



Tratamento de fissuras de lóbulo de orelha

Lobuloplasty Torn earlobe repair

SANDRO CILINDRO DE SOUZA ^{1,2,3*}

■ RESUMO

Introdução: O uso de ornamentos auriculares é uma prática multicultural. Considerando a grande incidência de fissuras de lóbulo de orelha (FLOs) no mundo inteiro, é surpreendente a escassez de avaliações objetivas na literatura nacional e internacional. **Objetivo:** Avaliação dos resultados do fechamento de FLO's por meio de simples remoção de suas bordas e fechamento usando adesivo tissular. **Métodos:** Estudo prospectivo no qual FLOs (36) foram tratadas por simples excisão de suas bordas epitelizadas e fechamento usando cianoacrilato como adesivo tissular. **Resultados:** Foram tratadas FLOs causadas por brincos (91,7%) e por trauma (8,3%). Achatamento (14,8%), cicatriz inestética (13,9%), entalhe (11,1%), alongamento lobular (7,4%) e deiscência (5,6%) foram os problemas encontrados. Não houve casos de necrose ou queloides. **Conclusões:** O tratamento proposto mostrou-se seguro e com resultados cosméticos satisfatórios em 92,6% das pacientes.

Descritores: Pavilhão auricular; Pavilhão auricular/anormalidades; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Adesivos; Cianoacrilatos.

■ ABSTRACT

Introduction: The use of ear ornaments is a multicultural practice. The lack of objective evaluations published in the national and international literature is surprising considering the high incidence of torn earlobe (TEL) worldwide. **Objective:** Evaluation of the results of torn earlobe repair with simple marginal excision and closure using a tissue adhesive. **Methods:** This was a prospective study in which TELs (36) were treated by simple excision of epithelialized edges and closure using cyanoacrylate as tissue adhesive. **Results:** TELs caused by earrings (91.7%) and trauma (8.3%) were treated. The following issues were found: flatness (14.8%), unsightly scar (13.9%), notching (11.1%), stretched earlobe (7.4%), and dehiscence (5.6%). No cases of necrosis or keloid scars occurred. **Conclusions:** The proposed treatment proved safe and had satisfactory cosmetic results in 92.6% of patients.

Keywords: Pinna; Pinna/abnormalities; Reconstructive surgical procedures; Adhesives; Cyanoacrylates.

Instituição: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Artigo submetido: 12/9/2015.
Artigo aceito: 12/5/2016.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2016RBCP0059

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

² Hospital Geral de Camaçari, Camaçari, BA, Brasil.

³ Hospital Geral do Estado, Salvador, BA, Brasil.

INTRODUÇÃO

O uso de ornamentos auriculares por ambos os sexos é uma antiga prática em culturas de todo o mundo. O tratamento cirúrgico das resultantes fissuras de lóbulo de orelha (FLOs) tem sido descrito desde a Babilônia e Pérsia, passando pela antiga Índia (100 AC a 100 DC) até chegar à Inglaterra Vitoriana. O lóbulo de orelha alongado em consequência do fechamento da FLO foi milenarmente denominado por *Sushruta Samnhita* (606 AC) de *kákusthapáli*^{1,2}.

Considerando a grande incidência de FLOs no mundo inteiro, é surpreendente a escassez de avaliações objetivas na literatura pesquisada. A grande maioria dos estudos existentes fornece pequenas casuísticas sem bases reproduzíveis¹⁻¹¹. Ademais, pouca tentativa é feita no sentido de identificar fatores etiológicos².

OBJETIVO

O objetivo desse trabalho é avaliar os resultados do tratamento de FLOs por meio de um simples reavivamento das bordas das fissuras e adesivo tissular (cianoacrilato).

MÉTODOS

Estudo prospectivo realizado no período de 1 de janeiro de 2005 a 1 de agosto de 2010.

Foram incluídos todos os pacientes com FLO que desejavam corrigir cirurgicamente suas lesões. Foram excluídos lóbulos lesados com sinais de inflamação, incluindo infecções e dermatites locais, e também pacientes com cicatrizes queloidianas ou com histórico de alergia aos componentes do adesivo tissular.

