

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ORELHAS CONSTRICTAS

*Constricted ear surgical treatment*DIOGO FRANCO¹, JOÃO MEDEIROS², DENYSE ANDRADE³, ALESSANDRO GROSSI³, TALITA FRANCO⁴

RESUMO

Introdução: As orelhas constrictas apresentam-se sob formas variadas, tendo em comum o comprometimento predominante do terço superior. As deformidades podem ser de resolução técnica simples ou até necessitarem de reconstruções complexas de todo o segmento, com enxertia de cartilagem costal. **Método:** No período de 2000 a 2004, foram operados oito pacientes, totalizando 10 orelhas constrictas, com apresentações diferentes, no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Os pacientes foram acompanhados por um período que variou de 1 ano a 3 anos e 6 meses. Este trabalho tem como objetivo descrever as técnicas cirúrgicas utilizadas, de acordo com a gravidade da deformidade anatômica. **Resultados:** Os casos foram analisados de forma retrospectiva, evidenciando-se boa evolução, sem intercorrências ou recidivas. **Conclusão:** Concluímos que o tratamento das orelhas constrictas necessita de um arsenal de técnicas adaptáveis às suas múltiplas formas. Cirurgias mal-sucedidas podem dificultar reconstruções futuras.

Descritores: Orelha externa, anormalidades. Orelha externa, cirurgia. Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos, métodos.

SUMMARY

Introduction: Constricted ears may present as different malformations that share the deformity upper part of ear. Deformity correction may range from a simple technique to a complex reconstruction of all segments, with costal cartilage grafts. **Method:** Eight patients were operated, with different deformity presentation, in a total of 10 constricted ears, between 2000 and 2004, in Plastic Surgery Division at University Hospital of Federal University of Rio de Janeiro. Patients had a follow-up range from 1 year to 3 years and 6 months. The aim of this study is to describe surgical techniques used according to auricular deformity severity. **Results:** Retrospective analysis has shown satisfactory results, without complication and relapse. **Conclusion:** The authors have concluded that surgical treatment of ear congenital malformation, as constricted ear, should be performed by surgeons experienced in several techniques adapting to the different auricular malformations.

Descriptors: Ear, external, abnormalities. Ear, external, surgery. Reconstructive surgical procedures, methods.

1. Mestre e Doutor em Cirurgia Plástica pela UFRJ; Professor Adjunto do Serviço de Cirurgia Plástica do HUCFF.
2. Mestre em Cirurgia Plástica pela UFRJ; Doutorando em Cirurgia Plástica pela UFRJ.
3. Residente do Serviço de Cirurgia Plástica.
4. Professora Titular de Cirurgia Plástica da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho.

Correspondência para: Diogo Franco
Praia de Botafogo, 528 apto. 1304 - A - Rio de Janeiro, RJ, Brasil - CEP 22250-040
E-mail: diogo@openlink.com.br

INTRODUÇÃO

Deformidades auriculares não são má formações tão comuns quanto fendas labiopalatais ou sindactílias. A incidência varia entre 1:6000 (média geral), 1:4000 (japoneses) e 1:1000 (índios navajos). Por este motivo, embora a maioria dos Serviços de Cirurgia Plástica opere fendas, muitos não operam, operam raramente ou operam inadequadamente as má formações congênitas da orelha.

Alterações congênitas da forma da orelha ocorrem em graus variáveis^{1,2}. O termo "orelha constricta" é utilizado para agrupar uma série de má formações do pavilhão auricular, que apresentam, como defeito comum, a rotação inadequada do complexo hélice/anti-hélice/escafa, resultando em um pavilhão auricular fletido no sentido anterior. Estas anormalidades variam muito quanto à intensidade da deficiência de rotação, fator este que é determinante na escolha da abordagem cirúrgica a ser utilizada.

Classificação:

- **Leve:** pequena alteração no contorno superior da hélice;
- **Moderada:** alteração envolvendo a hélice e parte da escafa;
- **Grave:** envolve o terço superior da orelha, podendo afetar os outros segmentos (microtia).

