



# Tratamento de deformidade auricular

## *Auricular deformity treatment*

LUIZ CHARLES A DE SÁ<sup>1,2</sup>  
NATALE GONTIJO-DE-AMORIM<sup>2,3</sup>  
ALEXANDRE WAGNER SILVA  
DANTAS<sup>1</sup>  
JOSÉ HORÁCIO ABBOUDIB<sup>1</sup>

### ■ RESUMO

Neste artigo, apresentamos um caso de uma deformidade auricular de difícil correção cirúrgica, envolvendo unidade escafo-helicoidal associada com a orelha proeminente em uma paciente de 25 anos de idade. Esta é uma malformação congênita incomum da orelha, o que resulta em uma borda helicoidal achatada, não curvilínea e dobrada sobre a escafa, comprometendo a aparência helicoidal. Foi proposto um tratamento cirúrgico com abordagem posterior e enxerto de cartilagem conchal à restauração do contorno borda helicoidal em um procedimento único. Esta nova abordagem proporciona um resultado agradável para o ouvido, principalmente por restaurar uma nova unidade escafo-helicoidal sem cicatriz na superfície orelha anterior e tratamento da orelha proeminente.

**Descritores:** Orelha; Pavilhão auricular; Cartilagem da orelha; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos.

### ■ ABSTRACT

In this paper, we present a case of an uncommon auricular deformity, involving scapha-helical unit associated with prominent ear in a 25 year-old female patient. This is an uncommon congenital malformation of the ear, resulting in a flattened and folded helical rim over the scapha, compromising the helical appearance. We proposed a surgical treatment with posterior approach and conchal cartilage graft to restoration of helical rim contour in a unique procedure. This new approach achieved a pleasure result to the ear, mainly to restore a new scapha-helical unit without scar on anterior ear surface and treatment of the prominent ear.

**Keywords:** Ear; Ear Auricle; Ear cartilage; Reconstructive surgical procedures.

Instituição: Clínica Performa,  
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Artigo submetido: 23/7/2016.  
Artigo aceito: 21/2/2017.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2017RBCP0000

<sup>1</sup> Universidade Estadual do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>2</sup> Instituto Pitanguy, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade de Verona, Itália.

## INTRODUÇÃO

Malformações da orelha resultam em impacto social e psicológico na qualidade de vida dos pacientes. Orelhas proeminentes são relativamente comuns, com incidência nos caucasianos de cerca de 5%<sup>1</sup> e são a anomalia mais frequente da orelha. A condição é imediatamente reconhecível, e numerosos estudos atestam o sofrimento psicológico, trauma emocional e problemas comportamentais que esta anomalia pode provocar na infância<sup>2</sup>.

Considerando que a orelha proeminente resultada a partir de qualquer subdesenvolvimento do anti-hélice e/ou uma hipertrofia conchal, anomalias secundárias podem coexistir em associação com o prominaurus, incluindo protrusão excessiva da raiz da helix, lóbulo projetado, excessiva protrusão antitragal, insuficiente ondulação helicoidal e macrotia<sup>3,4</sup>.

Ao nascer, até 38% das crianças apresentam malformação helicoidal. No entanto, 84% dos casos neonatais resolvem totalmente até o primeiro ano de idade, incluindo *lop* e *cup ear*<sup>5</sup>.

O tratamento cirúrgico da orelha proeminente deve ser abordado de uma forma cuidadosa, exige um conhecimento profundo dos seus elementos anatômicos e continua sendo um dos grandes desafios para o cirurgião plástico<sup>6</sup>. Os procedimentos consistem em técnicas, princípios e variadas táticas.

A otoplastia teve uma grande evolução nos últimos 150 anos, com o uso das várias manobras tais como: dobra, raspa, sutura, incisão, reposicionamento e/ou enxerto de cartilagem auricular<sup>7-9</sup>. Um grande número de técnicas têm sido descritas, muitas das quais são destinadas a uma parte distinta da orelha.

A multiplicidade das abordagens descritas na literatura sugere que nenhuma técnica definitiva foi estabelecida para a correção de orelhas proeminentes em todos os pacientes. Cirurgiões devem ser capazes de analisar corretamente e precisamente a deformidade, seleção e implementação de um plano cirúrgico individualizado<sup>5-10</sup> e devem ser capazes de identificar e tratar a área do problema específico de cada orelha individualmente em vez de seguir uma rotina<sup>10</sup>.

