

Otoplastia estética com emprego de agulha de crochê

Aesthetic otoplasty using a crochet needle

MIGUEL MARQUES OLIVEIRA¹

DANIEL DE SOUSA MARQUES
OLIVEIRA²

GUSTAVO DE SOUSA MARQUES
OLIVEIRA²

RESUMO

Um consenso atual em otoplastia estética apregoa que somente as técnicas que desmontem a resiliente arquitetura cartilaginosa das orelhas protrusivas, aliadas à fixação da nova forma com suturas, podem alcançar resultados bons e estáveis. O alvo cirúrgico de toda otoplastia é a nova dobra da antélice torneada e estética: uma roliça dobra afunilada que dá forma e beleza à orelha externa. Neste artigo é descrita a experiência de 10 anos com o uso de um novo instrumental no estriamento da cartilagem auricular: as tradicionais agulhas de crochê. Além disso, são demonstrados o modo de aparelhar o novo dispositivo, para ter uma borda inferior em bisel cortante, e a técnica de manejo desse dispositivo por pequenas botoeiras sob a hélice auricular. Após a moldagem do complexo antelical, é assegurada a nova forma com suturas, absorvível e não-absorvível. Com essa técnica, é observado baixo índice de complicações, em decorrência de estreitos túneis de descolamento cutâneo da face anterior do pavilhão auricular. No artigo, é também apresentado um caso clínico bem-sucedido com o uso do novo instrumental.

Descritores: Orelha externa/cirurgia. Agulhas. Cirurgia plástica/métodos.

ABSTRACT

In aesthetic otoplasty, it is widely known that only techniques that disassemble the resilient cartilaginous architecture in cases of protruding ears coupled with anchoring sutures can achieve good and stable results. All surgical otoplasty procedures aim to achieve a new, shapely, and aesthetic antihelix fold that shapes and beautifies the outer ear. In this article, we describe our 10-year experience with the use of a new instrument for auricular cartilage striation – the traditional crochet needle. Moreover, we describe the manner in which the new instrument can be prepared in order to have a lower bevel cutting edge as well as the technical management of this instrument in small buttonholes in the auricular helix. After molding the antihelix complex, the new form is fixed with absorbable and non-absorbable sutures. With this technique, there is a low complication rate due to narrow cutaneous detachment tunnels in the anterior surface of the ear. In the article, we also describe the successful clinical use of the new instrument.

Keywords: External ear/surgery. Needles. Plastic surgery/methods.

Trabalho realizado na
Interclínica-Interplástica,
Campo Grande, MS, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP
(Sistema de Gestão de
Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 17/7/2012
Artigo aceito: 23/7/2012

INTRODUÇÃO

Em otoplastia estética, quatro são as formas de construção da nova antélice: por plicatura cartilaginosa, por incisão/excisão cartilaginosa, por escarificação pericondral externa e pela combinação dessas.

A técnica que obtém o aspecto de orelha natural definitiva realiza o estriamento pericondral externo no eixo da antélice, e assegura a nova forma do complexo antelical com suturas especiais na base, no corpo e na cruz superior da antélice¹.

Muitas técnicas empregam raspas próprias, haste de pinça dentada, agulhas hipodérmicas ou fios de Kirschner aguçados

1. Cirurgião plástico, membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, diretor da Interclínica-Interplástica, cirurgião plástico da Santa Casa de Campo Grande, Campo Grande, MS, Brasil.
2. Médico residente do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, cirurgião assistente na Interclínica-Interplástica, Campo Grande, MS, Brasil.

para escoriar essa fina cartilagem por túneis subcutâneos²⁻⁶. Outras técnicas, após elevação da pele externa no nível pericondral, empregam bisturi ou jogo de lâminas de bisturi, brocas diamantadas ou mesmo raspas finas para essa escarificação pericondral⁷⁻¹⁰. Os instrumentos operados por túneis devem ser especialmente delicados. Todas essas técnicas têm por base o princípio de Gibson & Davis¹¹ e de Stenstroem⁷, que consiste na ruptura pericondral externa por escarificadores, viabilizando maior tensão na interface pericondral oposta, que arqueia a cartilagem para esse lado.

OTOPLASTIA ESTÉTICA COM EMPREGO DE AGULHA DE CROCHÊ

A partir da experiência com o método de Stenstroem⁷ e suas raspas, há 10 anos nossa equipe iniciou versátil utilização de um instrumento muito usado em cirurgias vasculares: as agulhas de crochê.

A fim de obter o efeito desejado, a delicada extremidade romba em gancho dessas agulhas foi modificada para biséis cortantes. A parte biselada foi obtida por polimento do bordo inferior com auxílio de delicado esmeril, utilizado em rinoplastia nas cartilagens alares, deixando a ponta romba para proteção da pele da face anterior.

Agulhas de crochê em aço de números 00, 01 e 02 são as que permitem a realização da borda cortante em torno de 1 mm, bem como a passagem pelos estreitos túneis (Figura 1).

Seguindo os desenhos pré-operatórios realizados na face anterior da orelha – criar uma cruz superior alargada, seguida de uma fúrcula média indo até o agudo corpo antelical – como etapa do plano corretivo dos defeitos do complexo da antélice, infiltra-se solução anestésica vasoconstritora, para hidrodissecação cutânea, nas faces anterior e posterior do pavilhão auricular, iniciando-se com o gancho-descolador de Moldenhauer (usado em cirurgias de amígdalas) e completando-se com descolador de Stenstroem (Figura 2). Confeccionam-se 3 túneis paralelos a partir de microincisão de 4 mm na dobra anterior da hélice ou por meio de excisão de um fusão em S itálico da pele retroauricular. Esses túneis são posicionados sobre o topo do corpo, da fúrcula e da cruz superior da antélice, e em seus limites anterior e posterior.

