

Aplicação de uma técnica para otoplastia realizada pelo Serviço de Cirurgia Plástica e Microcirurgia Reconstructiva do Hospital Universitário Walter Cantídio



ROGERIO DE OLIVEIRA
RIBEIRO ^{1*}

SALUSTIANO GOMES DE PINHO PESSOA ^{1,2}

RESUMO

Introdução: Orelha em abano é o mais comum de todos os defeitos congênitos da orelha. Pode ser notado ao nascimento da criança e geralmente torna-se pior com o passar do tempo. As orelhas em abano ocorrem por desenvolvimento insuficiente da dobra anti-hélice, a qual pode estar ausente ou insuficiente e ainda por crescimento excessivo da concha. **Objetivo:** Demonstrar a abordagem cirúrgica, o grau de satisfação e os resultados obtidos da aplicação de uma técnica formada pela união de diversas técnicas cirúrgicas consagradas na história da cirurgia plástica para correção de orelhas em abano. **Método:** Estudo de coorte transversal retrospectivo de pacientes que foram submetidos à correção de deformidade orelhas em abano, no período de 01/07/2014 a 01/07/2017, realizados no Serviço de Cirurgia Plástica e Microcirurgia Reconstructiva do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará (UFC). **Resultados:** Um total de 38 pacientes portadores de orelhas em abano foram submetidos à otoplastia. A idade variou de 15 a 53 anos, com média de 27,2 anos, sendo 24 do sexo masculino e 14 do sexo feminino. Em relação à satisfação, apenas 1 (2,6%) paciente declarou regular resultado, 2 (5,3%) declararam bom resultado e 35 (92,1%) afirmaram ótimo resultado satisfatório. 16 pacientes eram portadores hipertrofia da concha, 9 apresentavam mal formação da anti-hélice e 13 possuíam ao mesmo tempo hipertrofia da concha e mal formação da anti-hélice. **Conclusão:** A técnica apresentada fundamentada nos resultados encontrados e comparados com a literatura é recomendada para uso universal, fornecendo baixo número de complicações e ótima satisfação pela maioria dos pacientes.

Descritores: Orelha; Procedimentos cirúrgicos reconstructivos; Orelha externa; Anormalidades congênitas; Procedimentos cirúrgicos ambulatorios.

ABSTRACT

Introduction: Fanned ear is the most common of all congenital defects of the ear. As the ears in abyss occur because of lack of anti-helix safety, a woman may be absent or even by excessive excess of the concha. **Objective:** To demonstrate a surgical approach, the degree of satisfaction and the results obtained in the application of a technique for the surgery of joints and lesions in the memory of the plastic surgery for correction of fanned ears. **Methods:** Retrospective cross-sectional study of patients who underwent correction of deformity of ears in the period from 01/07/2014 to 07/01/2017, in the practice of Plastic Surgery and Reconstructive Microsurgery at Walter Cantídio University Hospital (HUWC). Federal University of Ceará (UFC). **Results:** A total of 38 patients with ears in patients with otoplasty, ranging in age from 15 to 53 years, with a mean of 27.2 years, 24 males and 14 females. Regarding satisfaction, only 1 (2.6%) patient had a regular result, 2 (5.3%) reported a satisfactory result and 35 (92.1%) reported satisfactory results. 16 patients had concha hypertrophy, 9 had anti-helix malformation and 13 had concha hypertrophy and anti-helix malformation at the same time. **Conclusion:** The technique based on results compared and compared with the literature is recommended for universal use, fewer complications and larger scale for most patients.

Keywords: Ear; Reconstructive surgical procedures; ar, external; Congenital abnormalities; Ambulatory surgical procedures.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0110

¹ Hospital Universitário Walter Cantídio, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

² Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Orelha em abano é o mais comum de todos os defeitos congênitos da orelha. Pode ser notado ao nascimento da criança e geralmente torna-se pior com o passar do tempo¹.

A otoplastia é um procedimento enormemente compensador para o cirurgião e para o paciente/família, porque se pode esperar por resultados bons e pacientes satisfeitos na maioria dos casos. Além disso, as manobras técnicas necessárias estão entre as mais simples da cirurgia plástica².

Sua conformação anatômica permite identificar dois eixos, que em média possuem 6cm o maior (vertical) e 3cm o menor (horizontal). Ao implantar-se no crânio, a orelha o faz em um ângulo de 30° (ângulo craniococonchal), sendo de 90° o ângulo entre a escafa e a concha (ângulo escafoconchal)³.

