Reconstrução de lobo de orelha: revisão de literatura

Ear lobe reconstruction: literature review

Resumo

Introdução

O lóbulo de orelha tem relevante importância cultural pelo uso de adornos e joias neste local, porém a perfuração da orelha pode resultar em complicações precoces e tardias. Tudo isso tem motivado uma maior procura dos pacientes para tratamentos estéticos do lóbulo de orelha.

Objetivos

Este estudo traz uma revisão e atualização sobre as técnicas de reparação de lobo de orelha.

Materiais / Sujeitos e Métodos

Para a elaboração deste artigo foram consultados artigos científicos publicados e referenciados nas principais bibliotecas virtuais.

Resultados

Diversas técnicas cirúrgicas e não cirúrgicas foram descritas com o decorrer dos anos. A escolha da técnica cirúrgica depende da classificação do ferimento, seja ela aguda ou crônica, com laceração parcial ou completa, e se há a intenção de preservação ou não do orifício prévio.

Conclusões

Assim, a diversidade de abordagens cirúrgicas e não cirúrgicas é uma aliada ao médico, visto que, com o domínio técnico dos procedimentos e o conhecimento dos benefícios e melhor adequação de cada método, o cirurgião pode alcançar excelentes resultados de reparação de lobo de orelha.

Abstract

The earlobe has a relevant cultural importance due to the use of ornaments and jewelry in this location. Ear perforation can result in early and late complications. All of this has motivated a greater demand from patients for esthetic treatments of the earlobe. This study provides a review and update on ear lobe repair. For the preparation of this review article, scientific articles published and referenced in the main virtual libraries were consulted. Several surgical and non-surgical techniques have been described over the years. The choice of surgical technique depends on the classification of the wound, be it acute or chronic, partial or complete laceration, preservation or not of a previous orifice. Thus, the diversity of surgical and non-surgical approaches is an ally for the physician, since, with the technical mastery of the procedures and knowledge of the benefits and better adequacy of each method, the surgeon can achieve excellent results in recovering from the ear lobe.

Autora/Coautores

Maria Carolina Coelho Gozzano

Pós-graduanda em Cirurgia
Dermatológica
Faculdades BWS
Brasil

Maria Beatriz Coelho Gozzano

Dermatologista
Faculdades BWS
Brasil

José Otávio Alquezar Gozzano

Clínica Médica
PUC - SP
Brasil

Palavras-chave

Deformidades Adquiridas da Orelha,
Orelha Externa, Procedimentos cirúrgicos
reconstrutivos.

Keywords

*Ear deformities, External ear,
Reconstructive surgical procedures.*

INTRODUÇÃO

O lóbulo de orelha tem relevante importância devido à tradição secular do uso de adornos e joias neste local, comum em culturas de todo o mundo, é uma prática frequente desde crianças até pessoas de idade mais avançada. Além disso, observa-se uma tendência atual de utilizar um maior número de adornos nesta região ^(1,2).

A perfuração da orelha, apesar de ser um procedimento de baixo risco, pode resultar em complicações precoces e tardias; as de maior gravidade incluem infecção, formação de queloides, avulsão de tecido e fissura de lobo de orelha, decorrente da maior tensão local e alterações estruturais. Tudo isso tem motivado uma maior procura dos pacientes para tratamentos estéticos do lóbulo de orelha ^(1,2).

E, para isso, diversas técnicas já foram descritas e são atualmente utilizadas para reparo de tais defeitos. Em sua maioria, utilizam-se diferentes técnicas de retalhos locais como principal ferramenta de reconstrução do lobo ⁽³⁾.

O estudo atual tem como objetivo realizar uma revisão e atualização sobre este assunto.

MATERIAIS, SUJEITOS E MÉTODOS

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline).

Foram utilizados para busca dos artigos os seguintes descritores e suas traduções correspondentes em outros idiomas: “deformidades adquiridas da orelha”, “orelha externa”, “procedimentos cirúrgicos reconstrutivos”, “procedimentos Cirúrgicos Otológicos” e “cirurgia ambulatorial”.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol; artigos na íntegra que retratassem a temática referente à revisão integrativa; e estudos publicados e indexados nos referidos bancos de dados no período de 1985 e 2020.

