

# Atendimento inicial ao trauma de orelha

ANDRÉ MANSUR, TALITA FRANCO, DIOGO FRANCO, GUILHERME ARBEX, IVAN DEMOLINARI

## Introdução

O atendimento de emergência do paciente que sofreu um trauma de orelha geralmente é realizado pelo médico que não irá conduzir uma possível reconstrução do pavilhão auricular. O trauma de orelha é um evento relativamente raro, sendo a casuística das melhores séries composta de algumas dezenas de casos. Em uma delas, de 50 casos, 42% são devidos a mordidas humanas, 20% a quedas, 16% a acidentes em vias públicas e 14% a mordidas de cães. Em outra, contabilizando 74 pacientes, um terço tiveram como etiologia acidentes em vias públicas, um terço rixas e um terço mordidas. Na experiência do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ, em 25 casos de malformações adquiridas da orelha, a violência interpessoal é a forma mais comum de injúria (oito pacientes), seguida de acidentes automobilísticos (sete pacientes), doenças infecciosas e queimaduras (quatro casos cada) e mordidas de animais (dois pacientes). Os traumas de orelha podem ser classificados em quatro tipos, sendo eles o tipo I e II, amputações do terço superior, o tipo III, amputação vertical posterior e o tipo IV, amputação do terço inferior. É importante citar a anatomia da vascularização da orelha, na qual a maior parte do fluxo sanguíneo provém dos vasos auriculares posteriores, mas com importante contribuição da artéria temporal superficial e artéria occipital.

## Objetivo

Descrever os passos a serem seguidos ao primeiro atendimento do paciente vítima de um trauma de orelha para se evitar complicações e sequelas mais graves, que possam prejudicar a futura reconstrução auricular.

## Métodos

Revisão bibliográfica da base de dados PubMed, utilizando a ferramenta de busca MeSH, sendo selecionados os artigos nas línguas portuguesa, inglesa e francesa que abordaram o tema em questão.

## Resultados

Foram selecionados 8 artigos representativos do tema selecionado, que melhor sintetizam o tema abordado entre aqueles de revistas cobertas pelo sistema CAPES, que se enquadravam nas línguas descritas acima e com até três anos de publicação.

## Discussão

Ao primeiro atendimento, o paciente deverá ter avaliado suas vias aéreas e imobilização cervical, respiração, circulação, sistema nervoso e exposição geral do corpo. Após a estabilização clínica do paciente, medidas gerais, como desbridamento das áreas desvitalizadas, lavagem copiosa e sutura de pequenas áreas cruentas, se fazem importantes. Uma condição comum nos dias atuais é o ototematoma. Nestes casos, evita-se a punção aspirativa, pois, via de regra, o hematoma recidivará, podendo levar à orelha em couve-flor. Nos casos de coleção de sangue, deve-se realizar uma pequena incisão na parte mais baixa da mesma, com drenagem dos coágulos e, em seguida, proceder aos pontos captonados que façam suave compressão da área, evitando a recidiva. Amputações parciais de até 1,5 cm, ou do lobo da orelha podem ser reimplantados como enxertos compostos e as amputações maiores necessitam de reconstrução. Nas amputações parciais maiores, nas quais esteja preservado pelo menos um pedículo vascular, é possível tentar a síntese primária do pavilhão. Na amputação total da orelha, a desepidermização, com implante da

cartilagem em um “*pocket*” com retalho têmporo-parietal foi descrita, entretanto, a delicada cartilagem auricular sofre grande chance de deformar com as forças cicatriciais sob o espesso retalho desta região. Há relatos isolados de reimplantes microcirúrgicos de orelhas totalmente amputadas, mas tais reimplantes dependem de equipe altamente especializada e material sofisticado, geralmente não disponíveis. Grandes perdas de substância, quando não é possível o reimplante, devem cicatrizar por segunda intenção, ou ter suas bordas suturadas, resultando em uma cicatriz alongada, que será retirada na reconstrução, podendo levar de 4 a 6 meses. Evitam-se enxertias e descolamentos para avanço da pele, que podem levar à fibrose, dificultando a reconstrução tardia. Apesar da região mastóidea ser uma excelente área doadora de enxertos de pele de boa qualidade e os pacientes politraumatizados frequentemente necessitarem de enxertos em outras regiões, como mãos e face, o cirurgião não deve retirar enxertos no local da futura reconstrução de orelha. As queimaduras são um assunto à parte no trauma de orelha, tanto pela sua dificuldade de reconstrução, quanto pela instabilidade da fase aguda. Frente a um paciente queimado, além das medidas gerais, o paciente deve receber analgesia adequada e curativo com acetato de mafenide, para se evitar a temida condrite por pseudomonas.

## Conclusão

O médico responsável pelo primeiro atendimento do trauma de orelha nem sempre será aquele que conduzirá a reconstrução, sendo assim, ele deve estar atento à sua propedêutica e preparado, de modo a se evitar complicações e sequelas que irão dificultar uma posterior reconstrução do pavilhão auricular pelo cirurgião especialista.