



Otoplastia Combinada

Combined Otoplasty

OSVALDO RIBEIRO SALDANHA ^{1,2*}
OSVALDO RIBEIRO SALDANHA FILHO ¹
CRISTIANNA BONNETO SALDANHA ^{1,2}
PAULO RODAMILANS SANJUAN ³
SABINA APARECIDA ALVAREZ DE PAIVA ³
BERNARDO FERNANDES DE SOUZA
FONTES ³
FLÁVIO FRANCESCHELI ³
NABY GEBRIM NETO ³
FRANCISCO FELIPE GÓIS DE OLIVEIRA ²

Instituição: Clínica Saldanha,
Santos, SP, Brasil.

Artigo submetido: 21/10/2015.
Artigo aceito: 17/5/2018.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0101

■ RESUMO

Introdução: Orelha em abano é a deformidade congênita mais comum de cabeça e pescoço, cuja transmissão se dá por herança autossômica dominante, sem predileção por gênero. A orelha proeminente ou “em abano” ocorre quando há um excesso ou hipertrofia da concha auricular, apagamento da antélice, um ângulo escafoconchal maior que 90° ou uma combinação destes, ocorrendo uni ou bilateralmente. O objetivo é apresentar uma abordagem conservadora para correção de orelha em abano, com a associação de técnicas.

Métodos: Foi utilizada uma variação cirúrgica para realização de otoplastia com o auxílio de uma abordagem anterior para ressecção da concha auricular associada ao enfraquecimento da antélice com incisões parciais na cartilagem também por via anterior e a realização de pontos de Mustardé por via posterior para melhor definição da antélice, sem a fixação da concha à mastoide. Foram operados 200 pacientes com idade média de 17 anos, entre janeiro de 1987 e janeiro de 2015, sendo 60% do gênero feminino. **Resultados:** Dos 200 pacientes, apenas 24 necessitaram revisões cirúrgicas discretas. **Conclusão:** O procedimento cirúrgico é simples, facilmente reproduzível, proporcionando bons resultados, com alto grau de satisfação e baixo índice de complicações/morbidade.

Descritores: Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Orelha externa; Pavilhão auricular/anormalidades; Hipertrofia.

¹ Clínica Saldanha, Santos, SP, Brasil.

² Hospital São Lucas, Serviço de Cirurgia Plástica Osvaldo Saldanha, Santos, SP, Brasil.

³ Universidade Santa Cecília, Serviço de Cirurgia Plástica Dr. Ewaldo Bolívar de Souza Pinto, Santos, SP, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: Protruding ear is the most common congenital deformity of the head and neck, with an autosomal dominant inheritance and no predilection for sex. Protruding ear or prominent ear occurs when there is concha excess or hypertrophy, erasure of the antihelix, a scapho-conchal angle greater than 90°, or a combination of these factors, occurring uni- or bilaterally. The objective is to present a conservative approach to correct protruding ear, with a combination of techniques.

Methods: The otoplasty surgical technique involved an anterior approach for resection of the auricular concha, which was associated with weakening of the antihelix, and partial incisions of the cartilage were performed through anterior access and of Mustardé sutures, through posterior access for better definition of the antihelix without fixation of the concha to the mastoid. Two hundred patients with a mean age of 17 years underwent operations between January 1987 and January 2015, 60% of whom were female. **Results:** Of the 200 patients, only 24 patients needed discrete surgical revisions. **Conclusion:** The surgical procedure is simple, easily reproducible, provides good results, and is associated with a high degree of satisfaction and a low rate of complications/morbidities.

Keywords: Reconstructive surgical procedures; External ear; Pinna/abnormalities; Hypertrophy.

INTRODUÇÃO

A orelha em abano é a deformidade congênita mais comum da cabeça e pescoço, com uma incidência descrita para caucasianos ao redor de 5%¹. É transmitida por herança autossômica dominante e geralmente ocorre entre a 12^a e a 16^a semana de gestação e não há aparente predileção por gênero. Em 61% dos casos o diagnóstico é realizado ao nascimento².

Em 1903, Morestin³ descreveu o acesso posterior, que se tornou o padrão da época, popularizando a hipertrofia da cartilagem da concha como causa da proeminência do pavilhão auricular.