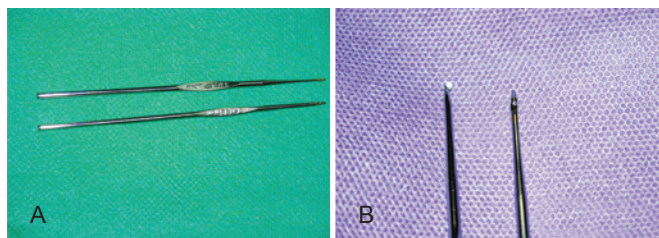


Figura 1 – Em A, agulhas de crochê padrão. Em B, agulha de crochê normal e modificada em sua parte ativa.



Figura 2 – Confeção dos túneis da face anterior da orelha por finos descoladores.



Figura 3 – Passagem da agulha de crochê pelos estreitos túneis subcutâneos da face externa da orelha.



Figura 4 – Caso clínico. Em A e B, aspecto pré-operatório, respectivamente, em vista frontal e perfil esquerdo. Em C e D, aspecto de 1 ano de pós-operatório, respectivamente, em vista frontal e perfil esquerdo.

Com o dedo da mão oposta sob as costas da orelha como base sensível, a agulha de crochê percorre o trajeto dos túneis até o ponto mais alto com o bisel paralelamente à pele. Para estriar, são realizadas 3 a 7 descidas da agulha sobre o fino pericôndrio, cujo aprofundamento é controlado pela mão oposta numa orelha ainda ‘seca’ anterior e posteriormente (Figura 3). A presença de fibras pericondrais pode travar a descida da agulha de crochê, o que pode ser revertido recuando-se e girando-se a agulha.

Usualmente, 4 passadas suaves da agulha de crochê nos pontos estratégicos bastam para vergar a resiliente cartilagem, exceto em pacientes com mais de 10 anos de idade ou adultos, nos quais podem ser necessárias passadas adicionais. Como não há extensos descolamentos, mas sim túneis filetados como em uma lipoaspiração, o edema é reduzido, bem como é remota a possibilidade de ocorrência de hematoma ou necrose cutânea pós-operatória. No início da dobra da antélice, não mais se descola nem se estria, apenas reconstrói-se com sutura inabsorvível. No corpo e na cruz superior da antélice, dá-se um ponto especial com sutura de absorção lenta, tipo PDS II. A excisão cutânea no sulco antelical é fechada com fio categute 4-0 em sutura contínua subcuticular.

No curativo usa-se fina camada de gaze com pomada antibiótica na linha de sutura retroauricular e monóculo de gaze algodoadá úmida sobre a face anterior, que é coberto com gaze seca para fixação com fitas estéreis nas regiões malar e mastoide. Ambos os lados são envoltos com atadura elástica de crepom, na forma de um turbante, para conforto do paciente. O curativo é mantido por 48 horas a 72 horas, quando é retirado, aplicando-se apenas uma fita longitudinal

na ferida interna. Usa-se banda frontal noturna sobre a hélice superior durante 1 mês. A Figura 4 ilustra o caso de um paciente em que foi utilizado o novo dispositivo instrumental para realização da otoplastia, com obtenção de bons resultados estéticos.

AGRADECIMENTOS

Aos Srs. Valerio Parizotto, Sulivan Ruwer e Richard Fiorino (*in memoriam*).

REFERÊNCIAS

1. Furnas DW. Otoplasty for prominent ears. *Clin Plast Surg.* 2002; 29(2):273-88.
2. Kaye BL. A simplified method for correcting the prominent ear. *Plast Reconstr Surg.* 1967;40(1):44-8.
3. Vecchione TR. Needle scoring of the anterior surface of the cartilage in otoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1979;64(4):568.
4. Mahler D. The correction of the prominent ear. *Aesthetic Plast Surg.* 1986;10(1):29-33.
5. Thomas SS, Fatah F. Closed anterior scoring for prominent-ear correction revisited. *Br J Plast Surg.* 2001;54(7):581-7.
6. Bulstrode NW, Huang S, Martin DL. Otoplasty by percutaneous anterior scoring. Another twist to the story: a long-term study of 114 patients. *Br J Plast Surg.* 2003;56(2):145-9.
7. Stenstroem SJ. A “natural” technique for correction of congenitally prominent ears. *Plast Reconstr Surg.* 1963;32:509-18.
8. Chongchet V. A method of antihelix reconstruction. *Br J Plast Surg.* 1963;16:268-72.
9. Neumer O. A simple method for the correction of prominent ears. *Plast Reconstr Surg.* 1971;47(2):111-6.
10. Nordzell B. Open otoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2000;106(7):1466-72.
11. Gibson T, Davis W. The distortion of autogenous cartilage grafts: its cause and prevention. *Br J Plast Surg.* 1958;10:257-74.

Correspondência para:

Miguel Marques Oliveira
Av. Afonso Pena, 3.504 – Gr. 126 – Jardim dos Estados – Campo Grande, MS, Brasil – CEP 79002-075
E-mail: corpusclinica1@gmail.com