O objetivo da otoplastia é abordar as orelhas de tal maneira que os contornos pareçam macios e naturais, de aparência harmoniosa, e sem nenhuma evidência de intervenção cirúrgica. Quando observada a partir da frente, a borda helicoidal deve ser visível, saliente para além do anti-hélice. Quando visto lateralmente, o contorno helicoidal e anti-helicoidal deve ser curvo, suave e redondo, não agudo e em linha reta<sup>9-10</sup>.

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso incomum de orelha proeminente associado a uma borda helicoidal achatada e dobrada com uma escafa deficiente,

que foi avaliada e tratada por meio de procedimento cirúrgico exclusivo. Além disso, pretendemos descrever uma estratégia de abordagem ideal para esta condição incomum.

## RELATO DO CASO

Mulher caucasiana de 25 anos foi admitida em nosso serviço insatisfeita com sua forma de orelha, apresentando uma deformidade na borda helicoidal. A paciente não apresentava déficits funcionais e, na avaliação pré-operatória, não havia história de cirurgia facial, trauma, alergia ou doença.

O exame físico revelou uma deformidade auricular atípica, mostrando uma escafa deficiente, um rebordo helicoidal achatado e dobrado, com prejuízo à borda da orelha curva (curva em forma de C) associada a concha hipertrófica moderada. Não houve discrepância na altura da orelha, que comumente é observada em orelhas constrictas.

Dadas essas características, o plano cirúrgico consistiu em realizar uma otoplastia dirigida ao tratamento da deformidade da unidade escafo-helicoidal e da hipertrofia conchal sob anestesia local com sedação (Figura 1). Este estudo foi realizado de acordo com os princípios éticos da declaração de Helsinki 2000 e Istambul 2008 e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelo paciente antes da cirurgia.

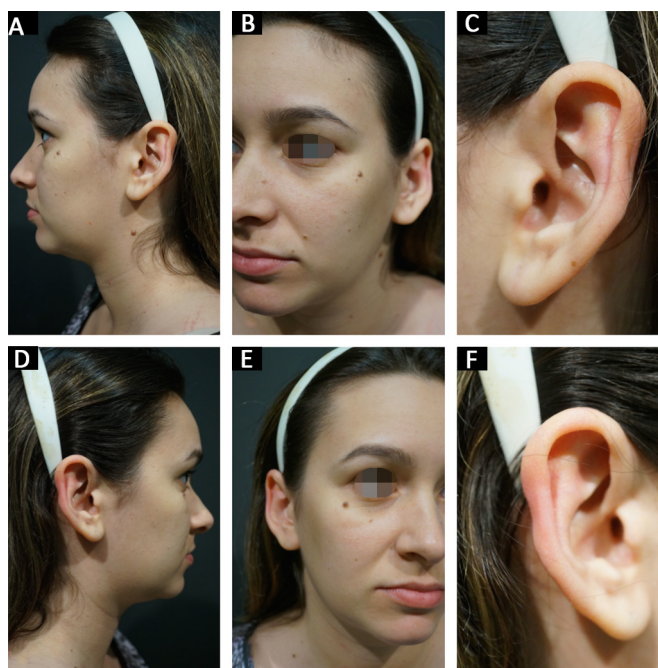


Figure 1. Preoperative view of a 25-year-old woman complaining of prominent ear with flattened and folded helical rim and deficient scapha.

No início da cirurgia, a anestesia local foi realizada com 0,5% de lidocaína e epinefrina diluída a 1:100.000 unidades. A incisão inferoposterior da pele foi realizada na área do sulco posterior da orelha e a pele foi rebatida para exposição da cartilagem conchal. Após a exposição da cartilagem posterior da concha, uma parte da cartilagem da concha foi removida e colhida para enxertia.

Outra incisão cutânea foi realizada na superfície posterior da escafa. A pele posterior foi levantada superiormente para atingir a face anterior da escafa, expondo toda a cartilagem anterior da unidade escafo-helicoidal. A pele posterior e anterior próxima à hélix foi elevada para acessar o rebordo helicoidal e a superfície anterior da escafa, liberando as conexões fibrosas entre a escafa e a hélix que causavam um rebordo helicoidal dobrado e não curvo.