A análise e a síntese dos dados extraídos dos artigos selecionados foram realizadas de forma descritiva, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diversas técnicas cirúrgicas e não cirúrgicas foram descritas com o decorrer dos anos. De maneira geral, as lacerações de lobo de orelha podem ser agudas ou crônicas ⁽⁴⁾.

Lacerações agudas requerem fechamento subcutâneo com fio de sutura absorvível 4-0 ou 5-0 ou fechamento anterior e posterior do lobo com fio não absorvível de 5-0 ou 6-0. Nesta abordagem pode preservar-se o orifício prévio com angiocateter ou outro dispositivo ou fechá-lo completamente para que após 6 semanas realize um novo orifício ^(5,6).

Quando a fissura de lobo é crônica e epitelizada, é necessário a etapa prévia de desepitelização para evitar perda de tecido na região e prevenir a recorrência.

Para a escolha de uma abordagem reparadora, tanto para a etapa de desepitelização quanto a técnica cirúrgica, é sugerida inicialmente a avaliação e classificação do defeito da fissura de lobo de orelha. Os defeitos podem ser divididos em fenda parcial, quando ocorre apenas o alargamento da mesma ou fenda total em que há a separação do lóbulo em duas ou três pontas ⁽⁷⁾.

Para a desepitelização em fendas totais opta-se pelo uso de lâmina do bisturi para retirada do epitélio, enquanto nos demais tipos de fendas podem ser empregados o punch - ligeiramente maior do que o tamanho do diâmetro da fenda - ou dermoabrasor ^(7,8).

Em situações de fenda parcial, as três técnicas cirúrgicas mais usadas são: a técnica com punch, fechamento direto borda a borda e a técnica de Reiter e Alford também chamada de “retalho opostos paralelos”. Na primeira técnica, mais indicada quando a fenda é menor que quatro milímetros, posiciona-se um punch de um milímetro maior do que a fenda perpendicularmente ao lóbulo, e em movimento de

rotação desepidermiza-se a fenda por toda a sua extensão e sutura-se de forma transversa em relação ao lóbulo. Outra maneira de abordar uma fenda parcial, agora de mais de quatro milímetros, é pelo fechamento direto borda a borda posterior à desepitelização com bisturi, com pontos simples ou de colchoeiro (Donatti ou ponto em U), tanto na parte anterior quanto na posterior, podendo ser usado fio absorvível no subcutâneo. A terceira opção para a correção da fenda parcial é a técnica de Reiter e Alford, em que são criados retalhos com pedículos junto à borda da fenda, um na parte anterior à direita e outro na parte posterior do lóbulo à esquerda. Os retalhos são rodados e suturados de forma que um cubra a área cruenta do outro ⁽⁸⁾.

Por outro lado, o reparo de lobo da orelha com fenda total tem uma dificuldade maior na correção, pois há perda da margem inferior do lóbulo da orelha. Nestes quadros pode-se optar por manter o orifício inicial ou não ^(7,8).

Quando manter pertuito do brinco não é almejada, utiliza-se a técnica borda a borda, amplamente difundida, com pequena chance de recidiva, desde que o novo furo não esteja na linha cicatriz, e consiste em fazer um ponto reparo na extremidade inferior ligando as pontas da fenda que orienta as suturas anterior e posterior, evitando desigualdades no novo contorno do lóbulo ⁽⁵⁾. Pontos de colcheiro verticais ou horizontais (pontos Donatti), que evertem as bordas da cicatriz são utilizados para evitar a inversão da mesma, sendo que foram criadas variações para evitar a inversão da cicatriz ⁽⁸⁾.

