

Reconstrução de orelha após uso de alargador e lesão traumática: relato de caso

Ear reconstruction after using enlargement piercing and traumatic injury: case report.

Resumo

Introdução

Na sociedade moderna, o lóbulo da orelha tem uma grande importância pelo uso de joias e adornos (piercings e alargadores). Por ser uma estrutura com maior fragilidade tecidual, o uso de alargadores e brincos pesados, pode levar à laceração do orifício realizado no lóbulo.

Objetivos

O objetivo, com esse relato, é demonstrar por meio de imagens e da descrição da técnica cirúrgica, a lobuloplastia e a reconstrução de Helix, realizadas em decorrência da laceração do lóbulo direito do paciente por alargador e do Helix por mordedura.

Materiais / Sujeitos e Métodos

Paciente do sexo masculino, fez uso de alargador de lóbulo de orelha de tamanhos variados por 7 anos, o que resultou em deformidade e secção total do lóbulo direito. Ele também foi vítima de um trauma por mordedura que amputou parcialmente o Helix. Foi feita a reconstrução em 3 tempos.

Resultados

Houve grande satisfação por parte do paciente com o resultado obtido, no que diz respeito a cicatrizes, formato e à qualidade. O objetivo de reconstrução do lóbulo e do Helix foi alcançado sem sofrimento de nenhuma parte dos retalhos utilizados.

Conclusões

A reconstrução do lóbulo de orelha e do Helix usando retalho anterior do próprio lóbulo, mostrou-se eficaz na correção dos defeitos descritos.

Abstract

In modern society, the earlobe is of great importance due to the use of jewelry and adornments. As it is a structure with greater tissue fragility, the use of enlargement piercings and heavy earrings can lead to laceration of the orifice made in the lobe, and lobuloplasty is indicated to correct the defect. The objective of this report was to demonstrate, through images and the description of the surgical technique, lobuloplasty and Helix reconstruction, performed due to the laceration of the patient's right lobe by an enlargement piercing and Helix by bite. Male patient, used an ear lobe enlargement of varying sizes for 7 years, resulting in deformity and total right lobe section. He was also a victim of a bite trauma that partially amputated Helix. The reconstruction was done in 3 stages. The patient was satisfied with the result obtained related to scars formation, shape, and quality. The objective of reconstructing the lobe and Helix was achieved without suffering from any part of the flaps used. Reconstruction of the earlobe and Helix using an anterior lobe flap, proved to be effective in correcting the defects described.

Autora/Orientador



Letícia Rizzo Batista
Cirurgia Dermatológica
Faculdades BWS
Brasil

Juliano A.R. Tosta
Cirurgia Plástica – Cirurgia
Dermatológica
Faculdades BWS
Brasil

Palavras-chave

Lóbulo; Orelha; Reconstrução.

Keywords

Lobe; Ear; Recontruction.

INTRODUÇÃO

O formato e a posição da orelha contribuem para a estética da face, mesmo que o órgão não seja percebido no dia a dia. Ela deixa a face simétrica e proporcional e qualquer dano ou anormalidade pode ser facilmente percebida ⁽¹⁾.

O pavilhão auricular é constituído de pele, que reveste o pericôndrio, e de cartilagem, já que o lóbulo não possui cartilagem. A forma do pavilhão é dada pelo Helix (ou hélice) e por sua raiz, correspondendo à parte mais externa. Internamente temos o anti-helix (ou anti-hélice) e sua raiz. A concha é uma depressão côncava que está próxima ao conduto auditivo e por fora, protegendo o conduto, encontra-se o tragus. A estrutura oposta ao tragus na parte inferior da concha, é o antitragus, e finalizando, abaixo do antitragus, temos o lóbulo da orelha ⁽²⁾.

O Lóbulo apresenta três classificações de acordo com sua aderência: tipo livre, não aderido ao rebordo mandibular; tipo colado, que é aderido ao rebordo e o tipo aderido, que é o tipo colado, porém de forma mais acentuada ⁽¹⁾.

O lóbulo da orelha tem valor estético na história, pois é usado para colocação de adornos e joias, que, podem ser opcionais ou, de acordo com algumas culturas, obrigatório. Adornos e joias também passaram a ser usados em outros locais da orelha, como Helix e tragus ⁽³⁾.