Willian Henry Lockett⁴, em 1910, introduziu o importante conceito de restauração da antélice.

Em 1952, Becker⁵ introduziu o conceito da antélice cônica combinando a incisão e sutura da cartilagem, na tentativa de tornar o contorno mais suave. Esta técnica foi refinada por Converse et al.⁶, em 1955, e por Converse & Wood-Smith⁷, em 1963.

Gibson & Davis⁸, em 1958, demonstraram que a cartilagem é capaz de se curvar para o lado oposto quando um lado é seccionado parcialmente.

Stenström⁹, em 1963, utilizando esse princípio, propôs uma técnica para conferir uma forma mais natural à antélice por meio de múltiplas abrasões superficiais na superfície anterior da cartilagem auricular para formar uma nova convexidade da antélice.

Mustardé^{10,11}, em 1963, introduziu sua técnica de sutura, criando a antélice por meio de suturas permanentes entre a concha e a escafa, dando um formato suave à antélice.

Em 1967, Kayne¹² criou a primeira de várias técnicas combinadas, combinando a abrasão anterior de Stenström com a sutura posterior de Mustardé.

Furnas¹³, em 1968, introduziu a técnica de correção das orelhas proeminentes com o uso de suturas entre a concha e a mastoide. Em 1969, essa técnica foi modificada por Spira et al.¹⁴.

Em 1990, Elliot¹⁵ propôs um procedimento para redução da concha quando a sutura posterior (Furnas) sozinha era insuficiente para corrigir a posição da orelha. Para isso, utilizou uma incisão anterior na margem da concha; as bordas incisadas da cartilagem são suturadas e não é ressecado o excesso de pele na região. Foi o primeiro a descrever o acesso combinado.

Spina e Stahl, em 1983, utilizaram apenas a ressecção da cartilagem para correção da orelha em abano, não ressecando o excesso de pele na região anterior¹³.

Em 1997, Hell et al.¹⁶ descrevem a ressecção da cartilagem pelo acesso posterior.

Os avanços em otoplastia tornaram possíveis não somente fixar as orelhas posteriormente, mas também melhorar a sua forma, reduzir seu tamanho e torná-las mais simétricas.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é a apresentar uma abordagem para correção de orelha em abano, com a associação de técnicas.

MÉTODOS

Foi utilizada uma variação cirúrgica para realização de otoplastia com o auxílio de uma abordagem anterior para ressecção da concha auricular associada ao enfraquecimento da antélice também por via anterior com incisões parciais e com a realização de pontos de Mustardé por via posterior para melhor definição da antélice, sem a fixação da concha à mastoide.

Todos os casos analisados foram operados pelo mesmo cirurgião com técnica descrita. Os pacientes incluídos foram os que apresentavam deformidades em orelha de abano (Classificação V de Tanzer de deformidades congênicas da orelha). Foram operados 200 pacientes com idade média de 17 anos, bilateralmente, entre janeiro de 1987 e janeiro de 2015. O gênero feminino correspondeu a 60% dos casos.

Técnica Cirúrgica

Realiza-se a marcação da antélice com azul de metileno, evidenciando-se as cruras que deverão ser enfraquecidas. A hipertrofia da concha é retirada por via anterior. Marca-se o fuso de pele na proximidade do sulco auricular posterior com aproximadamente 0,5 cm de largura e 4-5 cm de extensão.

A orelha é infiltrada com solução padrão com adrenalina (1:200.000) em região do fuso retroauricular e em região anterior da concha.

Procede-se à ressecção de fuso de pele e descolamento amplo na proximidade do sulco auricular posterior (Figura 1A). Realiza-se incisão e ressecção de fuso de pele (3-4 mm) na região anterior da concha, ressecando-se também em fuso o excesso de cartilagem conchal na sua região mais interna. (Figura 1B) A incisão anterior é suturada com mononáilon 6-0 (Figura 1C). Ainda na região anterior, o enfraquecimento da cartilagem da antélice é feito com a região cortante da agulha 30 x 7mm, com a utilização de, no mínimo, três incisões parciais. Entra com o bisel da agulha paralelo à antélice, sem transfixar a cartilagem, a fim de enfraquecer a cartilagem e facilitar os pontos de Mustardé e a curvatura esperada da antélice (Figura 1D).

