



# Manejo da orelha constricta: abordagem do serviço de cirurgia plástica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil

## *Management of constricted ear: plastic surgery service approach at the Hospital of Clinics in Porto Alegre, Brazil*

EDUARDO MADALOSSO ZANIN <sup>1\*</sup>  
ISABEL CRISTINA STENSMANN <sup>1</sup>  
LUCAS VARGAS DALBOSCO <sup>1</sup>  
DIEGO DULLIUS <sup>1</sup>  
CIRO PAZ PORTINHO <sup>1</sup>  
ANTONIO CARLOS PINTO  
OLIVEIRA <sup>1</sup>  
MARCUS VINICIUS MARTINS  
COLLARES <sup>1</sup>

Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Artigo submetido: 12/7/2019.  
Artigo aceito: 19/7/2020.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2020RBCP0081

### RESUMO

**Introdução:** A prevalência de malformações da orelha chega a 5% quando considerada toda a população mundial. Primariamente descrita em 1975 a orelha constricta representa um grupo de deformidades envolvendo o terço superior da cartilagem auricular com características em comum. O impacto estético e o estigma social dessas deformidades podem levar a danos psicológicos ao paciente quando não corrigidos. **Métodos:** Descrevemos a seguir a técnica utilizada no serviço de cirurgia plástica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Resultados:** O resultado pode ser evidenciado com 30 dias de pós-operatório. **Conclusão:** O método descrito, de acomodação da cartilagem, é uma opção para o tratamento dessa deformidade com adequado resultado estético.

**Descritores:** Deformidades adquiridas da orelha; Orelha; Cartilagem da orelha; Orelha externa; Otopatias.

### ABSTRACT

**Introduction:** The prevalence of ear malformations reaches 5% when considering the entire world population. Primarily presented in 1975, the constricted ear represents a group of deformities of the upper third of the auricular cartilage with common features. The aesthetic impact and social stigma of these deformities can cause psychological harm to the patient when not corrected. **Methods:** We describe below the technique used in the plastic surgery department of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Results:** Result can be evidenced with 30 days postoperatively. **Conclusion:** The described method, cartilage resettlement, is an option for treatment of this deformity with adequate aesthetic result.

**Keywords:** Multiple trauma; Wounds and injuries; Plastic surgery; Wound closure techniques; Autologous transplantation.

<sup>1</sup> Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A prevalência de malformações da orelha chega a 5% quando considerada toda a população mundial<sup>1</sup>. Primariamente descrita em 1975, a orelha constricta representa um grupo de deformidades envolvendo o terço superior da cartilagem auricular com quatro características em comum: 1. Borda da hélice exageradamente curvada, como consequência do desaparecimento ou diminuição da escafa, fossa triangular e cruz superior; 2. Protrusão, ocasionada pelo achatamento da anti-hélice e da borda da hélice, resultando em uma concha aprofundada; 3. Implantação baixa da orelha; 4. Diminuição global do tamanho orelha<sup>2</sup>.

O impacto estético e o estigma social dessas deformidades podem levar a danos psicológicos ao paciente quando não corrigidos. A orelha constricta é classificada em grau leve, moderado e severo de acordo com o grau de acometimento e deformidade da cartilagem auricular, influenciando na escolha do método e tempo ideal para tratamento.

Deformidades leves, eventualmente, resolvem-se espontaneamente ou com manejo não cirúrgico, através de moldes auriculares e imobilização, entretanto graus moderados a severos são tratados invariavelmente com manejo cirúrgico, assim como apresentado a seguir<sup>3</sup>.

## RELATO DE CASO

Descrevemos a abordagem do serviço de cirurgia plástica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre com a modificação da técnica de retalho cartilaginoso descrita por Tanzer, em 1975<sup>2</sup>, para tratamento de deformidade de orelhas constrictas. Técnica utilizada de rotina para tratamento da orelha constricta no serviço.

O paciente envolvido assinou o termo de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa seguiu os princípios de Helsinque.