O uso de adornos pesados, podem levar a deformidades do lóbulo, o que causa grande desconforto estético. Adornos em outras localizações podem levar a infecções, queloides, e outras condições que levam a deformidades.

O aumento do tamanho do lóbulo ocorre com frequência por conta do envelhecimento, devido à perda do colágeno e fibras elásticas, o que leva à uma flacidez acentuada de sua morfologia ⁽³⁾.

Nesse artigo será apresentado o caso de um paciente que procurou o serviço de cirurgia dermatológica para a correção de uma grande deformidade do lóbulo de orelha direita pelo uso de adorno (alargador) e uma amputação parcial traumática de Helix por mordedura.

RELATO DO CASO

Paciente sexo masculino, usuário de alargador de orelha de diferentes tamanhos por aproximadamente 7 anos, resultando em deformidade e secção completa do lóbulo direito, foi vítima de mordedura que levou a amputação parcial da Helix direita, de aproximadamente 5 anos de evolução (figura 1). Foi submetido à reconstrução em 3 tempos usando o excesso de pele do próprio lóbulo lesionado. No primeiro tempo, foi feito uma rotação em sentido horário e anterior dos dois fragmentos de lóbulo, o mais proximal para reconstruir o lóbulo lesionando e o distal para reconstruir o Helix amputado, de forma a manter o pedículo vascular.

Figura 1 – Secção completa do lóbulo e amputação do Helix.



Fonte: original da autora.

Foi usado fio de Nylon 5.0 em ponto simples. Não foi prescrito antibioticoterapia. Foi agendado retorno em 4 semanas.

Num segundo momento, após 30 dias, foram realizados ajustes no aspecto do lobulo e retirado sobras de retalho que deixavam deformidades na orelha (figura 2). Novamente utilizado fio de Nylon 5.0 em sutura simples.

Figura 2 – Após ajustes estéticos.



Fonte: original da autora.

O ultimo passo, após 4 semanas da segunda intervenção, foi um pequeno ajuste no helix, realizado com fio de Nylon 5.0 sutura simples como mostra a figura 3. Todas as cirurgias foram realizadas a nível ambulatorial com anestesia local, utilizando solução tumescente de Klein (Tabela 1).

Figura 3 – Resultado final.

Fonte: original da autora.

Tabela 1 – Regra dos 4 para solução anestésica em pequenos procedimentos dermatológicos.

Substância	Concentração inicial	Quantidade	Concentração final
Lidocaína	2%	4ml	0,2%
Adrenalina	1:1.000	4 gotas (cerca de 2ml)	1.200.000
Bicarbonato	8.4%	4ml	0,84%
Soro fisiológico	0,9%	Qsp 40ml ou 31,6ml	0,71%

Fonte: original da autora.

O paciente evoluiu cicatrização adequada, viabilidade da orelha, sem isquemia, infecções ou necrose.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O comprimento médio do lóbulo varia entre 1,97 cm e 2,01cm, segundo a pesquisa de Azaria et al. sobre a morfometria do lóbulo. Essa medida representa em torno de 30% do comprimento total da orelha ⁽⁴⁾.

As deformidades do lóbulo podem levar à grande prejuízo funcional e psicológico ao paciente. O uso de joias e adornos pesados tem sido identificado no nosso meio como a grande causa de deformidade do lóbulo de orelha e com uma incidência que vem crescendo, levando ao aumento na procura de correção cirúrgica ^(5,6).

Durante os anos, muitas técnicas cirúrgicas foram desenvolvidas e modificadas para restauração do lóbulo auricular ^(1,7). A redução e reconstrução do lóbulo pode ser feita com cirurgia de forma isolada ou procedimento cirúrgico associado a procedimentos estéticos como uso de preenchedores e bioestimuladores de colágeno.

Um aspecto que deve ser levado em grande consideração durante este procedimento é o local onde vai ser feita a cicatriz cirúrgica, para não haver uma cicatriz esteticamente indesejável. Deve haver cuidado na hora da síntese, uso correto de fios de sutura e nos curativos após a cirurgia, sempre levando em consideração a tensão da pele e a contração da cicatriz ^(8,9,10).