Após o tratamento dessas conexões fibrosas, foi confeccionado um enxerto de cartilagem conchal semilunar (tamanho 6 x 3 mm) para estabilizar a escafa e o rebordo helicoidal. Este enxerto foi fixado com duas suturas de náilon 4-0 inabsorvíveis (Figura 2). A pele foi então deixada reacomodar sobre a nova unidade escafo-helicoidal numa posição anatômica adequada. Para manter a pele e cartilagem no lugar, um curativo com pontos captados foi realizado.

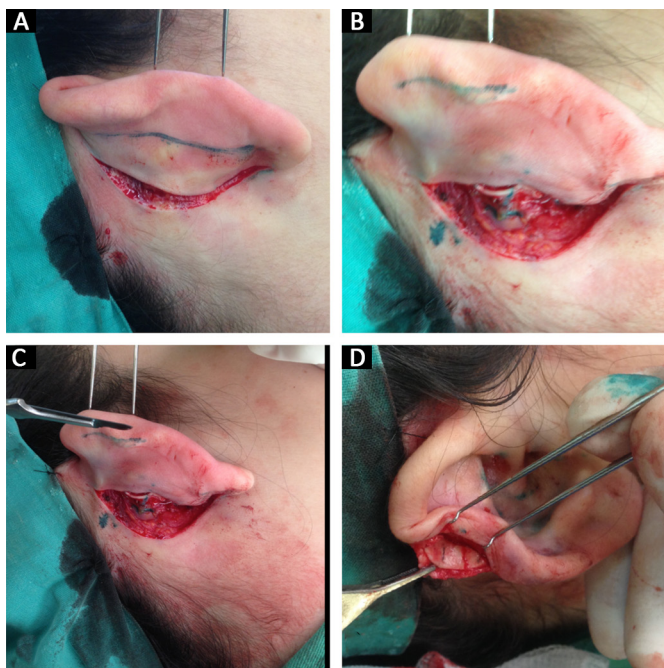


Figure 2. Preoperative view show the two posterior skin incisions (A-C). The scapha-helical rim unit rebuilt with conchal graft in anterior surface of helical (D).

A orelha foi então reposicionada para trás com o uso de fixação conchal na mastoide com 4-0 PDS (Ethicon, Inc., Somerville, N.J.) até que a aparência desejada fosse alcançada. Antes de suturar a pele retroauricular, foi avaliado o ângulo cefaloauricular, que deve ser de cerca de 30°. No final da cirurgia, o curativo foi feito usando algodão úmido, modelando a superfície lateral da orelha.

Foi realizado um curativo contensivo da cabeça. Após 24 horas de pós-operatório, o curativo foi retirado para avaliar a presença de hematomas, sendo então mantido por mais 5 dias. A sutura cutânea foi removida do 7º ao 10º dia pós-operatório. Em todo o tempo pós-operatório, não foram observadas quaisquer complicações. O tempo de seguimento foi de 8 meses pós-operatório (Figura 3).



Figure 3. Postoperative view of the patient 8 months after otoplasty with total resolution of prominent ear with the scapha-helical rim unit restored.

## DISCUSSÃO

A correção de orelhas proeminentes por meio de técnicas cirúrgicas que proporcionam um olhar harmonioso, natural e simétrico há muito tempo representa um grande desafio para cirurgiões plásticos. Diversas técnicas cirúrgicas apareceram ao longo dos anos, visando à correção da orelha proeminente.

O pavilhão auricular é uma estrutura elástica cartilaginosa com muitos detalhes e este fato torna-se a cirurgia da orelha proeminente um procedimento complexo. Várias técnicas e táticas foram desenvolvidas para alcançar uma aparência estética normal<sup>1-10</sup>.

Na técnica de otoplastia realizada neste caso, abordamos a cartilagem conchal para tratar a hipertrofia e colher um enxerto para estabilizar a nova unidade de escafo-helicoidal. Em uma primeira impressão, havia uma deficiência da cartilagem e pele da escafa. No entanto, depois de ter libertado de anexos fibrosos entre a escafa e a face anterior da hélice, uma nova unidade escafo-helicoidal foi restaurada em uma posição adequada.

Todas as incisões cutâneas para abordar a escafa anterior foram posteriores, o que representou ausência de cicatriz na superfície anterior da orelha. Geralmente, após o tratamento cirúrgico da hipertrofia conchal, uma elipse de pele ao longo do sulco posterior é removida anteriormente.