Esse estudo foi realizado em conformidade com os critérios da declaração de Helsinki de 1964 e seus acréscimos posteriores. Um consentimento informado foi obtido dos pacientes (ou de seus representantes legais) após terem sido informados sobre os objetivos, métodos, riscos e benefícios relacionados com o uso de anestesia, incisões, suturas e adesivos teciduais.

Técnica cirúrgica

O reparo do lóbulo seguiu as seguintes etapas (Figura 1):

- antissepsia das orelhas com solução alcoólica de clorexidina a 0,5% e colocação de campos cirúrgicos estéreis em torno das lesões;
- infiltração das bordas da fissura com 2 a 4 ml de lidocaína a 1% com adrenalina 1:100.000^{1,3} e espera de 10 minutos para o efeito vasoconstrictor;
- ressecção das bordas das FLOs: usando bisturi nº 11, excisão cuneiforme das margens das fissuras

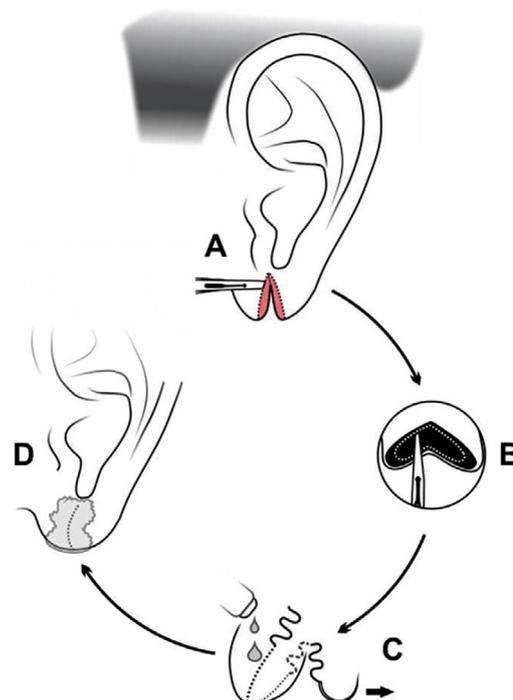


Figura 1. Técnica cirúrgica. A: Excisão das bordas da fissura; B: Descolamento de pele marginal; C: Sutura intradérmica e início de colagem; D: Lóbulo colado e curativo exposto.

completas e excisão circular das margens das fissuras incompletas; nas fissuras traumáticas agudas (3), que já se apresentavam com bordas cruentas, a excisão foi, obviamente, desnecessária;

- descolamento de 1 mm das bordas da ferida;
- sutura intradérmica com fio mononáilon 5-0^{1,3};
- selamento das bordas suturadas com adesivo de cianoacrilato;
- remoção da sutura intradérmica;
- curativo exposto.

Para documentação cirúrgica, fotografias digitais foram obtidas momentos antes das cirurgias, 30 e 90 dias após os procedimentos, e também a qualquer momento em que se verificassem complicações.

