

do pavilhão auricular direito contra o solo, o que resultou em uma ruptura linear de 5 cm de extensão em lóbulo, estendendo-se em 2 cm à região da concha, por sobre o meato acústico externo (Figura 1A). As avaliações clínica e neurológica não detectaram anormalidades.

Fez-se a antisepsia da orelha com solução alcoólica de clorexidine a 0,5%, seguida da colocação de campos estéreis descartáveis. As bordas da laceração foram infiltradas com solução de lidocaína (0,5%, vasoconstritor 1:100.000UI) apenas suficiente para a passagem de dois pontos de ancoragem na extremidade distal do lóbulo fendido, com o intuito de aproximar e retificar as vertentes da lesão. A hemostasia foi realizada por compressão manual com gaze, durante 2 minutos.

As bordas da ferida foram manualmente justapostas e coladas com o espalhamento de quatro gotas de ECA, de modo a formar dois finos filmes sobrepostos, em uma extensão de cerca de 1 cm lateralmente à linha de ruptura (Figura 1B). Aguardou-se dois minutos para a polimerização de cada película cianoacrilica, não se permitindo escape dos produtos para dentro da lesão. Não foram utilizadas suturas profundas relaxadoras, antibióticos profiláticos ou curativos. Fotografias digitais foram tomadas para comparação macroscópica. A colagem foi realizada em cerca de 15 minutos.

A paciente recebeu alta hospitalar imediata. A orelha foi reavaliada sete e noventa dias após a cirurgia, atentando-se para o desenvolvimento de inflamação, dermatite de contato, infecção, deiscência, anomalias cicatriciais e necrose. Nenhum destes problemas foi verificado, de modo que os resultados estéticos e funcionais foram considerados excelentes (Figura 2).

DISCUSSÃO

O ECA como adesivo tissular tem sido usado com resultados satisfatórios em Odontologia, Cirurgia Abdominal,

Ginecologia, Gastroenterologia, Neurocirurgia, Cirurgia Maxilar, Ortopedia, Cirurgia Plástica, Urologia, Cirurgia Vascular, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Torácica e Medicina Legal¹⁻⁶. Não obstante, a colagem de lóbulo auricular ainda não tem sido descrita como modalidade de síntese⁷.

Diversos problemas têm sido atribuídos ao ECA como adesivo cutâneo, os quais têm dificultado sua aceitabilidade (Quadro 1). O desenvolvimento de sarcomas em ratos após injeção de grandes doses de monômeros de metil-cianoacrilato é a única ligação desses compostos com carcinogênese¹. Estudos com ECA demonstram que o produto não é carcinogênico⁵. Inflamações agudas e crônicas, seroma, citotoxicidade *in vitro*, necrose, leucôniquia e dermatite de contato têm sido outros problemas atribuídos ao uso de ECA em pele¹. No entanto, estes estudos são de pequenas casuísticas, merecendo, assim, avaliações adicionais. Além disso, outros trabalhos têm confirmado que os efeitos desfavoráveis do uso de cianoacrilatos em pele restringem-se a complicações locais discretas, em especial inflamações e deiscências parciais, e são provavelmente devido às próprias cirurgias e não ao uso específico do adesivo^{2,4,8}.

Diversos autores têm demonstrado que a principal desvantagem dos cianoacrilatos é a citohistotoxicidade, manifesta por meio de lise celular *in vitro* e formação de reações inflamatórias agudas ou crônicas *in vivo*²⁻⁵. Eles atribuem a toxicidade, sobretudo, à metabolização com liberação de produtos tóxicos. Os derivados de menor cadeia têm mostrado mais histotoxicidade que os de cadeia maior, porque se degradam mais rapidamente. O ECA tem demonstrado evocar menor resposta histotóxica em relação a outros cianoacrilatos de cadeia curta e à sutura^{4,5}. A intensidade da inflamação desencadeada pelo cianoacrilato parece não afetar sua força tênsil¹. O efeito

