

# Otoplastia com técnica de raspagem de cartilagem auricular e remodelação com pontos no pericôndrio e fixação na mastóide

*Otoplasty using cartilage abrasion and perichondrioplasty and conchamastoid suture*

SILVIO FRIZZO OGNIBENE<sup>1</sup>

AYMAR E. SPERLI<sup>2</sup>

JOSÉ OCTAVIO G. DE FREITAS<sup>3</sup>

SILVIO DE FREITAS OGNIBENE<sup>4</sup>

Trabalho realizado nos Serviços Integrados de Cirurgia Plástica - Hospital Ipiranga - SBCP/MEC, São Paulo, SP.

Artigo submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 3/4/2010

Artigo aceito: 26/4/2010

## RESUMO

**Introdução:** A deformidade congênita conhecida como orelha proeminente já foi tratada com diferentes técnicas. Diversos métodos utilizados para a correção do ângulo céfalo-auricular e escafo-conchal são utilizados tanto por autores estrangeiros como brasileiros. **Método:** Este trabalho foi realizado com 80 pacientes, visando demonstrar a experiência do autor sênior na combinação de diversas técnicas. O tratamento da anti-hélix foi feito por meio da raspagem da cartilagem, buscando seu enfraquecimento, e posterior modelação, com a perichondrioplastia, enquanto o tratamento da concha foi feito pela sua fixação na mastóide após esvaziamento. Todos os pacientes foram operados no período da manhã sob anestesia local e sedação, com alta no mesmo dia. **Resultados:** A técnica resulta em aspecto visual bastante natural, evitando assim o “estigma de orelha operada”, já que a cartilagem não é quebrada, sendo somente enfraquecida e posteriormente remodelada com pontos.

**Descritores:** Orelha externa. Cirurgia plástica. Otopatias/cirurgia.

## SUMMARY

**Introduction:** Prominent ear has been treated with many different methods. The surgical correction of the conchoscaphal angle and of the distance between the antihelix rim and temporal scalp has been performed both by Brazilian and foreign surgeons. **Methods:** This paper describes our experience with the combination of different surgical techniques in the correction of prominent ears of 80 patients. The method includes the abrasion of the antihelix, so as to weaken it, and then its reshaping with perichondrioplasty. Concha was attached to the mastoid after removal of the posterior auricular muscle. **Results:** All patients were operated in the morning, with local anesthesia and sedation, and were discharged in the same day. The result shows a very natural look due to the weakening of the cartilage by abrasion, not breakage, and its reshaping with adequate sutures.

**Descriptors:** External ear. Plastic surgery. Ear diseases/surgery.

1. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Preceptor de ensino de residentes do Hospital Ipiranga.
2. Membro Titular da SBCP; Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC); Regente dos Serviços Integrados de Cirurgia Plástica - Hospital Ipiranga (SICP-HI - Hospital Ipiranga).
3. Membro Titular da SBCP; Membro Titular do CBC; Chefe dos SICP-HI - Hospital Ipiranga.
4. Membro Titular da SBCP.

## INTRODUÇÃO

A “orelha em abano” é uma deformidade que se caracteriza pelo aumento da projeção do pavilhão auricular distante do crânio, e de aspecto disforme.

A deformidade em abano pode ser decorrente da hipertrofia da concha, do apagamento da anti-hélix, ou de ambas as alterações. As diferentes deformidades implicam em técnicas diversas para sua correção e a associação de técnicas possibilita a obtenção de resultado estético mais natural e redução da necessidade de novas operações<sup>1-3</sup>.

Na orelha em abano ocorre a alteração da medida de dois ângulos: o céfalo-auricular e o escafo-conchal.

O ângulo céfalo-auricular é o que fica entre a orelha e o crânio; normalmente, mede entre 20 e 30<sup>o1,4,5</sup>, sendo considerado limítrofe até 45<sup>o2</sup>, ou ainda de 1,8 a 2 cm<sup>4,3,6</sup>. O ângulo escafo-conchal é medido entre a anti-hélix e a concha, e deve ser próximo a 90<sup>o2,4</sup>.