As orelhas em abano ocorrem por mau desenvolvimento da dobra anti-hélice, a qual pode estar ausente ou insuficiente e ainda por crescimento excessivo da concha. Essas duas mal formações podem acontecer de forma isolada ou estarem ambas presentes⁴.

A aparência normal da orelha é a seguinte: (1) vista de frente a rima da hélice deve ser visível, saindo por detrás da anti-hélice; (2) quando vistos lateralmente, os contornos devem ser suaves e arredondados, nunca pontiagudos; (3) finalmente, e de maior ajuda ao cirurgião que está sentado atrás do paciente no intraoperatório, quando visto por trás do paciente, o contorno da rima da hélice deve ser uma linha reta e não a forma de um “C” ou de um taco de hóquei, ou qualquer outra⁵.

Vários métodos foram descritos para corrigir as alterações anatômicas relatadas anteriormente. As técnicas que resistiram à prova do tempo são as mais simples, mais confiáveis e com menos probabilidade de trazer complicações ou de ter aspecto de “operado”⁶.

Atribui-se a Dieffenbach, em 1845, a primeira tentativa de correção da orelha em abano ou orelha protrusa pela exérese de um fuso de pele retroauricular³.

Ely, em 1881, recomenda a ressecção da cartilagem e da pele anterior e posterior da orelha, assim como fez Morestin (1903) e Lockett (1910), que revolucionaram os conceitos naquela época, demonstrando que a orelha em abano ocorre devido ao aumento do ângulo escafoconchal e não devido ao ângulo entre a escafa e a mastoide¹.

Mustardé, em 1963, descreve a utilização de pontos em U que são dados a partir da escafa e/ou fossa triangular até a concha e amarrados com tensão suficiente para aumentar a definição da dobra da anti-hélice, posicionando assim a borda da hélice e da escafa⁶.

O ângulo entre a concha e a mastoide craniana pode ser diminuído posicionando-se pontos entre a concha e a fascia da mastoide, conforme descrito por Furnas (1968)³.

Baumgartner (1966) sugere a excisão de um triângulo horizontal de pele no lado posterior do lóbulo para tratamento de lóbulo proeminente¹.

OBJETIVO

Demonstrar a abordagem cirúrgica, o grau de satisfação e os resultados obtidos da aplicação de uma técnica formada pela união de diversas técnicas cirúrgicas consagradas na história da cirurgia plástica para correção de orelhas em abano realizada a nível ambulatorial pelo Serviço de Cirurgia Plástica e Microcirurgia Reconstructiva do Hospital Universitário Walter Cantídio.

MÉTODO

O presente estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética do hospital e corresponde a um estudo coorte retrospectivo transversal de pacientes que foram submetidos à correção de deformidade orelhas em abano, no período 1 de julho 2014 a 1 de julho de 2017, realizados no ambulatório do Serviço de Cirurgia Plástica e Microcirurgia Reconstructiva do Hospital Universitário Walter Cantídio, em Fortaleza, CE.

Foram incluídos os pacientes que mantiveram um seguimento ambulatorial de no mínimo 6 meses e com idade igual ou superior a 15 anos.

Foram excluídos os pacientes abaixo de 15 anos e que mantiveram o seguimento ambulatorial menor que 6 meses.

Foi empregado um questionário sobre o grau de satisfação do paciente, realizado ao completar 6 meses de pós-operatório que continham notas de 1 a 4, onde: 1 (péssimo resultado); 2 (regular resultado); 3 (bom resultado) e 4 (ótimo resultado).

A técnica utilizada resultou da união de diversas técnicas consagradas pela história de cirurgia plástica para correção da deformidade orelhas em abano que incluem a ressecção de excesso de cartilagem conchal, fixação da concha ao perióstio da mastoide com pontos de Furnas, raspagem da cartilagem conchal e formação da anti-hélice através dos pontos de Mustardé.

Técnica operatória

I. Marcação:

Iniciou-se com a marcação da pele, com caneta de marcação cirúrgica, com o paciente em decúbito dorsal e cabeça levemente virada para o lado oposta à orelha. Identificou-se e marcou-se o sulco retroauricular. Em seguida, marcou-se cerca de 3mm acima e paralelo a esta linha, a faixa de pele a ser ressecada, em formato de cunha de aproximadamente 4 cm de comprimento e 3mm de diâmetro, em região retroauricular com base em lóbulo da orelha e de formato triangular (Figura 1).