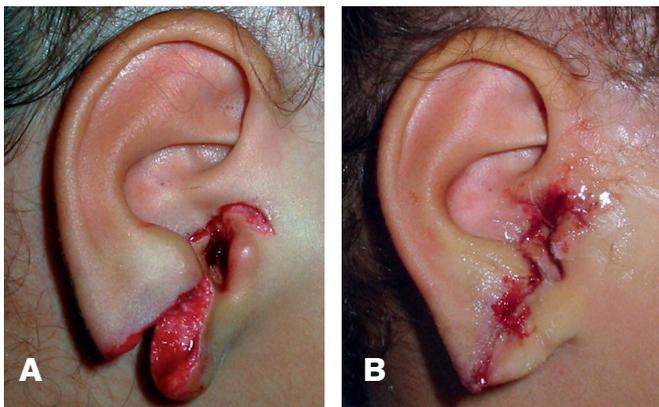


Figura 1 – A: Aspecto pré-operatório: ferida contusa linear de espessura total em lóbulo auricular direito. B: Pós-operatório imediato de uso de ECA. O aspecto pontiagudo do lóbulo resultou da tração distal do lóbulo durante o procedimento.

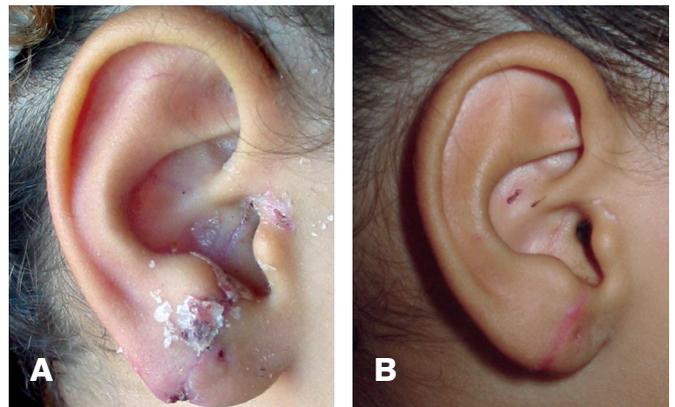


Figura 2 – A: 7º dia pós-operatório. As placas translúcidas são fragmentos residuais de ECA se descolando espontaneamente. B: 90º dia pós-operatório. Notar cicatriz linear, fina e perfeito alinhamento da borda inferior do lóbulo auricular.

histotóxico é mais pronunciado em tecidos profundos e bem vascularizados, de modo que o uso de cianoacrilatos tem sido recomendado apenas sobre superfícies avasculares, como a da pele⁴. A despeito dos recentes avanços, o problema persiste de modo que o uso de cianoacrilatos não está isento de riscos^{1,2,9,12}.

A questão da toxicidade surgiu no meio médico com as aplicações iniciais dos cianoacrilatos na colagem de nervos, tendões, ossos, pulmões, vasos sanguíneos e pele. Trabalhos experimentais sugerem que a necrose induzida pelos cianoacrilatos se restringe à formulação metilcianoacrilato¹. Entretanto, embora rara, a necrose cutânea é possível⁹.

A deiscência é outra preocupação constante com o uso dos cianoacrilatos. Este problema tem oscilado entre 0,3% a 26% e ocorre especialmente em feridas com bordas irregulares ou traumatizadas, em lesões localizadas nas extremidades ou em zonas de pele tensa, sem suturas relaxadoras profundas^{2,10}. No presente relato, como o lóbulo auricular se mostrava como zona de pele frouxa, que estava isenta dessas características, e a sua lesão mostrava-se linear, com bordas hígidas, optamos pelo uso do cianoacrilato como primeiro tratamento. O uso de cianoacrilatos para feridas de alta tensão tem sido limitado, uma vez que esse adesivo consegue força tênsil de uma sutura 5-0^{2,11}. No presente relato, como o lóbulo auricular se mostrava como zona de pele frouxa que estava isenta destas características e a sua lesão mostrava-se linear com bordas hígidas, optamos pelo uso do cianoacrilato como o primeiro tratamento.