O objetivo desse trabalho é demonstrar a experiência do autor sênior na combinação de diversas técnicas de otoplastia para correção de distintas deformidades da orelha.

## MÉTODO

Nosso trabalho é um estudo dos resultados cirúrgicos obtidos em 80 pacientes submetidos à cirurgia de otoplastia, todos pela mesma técnica cirúrgica descrita a seguir. Setenta e oito (97,5%) pacientes foram operados bilateralmente e dois (2,5%) unilateralmente.

As cirurgias foram realizadas no período entre fevereiro de 2000 e agosto de 2003 (três anos e seis meses) em clínica particular e em hospital público.

A idade dos pacientes variou de 8 anos a 53 anos, com média de 19,17 anos e 46 deles (57,5%) eram do sexo masculino. Quanto à raça, 30 (37,5%) eram negros, 48 (60%) brancos e dois (2,5%) tinham ascendência asiática.

### Marcação dermatológica

A pele de todos os pacientes foi marcada com caneta dermatológica, com os indivíduos em posição ortostática. Primeiramente, foram feitas marcações de referências da anti-hélix na sua porção superior e inferior (Figura 1A). Em seguida, foi realizada a marcação cutânea da parte posterior da orelha, indicando a porção a ser ressecada, mais ou menos larga, conforme o caso (Figura 1B).

### Técnica operatória

A cirurgia teve início com infiltração com solução de lidocaína (20 ml a 2%) mais adrenalina (solução milesimal, 1 ml, a 1:200.000) em soro fisiológico (180 ml a 0,9%) (Figura 2).

Incisou-se uma faixa de pele demarcada na região posterior do pavilhão auricular, sendo a cicatriz resultante final no



**Figura 1 – A:** Demarcação pré-operatória, face anterior; **B:** Demarcação pré-operatória, face posterior.

sulco retroauricular. Ressecou-se a faixa de pele, descolando-se a pele e o tecido subcutâneo do pericôndrio (Figura 3).

Incisou-se o pericôndrio, descolando-o da cartilagem e isolando-o (Figura 4).

Procurou-se obter pericôndrio espesso, com completa limpeza da cartilagem. Realizou-se incisão de aproximadamente 2 mm na porção posterior da cartilagem ao nível da concha, por onde foi introduzido o descolador para a confecção de um túnel na face anterior da cartilagem, em





**Figura 2** – Infiltração local.



**Figura 5** – Introdução de descolador pela face posterior.



**Figura 3** – Descolamento da pele, separando-a do pericôndrio.



**Figura 6** – Raspagem da face anterior da anti-hélix.



**Figura 4** – Incisão e descolamento do pericôndrio.



**Figura 7** – Ressecção do músculo auricular posterior.





**Figura 8** – Sutura de aproximação da concha à mastóide.



**Figura 9** – “Jaquetão” de pericôndrio (modelagem da anti-helix).

todo o trajeto da anti-hélix que se pretendia moldar em sua porção superior e inferior (Figura 5).

Pelo túnel que foi descolado, foi introduzido um instrumento curvo apropriado, com o qual foi feita a raspagem na face anterior da anti-hélix, de modo a apenas enfraquecê-la o suficiente para torná-la débil, e tendo-se o cuidado de não fraturá-la (evitando-se dobras agudas ou cortantes) (Figura 6).

Procedemos, então, à ressecção do músculo auricular posterior (Figura 7), criando-se, assim, espaço para rodar a concha e embuti-la na mastóide.

Foram passados dois pontos de sutura para aproximação da concha à mastóide, com fio de náilon 4.0 (Figura 8).

Após o tratamento da concha, retomamos à anti-hélix. Foram então passados pontos (com fio de náilon 5.0) no pericôndrio que foi descolado, primeiro na porção anterior e depois na posterior, como se fosse um “jaquetão”, e que, dependendo da tensão produzida, arredondou mais ou menos a anti-hélix (Figura 9).