O paciente deve evitar o máximo de manipulação no local da cirúrgica para prevenir deiscências e infecções. Uso de novo piercing pode ser feito, respeitando o tempo mínimo pós cirúrgico de 6-8 semanas e a recomendação é que esse novo adorno esteja fora da linha da cicatriz, pela fragilidade tecidual que a cirurgia produz. Se houve necessidade de ressecção do orifício prévio do brinco que o paciente possuía, talvez seja necessário refazê-lo, usando, da mesma forma, um ponto distante da cicatriz. Não recomendamos o uso de novos alargadores, mas, se for desejo do paciente, a orientação é o uso de alargadores de diâmetros menores, evitando recidiva ou abertura da cicatriz ⁽³⁾.

A cirurgia de lobuloplastia, além de corrigir o tamanho do lóbulo e reconstituir seu aspecto original também tem visa trazer conforto estético ao paciente.

CONCLUSÕES

O artigo apresentou uma técnica combinada de reconstrução de lóbulo de orelha alargado por uso de adorno pesado e a utilização do excesso de pele desse lóbulo para corrigir lesão traumática de Helix, sem necessidade de uso de próteses, de forma simples e ambulatorial, com anestesia local. Foram necessárias três intervenções cirúrgicas, com espaço de tempo entre eles de aproximadamente 30 dias. O procedimento foi considerado um sucesso por não haver complicações na execução e pós procedimento, boa cicatrização e melhora estética.

REFERÊNCIAS

1. Pitanguy I, Muller P, Kauk LK, Freitas LFP. Incisões remodelantes no lóbulo da orelha. *Rev Bras Cir Plást.* 1998;78(2):155-62.
2. Gadelha AR, Costa IMC. *Cirurgia dermatológica.* 3 ed. 2017. p. 1041-1070.
3. Faial MMG, Pinnock DD. Correção da hipertrofia do lóbulo auricular, Relato de caso. *Rev. Bras. Cir. Plást.* [Internet]. 2017;32(2):282-286 Disponível em: <http://www.rbc.org.br/export-pdf/1850/v32n2a21.pdf>
4. Azaria R, Adler N, Silfen R, Regev D, Hauben DJ. Morphometry of the adult human earlobe: a study of 547 subjects and clinical application. *Plast Reconstr Surg.* [Internet]. 2003;111(7):2398-402. Disponível em: https://journals.lww.com/plasreconsurg/Abstract/2003/06000/Morphometry_of_the_Adult_Human_Earlobe__A_Study_of.41.aspx - DOI: [dx.doi.org/10.1097/01.PRS.0000060995.99380.DE](https://doi.org/10.1097/01.PRS.0000060995.99380.DE)
5. Janis JE, ed. *Essentials of Plastic Surgery.* Boca Raton: CRC Press; 2007.
6. Bodanese T, Freitas RS, Itikawa WM, Cruz GAO. Conduta na amputação traumática de orelha. *Arq Catarin Med.* [Internet]. 2009;38(Supl.1):230-2. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/703.pdf>
7. Moore KL, Persaud TVN. *Embriologia Clínica.* 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
8. Bisaccia E, Patel P, Scarbough D. Treatments for earlobe ptosis. *Dermatologist.* [Internet]. 2012;20(4):35-7. Disponível em: <https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/thederm/site/cathlab/event/treatments-earlobe-ptosis>
9. Silveira IM. Correção cirúrgica das hipertrofias do lóbulo da orelha. [Internet]. Disponível em: <http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/revistas/brasleprol/1940/pdf/v8n1/v8n1a01.pdf>
10. Colombo LRC, Guimarães PMS, Motta IA, Cunha MTR, Silva Neto MP. Rejuvenescimento de lóbulo de orelha: descrição da técnica de indicações. *Rev Bras Cir Plást.* [Internet]. 2013;28(2):289-93 Disponível em: <http://www.rbc.org.br/details/1405/pt-BR/rejuvenescimento-de-lobulo-de-orelha--descricao-da-tecnica-e-indicacoes>