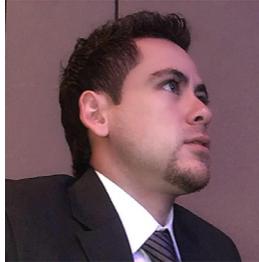


Fio guia para pontos de Mustardé em otoplastia: uma série de casos

Guide wire for Mustard stitch in otoplasty: a series of cases



LEANDRO RAFAEL
SANTIAGO CEPEDA^{1*}

CELTO PEDRO DALLA VECCHIA JUNIOR¹
CAIO PUNDEK GARCIA¹
CARLO MOGNON MATTIELLO¹
DIEGO HUMBERTO MAURICIO OVALLE¹
JORGE BINS ELY¹

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0061

INTRODUÇÃO

O termo “otoplastia” refere-se a alterações cirúrgicas no formato ou na posição da orelha. A indicação mais importante é o paciente com orelhas proeminentes, mas formadas normalmente¹.

A orelha proeminente ou em abano ocorre quando há uma perda da prega antelical, um ângulo concho-escafal maior que 90° e um excesso da concha auricular ou uma combinação desses, ocorrendo uni ou bilateralmente¹. Caracteriza-se por uma abertura exagerada em relação ao crânio, considerando-se como normal uma distância da sua margem lateral ao crânio igual ou inferior a 2 cm².

A causa das deformidades da orelha não é conhecida. Alguns artigos na literatura médica sugerem que as deformidades da orelha sejam o resultado de músculos ausentes ou mal posicionados ao redor da orelha¹. É a deformidade mais comum da orelha (38,7%), ocorrendo em 5% da população. É bilateral na maioria das vezes (80% a 99% dos casos), havendo, frequentemente, história familiar, e não há diferença significativa de incidência entre os sexos².

RESUMO

Introdução: O termo “otoplastia” refere-se a alterações cirúrgicas no formato ou na posição da orelha. A orelha proeminente ou em abano ocorre quando há uma perda da prega antelical, um ângulo concho-escafal maior que 90° e um excesso da concha auricular ou uma combinação desses, ocorrendo uni ou bilateralmente. A causa das deformidades da orelha não é conhecida. **Método:** Apresentação de uma série de casos baseada na experiência da residência médica, revisão de prontuários, registros fotográficos, revisão bibliográfica e abordagem cirúrgica em pacientes com orelha de abano com defeito e malformação da antélice. **Conclusões:** Como conceito geral, a orelha de abano é um dos motivos de consulta mais comuns na cirurgia plástica. A grande vantagem desse tipo de técnica cirúrgica apresentada neste trabalho seria a eficácia para a formação de neoantélice nos pacientes com perda da prega antelical.

Descritores: Orelha.

ABSTRACT

Introduction: The term “otoplasty” refers to surgical changes in the shape or position of the ear. The prominent or flap ear occurs when there is a loss of the ankle fold, a concha angle greater than 90° and an excess of the auricular shell or a combination of these, occurring uni or bilaterally. The cause of ear deformities is not known. **Method:** Presentation of a series of cases based on the experience of medical residency, review of medical records, photographic records, bibliographic review and surgical approach in patients with faulty ear and malformation of the anthelix. **Conclusions:** As a general concept, the flapping ear is one of the most common reasons for consultation in plastic surgery. The great advantages presented in this work would be the effectiveness of the use of guidewire, for the formation of neo-anthelix in patients with loss of the antihelical fold.

Keywords: Ear.

Algumas crianças recém-nascidas têm as orelhas extremamente moles, maleáveis. Quando essas crianças têm orelhas proeminentes e elas repousam de lado, as orelhas tendem a dobrar para a frente, contra a bochecha, mais que para trás, contra a cabeça, tendendo a torná-las mais proeminentes à medida que os anos passam¹. Toda a antélice ou somente uma parte pode estar alterada, comprometendo o ramo superior, o corpo ou ramo inferior ou os três ramos².

