



RESUMO EXPANDIDO

OTOPLASTIA – UMA SUGESTÃO DE SISTEMATIZAÇÃO DE TÉCNICAS

OTOPLASTY – A SUGGESTION OF SYSTEMATIZATION OF TECHNIQUES

Tássio Fernando Crusius¹
Bruno Bisognin Garlet¹
Eduardo Canova da Rosa¹
Francine Rodrigues Philippsen¹
Pedro Bins Ely²
Niveo Steffen³

RESUMO

Orelhas proeminentes são a deformidade mais frequente das anomalias auriculares congênitas, acometendo, aproximadamente, 5% da população Brasileira. As técnicas para sua correção tiveram muitas variações ao longo do tempo. Diversos autores contribuíram com muito êxito nesta evolução, no entanto, a taxa de complicações demonstradas pela literatura ainda ficam em patamares que merecem atenção. Neste objetivo, trazemos esta sistematização de técnicas, com o intuito de redução de desfechos adversos pós-operatórios e maior conforto e satisfação ao paciente.

Descritores: Orelha. Pavilhão Auricular. Procedimentos Cirúrgicos Operatórios.

ABSTRACT

Prominent ears are the most frequent deformity of congenital auricular anomalies, affecting approximately 5% of the Brazilian population. The techniques for its correction have had many variations over time. Several authors have contributed very successfully to this evolution, however the rate of complications demonstrated in the literature is still at levels that deserve attention. With this objective in mind, we bring this systematization of techniques, with the aim of reducing adverse postoperative outcomes and providing greater patient comfort and satisfaction.

Keywords: *Osteotomy. Rhinoplasty. Asymmetry.*

INTRODUÇÃO

Ao longo da história da Cirurgia Plástica mais de 200 técnicas foram desenvolvidas no intuito de obter os melhores resultados em otoplastias. Alguns autores como Mustardè, Furnas e Stenström foram essenciais para a evolução técnica do procedimento, com redução das complicações, além de melhores e mais duradouros resultados. Em 1988, Ely sugeriu uma abordagem com 2 pequenas incisões de 0,5cm e amplo descolamento da orelha com uso de descolador de Freer, além do uso de raspas e suturas temporárias de contenção. Em 1995, Fritsch publicou a técnica Incisionless, no intuito

¹Residente do Serviço de Cirurgia Plástica e Microcirurgia Reconstructiva da ISCMPA/UFCSPA

²Chefe da Residência de Cirurgia Plástica e Microcirurgia Reconstructiva da ISCMPA/UFCSPA. Email: pedrobinsely@terra.com.br

³Chefe da Residência de Cirurgia Plástica e Microcirurgia Reconstructiva da ISCMPA/UFCSPA.



de reduzir as complicações secundárias aos amplos descolamentos combinados com grandes incisões, tendo, em muitos aspectos, sucesso em sua técnica. A recidiva do procedimento vem como sendo um dos maiores fatores de resistência para sua aplicação, podendo variar de 12-20%. No intuito de aprimorar os desfechos de otoplastia, incluindo redução de recidivas, sugerimos uma sistematização de técnicas operatórias.

OBJETIVO

Esta sistematização de técnicas operatórias busca a redução global de recidiva pós-operatória de orelhas proeminentes em comparação a técnica Incisionless, além de redução da incidência de cicatrizes patológicas, hematoma, infecção de ferida operatória e lesões nervosas em comparação a técnica aberta convencional (em suas variantes).

MÉTODO

Este estudo tem formato Descritivo, visando a apresentação de uma sistematização de técnicas operatórias para a correção de Orelhas Proeminentes. Para tal, foi precedida revisão bibliográfica nas principais bases de dados internacionais para identificação fatores suscetíveis a maior incidência de complicações, assim como a identificação de como otimizá-los. O trabalho também apresenta um relato de caso com o registro fotográfico onde foi aplicada a técnica sugerida.

RESULTADOS

O procedimento sugerido inicia com a demarcação da localização adequada onde será confeccionada a anti-hélice, incluindo sua cruz/lâmina. Realiza-se a marcação cutânea na porção posterior correspondente a esta nova anti-hélice de 3mm no sentido crânio-caudal que corresponderá à incisão.