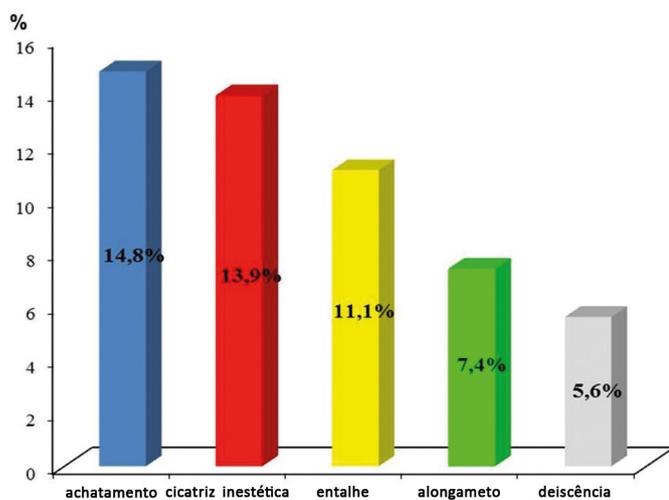
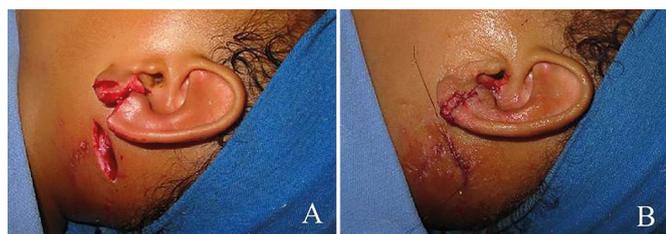
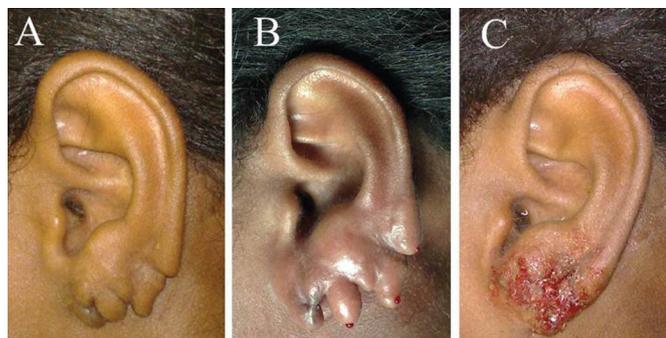
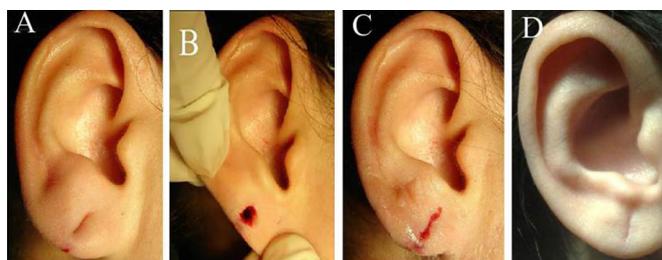
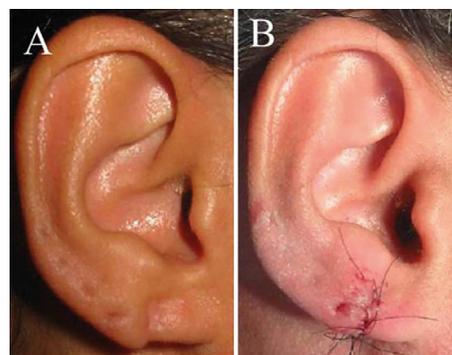
Na avaliação do 3º mês, o autor observava os lóbulos quanto à simetria, redução de volume, alinhamento de borda inferior e quanto à presença de cicatrizes inestéticas. Nesse momento, as pacientes eram indagadas se estavam satisfeitas ou não com resultados obtidos e, desse modo, os resultados das cirurgias eram classificados como satisfatórios ou insatisfatórios.

RESULTADOS

A caracterização da população estudada e os detalhes técnicos do procedimento podem ser observados na Tabela 1. As Figuras 2 a 9 apresentam resultados obtidos, incidência de complicações, casos

Tabela 1. Definição de amostra, características das fissuras e tipos de anestesia.

Amostra	24 pacientes; 36 fissuras; 27 lóbulos	
Idade	5 a 47 anos; média 29,7 anos	
Sexo	feminino	100%
	masculino	0
Causa das fissuras	brincos	91,7% (33 fissuras)
	trauma	8,3% (3 fissuras)
Extensão	4 a 36 mm; média: 8 mm	
Fissuras/lóbulo	1 a 5, média: 1,3	
Anestesia	local	95,87% (23 pacientes)
	geral	4,2% (1 paciente)

**Figura 2.** Complicações.**Figura 3.** Fissura de lóbulo de orelha traumática à esquerda em criança de 5 anos. **A:** Pré-operatório; **B:** Pós-operatório após colagem com adesivo tissular.**Figura 4.** Fissura tripla de lóbulo de orelha em uma paciente de 27 anos. **A:** Pré-operatório; **B:** Após infiltração anestésica; **C:** Após colagem com adesivo tissular.**Figura 5.** Fissura incompleta de lóbulo de orelha em uma paciente de 35 anos. **A:** Após infiltração anestésica; **B:** Excisão das bordas da fissura; **C:** Após colagem; **D:** Complicação: cicatriz deprimida (DPO 90).**Figura 6.** Entalhe em paciente de 33 anos (DPO 90). **A:** Pré-operatório; **B:** Pós-operatório: correção com sutura.**Figura 7.** Deiscência (posterior) em paciente de 32 anos (DPO 7). **A:** Pré-operatório; **B:** Cicatriz hipertrófica resultante (DPO 90).