MÉTODO

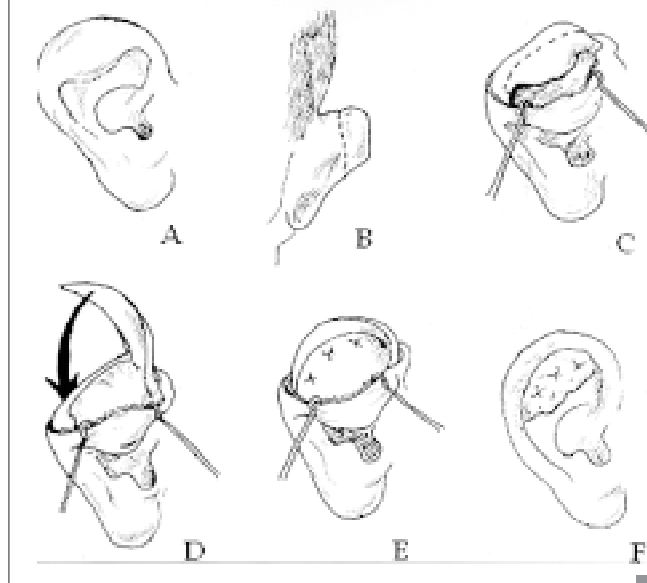
No período de janeiro de 2000 a janeiro de 2004, entre 76 pacientes tratados por má formação auricular, foram operados oito portadores de orelha constricta. Destes, seis eram do sexo masculino e dois do feminino. A faixa etária variou de oito a 30 anos e as alterações se apresentaram bilateralmente, em dois pacientes. Seis orelhas foram consideradas como deformidade leve, uma como moderada e três como grave.

De acordo com a gravidade da apresentação, utilizamos a seguinte técnica operatória:

1) Orelha constricta leve (Figuras 1 e 2)

- Incisão na face posterior da orelha, a meio centímetro da borda da hélice;
- Dissecção e exposição da parte superior da cartilagem em todo o seu contorno;
- Incisão transfixante no nível da dobra, liberando a parte deformada que ficará presa apenas em sua extremidade anterior;
- Rotação posterior da cartilagem incisada;
- Sutura da cartilagem rodada à escafa;
- Reposicionamento da pele e sutura simples com material inabsorvível;
- Restabelecimento do sulco da hélice com pontos captados.

Figura 1 – Esquema de reconstrução para orelhas constrictas leves e moderadas. A: Identificação do defeito. B: Marcação da incisão cutânea retroauricular. C: Delimitação da área de cartilagem a ser incisada. D: Elevação do retalho cartilaginoso, com pedículo superior. E: Fixação da cartilagem na posição adequada. F: Síntese cutânea.



2) Orelha constricta moderada (Figuras 1 e 3)

- Incisão posterior;
- Desenlívamento da cartilagem;
- Rotação do segmento dobrado;
- Complementação com enxerto de concha contralateral para aumentar a altura, quando houver assimetria considerável;
- Reposicionamento da pele, com pontos captados, para ajuste das estruturas e formação da escafa.

3) Orelha constricta grave (Figura 4)

- Tratamento semelhante ao das microtias (em dois ou três tempos cirúrgicos) com enxerto de cartilagem costal.

Todos os pacientes foram submetidos aos procedimentos cirúrgicos sob anestesia geral. Ao final das cirurgias, foram realizados curativos oclusivos com atadura de "crepon". Nas deformidades leves e moderadas, o curativo foi mantido fechado por quatro a cinco dias. Nas microtias graves, trocou-se o curativo diariamente até o quinto dia de pós-operatório. Após a suspensão do uso de atadura de "crepon", manteve-se a contenção externa com faixa elástica de suave compressão (tipo bailarina), durante o sono e por um período de três meses.

Os pacientes foram mantidos sob internação hospitalar por um período que variou de três a cinco dias.