O próximo tempo é a realização de pontos de Mustardé (três ou quatro) com mononáilon 5-0 para recompor a anatomia da antélice, sem fixação da mesma à mastoide (Figura 1E).

A síntese da pele é feita com sutura intradérmica de mononáilon 5-0, sem tensão na sutura (Figura 1F).

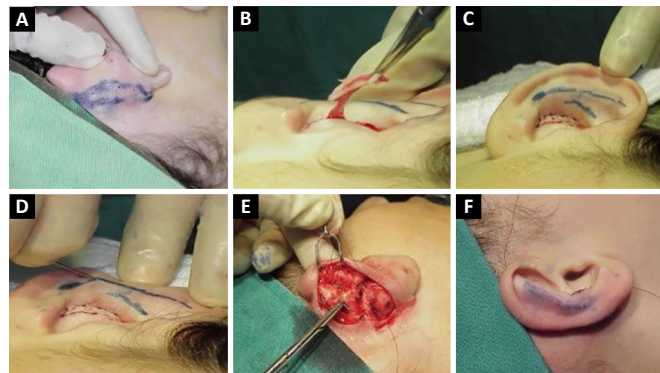


Figura 1. A: Fuso de pele a ser ressecada na região posterior; B: Ressecção do excesso de cartilagem conchal; C: Sutura da concha com pontos de nylon 6.0; D: Enfraquecimento da cartilagem da antélice com agulha 30x07mm; E: Pontos de Mustardé; F: Aspecto final após sutura intradérmica.

O curativo no pós-operatório imediato é realizado com gazes e enfaixamento com atadura de crepe. No primeiro dia pós-operatório, retira-se o curativo realizado no dia anterior e faz-se ao longo da antélice uma modelagem da cartilagem com pequenas tiras de micropore e aproximação da orelha na mastoide. Mantém-se esse tipo de curativo por 15 dias com troca semanal pelo cirurgião.

RESULTADOS

Os resultados foram efetivos na quase totalidade dos casos, observando melhora acentuada na forma da orelha, cicatrizes mínimas e disfarçadas na curvatura anterior da concha e satisfação da grande maioria dos pacientes (Figuras 2 e 3).

Houve um caso de hematoma pequeno, drenado no 1º dia de pós-operatório, sem consequências no resultado. As revisões cirúrgicas foram realizadas nos cinco casos de recidiva unilateral na porção superior da hélix, corrigidos com resutura dos pontos de Mustardé, assim como nos oito pacientes que apresentaram assimetria. Os casos de complicações e revisão podem ser vistos na Figura 2 e na Tabela 1. Não houve nenhuma caso de cicatriz hipertrófica ou quelóide nos casos operados tão quanto reabordagem cirúrgica em todos as complicações citadas na Figura 4 e na Tabela 1.

A extrusão de pontos apresentou número semelhante à literatura pesquisada (3% a 6%).

Durante todo o período, a técnica cirúrgica apresentou resultados semelhantes. As figuras que seguem o texto ilustram a técnica descrita (Figura 1A-F).

DISCUSSÃO

Orelha de abano é o mais comum de todos os defeitos congênicos da orelha. A deformidade pode ser notada ao nascimento e, geralmente, torna-se mais acentuada com o passar do tempo¹, sendo sua incidência



Figura 2. Caso 1 - Pré e pós-operatório vista frontal e posterior.



Figura 3. Caso 2 - Pré e pós-operatório vista frontal e posterior.

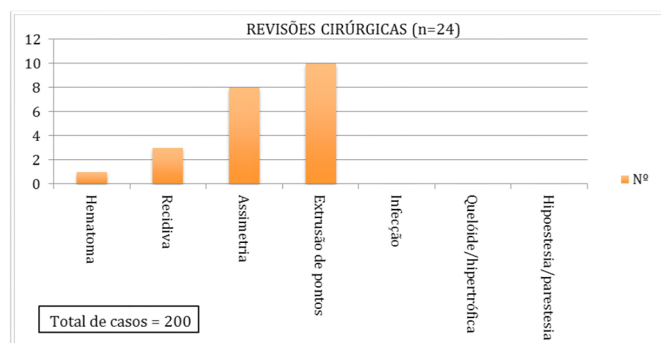


Figura 4. Revisões cirúrgicas.