O uso do ECA como adesivo cutâneo tem sido considerado muito seguro. A ausência das mais comprometedoras complicações relacionadas à cicatrização – infecção, necrose, reações alérgicas ou hipertrofia cicatricial – têm sido considerados como os resultados mais animadores de diversos trabalhos¹. Os baixos índices de infecção têm sido atribuídos à reduzida deposição de corpos estranhos na ferida¹⁰. As reações alérgicas são raras¹². O ECA possui qualidades comuns a outros cianoacrilatos, tais como resistência à ação de exsudados, força capaz de suportar até 500 g de tração, rápida polimerização e efeito selante, bactericida e hemostático⁵. Diversos estudos têm sugerido maior utilização do ECA, a despeito da disponibilidade de outros produtos supostamente menos tóxicos, devido a suas vantagens distintivas sobre os demais cianoacrilatos, como menor custo, rápida degradação e ampla disponibilidade^{1,3,4}.

Trabalhos clínicos e experimentais têm sugerido o uso de ECA comercial no fechamento de feridas cirúrgicas em pele^{1,3,6}. Neste caso, antes do uso, deve-se tomar especial cuidado na esterilização do ECA. A embalagem deve ser desinfetada com óxido de etileno e confirmada, por meio de culturas, que não apresenta crescimento bacteriano na parte

externa⁶. Estudos microbiológicos evidenciam a ausência de proliferação bacteriana no adesivo não esterilizado⁵.

O uso de adesivos cutâneos é particularmente útil em crianças. Em diversos centros pediátricos americanos e europeus, o uso de cianoacrilatos tem sido a primeira escolha no tratamento de feridas contusas em pele⁸. No presente caso, os autores confirmam as vantagens peculiares do uso dos cianoacrilatos, como a dispensa do uso de anestesia, de encaminhamento para centro cirúrgico, de internação e de remoção de suturas, especialmente em face, diminuindo, assim, o estresse dos infantes^{1,4,8}.

No presente relato, os cianoacrilatos facilitaram substancialmente o fechamento da lesão auricular. A aplicação do adesivo foi simples, rápida e intuitiva. Polimerizado, o ECA formou sobre a ferida um revestimento flexível, forte e impermeável, prescindindo a remoção de pontos e a colocação de curativos. Isto reduziu a necessidade de cuidados, monitorização e uso de anestésicos, resultando em custos mais baixos. O produto pode ser até 4 vezes mais barato que a sutura, e 29 vezes que o octilcianoacrilato¹. A paciente pôde molhar a orelha a partir do dia seguinte ao reparo. O adesivo se soltou completamente, de modo espontâneo, entre 5 a 8 dias. Como dispensou o uso de agulhas, não houve riscos de acidentes de punção. A rápida polimerização do acrilato possibilitou ligação precoce dos tecidos, abreviando o tempo cirúrgico e proporcionando rápida epitelização queratinizada. Estas características têm sido confirmadas pela literatura, de modo que hodiernamente os cianoacrilatos são o método de fechamento de pele que mais agrada aos usuários^{1,2}.

Quadro 1 – ECA: vantagens e desvantagens como bioadesivo cutâneo.

| VANTAGENS | DESVANTAGENS |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • aplicação rápida e fácil • rápido fechamento da pele • menor custo • dispensa anestesia, curativo e retirada de pontos • vasta disponibilidade no mercado • possibilidade de reesterilizações e de uso repetido • efeito bactericida, hemostático e selante • ausência de marcas de pontos • excelentes resultados estéticos • grande satisfação dos usuários | <ul style="list-style-type: none"> • pouco estudado • lacrimogênese • odor desagradável • risco de histotoxicidade • risco de reações alérgicas • necessidade de uso de suturas relaxadoras profundas • uso restrito a feridas lineares e pouco sangrantes |

Estudos clínicos revelam que uso de cianoacrilatos em pele tem resultado em cicatrizes com aspecto estético similar ao de suturas intradérmicas². No presente relato, a aplicação da correta técnica operatória, o uso externo em uma área de pele estática e frouxa, o contato por período curto com a superfície do corpo e a aplicação de mínima quantidade de adesivo foram os fatores atribuídos ao excelente resultado cosmético aos três meses pós-operatórios. Este resultado é preditivo de um ano¹³.