ilustrativos e resultados estéticos.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A perfuração da orelha, a despeito de ser um procedimento de baixo risco, pode resultar em complicações precoces e tardias. As mais sérias incluem infecção, formação de queloides, avulsão de tecido e FLO³.

As FLOs podem ser congênicas, isquêmicas (compressão por brincos de pressão), cosméticas (erosão por brincos perfurantes) e traumáticas. A incidência relativa de cada uma dessas causas não tem sido relatada². O presente estudo confirma a prática

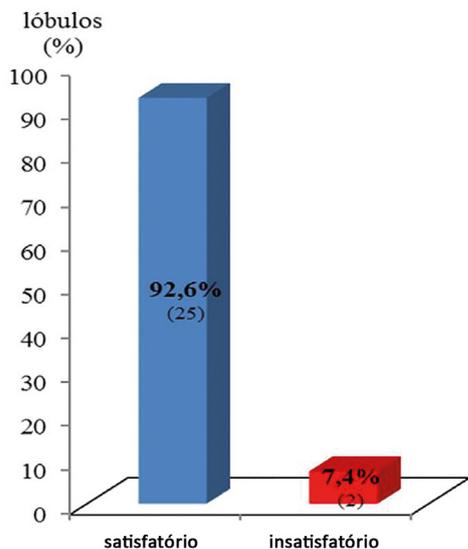


Figura 8. Resultados estéticos.

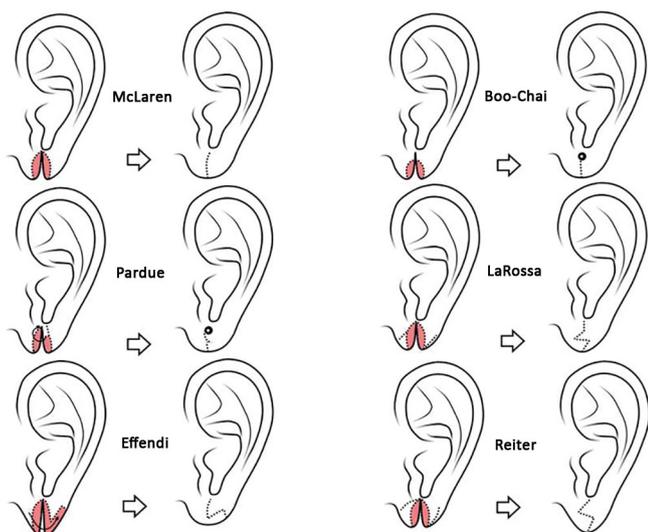


Figura 9. Técnicas cirúrgicas.

clínica habitual de que a causa mais comum é a FLO cosmética (94,4%)^{2,6}.

Em nossos dias, a FLO é a deformidade mais comum do lóbulo, sendo causada principalmente pela tração de brincos perfurantes pesados. O defeito pode ser uni ou bilateral, e também completo ou incompleto, de acordo com a presença ou não de uma orla de pele intacta na periferia do lóbulo. Não raro, as fissuras completas resultam de uma pequena força aplicada no brinco colocado em uma fissura incompleta previamente alargada. Menos usualmente, a fissura resulta de uma tração forte e súbita do brinco. No entanto, a maioria dos pacientes ignora esse tipo de trauma³⁻⁵.

Os métodos de reparo de lesões de lóbulo orelha são numerosos (Figura 9)^{1,5,7}. McLaren⁸ foi o primeiro a abordar o assunto em um relato de quatro casos. Ele tratou o problema por sutura linear simples após reavivamento das bordas e excisão da cicatriz sob anestesia geral². Boo-Chai⁶ descreveu fissuras congênitas e adquiridas, denominando as congênitas de “coloboma de lóbulo”. Em contraste com McLaren, Boo-Chai fez as cirurgias ambulatorialmente com anestesia local. Sua técnica consistia na remoção da borda da fissura, deixando epitélio apenas no ápice, onde colocava um bastonete. Em seguida, a fissura era fechada linearmente abaixo do bastonete para refazer o orifício; em três semanas, o bastonete era substituído por um brinco^{2,5,6,9}.