Tabela 1. Revisões cirúrgicas.

Complicações	Nº	%
Hematoma	1	0,1
Recidiva	5	3,5
Assimetria	8	4,0
Infecção	0	0
Extrusão de pontos	10	5,0
Quelóide / hipertrofica	0	0
Hipostesia / parestesia	0	0

de cerca de 5% em caucasianos². Embora não acarretem alteração funcional, as deformidades da orelha podem provocar importantes distúrbios psicossociais¹⁷. A orelha de abano é determinada por uma ou um conjunto de alterações anatômicas, de modo que o planejamento cirúrgico adequado deve considerar as deformidades de cada parte da orelha isoladamente¹⁷.

Na orelha em abano ocorre a alteração da medida de dois ângulos: o auriculocefálico e o escafoconchal. O ângulo auriculocefálico representa a distância entre a orelha e o crânio; normalmente, mede entre 20° e 30°, sendo considerado limítrofe até 45°, ou ainda uma distância de entre 1,8 a 2 cm. O ângulo escafoconchal é medido entre a antélice e a concha, e deve ser próximo a 90°¹⁸.

Sendo assim, o principal objetivo da otoplastia para correção de orelha em abano é restaurar a anatomia e remover o estigma dos pacientes portadores dessa deformidade. As técnicas cirúrgicas buscam o resultado natural, simetria, mínimas complicações, pouca recorrência e recuperação rápida.

O menor descolamento e ressecção de pele na região auricular posterior, além da ausência dos pontos de fixação à mastoide, são fatores importantes para a baixa taxa de complicações como hematoma no pós-operatório, diminuição da dor e maior conforto pós-operatório. Vale realçar que o enfraquecimento da cartilagem da antélice com a utilização de no mínimo, três incisões parciais na região anterior, diferentemente de Elliott, que realizava uma incisão anterior na margem da concha; as bordas incisadas da cartilagem são suturadas e não é ressecado o excesso de pele na região.

As complicações imediatas que podem ocorrer na primeira semana de pós-operatório são: hematoma, infecção, dor e desconforto local. A mais comum é o hematoma, a qual requer drenagem imediata. Diferentemente ao trabalho de Aki et al.¹⁹, que identificou que a maior incidência de complicação seria em relação a infecção com uma taxa de (5,1%), seguida por hematoma (4,1%) e necrose da pele (2,6%).

Complicações a partir da segunda semana de pós-operatório podem ser causadas por trauma local.

A correção inadequada da “orelha em abano”, com distorção de contorno e/ou hipercorreção são os

resultados indesejados mais comuns em otoplastia, semelhante ao que foi apresentado por Aki et al.¹⁹, com uma incidência de 11%.

A otoplastia combinada é uma abordagem simples para o tratamento das orelhas proeminentes e apresentam alto percentual de satisfação com baixa taxa de complicação, sem a necessidade de amplo descolamento posterior e evitando-se a lesão do sistema neurovascular da orelha.

Diferentemente do estudo de Goulart et al.¹⁷, em que realiza-se descolamento posterior da orelha em plano subpericondrial até boa exposição da cartilagem auricular e descolamento da região mastoide, com ressecção do músculo auricular posterior, associado à incisão da cartilagem em quatro pontos, definindo a antélice com 2-4 pontos de Mustardé.

A associação de técnicas é uma abordagem interessante de ser utilizada em qualquer tipo de cirurgia, especialmente em procedimentos com necessidades de maiores detalhes anatômicos como a orelha. Acreditamos que diferentes deformidades de orelha devam ser corrigidas por técnicas diversas, levando assim a maior naturalidade e harmonia do conjunto¹⁸.

Goulart et al.¹⁷, em seu estudo, concluem que o melhor tratamento de orelhas proeminentes é obtido com a associação de diversas técnicas, apresentando resultados naturais, com baixos índices de complicação, satisfazendo a equipe cirúrgica e, principalmente, os pacientes.

CONCLUSÃO

O procedimento apresentado neste trabalho se mostrou eficaz.