Casson descreveu a técnica que consiste em suturar borda a borda nas faces anterior e posterior da fenda e zetaplastia na parte inferior do lóbulo, preconiza-se um descolamento das bordas em um milímetro, o que ajuda a prevenir a inversão cicatricial, enquanto que o estudo de Tromovitch relatou a zetaplastia realizada na total espessura do lóbulo no seu sentido anteroposterior, e Reiter e Alford sugeriram a zetaplastia feita apenas na parte anterior do lóbulo, sendo a parte posterior suturada com fechamento direto ⁽⁹⁾.

Ainda, Fatah descreveu a criação de um “L” no sentido ântero-posterior, ou seja, na espessura total do lobo, quebrando a linha de sutura e criando um dente de

sustentação à sutura; este “L” pode ser executado no sentido médio-lateral, criando também um dente neste sentido, e foi descrito por Harahap^(8,10).

Kalimuthu sugere a formação de um “V” cruento na extremidade do lóbulo, seguindo a desepitelização na borda medial, e outro “V” na extremidade da borda lateral⁽¹¹⁾.

Na técnica de Arora, a fenda é reparada, e a espessura do lóbulo fica maior; duas áreas triangulares são desepitelizadas para a correção da fenda, uma anterior na ponta lateral e outra posterior na ponta medial. São suturadas sobrepondo-se uma à outra, resultando no aumento da espessura do lóbulo⁽⁸⁾.

Outra técnica descrita é a de Effendi que propõe uma rotação de retalho da parte medial da fenda sobre a parte lateral; para isso, a desse desepitelização da ponta lateral é prolongada no sentido lateral onde a ponta medial será suturada⁽⁸⁾.

A fim de preservar o orifício em fenda total do lóbulo de orelha, utiliza-se brincos previamente esterilizados ou fio de nylon 1-0 ou 2-0, para manter o novo orifício. A técnica de Boo-Chai é a mais simples, em que a parte inferior do orifício e as paredes da fenda são desepitelizadas e são suturadas lado a lado, mantendo-se assim o orifício do brinco. Na técnica de Buchan, a pele da fenda é excisada totalmente; na face posterior do lobo, faz-se um retalho junto a fenda sendo que este retalho cruza o ângulo cruento da fenda, servindo como assoalho para formar o novo canal o brinco; então faz-se o fechamento com pontos simples nas face posterior e anterior do lobo.

Há também a técnica de Argamaso e de Zoltie, em que o epitélio do orifício é preservado, e são feitos retalhos anterior e posterior que se encaixam por sobreposição. A diferença é que na de Argamaso os retalhos são triangulares e na de Zoltie, retangulares⁽¹²⁾.

Na técnica de Elsayh são feitos dois retalhos margeando dois lados da fenda em toda sua extensão, preservando-se a epiderme do orifício; os dois retalhos são amarrados na parte proximal formando o novo pertuito, e a parte distal de ambos é excisa descartada; o fechamento final é feito com sutura simples⁽¹³⁾.

Na técnica de Pardue, as bordas da fenda são cisadas, e a epiderme da parte superior do orifício de um dos L é preservada; então, cria-se um retalho com esta

porção e este é rodado como um caracol em direção ao lado oposto e então sutura-se com fio de nylon através de ponto interno pela derme da sua extremidade inferior no canto cruento do antigo orifício, formando-se assim um novo pertuito; e o fechamento das pontas é feito sutura simples desde a face anterior do lobo até a posterior⁽⁸⁾.

Nas técnicas de Walike e Larrabee a rotação de retalho para formação de novo orifício mesma da técnica de Pardue, porém, no fechamento da fenda faz-se zeta-plastia na extremidade inferior do lobo^(8,14).

A técnica Fayman utiliza o retalho de Pardue, e o fechamento da fenda é feito com zeta-plastia envolvendo toda a extensão dos dois lados da fenda.

A técnica de Fatah dos retalhos em L, já descrita anteriormente, pode ser combinada com a técnica de Pardue para formar um novo pertuito, conferindo maior sustentação ao resultado⁽¹⁰⁾.