O restante do pericôndrio na porção inferior foi aproximado também com fio de náilon 5.0. A pele foi suturada com pontos (fio de náilon 6.0) separados em U e em sutura simples.

### Curativo

O curativo foi feito com algodão molhado, para moldar a orelha na sua porção anterior, e gaze e compressa tipo Zobec®, para auxiliar na proteção e acolchoamento da orelha. Foi feito curativo com “capacete” de atadura, que permaneceu por 48 horas, e foi trocado, no ambulatório, por uma faixa de helanca, que protegeu a orelha de eventuais traumas e foi mantida por 30 dias.

### Orientações e conduta pós-operatórias

Foram administrados antibioticoterapia, antiinflamatório não-hormonal e analgésicos e os retornos ambulatoriais ocorreram no segundo dia pós-operatório, no 6º dia e no 10º dia, 1 mês, 2 meses, 6 meses e 1 ano

## RESULTADOS

Foram operados 80 pacientes pela mesma associação de técnicas. As deformidades foram corrigidas pela raspagem da cartilagem com pericondrioplastia associada à fixação da concha na mastóide conforme a extensão e o posicionamento da deformidade (o “abano”).

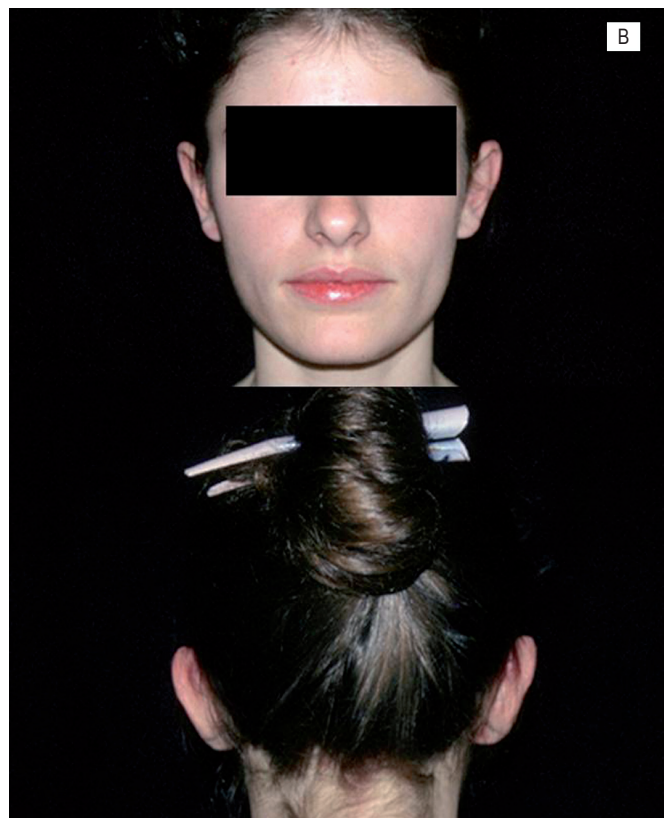
Os resultados foram bastante satisfatórios e preservaram a harmonia e a suavidade das curvas naturais da orelha (sem “dentes”, “degraus” ou arestas), eliminando assim o aspecto e o estigma da “orelha operada”.

Não foram observadas complicações precoces, tais como infecções, hematomas ou necroses. A observação dos pacientes pelo período de um ano mostrou que não houve casos de condrite ou extrusão de fios de sutura. Um (1,25%) paciente apresentou hipertrofia cicatricial, sendo tratado com corticoterapia local, com resolução completa do quadro. Houve um caso (1,25%) de recidiva de abano no pólo superior do pavilhão auricular; o paciente foi um dos primeiros a serem operados.

As Figuras 10 e 13 ilustram alguns pacientes operados pertencentes à casuística.