Figura 1. Marcação da pele. Fonte: Elaborada pelo autor.

II. Antissepsia, Assepsia e Colocação de Campos Estéreis

III. Anestesia:

Realizou-se a infiltração de solução de 10,0 ml de lidocaína a 2% com adrenalina em 10,0 ml de soro fisiológico a 0,9% ao redor de cada orelha, seguido de infiltração da pele a ser ressecada e, por último, realizou-se a confecção de um botão anestésico na pele em região anterior da cartilagem conchal.

IV. Incisão:

Iniciou-se com a incisão e ressecção da pele previamente demarcada em região retroauricular, seguido de descolamento da pele em região mastoidea e descolamento da pele em região escafal, afastando-a do pericôndrio. Identificou-se ainda e secciona-se o músculo auricular posterior, facilitando a formação dos pontos de Furnas.

Realizou-se a incisão de aproximadamente 2mm na porção posterior da cartilagem conchal, por onde foi introduzido o descolador para confecção de um túnel na face anterior da cartilagem, em todo o trajeto da anti-hélice que se pretendeu moldar em sua porção superior e inferior.

V. Ressecção da cartilagem conchal e confecção dos pontos de Furnas:

Delimitou-se o a cartilagem conchal com 3 agulhas 25 x 7, transfixando a cartilagem da região anterior para posterior e, desta forma, definiu-se o excesso de cartilagem conchal a ser ressecada (Figura 2).



Figura 2. Delimitação do excesso de cartilagem conchal. Fonte: Elaborada pelo autor.

Realizou-se ainda a fixação de ambas as margens da cartilagem conchal, após a ressecção do excesso de cartilagem, ao periósteo da mastoide com nylon 4:0 através dos pontos de Furnas que foram mantidos reparados por pinças e tracionados posteriormente (Figura 3).

VI. Confecção dos pontos de Mustardé para formação da anti-hélice:

Através da manobra de pinçamento digital, definiram-se os pontos superiores e inferiores em região escafo/conchal e escafo/fossa triangular, seguido de transfixação por agulhas 25 x 7 para passagem dos pontos de Mustardé com nylon 4:0 incolor para definição e formação da anti-hélice, mantendo-se os fios reparados com pinças para tração posterior dos pontos de acordo com a necessidade (Figura 4).

VII. Finalização dos pontos reparados de furnas e Mustardé:

Tracionaram-se os pontos reparados sempre da porção inferior da orelha para porção superior, realizando a tensão do nó de acordo com a necessidade e desta forma aproximou-se a orelha para o local desejado e definiu-se a anti-hélice.

VIII. Reparação do Lóbulo da Orelha:

A reparação do lóbulo da orelha proeminente foi feita como última etapa pela excisão de um triângulo horizontal

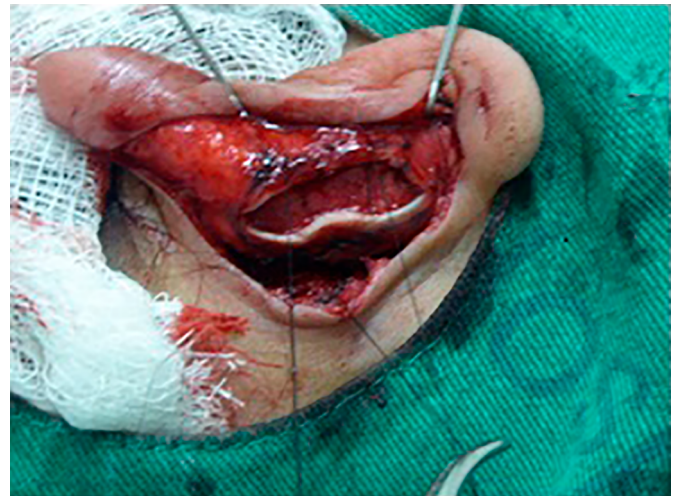


Figura 3. Formação dos pontos de Furnas. Fonte: Elaborada pelo autor.