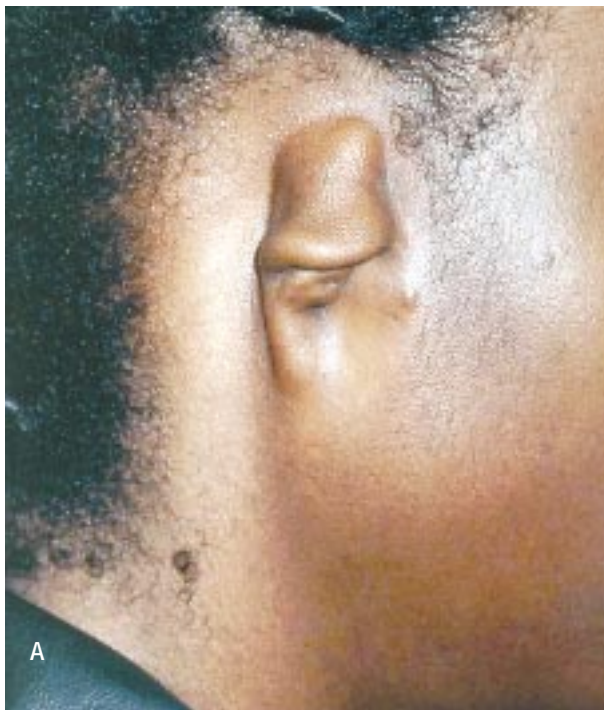
Figura 2 – Orelha constricta leve. A: Pré-operatório. B: Pós-operatório de dois anos.



Figura 3 – Orelha constricta moderada. A: Pré-operatório. B: Pós-operatório de um ano.



Figura 4 - Orelha constricta grave. A: Pré-operatório. B: Segmentos de cartilagem costal retirados para confecção da nova orelha. C: Modelagem do arcabouço cartilaginoso. D: Pós-operatório de um ano e seis meses.



RESULTADOS

Dos oito pacientes tratados, totalizamos 10 orelhas operadas.

O acompanhamento foi feito por um período pós-operatório que variou de 1 ano a 3 anos e 6 meses, não tendo sido observada nenhuma intercorrência ou recidiva.

DISCUSSÃO

Diferentes procedimentos têm sido propostos para tratar as orelhas constrictas³⁻⁶. É importante conhecer vários deles, pois a deformidade assume múltiplas formas. A exposição da cartilagem deformada é o ponto fundamental, principalmente em casos leves e moderados. Dependendo do grau da alteração, ela poderá ser apenas enfraquecida e modelada, incisada e rodada ou será necessário acrescentar cartilagem retirada da orelha contralateral ou da reborda costal.

Dada à grande variedade de alterações possíveis, em termos práticos, o mais importante é determinar se a correção pode ser feita com tecidos locais ou se é necessário o aporte de cartilagem e/ou pele.

Incisões radiadas a partir da borda da hélice, de forma a expandir a cartilagem dobrada, foram uma tentativa feita por vários autores. Stephenson⁴ desenlucou a cartilagem auricular a partir de uma incisão posterior, abriu-a sob a forma de um leque e voltou a recobri-la com a pele descolada. Musgrave⁴ escorou as extremidades da cartilagem incisada com um enxerto de cartilagem retirada da concha, para evitar que a borda da orelha ficasse com aspecto denteado. Kaye e Lotuaco³ não usaram esta escora, mas deram pontos transfixantes evertendo a borda da cartilagem. Outras técnicas com manobras mais complexas foram tentadas⁷, porém com menor aceitação.

A técnica descrita por Tanzer² para deformidades restritas à borda da hélice tem grande adaptabilidade na maioria destes casos. Consiste na exposição da cartilagem dobrada, que é seccionada ao longo da dobra, mantendo um pedículo medial, e rodada para cima e para atrás.

Quando é necessário aumentar a altura da orelha, Brent⁸ associa à técnica de Tanzer um enxerto de concha da orelha oposta.

Deformidades mais complexas, classificadas como microtias, exigem procedimentos em pelo menos dois tempos cirúrgicos, com o uso de cartilagem costal e estão bem descritos nos trabalhos de Brent⁹, Nagata^{10,11}, Firmin¹² e Franco et al.^{13,14}.

Segundo Horlock et al.⁵, a primeira correção de orelha constricta teria sido feita por Cocheril, em 1894, e consistiu na ressecção de um fuso de cartilagem no local da dobra. A tentativa de atuar sobre deformidades auriculares por meio ressecção direta da área afetada, geralmente, não dá bons resultados. Ressecções diminuem o tamanho da orelha, agravando a assimetria.

As estruturas da orelha são muito delicadas, o tegumento é fino e sem tecido adiposo subcutâneo e a cartilagem não tem grande capacidade de sustentação. Técnicas que seccionam a cartilagem e afastam os segmentos, deixando espaços que serão recobertos apenas pela pele^{4,6}, provocarão desníveis na superfície da orelha, perceptíveis visualmente e pelo tato. Pontos transfixando segmentos finos de cartilagem na tentativa de evertê-los³ funcionam como corpos estranhos, visíveis na superfície e, eventualmente, podem levar a condrite e necrose. O retalho cartilaginoso proposto por Tanzer² mantém a continuidade cartilaginosa e não deixa espaços vazios, além de aumentar a altura da orelha. O enxerto de cartilagem da concha oposta, quando necessário, funciona bem e não deixa seqüelas visíveis na área doadora.