A cirurgia do brinco, descrito no estudo de Patrocínio, consiste na rotação do retalho de tal forma que as bordas epitelizadas constituam o orifício do lóbulo, apontado como técnica que permite um bom resultado estético, sem entalhe ou desnível na margem livre, e ao mesmo tempo, mantém um orifício no lóbulo com boa resistência⁽¹⁵⁾.

Além de métodos cirúrgicos, uma proposta não cirúrgica vem ganhando espaço atualmente nos ambientes ambulatoriais com o uso de ATA 90 em fissuras incompletas, já que se trata de uma abordagem simples, rápida e barata, feita em ambiente ambulatorial, com um período de recuperação tranquilo, apresentando-se como uma alternativa às cirurgias⁽³⁾.

Sabe-se que a pele tratada com ATA estimula as plaquetas, monócitos e queratinócitos a produzir transitoriamente diferentes fatores de crescimento, que estimulam fibroblastos teciduais ao redor da ferida para proliferar, expressar os receptores de integrinas apropriados e migrar para o espaço da ferida, aumentando o fechamento da ferida por estimular a reepitelização⁽¹⁶⁾.

Este método consiste em aplicar camada uniforme de ATA 90%, com auxílio de cotonete ou palito de madeira; após aplicação e observação de frosting, é realizado

um curativo com micropore, aproximando as bordas da lesão. Em alguns casos, pode ser necessário reaplicação após quatro semanas⁽³⁾.

A diversidade de técnicas e abordagens de reconstrução de lobo de orelha se deve a boa vascularização local, que permite ao cirurgião maior liberdade na manipulação dos tecidos locais^(17,18).

Sabe-se também que, apesar da taxa de complicações pós-operatórias ser baixa - cerca de 0 a 33,3% -, elas existem, sendo que as principais relatadas são cicatriz hipertrófica, cicatriz deprimida, cicatrizes inestéticas, recorrência da fenda e infecções da ferida operatória^(19,20).

Além disso, é importante destacar que a orientação dos cuidados pós-procedimento para paciente é imprescindível para que o procedimento tenha um resultado satisfatório. É necessário explicar ao paciente que deve ser feita uma reavaliação em 24 a 48h para detectar de forma precoce sinais de infecção ou hematoma, a retirada de sutura com fios não absorvíveis deve ser feita entre 7 e 10 dias, e que se deve evitar o contato com água até que as bordas da ferida estejam reepitelizadas⁽¹²⁾.

CONCLUSÕES / CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tradição cultural de uso de adornos em lobo de orelha torna a procura pela reparação de lacerações neste local uma queixa vigente. Assim, a diversidade de abordagens cirúrgicas e não cirúrgicas é uma aliada ao médico, visto que, com o domínio técnico dos procedimentos e o conhecimento dos benefícios e melhor adequação de cada método, o cirurgião pode alcançar excelentes resultados de reparação de lobo de orelha com alta taxa de satisfação, melhorando a qualidade de vida do paciente e minimizando o risco de recidiva.