O terço superior das orelhas é avaliado para determinar se está proeminente, se o anti-hélice/cruz superior da fossa triangular é bem formado e se a margem helical está bem definida¹.

O terço médio da orelha é avaliado para determinar se a concha está situada muito profundamente ou se está protruída. Além disso, a relação entre a anti-hélice e a hélice é examinada para determinar se, por exemplo, o subdesenvolvimento da anti-hélice/cruz superior no terço superior se estende para o terço médio ou se está confinado ao terço superior¹.

O terço inferior ou lóbulo da orelha é avaliado para determinar se está proeminente. É importante observar que, mesmo se o lóbulo não estiver particularmente proeminente no

¹ Hospital Universitário, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

exame inicial, ele pode tornar-se excessivamente proeminente quando os dois terços superiores da orelha tiverem sido corrigidos intraoperatoriamente¹.

Mustardé introduziu sua técnica de sutura em 1963, criando a antélice por meio de suturas permanentes entre a concha e a escafa, dando um formato suave à antélice, obtida por meio de pontos em “U”².

São muitos os avanços em otoplastia e múltiplas as técnicas utilizadas, as quais tornaram possíveis não somente fixar as orelhas em um plano mais posterior, mas também melhorar a sua anatomia, assimetria e reduzir seu tamanho¹.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é apresentar uma possibilidade cirúrgica na formação de neoantélice com fio guia para pontos de Mustardé, como tratamento para orelhas proeminentes.

MÉTODO

Apresentação de uma série de casos baseada na experiência da residência médica, revisão de prontuários, registros fotográficos, revisão bibliográfica e abordagem cirúrgica em pacientes com orelha de abano com defeito e malformação da antélice. Foi utilizada uma abordagem cirúrgica anteroposterior para desenho dos pontos da antélice com fio e uma abordagem posterior para correção com a técnica de Mustardé.

Técnica cirúrgica

Inicia-se com marcação prévia do paciente, realizando uma pressão ao nível da escafa para produzir a curvatura da antélice e de seus ramos (Figura 1A).

Identificada a deficiência de dobra, marcam-se com uma caneta os pontos que vão ser corrigidos com a técnica de Mustardé. Conforme o defeito podem ser marcados de um a quatro pontos (Figura 1B).

O paciente é posicionado em decúbito dorsal com posterior assepsia e antisepsia, colocação de campos estéreis, infiltração local com solução contendo adrenalina, soro fisiológico e lidocaína 2% sem vasoconstritor em relação 1:120.000. A infiltração da pele da antélice e da concha da cartilagem com solução anestésica faz uma hidrodissociação, o que facilita a divulsão com tesoura na parte posterior da escafa e diminui a dor da paciente no momento de passar o fio guia (Figura 1C). Se incisa a pele conforme marcação prévia a nível do sulco retroauricular. A incisão tem que ser estendida até sobre a parte superior da orelha, visando fornecer exposição adequada dos fios guias que serão inseridos desde a parte anterior (Figura 2A,B).

Retira-se o excesso de pele, de forma que a cartilagem é exposta na superfície posterior (medial) da orelha e o tecido mole é excisado da parte profunda da concha (Figura 2C).

Em seguida, divulsiona-se com tesoura a parte posterior da escafa, abordando os três ramos da antélice e separando a pele da cartilagem (Figura 2D).

Trata-se a concha da cartilagem quando for necessário (Figura 3A).



Figura 1. A: Marcação pré-operatória, realizando curvatura da antélice; B: Desenho de pontos que vão ser corrigidos; C: Forma da infiltração.