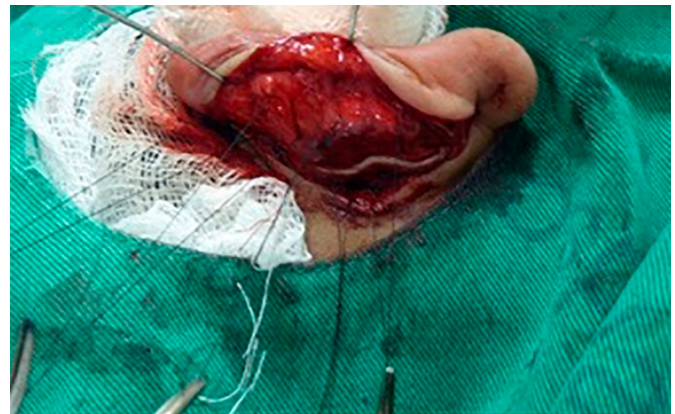


Figura 4. Pontos de Mustardé. Fonte: Elaborada pelo autor.

de pele no lado posterior do lóbulo, colocando-o em posição harmônica de acordo com a nova posição da orelha.

Finalizou-se o procedimento cirúrgico com pontos em U da pele evertendo as bordas em região retroauricular.

IX. Curativo:

Foi realizado com algodão umedecido com soro fisiológico a 0,9%, para moldar a orelha na sua porção anterior. Foi coberto por gaze para auxiliar na proteção e acolchoamento da orelha. Realizou-se, ainda, curativo com “capacete” de atadura, que permaneceu por 48 a 72 horas, sendo trocado no ambulatório da cirurgia plástica por uma faixa para otoplastia com velcro, protegendo a orelha de eventuais traumas e foi mantida por 30 dias, seguido do uso de mais 30 dias somente ao deitar.

RESULTADOS

Um total de 38 pacientes portadores de orelhas em abano foram submetidos a otoplastia, cuja idade variou de 15 a 53 anos, com média de 27,2 anos, sendo 24 do sexo masculino e 14 do sexo feminino.

Em relação à satisfação, apenas 1 (2,6%) paciente declarou regular resultado, 2 (5,3%) declararam bom resultado e 35 (92,1%) afirmaram ótimo resultado satisfatório (Figura 5).

Identificamos 16 pacientes que apresentavam somente hipertrofia da concha, 9 pacientes com mal formação da anti-hélice e 13 pacientes apresentavam ao mesmo tempo hipertrofia da concha e mal formação da anti-hélice.

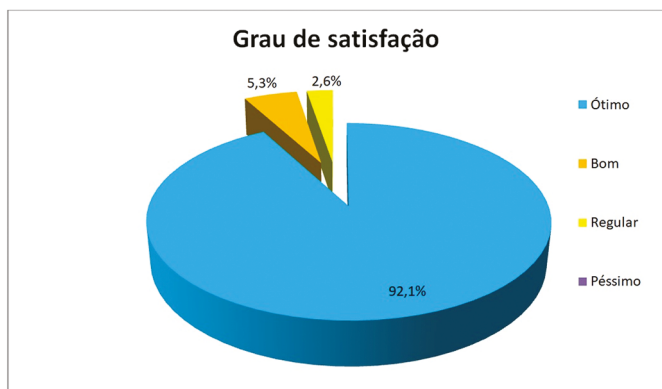


Figura 5. Grau de satisfação dos pacientes. Fonte: Elaborada pelo autor.

Tivemos como complicação 2 casos (5,2%) de mau posicionamento da orelha, identificada pela queixa do paciente e interesse por novo procedimento para correção da deformidade da orelha externa, e não tivemos nenhum caso de hematoma, infecção, dor, necrose de pele ou extrusão de fio de sutura.

A Figura 6 ilustra alguns pacientes operados pertencentes à casuística.

DISCUSSÃO

Realizou-se a incisão a 3mm do sulco retroauricular, seguida de excisão de 3mm de pele em formato de cunha, evitando assim o excesso de pele retroauricular resultante da redução da cartilagem conchal ressecada, em consonância com Weinzweig⁷, que afirma que a excisão de pele em região retroauricular é feita para evitar a redundância de pele no sulco.

Realizou-se a combinação de ressecção do excesso de cartilagem conchal com pontos de Furnas na concha e na mastoide, e, desta forma, permitiu-se a ressecção de menor quantidade de concha (3mm), minimizando a deformidade iatrogênica. Grabb & Smith⁶ afirmam que a excisão da concha de forma isolada pode resultar em deformidade da parede posterior e a utilização isolada de ponto de Furnas pode resultar em correção inadequada, dor, estreitamento do canal auditivo externo e diminuição da profundidade do sulco retroauricular.