Habitualmente, o tempo total de colagem cutânea é de cerca de 40 segundos a 2 minutos^{1,2}. No caso relatado, o tempo total (15 minutos) foi prolongado pela agitação inicial da criança. No entanto, este tempo foi bem menor do que seria necessário se a paciente tivesse sido encaminhada ao centro cirúrgico para a realização de anestesia geral e de sutura.

CONCLUSÕES

O uso do ECA demonstrou excelente resultado, apresentando uma série de benefícios em relação à sutura. Ademais, devidos a suas vantagens peculiares, este método pode ser a modalidade de escolha quando aplicado no fechamento de fissuras de lóbulo auricular.

REFERÊNCIAS

1. Souza SC, Oliveira WL, Soares DF, Briglia CH, Athanázio PR, Cerqueira MD, et al. Comparative study of suture and cyanoacrylates in the skin closure of rats. *Acta Cir Bras*. 2007; 22(4):309-16.
2. Singer AJ, Thode HC Jr. A review of the literature on octylcyanoac-

- rylate tissue adhesive. *Am J Surg*. 2004;187(2): 238-48.
3. Borba CC, Roubaud Neto E, ValRLR, Borba Jr CO, Soufen MA, Francisco Neto A, et al. Uso do cianoacrilato na síntese da pele de ratos: trabalho de pesquisa experimental. *Acta Cir Bras*. 2000;15(1):48-54.
4. Toriumi DM, Raslan WF, Friedman M, Tardy ME. Histotoxicity of cyanoacrylate tissue adhesives. A comparative study. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1990;116(5):546-50.
5. Montanaro L, Arciola CR, Cenni E, Ciapetti G, Savioli S, Filippini F, et al. Cytotoxicity, blood compatibility and antimicrobial activity of two cyanoacrylate glues for surgical use. *Biomaterials*. 2001;22(1):59-66.
6. D'Assumpção EA. Cola de cianoacrilato de baixo custo em cirurgia plástica. *Rev Soc Bras Cir Plast*. 2008;23(1):22-5.
7. Reiter D, Alford EL. Torn earlob: a new approach to management with a review of 68 cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1994; 103(11):879-84.
8. Caloi TM, Manganello-Souza LC. Uso do cianoacrilato no fechamento cutâneo das queiloplastias primárias. *Rev Soc Bras Cir Plast*. 2005; 20(2):108-11.
9. Wang AA, Martin CH. Full-thickness skin necrosis of the fingertip after application of superglue. *J Hand Surg Am*. 2003;28(4):696-8.
10. Quinn J, Wells G, Sutcliffe T, Jarmuske M, Maw J, Stiell I, et al. A randomized trial comparing octylcyanoacrylate tissue adhesive and sutures in the management of lacerations. *JAMA*. 1997; 277(19):1527-30
11. Bernard L, Doyle J, Friedlander SF, Eichenfield LF, Gibbs NF, Cunningham BB. A prospective comparison of octyl cyanoacrylate tissue adhesive (Dermabond) and suture for the closure of excisional wounds in children and adolescents. *Arch Dermatol*. 2001;137(9):1177-80.
12. Tomb RR, Lepoittevin JP, Durepaire F, Grosshans E. Ectopic contact dermatitis from ethyl cyanoacrylate instant adhesives. *Contact Dermatitis*. 1993;28(4):206-8.
13. Blondeel PN, Murphy JW, Debrosse D, Nix JC 3rd, Puls LE, Theodore N, et al. Closure of long surgical incisions with a new formulation of 2-octylcyanoacrylate tissue adhesive versus commercially available methods. *Am J Surg*. 2004;188(3):307-13.

Correspondência para:

Sandro Cilindro de Souza
BR 101, Km 197, Estrada de Capoeiruçu, s/n, Caixa Postal 18 – Cachoeira, BA, Brasil – CEP 44300-000
E-mail: sandrocilin@hotmail.com