Pardue¹⁰, lidando com pacientes que não desejavam interromper o uso de brincos, acrescentou à técnica de Boo-Chai um pequeno retalho de pedículo superior na borda da fissura, o qual era rodado sobre si mesmo para formar um túnel epitelizado em torno de um fio de náilon; as bordas cruentas eram suturadas. O brinco era usado somente após seis semanas de cirurgia com o intuito de preservar a sutura².

Hamilton & LaRossa¹¹ publicaram o primeiro trabalho com dados objetivos, decorrente do reparo de 14 mulheres com fissuras adquiridas. Eles fizeram fechamento linear com zeta-plastia na borda inferior do lóbulo^{2,5,9}. Effendi⁹ descreve um método de reconstrução de fissuras que também corrige lóbulos alongados e finos devido ao uso prolongado de argolas pesadas. A técnica é uma L-plastia, que começa com uma desepitelização das bordas da fissura. A borda posterior é mais desepitelizada para trás em uma extensão que se ajustará à ponta do retalho anterior. Após a sutura, o lóbulo alongado é encurtado no sentido vertical e aumentado no sentido horizontal. O lóbulo é reperfurado após noventa dias. Reiter & Alford², em uma ampla revisão sobre o tema FLO, descrevem uma série de 64 pacientes tratadas com uma zeta-plastia de espessura total em toda a extensão da fissura completa.

Desde a publicação desses trabalhos fundamentais, uma variedade de técnicas de zeta-plastias ou de pequenos locais têm sido descritas para a correção de FLOs⁴. Nenhum propósito útil tem sido obtido ao se repetir todos esses dados. Por isso, as referências usadas no corrente trabalho foram limitadas propositalmente e sumarizadas na Figura 9.

O reparo das FLOs tem sido influenciado pelo estudo de casuísticas limitadas e uso de conceitos errôneos. A técnica de Boo-Chai deixa um grande orifício que tende a se infectar. Ademais, o bastãozinho deixando no ápice da sutura resulta em um orifício lobular muito alto. A técnica de Pardue é ainda mais complexa e foi concebida para evitar recidivas da fissura. O retalho de

Pardue fixa a posição do orifício e lhe confere uma borda inferior firme, produzindo um orifício também grande. Devido a esses inconvenientes, alguns estudiosos contraindicam a manutenção do orifício do brinco². A técnica de Effendi produz uma deformidade em alçapão tanto no plano vertical quanto no horizontal, a qual pode causar um entalhe na borda inferior do lóbulo².

A técnica usada pelo autor (técnica de McLaren) é mais simples que a de Pardue e mais vantajosa que a excisão de Boo-Chai, permitindo a colocação de um novo orifício em qualquer local do lóbulo. Porém, a técnica não permite o uso imediato de brincos³.

No presente estudo, nenhum lóbulo foi reperfurado. Mas quando isso for solicitado, recomenda-se que o orifício seja feito no momento em que o lóbulo estiver mole, sem entalhes e com cicatrizes brancas lineares (< 1 mm de espessura), sempre após 90 dias de pós-operatório³. A técnica de McLaren permite a colocação simétrica dos orifícios e em qualquer lugar do lóbulo.

Uma vez que a cicatriz possui força tênsil reduzida^{12,13}, não se justifica a reperfuração ao longo de qualquer parte da linha do reparo, pelo maior risco de recidiva². A taxa de recidiva de FLO em lóbulos reperfurados tem sido estimada em 0 a 14,7%^{2,3,6,9}. Como a técnica usada na presente casuística oferece tempo para que a ferida cicatrize, em caso de reperfuração do lóbulo ao longo da cicatriz, o novo orifício torna-se mais estável e menos propenso a alargamentos e rupturas³.