A anestesia é local, com solução de 20mL de soro fisiológico 0,9%, Adrenalina em concentração 1:61000, Lidocaína 1% sem vasoconstritor (20mL), Bupivacaína 7,5mg/mL sem vasoconstritor (20mL). Bloqueiam-se os principais ramos nervosos com a técnica de “Bloqueio em Campo”, tendo como entrada os pontos mais cefálico e mais caudal da orelha, com agulha de 26G. Após, realiza-se a infiltração de toda a superfície posterior e anterior da orelha no intuito de, além de anestesia, realizar vasoconstrição local. A incisão é procedida respeitando a marcação realizada sendo divulsionada até o plano cartilaginoso com pinça de Halstead delicada. Ao obter-se o plano adequado, a dissecação local é efetivada com auxílio de Descolador de Freer em plano subpericondral, abrangendo toda a superfície posterior da orelha (posterior e anteriormente à incisão). A raspagem da anti-hélice é



procedida na face anterior com auxílio de agulha de punção de 18G, não necessitando, assim, de fechamento cutâneo do orifício de entrada após realizar o desgaste da cartilagem. Com toda a cobertura posterior da orelha descolada em plano avascular, se faz a confecção dos pontos de retenção percutâneos, atentando para a importância de duas porções passarem anteriores à cartilagem (as que estarão mais sujeitas à tensão da cartilagem) e duas posteriores para, ao fechamento do nó, a tração realizada ser adequadamente sustentada pela estrutura da orelha, sem rompê-la.

A realização de pontos concho-mastóideos e pontos para correção da projeção anterior do lóbulo da orelha é factível neste momento cirúrgico. Ao final da realização dos pontos, procede-se ao fechamento cutâneo com fio absorvível em plano intradérmico com ponto único.

DISCUSSÃO

Esta sugestão de sistematização de técnicas busca a melhoria nos desfechos de uma cirurgia amplamente realizada ao redor do mundo. A abordagem do descolamento em plano subpericondral tem como objetivo evitar lesões nervosas e vasculares, uma vez que o suprimento sanguíneo e inervação da orelha transitam pela estrutura anatômica em plano hipodérmico (mais superficial), tendo, por fim, menor chance da ocorrência de hematomas ou hipoestésias. A utilização de uma incisão mínima para a realização do descolamento da porção posterior da orelha traz menor risco de cicatrizes patológicas (queloides), e quando, porventura, ocorram, tenham uma repercussão menor e tratamento menos desafiador devido a sua menor extensão em comparação à técnica tradicional com incisão ampla. Esta otimização da incisão também acarreta, teoricamente, em redução da infecção de ferida operatória e pericondrite, secundária a menor exposição de tecidos profundos e melhor cooptação pós-operatória, diminuindo a solução de continuidade com o meio interno.

A criação de tecido fibroso no local descolado após a realização dos pontos de retenção da anti-hélice traz um fator adicional e muito importante para a melhor sustentação do novo formato moldado na orelha. No momento que a sustentação não está mais unicamente sendo realizada pelos fios de sutura, caso ocorra a ruptura de um destes a sustentação não seria completamente prejudicada. No caso da realização dos pontos concho-mastóideos e pontos para correção da projeção anterior do lóbulo pode ser notado um efeito semelhante com dissecação muito menos nociva aos tecidos. Os mesmos benefícios poderiam, assim, ser observados.



CONCLUSÃO

A sistematização de técnicas sugerida mostra-se bastante promissora, tendo complicações relevantes, aparentemente, pouco frequentes. A observação a médio e longo prazo se faz essencial para a confirmação da eficácia nos fatores referidos.

REFERÊNCIAS

1. Ely JF. Small incision otoplasty for prominent ears. *Aesthetic Plast Surg.* 1988 May;12(2):63-9.
2. Neligan, P. C., Rubin, J. P. *Plastic Surgery – Aesthetic vol 1.* 4th ed. Canada: Elsevier; 2018
3. Baker, Shan R. *Local Flaps in Facial Reconstruction*, 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2014
4. Pawar SS, Koch CA, Murakami C. Treatment of Prominent Ears and Otoplasty: A Contemporary Review. *JAMA Facial Plast Surg.* 2015 Nov-Dec;17(6):449-54.
5. Ordon A, Wolfswinkel E, Shauly O, Gould DJ. Aesthetic Otoplasty: Principles, Techniques and an Integrated Approach to Patient-Centric Outcomes. *Aesthetic Plast Surg.* 2019 Oct;43(5):1214-25.
6. Ors S. Comparison of Prominent Ear Recurrence in Different Age Groups. *Aesthetic Plast Surg.* 2020 Oct;44(5):1522-8.
7. Ferzli G, Sukato D, Araslanova R, Romo Iii T. Cartilage-Sparing Otoplasty: A Systematic Review. *Facial Plast Surg Aesthet Med.* 2020 May 28.
8. AlAwadh I, Alassiry H, Bogari A, Alabduljabbar Z, AlDosari B. Complication Rates From Otoplasty at a Tertiary Facial Plastic Surgery Center: A Retrospective Analysis. *J Craniofac Surg.* 2022 Jan 10.
9. Fritsch MH. Incisionless otoplasty. *Otolaryngol Clin North Am.* 2009 Dec;42(6):1199-208, Table of Contents.
10. Handler EB, Song T, Shih C. Complications of otoplasty. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2013 Nov;21(4):653-62.
11. Haytoglu S, Haytoglu TG, Bayar Muluk N, Kuran G, Arikan OK. Comparison of two incisionless otoplasty techniques for prominent ears in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2015 Apr;79(4):504-10.
12. Ozturan O, Dogan R, Eren SB, Aksoy F, Veyseller B. Cartilage-sparing techniques versus percutaneous adjustable closed otoplasty for prominent ear deformity. *J Craniofac Surg.* 2014 May;25(3):752-7.
13. Punj P, Chong HP, Cundy TP, Lodge M, Woods R. Otoplasty techniques in children: a comparative study of outcomes. *ANZ J Surg.* 2018 Oct;88(10):1071-5.