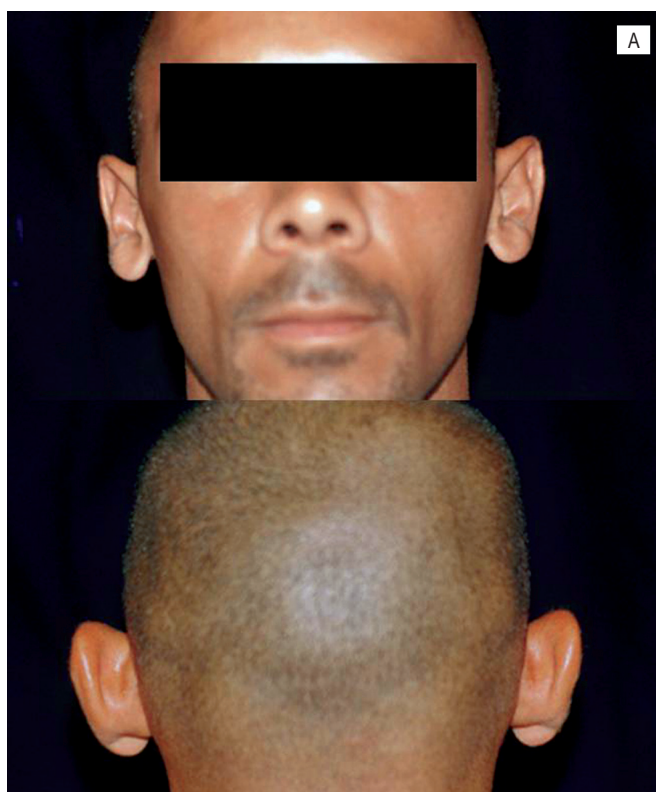


*Figura 10 – Paciente 1. A: aspecto pré-operatório; B: aspecto após 12 meses.*



*Figura 11 – Paciente 2. A: aspecto pré-operatório; B: aspecto após 12 meses.*





**Figura 12** – Paciente 3. **A:** pré-operatório; **B:** aspecto após 24 meses.



**Figura 13** – Detalhes pós-operatórios de vários pacientes. Vista lateral demonstrando o aspecto natural após 1 ano.

## DISCUSSÃO

Acreditamos que diferentes deformidades de orelha devam ser corrigidas por técnicas diversas<sup>7</sup>, levando assim a maior naturalidade e harmonia do conjunto. A técnica de otoplastia utilizada por nós nesses 80 pacientes não é solução para todo tipo de orelha “em abano”, e sim uma associação de diversas técnicas já descritas e consagradas. Trata-se de uma associação sistemática de técnicas, com que conseguimos melhorar e padronizar nossos resultados.

Utilizamos a raspagem anterior da cartilagem<sup>8</sup>, buscando uma quebra da mola cartilaginosa e seu melhor arredondamento. A vantagem da raspagem é conseguirmos melhor controle na espessura da cartilagem, apenas enfraquecendo-a, sem riscos de fraturá-la. A taxa de recidiva do abano que

encontramos (1/80 ou 1,25%) foi bastante baixa. Na literatura, a taxa de recidivas relatada é de 3,7%<sup>9</sup>.

A pericondrioplastia “em jaquetão” apenas estabiliza o formato dado pela raspagem, diminuindo a força de resistência contrária na área de sutura<sup>9-11</sup>.

Para o tratamento do ângulo céfalo-auricular, é utilizado o esvaziamento da mastóide e a rotação da concha, embutindo-a e suturando-a no periósteo da mastóide, o que resultou em aspecto bastante natural. Esse mesmo resultado já havia sido relatado na literatura<sup>3,7,12</sup>.

Os melhores e mais naturais resultados no tratamento da concha são percebidos nas pequenas e médias hipertrofias. Nas grandes hipertrofias, deve-se ter a atenção para não estenotar o conduto auditivo externo<sup>1,3,4</sup>, nem provocar uma proeminência da cruz da hélix de aspecto indesejável<sup>3,13</sup>.