Realizou-se somente a raspagem da anti-hélice sem haver incisões na cartilagem nesta região, pois estas incisões relacionam-se a uma incidência maior de complicações, confirmada por Mélega¹, que refere que se a cartilagem for incisada uma, duas ou várias vezes, como proposto por muitas técnicas, o resultado final pode apresentar dobras salientes dos fragmentos de cartilagem, resultando em aparência desleigante e desgraciosa.

Optou-se pela formação do sulco cartilaginoso na área da anti-hélice, com pontos transfixantes através da cartilagem (pontos de Mustardé), corrigindo assim cartilagens de consistência amolecida, acrescentando o uso da raspagem para as cartilagens de consistência endurecida, e, desta forma conservadora, sem incisões cartilaginosas, permitiram-se reparos posteriores, quando necessário, confirmado por Pitanguy⁴, que afirma que a principal vantagem dessa técnica é que qualquer resultado inadequado pode ser corrigido.

Na literatura as taxas de complicações são variáveis, tendo relação direta com a experiência do cirurgião e a técnica empregada. Shiffman⁸ afirma que as complicações



Figura 6. Pré-operatório e pós-operatório. Em A, C, E, G, I e K vista anterior. Em B, D, F, H, J e L vista posterior. Fonte: Elaborada pelo autor.

da otoplastia podem ser divididas em categorias precoce e tardia. As complicações precoces ocorrem dentro de horas a dias e incluem hematoma e infecção etc. As complicações tardias manifestam-se em semanas a meses e incluem a insatisfação do paciente, complicações de sutura (por exemplo, granuloma de extrusão), recidiva ou deformidade residual, má cicatrização (queloide e cicatriz hipertrófica) e hipoestesia.

No estudo de Aki *et al.*⁹ foram revistos 508 casos de otoplastia, com tática cirúrgica predominante a associação de pontos de Mustardé e Furnas, operados por residentes de cirurgia plástica sob supervisão, com ocorrência de infecção em 5,1% dos casos, seguido pela formação de hematoma em 4,2% e necrose de pele em 2,5%. A complicação tardia mais frequente foi o mau posicionamento, que ocorreu em 11% dos casos, sendo que 3,1% dos pacientes necessitaram de reoperação devido à recidiva. Complicações relacionadas à sutura foram observadas em 6,1% dos casos, extrusão tardia em 4,1% e granuloma em 2%, seguidas por cicatrizes hipertróficas e queiloide (3,3%).

Em nosso estudo de 38 pacientes submetidos à otoplastia bilateral a nível ambulatorial e sob bloqueio anestésico local, observamos 2 casos de mau posicionamento da orelha (5,2%) e nenhum caso de infecção. Atribuímos este resultado à assepsia e antissepsia rigorosa no momento da cirurgia e uso de antibiótico terapia com cefadroxil de 12/12h por 7 dias no pós-operatório. Não observamos nenhum caso de hematoma, dor, necrose de pele ou extrusão de fio de sutura.

Propomos ainda novos estudos e que a técnica referida sirva de inspiração para novos trabalhos e maior comparação dos resultados obtidos.

CONCLUSÃO

A técnica apresentada fundamentada nos resultados encontrados e comparados com a literatura, é recomendada para uso universal, fornecendo baixo número de complicações e ótima satisfação pela maioria dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Mélega JM. Cirurgia plástica fundamentos e arte: princípios gerais. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
2. Neligan PC, Gurtner GC, eds. Cirurgia Plástica: Estética. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
3. Franco T. Princípios de cirurgia plástica. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2002.
4. Pitanguy I. Cirurgia Plástica: Uma visão de sua amplitude. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2016.
5. Aston SJ, Steinbrech DS, Walden JL. Cirurgia Plástica Estética. 1ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
6. Grabb WC, Smith JW. Cirurgia Plástica. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
7. Weinzwieg P Plastic Surgery Secrets Plus. 2nd ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2010.
8. Shiffman AM, ed. Advanced Cosmetic Otoplasty: Art, Science, and New Clinical Techniques. 1st ed. Berlin Heidelberg: Springer Verlag; 2013.
9. Aki F, Sakaem E, Cruz DP, Kamakura L, Ferreira MC. Complicações em otoplastia: revisão de 508 casos. Rev Bras Cir Plást. 2006;21(3):140-4.

***Endereço Autor:**

Rogério de Oliveira Ribeiro

Av. General Osório de Paiva, nº 857, Apto 810-A - Parangaba - Fortaleza, CE, Brasil

CEP 60720-015

E-mail: roimed@yahoo.com.br