14. Sadhra SS, Motahariasl S, Hardwicke JT. Complications after prominent ear correction: A systematic review of the literature. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2017 Aug;70(8):1083-90.
15. Schneider AL, Sidle DM. Cosmetic Otoplasty. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2018 Feb;26(1):19-29. Siliprandi M, Battistini A, Agnelli B, Bandi V, Vinci V, Lisa A, Maione L,
16. Siliprandi L. Algorithm-Assisted Decision Making in Otoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 2022 Feb;46(1):207-19.
17. Stewart KJ, Lancerotto L. Surgical Otoplasty: An Evidence-Based Approach to Prominent Ears Correction. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2018 Feb;26(1):9-18.
18. Strychowsky JE, Moitri M, Gupta MK, Sommer DD. Incisionless otoplasty: a retrospective review and outcomes analysis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2013 Jul;77(7):1123-7.
19. Temel M, Şamil Kahraman Ş, Berber Ö, Çevik C, Akoğlu E. Comparison of the result of consolidative technique otoplasty and incisionless otoplasty in the repairs of prominent ears. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2016 Oct;273(10):3043-52.
20. Zanin EM, Maximiliano J, Oliveira ACP, Arpini NE, Duarte DW, Portinho CP, Collares MVM. Otoplasty: Rasps or Puncture Needles? A Clinical Trial. *Aesthetic Plast Surg.* 2021 Apr;45(2):521-7.

FIGURAS

Figura 1: Marcação do local onde será demarcada a anti-hélice (A). Marcação do local da incisão na porção posterior correspondente à anti-hélice, com 3mm de extensão (B).

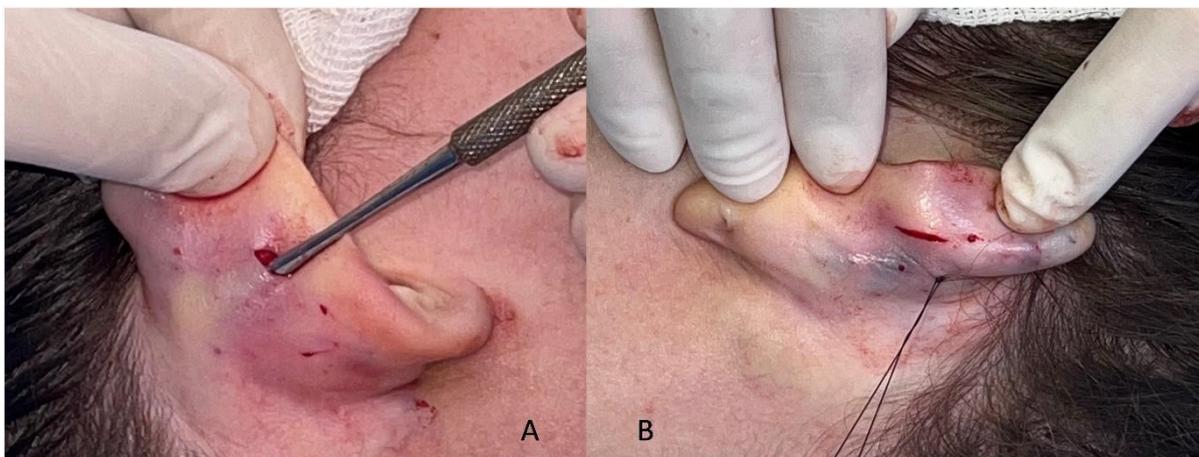


Figura 2: Descolamento amplo da porção posterior do pavilhão auricular (A); ponto de retenção percutâneo para confecção da anti-hélice (B).



Figura 3: Aspecto final do procedimento.



Figura 4: Aspecto pré-operatório na sequência superior e pós-operatório de 30 dias, na inferior.



Figura 5: Pavilhão auricular em destaque para comparação pré-operatória (A) e pós-operatória (B) para as orelhas direita e esquerda, respectivamente.