REFERÊNCIAS

1. Sharma R, Krishna S, Kumar S, Verma M. Rotation flap lobuloplasty: technique and experience with 24 partially torn earlobes. *Int J Oral Maxillofac Surg*. [Internet]. 2014;43:1206-10. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24856005/>
2. De Souza SC. Tratamento de fissuras de lóbulo de orelha. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*. [Internet]. 2016;31(3):362-367. Disponível em: <http://www.rbc.org.br/details/1764/pt-BR>
3. Staut J, Torres D, Pereira J, Nepomuceno A, Padua C, Morano F, Gimenez R. Uso de ácido tricloroacético para fechamento de lesão por alargadores em lóbulos de orelhas. *Rev. bras. cir. Plást.* [Internet]. 2020;203-205. Disponível em: <http://www.rbc.org.br/details/2749/use-of-trichloroacetic-acid-for-closure-of-lesion-by-extensors-in-lobules-of-ears>
4. Maiolini VM, Sbroglio LL, Marques RB, da Silva RT, D'Elia MLN. Nova proposta cirúrgica para reparação de lóbulo de orelha após o uso de alargador. *Surgical & Cosmetic Dermatology*. [Internet]. 2020;12(2):167-171. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/2655/265568644006/html/>
5. Lavasani L, Leventhal D, Constantinides M, Krein H. Management of acute soft tissue injury to the auricle. *Facial Plast Surg*. [Internet]. 2010;26:445. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21086230/>
6. Xu JH, Shen H, Hong XY. The aesthetic repair of complete traumatic cleft earlobe with a three-flap method. *Ann Plast Surg*. [Internet]. 2010;65:318. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20733368/>
7. Ribeiro AA, de Matos LL, de Barros THC, Ferrari NM. Reparo do lóbulo da orelha partido: revisão da literatura e proposta de nova técnica. *Surgical & Cosmetic Dermatology*. [Internet]. 2009;1(3):141-144. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2655/265521005009.pdf>
8. Fearon J, Cuadros CL. Cleft earlobe repair. *Ann Plast Surg*. [Internet]. 1990;24:252-7. Disponível em: https://journals.lww.com/annalsplasticsurgery/Abstract/1990/03000/Cleft_Earlobe_Repair.10.aspx
9. Venkatramani H. A new technique in closure of wide clefts of earlobule. *Plast Reconstr Surg*. [Internet]. 1999;104:296-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10597710/>
10. Fatah MF. L-plasty technique in the repair of split earlobe. *Br J Plast Surg*. [Internet]. 1985;38:410-414. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4016430/>

- 11.** Bermueller C, Rettinger G, Keck T. Auricular keloids: treatment and results. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. [Internet]. 2010;267:575-80. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19669653/>
- 12.** Hwang JH, Chu CK, Liu TC. Changes in bacteriology of discharging ears. *J Laryngol Otol*. [Internet]. 2002;116:686-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12437801/>
- 13.** Lee PK, Ju HS, Rhie JW, Ahn ST. Two flaps and Z-plasty technique for correction of longitudinal ear lobe cleft. *Br J Plast Surg*. [Internet]. 2005;58:573-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15897047/>
- 14.** Berman B, Villa A. Imiquimod 5% cream for keloid management. *Dermatol Surg*. [Internet]. 2003;29:1050-1. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12974703/>
- 15.** Patrocínio LG, Morais RM, Pereira JE, Patrocínio JA. Tratamento cirúrgico da fenda do lóbulo de orelha. *Rev Bras Otorrinolaringol*. [Internet]. 2006;72:447-51. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rboto/a/cY64swpTgTVwZyS7WZmJtqm/?lang=pt&format=pdf>
- 16.** Yonei N, Kanazawa N, Ohtani T, Furukawa F, Yamamoto Y. Induction of PDGF-B in TCA-treated epidermal keratinocytes. *Arch Dermatol Res*. [Internet]. 2007 Nov; 299(9):433-40. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00403-007-0781-6>
- 17.** Altintas A, Çelik M, Yegin Y, Kayabasoglu G. Auricular lobuloplasty. *Turk Arch Otorhinolaryngol*. [Internet]. 2017;55:172-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29515930/>
- 18.** Miller TR, Eisbach KJ. Repair of enlarged pierced-ear openings. *Ear Nose Throat J*. [Internet]. 2005;84:276-7. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/014556130508400508>
- 19.** Lammers R. Methods of wound closure. In: *Clinical Procedures in Emergency Medicine*, 5th edition, Roberts JR, Hedges JR (Eds), Saunders Elsevier, Philadelphia, PA. [Internet]. 2010:592. Disponível em: <https://clinicalgate.com/methods-of-wound-closure/>
- 20.** Pereira AA, Tien SLK, Silva GB, Bessa CMC, Awad M. Reconstrução de lóbulo após alargador de orelha. *Rev. Bras. Cir. Plást*. [Internet]. 2011;26(3):38. Disponível em: <http://www.rbcop.org.br/details/958/reconstrucao-de-lobulo-apos-alargador-de-orelha>