As complicações são muito raras<sup>3,4</sup>, podendo contudo ocorrer como em qualquer cirurgia. O índice de complicações e intercorrências da associação das técnicas utilizadas por nós não é superior ao das outras técnicas, tanto no que diz respeito a infecções, hematomas ou necrose. As condrites e extrusões de fios ocorrem com mais frequência quando a sutura é feita na cartilagem<sup>3</sup>. Não observamos, em nossa casuística, nenhum caso de condrite ou extrusão, por não termos suturado cartilagem, apenas pericôndrio.

Os pacientes submetidos à otoplastia, em geral, queixam-se de dor leve, principalmente com o uso da faixa. A dor de forte intensidade pode ser alerta para infecção ou hematomas, ou ainda por excesso de compressão do curativo ou da faixa elástica.

## CONCLUSÃO

Concluimos que, para o tratamento da orelha proeminente, podemos obter bons resultados quando associamos técnicas já consagradas, satisfazendo assim tanto paciente como cirurgião. A associação das técnicas é de fácil realização e aprendizado e, na nossa casuística, não gerou complicações. O resultado estético final tem aspecto natural, sem irregularidades perceptíveis ou que deixem evidente a

realização da cirurgia (estigma da orelha operada), o que nos motiva a manter esta conduta como a de primeira escolha no tratamento de nossos pacientes.

## AGRADECIMENTOS

Aos Drs. Daniel Ferraz Rodrigues Branco e Fernando Aranha Frões Filho, pelo trabalho de documentação fotográfica e revisão do texto final.

## REFERÊNCIAS

1. Vianna RR. Cirurgia estética das orelhas. In: Mélega JM, Zanini SA, Psillakis JM, eds. Cirurgia plástica reparadora e estética. 2ª ed. São Paulo: Medsi; 1992. p.665-73.
2. Souza AM, Jorge RC. Cirurgia estética da orelha. In: Cardim VL, Marques A, Morais-Besteiro J, eds. Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, Estética e Reconstructiva - Regional São Paulo. São Paulo: Atheneu; 1995. p.145-50.
3. Spira M. Otoplasty: what I do now. A 30-year perspective. *Plast Reconstr Surg*. 1999;104(3):834-40.
4. Franco T, Rebello C. Otoplastias. In: Franco T, Rebello C, eds. Cirurgia estética. Rio de Janeiro: Atheneu; 1977. p.181-201.
5. Tanzer RC, Converse JM. Deformities of the auricle. In: Converse JM, ed. Reconstructive plastic surgery. Principles and procedures in correction, reconstruction and transplantation. Philadelphia: W. B. Saunders; 1964. p.1073-106.
6. Spira M, McCrea R, Gerow FJ, Hardy SB. Correction of the principal deformities causing protruding ears. *Plast Reconstr Surg*. 1969;44(2):150-4.
7. Furnas DW. Correction of prominent ears by conchamastoid sutures. *Plast Reconstr Surg*. 1968;42(3):189-93.
8. Stenstroem SJ. A “natural” technique for correction of congenitally prominent ears. *Plast Reconstr Surg*. 1963;32:509-18.
9. Sperli AE. Tratamento cirúrgico da orelha em abano: técnica pessoal. *Rev Latino-Am Cir Plást*. 1969;XIII(1-4):3-7.
10. Ohlsén L, Vedung S. Reconstructing the antihelix of protruding ears by perichondrioplasty: a modified technique. *Plast Reconstr Surg*. 1980;65(6):753-62.
11. Sperli AE. Oto-pericondrioplastia: atualização da técnica. *Rev Soc Bras Cir Plást*. 1998;13(3):7-14.
12. Owens N, Delgado DD. The management of outstanding ears. *South Med J*. 1965;58:32-3.
13. Hatch MD. Common problems of otoplasty. *J Int Coll Surg*. 1958;30(2):171-8.

### Correspondência para:

Silvio Frizzo Ognibene  
Av. Rebouças, 353 cj. 61/62 – Cerqueira César – São Paulo, SP, Brasil – CEP 05401-000  
E-mail: sfogni@globo.com