O tratamento deve buscar a forma mais próxima da normal. Se a modelagem da cartilagem deformada não for suficiente, a solução estará no aporte de cartilagem da orelha oposta ou do rebordo costal. A prudência e a experiência são importantes na decisão da conduta, pois não usar enxertos quando necessário leva a resultados precários, mas empregá-los de maneira inadequada pode tirar recursos para intervenções futuras. A cartilagem passível de ser usada como enxerto tem quantidade limitada e deve ser encarada como um tecido muito precioso.

A permanência do resultado a longo prazo exige cuidados, pois pode haver recidiva. Pontos de ancoragem à mastóide têm sido recomendados nos casos mais graves. Mesmo nos casos leves, mecanismos de contenção sob a forma de faixas elásticas de pequena compressão devem ser utilizados durante alguns meses¹⁵.

A variedade de formas com que se manifestam as deformidades congênicas da orelha, a anatomia complexa, a importância estético-social, a carência de tecido similar e as dificuldades que envolvem as reconstruções impõem aos profissionais que delas se encarregam conhecimento e experiência. Um tempo cirúrgico mal sucedido pode dificultar ou inviabilizar a reconstrução. A tendência é que as má formações auriculares, como as reconstruções de orelha de um modo geral, sejam concentradas em Centros especializados, para que maior experiência se consolide e melhores resultados sejam obtidos.

CONCLUSÕES

Concluimos que o tratamento das orelhas constrictas necessita de um arsenal de técnicas adaptáveis às suas múltiplas formas. Cirurgias mal-sucedidas podem dificultar reconstruções futuras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rogers BO. Microtic, lop, cup and protruding ears: four directly inheritable deformities? *Plast Reconstr Surg.* 1968;41(3):208-31.

2. Tanzer RC. The constricted (cup and lop) ear. *Plast Reconstr Surg.* 1975;55(4):406-15.
3. Kaye BL, Lotuaco GG. A simplified technique for the correction of the congenital lop ear. *Plast Reconstr Surg.* 1974;54(6):667-70.
4. Musgrave RH. A variation on the correction of congenital lop ear. *Plast Reconstr Surg.* 1966;37(5):394-8.
5. Horlock N, Grobbelaar AO, Gault DT. 5-year series of constricted (lop and cup) ear corrections: development of the mastoid hitch as an adjunctive technique. *Plast Reconstr Surg.* 1998;102(7):2325-35.
6. Stephenson KL. Correction of a lop ear type deformity. *Plast Reconstr Surg.* 1960;26:542-5.
7. Ohsumi N. Enlargement of the upper third of the ear with use of triple banner flap and postauricular island flap. *Plast Reconstr Surg.* 1998;101(5):1414-7.
8. Brent B. The correction of microtia with autogenous cartilage grafts. II. Atypical and complex deformities. *Plast Reconstr Surg.* 1980;66(1):13-21.
9. Brent B. The correction of microtia with autogenous cartilage graft. I. the classic deformity. *Plast Reconstr Surg.* 1980;66(1):1-12.
10. Nagata S. A new method of total reconstruction of the auricle for microtia. *Plast Reconstr Surg.* 1993; 92(2):187-201.
11. Nagata S. Alternative surgical methods of treatment for the constricted ear. *Clin Plastic Surg.* 2001; 29 (2):301-15.
12. Firmin F. Ear reconstruction in cases of typical microtia. Personal experience based on 352 microtic ear corrections. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.* 1998;32(1):35-47.
13. Franco T, Franco D, Faveret P. A aponeurose epicraniana no segundo tempo da reconstrução de orelha. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2005;20(1):1-7.
14. Franco T. Cirurgia reparadora de nariz e orelha. In: Franco T, ed. *Princípios de cirurgia plástica.* Rio de Janeiro: Atheneu; 2002. p.419-74.
15. Furnas DW. Correction of prominent ears by concha mastoid sutures. *Plast Reconstr Surg.* 1968;42(3):189-93.