Bloqueio anestésico com lidocaína 2% e ropivacaína 7,5% com vasoconstritor na concentração de 1:100.000 em região de inervação do ramo auricular do nervo vago (tragus), auricular magno (lóbulo), occipital menor (terço médio da hélice) e auriculotemporal (hélice e tragus) (Figura 1).

Hidrodissecção de camada cutânea em região anterior e posterior de concha.

Incisão retroauricular entre cartilagem conchal e hélice em terço inferior e médio, e seguindo abaixo da linha da hélice em terço superior. Incisão permite exposição completa da cartilagem auricular sem descolamentos excessivos.

Dissecção por planos com desenlramento completo de hélice, anti-hélice e escafa expondo por completo a alteração cartilaginosa (Figura 2).

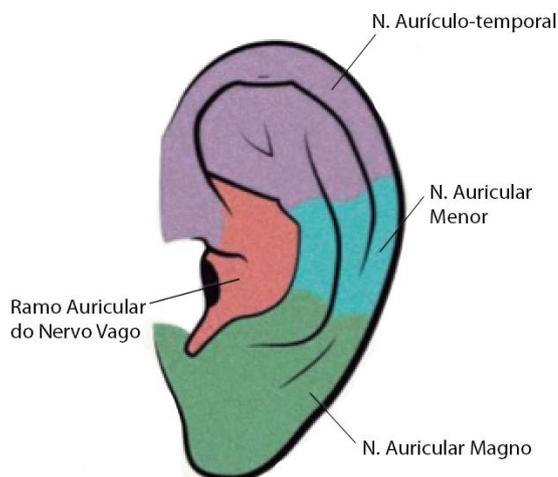


Figura 1. Inervação da orelha.

Marcação com azul de metileno em região de cartilagem constricta. Incisão em cartilagem constricta em toda sua extensão preservando 0,5cm da cartilagem em região medial. Então, ressecamos pequeno triângulo equilátero de cerca de 0,2cm com base superior para facilitar a rotação posterior e inferior do retalho cartilaginoso (Figura 2).

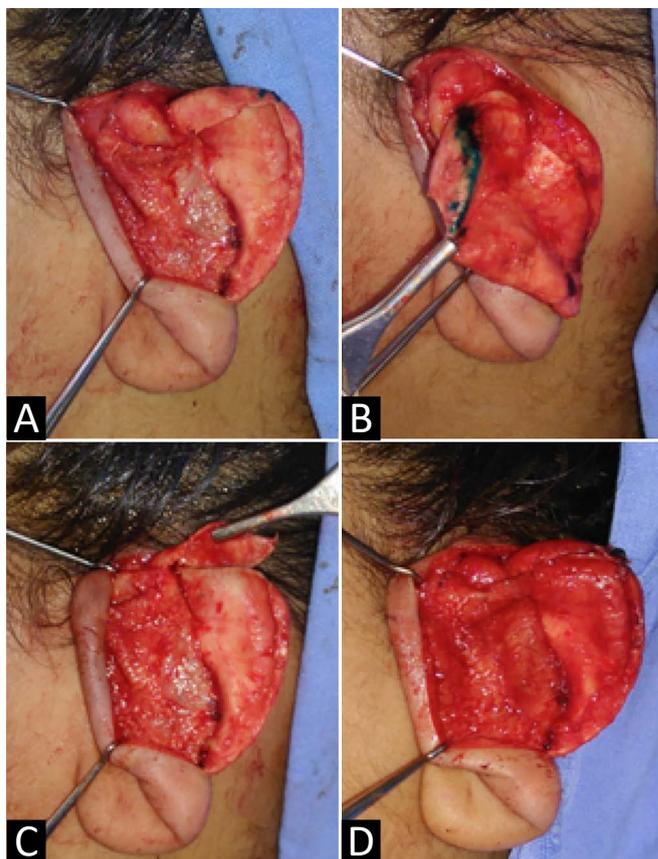


Figura 2. Descrição da Técnica. A. Dissecção com descolamento completo da hélice, anti-hélice e escafa; B. Marcação da cartilagem constricta com azul patente; C. Incisão da cartilagem/criação do retalho; D. Aspecto final da cartilagem depois da realização dos pontos em "U".