A taxa global de complicações observada no atual trabalho foi de 33,3% para os lóbulos reparados (9 de 27 lóbulos) e 13,9% para as cicatrizes resultantes (5 de 36 cicatrizes). Os lóbulos achatados (14,8% - 4) foram consequência da inevitável remoção das bordas epitelizadas das fissuras juntamente com um pequeno filete de tecido vizinho. Os entalhes ocorreram em 11,1% dos casos (3) e foram tratados com nova excisão e sutura simples, sem uso do cianoacrilato, com resolução de todos os casos (Figura 6).

Entalhes e achatamentos do lóbulo são complicações frequentes quando se usa uma excisão cuneiforme com reparo linear, mesmo que o resultado da cirurgia seja considerado satisfatório^{4,7}. Em outros estudos, a taxa de ocorrência de achatamentos e entalhes tem sido de até, respectivamente, 22% e 5,8%, portanto, levemente superior à aqui observada^{2,3}.

Após a reconstrução do lóbulo de orelha, a maioria dos autores pesquisados faz uma zetaplastia na borda do lóbulo para prevenir entalhes^{2,5}. No entanto, a zetaplastia requer incisões e ângulos precisos, aumenta o tamanho da cicatriz e é difícil de ser feita onde há escassez de tecido, tal como ocorre no lóbulo de orelha fissurado^{2,7}.

No atual estudo, 7,4% (2) dos lóbulos reparado se tornaram alongados. Esse problema tem sido relatado em 0 a 1,5%^{2,3}. O reparo de fissuras incompletas de lóbulo de orelha por desepitelização de suas bordas e sutura direta pode resultar em um lóbulo de orelha anormal, pontudo ou alongado para baixo¹.

Os métodos de Boo-Chai, Pardue e Hamilton & LaRossa são satisfatórios para FLOs em lóbulos com volume abundante, mas se qualquer um destes métodos for usado para reconstruir lóbulos pequenos, estes ficarão finos e alongados. Ademais, se as pacientes continuarem a usar brincos pesados, a fissura recidivará⁹.

No corrente estudo, a incidência de cicatrizes hipertróficas (altura > 1 mm) foi de 5,6% (2 de 36 cicatrizes), de 5,6% para cicatrizes deprimidas (profundidade > 1 mm) e 2,8% (1) para cicatrizes alargadas (largura > 1 mm). Como foram leves, nenhuma paciente percebeu essas cicatrizes inestéticas ou solicitou tratamento. As cicatrizes hipertróficas foram consequência de deiscências dos lóbulos; os demais casos de cicatrizes inestéticas foram atribuídos à predisposição individual, uma vez que ocorreram espontaneamente, sem relação detectável com complicações. A incidência de cicatrizes inestéticas no tratamento das FLOs não tem sido relatada por outros autores¹⁻¹¹.

As vantagens dos cianoacrilatos incluem efeito bactericida, dispensa de uso de curativos, custo-efetividade, ausência de marca de pontos, segurança, facilidade e rapidez de uso. Por conseguinte, hodiernamente os cianoacrilatos são o método de fechamento de pele que mais agrada aos usuários¹⁴⁻¹⁶.

Na corrente casuística, o índice complicações relacionadas ao uso do adesivo tissular foram dois casos de deiscência (5,6%), que ocorreram por remoção acidental precoce da película do adesivo pelas pacientes, resultando em abertura parcial da ferida e cicatrização hipertrófica (Figura 7).

A deiscência tem sido considerada como a mais comum complicação com o uso dos cianoacrilatos (0,3% a 26%) e ocorre especialmente em feridas localizadas em zonas de pele tensa. O uso de cianoacrilatos é especialmente indicado para reparos pequenos, lineares e de baixa tensão, como no fechamento das FLOs, uma vez que o adesivo consegue apenas força tênsil similar à de uma sutura de náilon 5-0^{14,15}.

Em nosso país, o principal obstáculo para o uso de adesivos tissulares é o elevado preço^{15,16}. No entanto, o método aqui apresentado é custo-efetivo, pois requer o uso de apenas uma bisnaga do cianoacrilato, o que acrescenta um valor adicional de \$ 25,00 ao procedimento.