Neste caso, após a incisão do sulco posterior para acessar a cartilagem da concha, nós deslocamos toda a pele posterior para atingir a incisão posterossuperior ao nível da escafa. Este segmento cutâneo inferoposterior deslizou para cima para fechar a abertura da incisão posterossuperior na região da escafa. Esta lacuna foi devido ao uso de retalho cutâneo para cobrir anteriormente a nova cartilagem da unidade escafo-helicoidal.

Casos de orelha proeminente resultando de subdesenvolvimento anti-helical e hipertrofia conchal associada com qualquer malformação do rebordo escafo-helicoidal, também podem ser tratados com a mesma abordagem utilizada neste caso. Atualmente, as técnicas para a orelha proeminente consistem na produção de uma nova anti-hélix usando suturas permanentes com incisão cartilaginosa ou rotação conchal e fixação, ou arranhando a superfície lateral do anti-hélix, ou incisando toda a extensão no lugar do anti-hélix (Pitangy) 2, ou a associação de outras táticas cirúrgicas<sup>2-8</sup>.

A técnica proposta pelos autores dá um rebordo helicoidal curvo bem definido e restauração da escafa, mantendo uma superfície lisa sem bordas agudas e aproximando-se da cartilagem sem incisões ao longo de toda a unidade escafo-helicoidal, preservando a cartilagem intacta em uma estrutura forte e estável.

Concordamos com a importância do uso de suturas inabsorvíveis no enxerto para estabilizá-lo e a manutenção do rebordo helicoidal não achatado em um novo contorno curvo<sup>9</sup>. O excesso de pele retroauricular deve ser ressecado somente para ajustar o excesso, após a incisão superior ser fechada<sup>10</sup>.

Neste caso, os dois objetivos principais que nós tentamos alcançar eram a criação de uma borda helicoidal claramente definida e curvada e tratar a hipertrofia conchal. O primeiro objetivo foi alcançado por meio da restauração do rebordo helicoidal, da escafa e da

hipertrofia de concha. Esta nova abordagem demonstrou um resultado harmonioso para a orelha, principalmente por restaurar a unidade escafo-helicoidal sem cicatriz na superfície da orelha anterior e tratamento da orelha proeminente.

## CONCLUSÃO

Em conclusão, apresentou-se um caso de deformidade da orelha com um rebordo helicoidal achatado e dobrado e uma escafa deficiente associada a uma orelha proeminente moderada, uma condição incomum que deve ser abordada de maneira adequada para melhorar o resultado estético da otoplastia.

## COLABORAÇÕES

- LCAS** Aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos.
- NGA** Aprovação final do manuscrito.
- AWSD** Análise e/ou interpretação dos dados.
- JHA** Aprovação final do manuscrito.

## REFERENCES

1. Adamson PA, Strecker HD. Otoplasty techniques. *Facial Plast Surg.* 1995;11(4):284-300. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-2008-1064545>
2. Pitangy I. *Aesthetic Plastic Surgery of Head and Body.* Berlin: Springer-Verlag; 1981. p. 306-14.
3. Kelley P, Hollier L, Stal S. Otoplasty: evaluation, technique, and review. *J Craniofac Surg.* 2003;14(5):643-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00001665-200309000-00008>
4. Paredes AA Jr, Williams JK, Elshahy NI. The constricted ear. *Clin Plast Surg.* 2002;29(2):289-99. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0094-1298\(01\)00006-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0094-1298(01)00006-2)
5. Matsuo K, Hayashi R, Kiyono M, Hirose T, Netsu Y. Nonsurgical correction of congenital auricular deformities. *Clin Plast Surg.* 1990;17(2):383-95. PMID: 2189652
6. 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)
7. 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)
8. 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>
9. Brent BD. Reconstruction of the Ear. In: Rodriguez ED, Losee JE, Neligan PC. *Plastic Surgery. Volume 3: Craniofacial, Head and Neck Surgery and Pediatric Plastic Surgery.* Elsevier. 3rd ed. Philadelphia: Saunders; 2003.
10. Maurice PF, Eisbach KJ. Aesthetic otoplasty: wedge excision of a flattened helix to create a helical curl. *Arch Facial Plast Surg.* 2005;7(3):195-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archfaci.7.3.195>

\*Autor correspondente:

**Luiz Charles A de Sá**

Av. Joana Angélica, 124/602 - Ipanema - Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
CEP 22420-030

E-mail: [clinicaperforma@uol.com.br](mailto:clinicaperforma@uol.com.br)