Confecção de pontos em U com nylon 5-0 fixando retalho de cartilagem na escafa, alongando a orelha externa no sentido craniocaudal.

Confecção de pontos de Mustardé (1963)<sup>4</sup> com nylon 4-0 a fim de demarcar anti-hélice e ponto em anti-tragus até concha para adução de lóbulo (Figura 3).



Figura 3. A. Aspecto pré-operatório; B. Aspecto pós-operatório imediato.

Ao final do procedimento, foi realizado curativo com gazes embebidas em solução de sulfato de neomicina moldando formato de acidentes de orelha recém-confeccionados e gazes secas e ataduras cobrindo-os. Curativo foi mantido por 3 a 4 dias sem molhar e em bom estado de conservação.

Utilizou-se faixa de contenção elástica com compressão leve durante o primeiro mês pós-operatório. Foto-proteção solar é indicada até a cicatrização completa.

Resultado pode ser evidenciado com 30 dias de pós-operatório e a cicatrização completa com 6 meses da cirurgia (Figura 4).

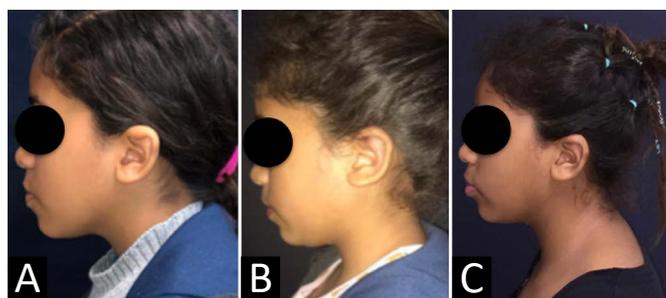


Figura 4. A. Aspecto pré-operatório; B. Aspecto pós-operatório em 30 dias; C. Aspecto pós-operatório em 6 meses.

## DISCUSSÃO

Deformidades auriculares incluem um espectro extremamente amplo de deformidades, indo desde apêndices pré-auriculares até a ausência completa do pavilhão auricular. O conjunto de alterações da orelha constricta é amplo e de variados graus de severidade, desde defeitos leves, com alteração de tecidos moles, passíveis de tratamento não operatório, até defeitos moderados e

severos que demandam reconstruções cirúrgicas<sup>1</sup>. Tanzer (1975)<sup>2</sup> classificou estes graus em grupos. Sendo grupo I: colapso da hélice exclusivamente; grupo 2: deficiência de escafa, cruz superior e fossa triangular; grupo 3: constrictão intensa da orelha com fixação da hélice anterior perto do lóbulo e implantação baixa da orelha. Diferentes procedimentos foram descritos, estes com resultados e reprodutibilidade variados<sup>1-9</sup>.

Ao nascimento até 38% dos bebês apresentam deformidades helicoidais, porém, cerca de 84% deles se resolvem espontaneamente até o fim do primeiro ano de vida. Em casos leves, o acompanhamento ou uso de moldes auriculares com imobilização da orelha podem ter resultados razoáveis. Se a deformidade persistir após o primeiro ano, o paciente deve ser seguido e instituído o tratamento cirúrgico dependendo da gravidade da constrictão<sup>10</sup>.

Dada a grande variedade de alterações possíveis o mais importante é definir se há a possibilidade de usar tecidos locais ou se é necessário o enxerto autólogo de cartilagem e/ou pele<sup>11</sup>. Uma vez definido a possibilidade da utilização dos tecidos locais, o retalho de cartilagem proposto por Tanzer (1975)<sup>2</sup> mantém a continuidade cartilaginosa e não deixa espaços vazios, além de aumentar a altura da orelha bem como evidenciado no caso relatado.