Na verificação dos resultados cosméticos, obteve-se uma taxa de lóbulos satisfatório (92,6% - 25)

semelhante à descrita na literatura (91% - 100%)^{1-3,5,7,9,17}. Esses bons resultados foram atribuídos à reduzida extensão da cirurgia, à simplicidade da técnica usada e à reduzida taxa de complicações percebidas pelas pacientes.

CONCLUSÕES

O uso de excisão simples das FLOs e fechamento direto com o uso de cianoacrilato mostrou-se seguro e com resultados cosméticos satisfatórios (92,5%) neste grupo de pacientes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Dr. José Humberto Oliveira Campos pela revisão técnica desse trabalho.

COLABORAÇÕES

SCS 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.

REFERÊNCIAS

- Hochberg J, Ardenghy M. Repair of incomplete cleft earlobe. *Ann Plast Surg.* 1996;37(2):170-2. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/0000637-199608000-00009>
- Reiter D, Alford EL. Torn earlobe: a new approach to management with a review of 68 cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1994;103(11):879-84. PMID: 7979002 DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/000348949410301109>
- Apesos J, Kane M. Treatment of traumatic earlobe clefts. *Aesthetic Plast Surg.* 1993;17(3):253-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/BF00636271>
- Clevens RA, Baker SR. Plastic and reconstructive surgery of the earlobe. *Facial Plast Surg.* 1995;11(4):301-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-2008-1064546>
- Elsahy NI. Reconstruction of the cleft earlobe with preservation of the perforation for an earring. *Plast Reconstr Surg.* 1986;77(2):322-4. PMID: 3511485 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-198602000-00031>
- Boo-Chai K. The cleft ear lobe. *Plast Reconstr Surg Transplant Bull.* 1961;28:681-8. PMID: 13871122 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-196112000-00007>
- Kalimuthu R, Larson BJ, Lewis N. Earlobe repair: a new technique. *Plast Reconstr Surg.* 1984;74(2):299-300. PMID: 6463154 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-198408000-00025>
- McLaren LR. Cleft ear lobes: a hazard of wearing ear-rings. *Br J Plast Surg.* 1954;7(2):162-5. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226\(54\)80019-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0007-1226(54)80019-1)
- Effendi SH. Reconstruction of the middle-aged torn earlobe: a new method. *Br J Plast Surg.* 1988;41(2):174-6. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0007-1226\(88\)90047-1](http://dx.doi.org/10.1016/0007-1226(88)90047-1)
- Pardue AM. Repair of torn earlobe with preservation of the perforation for an earring. *Plast Reconstr Surg.* 1973;51(4):472-3. PMID: 4689697 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-197304000-00031>
- Hamilton R, LaRossa D. Method for repair of cleft earlobes. *Plast Reconstr Surg.* 1975;55(1):99-101. PMID: 1114186 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-197501000-00021>
- Weinzweig J. *Plastic surgery secret plus.* 2nd ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2010.
- Thorne C, Grabb WC, Smith JW. *Grabb and Smith's Plastic Surgery.* 6th ed. Philadelphia: Lippincott-Ravens Publishers; 2007.
- Singer AJ, Thode HC Jr. A review of the literature on octylcyanoacrylate tissue adhesive. *Am J Surg.* 2004;187(2):238-48. PMID: 14769312 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2003.11.017>
- Souza S, Brigia CH. Estudo comparativo entre etilcianoacrilato e sutura intradérmica no fechamento de excisões cutâneas. *Rev Bras Cir Plast.* 2011;26(4):566-72.
- Souza SC, Oliveira WL, Soares DF, Briglia CH, Athanázio PR, Cerqueira MD, et al. Comparative study of suture and Cyanoacrylates in skin closure of rats. *Acta Cir Bras.* 2007;22(4):309-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-86502007000400013>
- Ferreira MC. Cirurgia plástica estética: avaliação de resultados. *Rev Soc Bras Cir Plást.* 2000;15(1):61-6.

*Autor correspondente:

Sandro Cilindro de Souza

Rua Conselheiro Correa de Menezes, 182 - Horto Florestal - Salvador, BA, Brasil
CEP 40295-030
E-mail: sandrocilin@gmail.com