A ressecção de uma pequena faixa (em meia lua) na porção anterior da concha auricular favorece a curvatura natural da antélice.

O procedimento cirúrgico é simples, facilmente reproduzível, proporcionando bons resultados, com alto grau de satisfação e baixo índice de complicações/morbididade.

COLABORAÇÕES

- ORS** Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- ORSF** Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

- CBS** Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- PRS** Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- SAAP** Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- BFSF** Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- FF** Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- NGN** Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- FFGO** Análise e/ou interpretação dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Tanzer RC, Congenital deformities of the auricle. In: Converse JM, ed. *Reconstr Plast Surg*. Philadelphia: WB Saunders; 1977. 1719 p.
2. Yegueros P, Friedland JA. Otoplasty: the Experience of 100 consecutive patients. *Plast Reconstr Surg*. 2001;108(4):1045-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-200109150-00039>
3. Morestin MH. De la reposition et du plissement cosmétiques du pavillon de l'oreille. *Rev Orthop*. 1903;4:289-303.
4. Luckett WH. A new operation for prominent ears base don the anatomy of the deformity. *Surg Gynecol Obstet*. 1910;10:635.
5. Becker OJ. Correction of protruding deformed ear. *Br J Plast Surg*. 1952;5(3):187-96. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226\(52\)80019-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226(52)80019-0)
6. Converse JM, Nigro A, Wilson FA, Johnson N. A technique for surgical correction of lop ears. *Plast Reconstr Surg* (1946). 1955;15(5):411-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-195505000-00004>
7. Converse JM, Wood-Smith D. Technical details in the surgical correction of the lop ear deformity. *Plast Reconstr Surg*. 1963;31:118-28. PMID: 14022738 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-196302000-00002>
8. Gibson T, Davis WB. The distortion of autogenous cartilage grafts: its cause and prevention. *Br J Plast Surg*. 1958;10:257-74. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226\(57\)80042-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226(57)80042-3)

9. Stenström SJ. A "natural" technique for correction of congenitally prominent ears. *Plast Reconstr Surg.* 1963;32:509-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-196311000-00003>
10. Sevin K, Sevin A. Otoplasty with Mustarde suture, cartilage rasping, and scratching. *Aesthetic Plast Surg.* 2006;30(4):437-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-006-0061-4>
11. Mustardé JC. The correction of prominent ears using simple mattress sutures. *Br J Plast Surg.* 1963;16:170-8. PMID: 13936895 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226\(63\)80100-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226(63)80100-9)
12. Kayne BL. A Simplified method for correcting the prominent ear. *Plast Reconstr Surg.* 1967;40(1):44-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-196707000-00006>
13. Furnas DW. Correction of prominent ears by conchamastoid sutures. *Plast Reconstr Surg.* 1968;42(3):189-93. PMID: 4878456
14. Spira M, McCrea R, Gerow FJ, Hardy SB. Correction of the principal deformities causing protruding ears. *Plast Reconstr Surg.* 1969;44(2):150-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-196944020-00007>
15. Elliott RA Jr. Otoplasty: a combined approach. *Clin Plast Surg.* 1990;17(2):373-81. PMID: 2189651
16. Hell B, Garbea D, Heissler E, Klein M, Gath H, Langfong A. Otoplasty: a combined approach to different structures of auricle. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1997;26(6):408-13. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0901-5027\(97\)80003-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0901-5027(97)80003-3)
17. Goulart FO, Arruda DSV, Karner BM, Gomes PL, Carreirão S. Correção da orelha de abano pela técnica de incisão cartilaginosa, definição da antélice com pontos de Mustardé e fixação da cartilagem conchal na mastoide. *Rev Bras Cir Plást.* 2011;26(4):602-7.
18. 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.
19. Aki F, Sakae E, Cruz DP, Kamakura L, Ferreira MC. Complicações em Otoplastia: Revisão de 508 Casos. *Rev Bras Cir Plást.* 2006;21(3):140-4.

***Autor correspondente:**

Oswaldo Ribeiro Saldanha

Avenida Washington Luis, 142 - Santos, SP, Brasil

CEP 11050-200

E-mail: clinciasaldanha@hotmail.com