Apesar de infrequente, a extrusão dos pontos de nylon utilizados para reconstrução de cartilagem e pontos de Mustardé (1963)<sup>4</sup> constitui a principal complicação deste procedimento<sup>12</sup>. Eventualmente pode se formar inclusive granulomas e até foco infeccioso. O tratamento consiste em retirada imediata dos fios estruídos. Essa retirada muito raramente causará recidiva. A recidiva ou tratamento subótimo é a segunda complicação mais frequente, contudo, também, com baixa incidência.

## CONCLUSÃO

A deformidade auricular em constrictão é uma malformação pouco frequente, de espectro variado e de difícil manejo. O método descrito constitui alternativa versátil para o tratamento dessa doença, pode ser utilizado em espectro leve, moderado e até grave de acometimento, desde que haja tecidos locais passíveis de utilização para a reconstrução.

## COLABORAÇÕES

### EMZ

Análise e/ou interpretação dos dados, Análise estatística, Aprovação final do manuscrito, Coleta de Dados, Conceitualização, Concepção e desenho do estudo, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Realização das operações e/ou experimentos, Redação - Preparação do original

|             |   |
|-------------|---|
| <b>ICS</b>  | Análise e/ou interpretação dos dados, Coleta de Dados, Conceitualização, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição, Visualização |
| <b>LVD</b>  | Redação - Preparação do original  |
| <b>DD</b>   | Redação - Revisão e Edição  |
| <b>CPP</b>  | Redação - Revisão e Edição, Supervisão, Visualização  |
| <b>ACPO</b> | Realização das operações e/ou experimentos, Redação - Revisão e Edição, Supervisão, Visualização  |
| <b>MVMC</b> | Redação - Revisão e Edição, Supervisão, Visualização  |

## REFERÊNCIAS

1. Elshahat A, Lashin R. Reconstruction of moderately constricted ears by combining V-Y advancement of helical root, conchal cartilage graft, and mastoid hitch. *Eplasty*. 2016 Jul;16:e19.
2. Tanzer RC. The constricted (cup and lop) ear. *Plast Reconstr Surg*. 1975 Abr;55(4):406-15.
3. Matsuo K, Hayashi R, Kiyono M, Hirose T, Netsu Y. Non-surgical correction of congenital auricular deformities. *Clin Plast Surg*. 1990;17:383-95.
4. Mustardé JC. The correction of prominent ear using simple mattress sutures. *Br J Plast Surg*. 1963 Abr;16:170-8.
5. Janz BA, Cole P, Hollier Junior LH, Stal S. Treatment of prominent and constricted ear anomalies. *Plastic Reconstr Surg*. 2009 Jul;124(1 Suppl 1):27e-37e.
6. Kaye BL, Lotuaco GG. A simplified technique for the correction of the congenital lop ear. *Plast Reconstr Surg*. 1974 Dez;54(6):667-70.
7. Musgrave RH. A variation on the correction of congenital lop ear. *Plast Reconstr Surg*. 1966 Mai;37(5):394-8.
8. Horlock N, Grobbelaar AO, Gault DT. 5-year series of constricted (lop and cup) ear corrections: development of the mastoid hitch as an adjunctive technique. *Plast Reconstr Surg*. 1998 Dec;102(7):2325-35;discussion:2333-5.
9. Stephenson KL. Correction of a lop ear type deformity. *Plast Reconstr Surg*. 1960;26:542-5.
10. Kelley P, Hollier L, Stal S. Otoplasty: evaluation, technique, and review. *J Craniofac Surg*. 2003 Set;14(5):643-53.
11. Franco D, Medeiros J, Andrade D, Grossi A, Franco T. Tratamento cirúrgico de orelhas constrictas. *Rev Soc Bras Cir Plast*. 2006;21(3):180-5.
12. 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*. 2020 Oct 29. doi: 10.1007/s00266-020-01972-z. Epub ahead of print. PMID: 33123781.

\*Autor correspondente:

**Eduardo Madalosso Zanin**

Rua Ramiro Barcelos, 2350, Rio Branco, Porto Alegre, RS, Brasil.

CEP: 90035-007

E-mail: eduardo.zanin@gmail.com