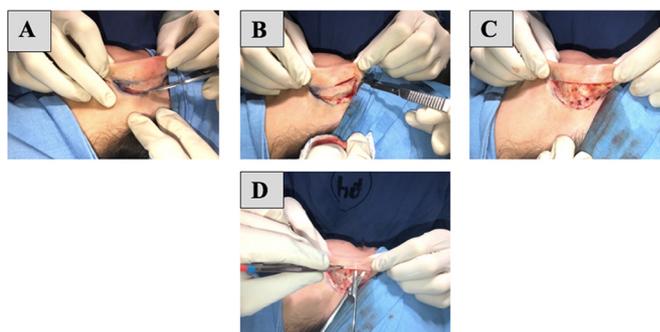


Figura 2. A: Incisão da pele no sulco retroauricular; B: Incisão estendida até a parte superior; C: Exposição da concha da cartilagem; D: Divulsão com tesoura.



Figura 3. A: Tratamento de concha da cartilagem; B: Inclusão do fio guia; C: Posição do fio guia na face anterior da orelha; D: Posição do fio guia na face posterior da orelha.

Insere-se o fio guia, náilon 5-0, desde a parte anterior da orelha, entre a fossa triangular e a fossa escafoide, somente após o tratamento da concha e do ramo da hélice (quando for necessário) (Figura 3B). Realiza-se ponto em “U” (técnica de Mustardé) conforme marcação de fio guia com náilon 3-0, incluindo a cartilagem e seu pericôndrio anterior em toda sua espessura para evitar recidiva (Figura 4A).

Cada ponto é traçado delicadamente para se observar o efeito obtido e, a seguir, reparado para posterior amarradura dos fios (Figura 4B). Conforme o defeito do paciente se dão de um a quatro pontos.

Após isso, realizam-se pontos de Furnash com náilon 3-0 para posicionamento da orelha (Figura 4C), com posterior fechamento com sutura monocryl 4-0 com pontos intradérmicos. O curativo no pós-operatório imediato é feito com pomada (sulfato de neomicina e bacitracina zínica) e gaze na parte posterior, chumaço de algodão na parte anterior e enfaixamento com atadura. Retira-se o curativo após 24 horas pós operatórias, continuando com a gaze na parte posterior e faixa pós-operatória de otoplastia por sete dias. Depois disso, recomenda-se a utilização da faixa de otoplastia por dois meses durante o período da noite.

RESULTADOS

Os resultados pós-operatórios da nossa técnica cirúrgica foram efetivos na totalidade dos casos, melhorando a anatomia da antélice com fio guia e posição com pontos de Furnash (Figuras 5 e 6). Quanto aos sintomas pós-operatórios, o edema dura em média de 15 a 20 dias, com melhora após a utilização de anti-inflamatórios. A dor persiste por cerca de uma semana, com solução da mesma pelo uso de analgésicos. Não houve caso de recidiva até o momento, nem evidência de deformidade no pós-operatório tardio, hematomas nem extrusão de pontos.



Figura 4. A: Pontos em U técnica de Mustardé; B: Tração do ponto de Mustardé; C: Resultado pós-operatório imediato.



Figura 5. A: Foto pré-operatória; B: Resultado pós-operatório de um mês.

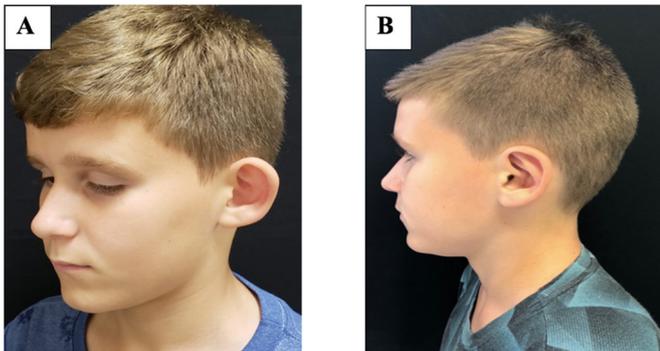


Figura 6. A: Foto pré-operatória; B: Resultado pós-operatório de três meses.

DISCUSSÃO

A complexidade do procedimento de otoplastia aumenta à medida que a deformidade da orelha aumenta¹.

