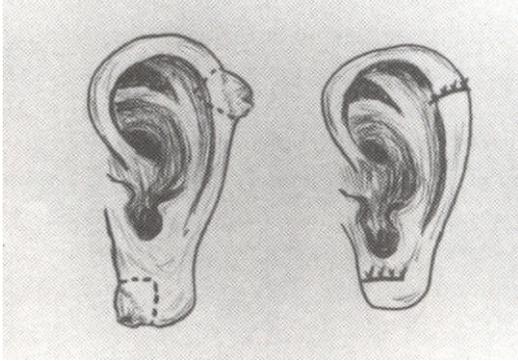


Fig. 16.3 Pré e Pós-operatório. Técnica de GUERRERO-SANTOS.

sutura da lesão dever ser feita com manipulação delicada dos tecidos, utilizando um fio de náilon fino (6 zeros) e tomando o cuidado para incluir parte do pericôndrio na sutura, o que propicia uma boa aposição dos bordos da cartilagem seccionada.

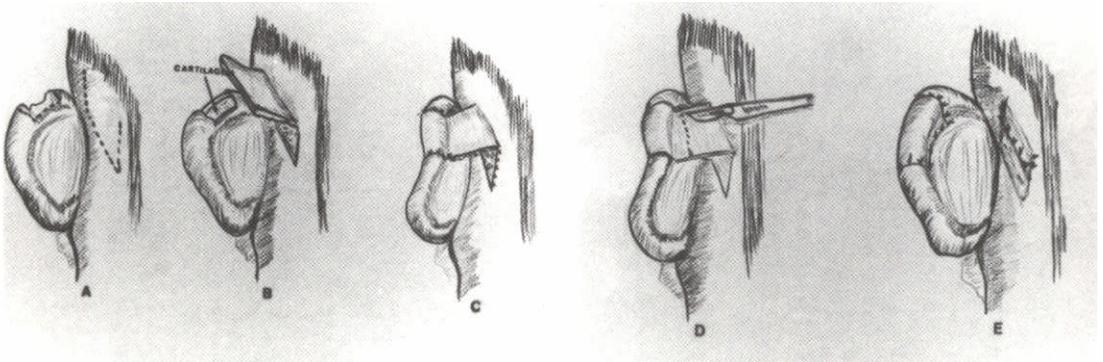


**Fig. 16.4** Excisão de nódulo.

Os defeitos mais difíceis de serem resolvidos são os decorrentes das perdas de substância do pavilhão auricular. Nestes casos, temos perda de cartilagem e pele em diferentes graus. As lesões de menor tamanho podem ser corrigidas por uma incisão em "V", com aproximação cuidadosa dos bordos. A utilização desta técnica em lesões maiores pode trazer

deformidades adicionais, pois as ressecções com Angulo muito aberto do "V", ao fim da sutura, altera a forma global da orelha, geralmente com pinçamento anterior da concha. Aqui indica-se o uso de retalhos condrocutâneos ou apenas cutâneos, nas situações em que não necessidade de reconstrução da estrutura cartilaginosa. Os retalhos mais apropriados são os retroauriculares, pois com eles facilmente se reconstrói os defeitos da hélice, que são os mais comuns nos casos de hanseníase (Fig. 16.5).

A técnica de reconstrução em dois tempos inicia-se pela confecção do retalho retroauricular, com uma incisão logo abaixo da linha de implantação dos cabelos. O defeito na hélice é ressecado e preparamos as extremidades da cartilagem da hélice para receber o enxerto. A cartilagem a ser enxertada pode ser obtida da concha da orelha contralateral ou do rebordo costal. Preferentemente, utilizamos a concha da outra orelha, pois o enxerto retirado da região costal é mais complexo tecnicamente e a cartilagem obtida menos maleável. O enxerto é cuidadosamente fixado no local por meio de pontos separados de fio absorvível delicado. Retalho é suturado, acomodando-se ao defeito



**16.5** Contecção de retalho retroauricular.

já retificado na hélice. A parte cruenta na região retroauricular recebe um enxerto de pele para sua cobertura. Três a quatro semanas após, temos o segundo tempo com a liberação do retalho. A parte remanescente é ressuturada à região retroauricular. Uma pequena modificação nesta técnica é a sutura do bordo

interno do defeito da hélice, na margem inferior da área cruenta retroauricular. Com isto evitamos a exposição de tecido cruento do retalho no período que antecede sua liberação. Neste caso, o desenho do retalho se assemelharia ao de um tubo cutâneo com uma base larga e pequeno comprimento (Fig. 16.6).

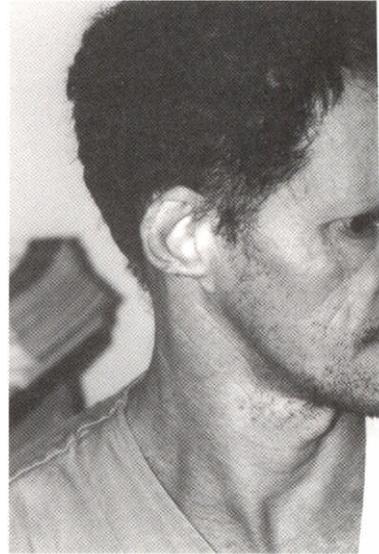


Fig. 16.6 a e b Pré e Pós operatório de reconstrução parcial de hélice.

## BIBLIOGRAFIA

- ADAMS, W.M. Construction of upper half of auricle utilizing composite conchal cartilage graft with perichondrium attached on both sides. *Plast. Reconstr. Surg.*, 16:88, 1955.
- CONSTANT, E. Reduction of the hypertrophic earlobe. *Plast. Reconstr. Surg.*, 64: 264-267, 1979.
- DAMAGED ear cartilage and type of leprosy. (correspondence). *Int. J. Leprosy.* 24: 323-329, 1956.
- ENNA, C. Facial deformities. In: McDOWELL, F. & ENNA, C. *Surgical rehabilitation in leprosy*. Baltimore, The Williams & Wilkins, 1974. p. 53.
- GUERRERO-SANTOS, J. Correction of hypertrophied earlobes in leprosy. *Plast. Reconstr. Surg.*, 46: 381-383, 1970.
- LOEB, R. Correção da hipertrofia de lóbulo auricular. *Rev. Lat. Am. Cir. Plast.*, 9: 186, 1965.
- MAWSON, S.R. & LUDMAN, H. *Diseases of the ear*. 4 ed. Edward Arnold Publication, Chicago. 1979. p. 236.
- MILLARD, D.R. The chondrocutaneous flap in partial auricular repair. *Plast. Reconstr. Surg.*, 37: 523, 1966.
- RIDLEY, D. & JOB, C.K. The pathology of leprosy. In: HASTINGS, R.C., ed. *Leprosy*. New York, Churchill Livingstone, 1985. p. 104.
- ROCHA-LUNA, C. Plásticas auriculares parciales. *Rev. Lat. Am. Cir. Plast.*, 5: 28, 1961.
- SPINA, V. A simpler method of partial reconstruction of the external ear. *Plast. Reconstr. Surg.*, 13: 488, 1954.
- SUBBA-RAO, Y.V. & VENKATESWARA-RAO, P. A quick technique for earlobe reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.*, 41: 13, 1968.
- WYNN, S. K. One-stage earlobe reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.*, 4: 105, 1949.