O exercício único mais importante para o cirurgião, antes de realizar qualquer procedimento no espectro da otoplastia, é ter bem definidas em sua mente as características de uma orelha normal. Com a escolha adequada da técnica, o cirurgião geralmente pode evitar os problemas incorrigíveis da sobrecorreção e os contornos não naturais¹.

Existem múltiplas técnicas cirúrgicas para formação da antélice, mas são técnicas que apresentam alto índice de recidiva e complicações pós-operatórias, além de uso de instrumentos especializados para obter bons resultados, como, por exemplo, aquelas técnicas que não usam fio de sutura para sustentação da resistência da cartilagem como o estudo realizado por Hermann Raunig com porcentagem alta de recidiva³.

Essa técnica cirúrgica usada há três anos em nosso serviço obteve resultados naturais, simétricos, mínimas complicações, sem recorrências e uma recuperação rápida dos

pacientes. Por tal motivo o uso de fio guia para uma adequada realização de pontos de Mustardé seria uma boa opção para pacientes com orelha de abano³.

O uso de fio guia para formação de pontos de Mustardé é uma abordagem interessante de ser usada em qualquer tipo de malformação da antélice, especialmente em pacientes com maior apagamento dessa estrutura anatômica que precisam de muito detalhe anatômico. Diferente ao estudo de Owsley, em que se realiza enfraquecimento da cartilagem com instrumentos especiais, nós não realizamos esse tipo de enfraquecimento por causa de uma resposta inflamatória maior e maior tempo de recuperação do paciente⁴.

Cabe salientar que em nossa técnica realizamos uma divulsão da pele retroauricular para conseguir realizar os pontos de Mustardé, com prévia marcação com fio guia sem obter complicações neurovasculares. Como conceito geral, a orelha de abano é um dos motivos de consulta mais comuns na cirurgia plástica.

Conhecer qual é a aparência normal, para poder conhecer o seu objetivo cirúrgico final, é umas das características mais importantes dessa técnica.

As considerações anatômicas da otoplastia são aquelas ligadas à preservação: preservação do sulco, preservação da suavidade natural dos contornos auriculares e preservação dos reparos anatômicos, como a parede posterior da concha (ou seja, o terço médio da anti-hélice).

CONCLUSÃO

A grande vantagem apresentada neste trabalho, seria a eficácia do uso de fio guia, para a formação de neoantélice nos pacientes com perda da prega antelical e a facilidade do procedimento cirúrgico.

A técnica proposta pelos autores é uma boa alternativa cirúrgica para esse tipo de caso. É simples e ajuda o residente a obter experiência cirúrgica rapidamente; levando a bons resultados estéticos em pouco tempo, e alto grau de satisfação dos pacientes. Além disso, há um baixo índice de complicações.

REFERÊNCIAS

1. Thorne CH, Otoplastia, Neligan PC. Cirurgia plástica estética. 3 ed. Nova Iorque: Elsevier; 2017. p. 485-6.
2. Speranzini M, Fadul R. Otoplastia, Capítulo 123, Mélega. Cirurgia Plástica: Os Princípios e Atualidade. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 1172.
3. Raunig H. Antihelix Plasty Without Modeling Sutures. Arch Facial Plast. 2005; 7(5):334-41. PMID: 16172345 DOI: <https://doi.org/10.1001/archfaci.7.5.334>
4. Owsley TG. Otoplastic Surgery for the Protruding Ear. Atlas Oral Maxillofac Surg Clin; 2004. p. 131-9.
5. Weerda H, Siegert R. Komplikationen der Ohrmuschelanlageplastik und ihre Behandlung. Laryngo-Rhino-Otologie; (1994). p. 394-9.

*Endereço Autor:

Leandro Rafael Santiago Cepeda

Rua Professora Maria Flora Pausewang, s/nº, Trindade, Florianópolis, SC, Brasil

CEP 88036-800

E-mail: leandrosantiago08@hotmail.com