

OTOMODELAÇÃO: UMA TÉCNICA INOVADORA PARA A CORREÇÃO DA “ORELHA DE ABANO”.

Otomodeling: an innovative technique for the correction of prominent ears

Otomodelismo: una innovador técnica para la corrección de las “orejas despegadas”

Kleyton Lacerda Valverde¹, Bruno Mafra Ceribelli¹, Kelly Maria Silva Moreira¹.

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi demonstrar uma nova técnica: otomodelação, com base na otoplastia fechada, para a correção da “orelha de abano” que tem como principais características não ter incisões ou raspagens a nível de cartilagem, utilizando de transfixação subcutânea de fios inabsorvíveis e permanentes, possibilitando um resultado mais promissor e com mais vantagens ao profissional e paciente. Foram selecionados 41 pacientes, por meio de um estudo prospectivo. Sendo 25 pacientes para a correção da “orelha de abano”, com idade entre 18 e 55 anos. A técnica consistiu no tratamento fechado sem cortes da anti-hélice utilizando apenas fios inabsorvíveis de nylon 3.0 por um único profissional treinado. A indicação principal era corrigir alterações anatômicas da anti-hélice e do posicionamento auricular com deslocamento posterior. Foi dado um questionário para o paciente classificando o resultado pelo grau de satisfação de 0 a 10. Com o mesmo método foi avaliado o nível de recidiva, dor e o tempo de sensibilidade. O acompanhamento foi realizado por meio de fotos e retorno do paciente para avaliar alterações e complicações como recidiva e infecções ao longo de 12 meses. Houve uma taxa de recidiva nível 5 de 14,6%, dor e sensibilidade baixa (22%) e alta satisfação (61% deram notas 9/10). A técnica desenvolvida, otomodelação, para a correção da “orelha de abano”, sem incisões ou raspagens a nível de cartilagem, utilizando de transfixação subcutânea de fios inabsorvíveis e permanentes, mostra-se conservadora, simples e versátil, apresentando alto grau de aceitação dos pacientes, baixo índice de recidiva e otimização do tempo cirúrgico.

Palavras-chave: otomodelação; harmonização facial; mínima intervenção.

ABSTRACT

The objective of this work was to demonstrate a new technique: otomodeling, based on closed osteoplasty, for the correction of the prominent ears, whose main characteristics are not having incisions or scrapings at the cartilage level, using subcutaneous transfixation of non-absorbable and permanent wires, a more promising result and with more advantages for the professional and the patient. 41 patients were selected through a prospective study. With 25 patients for the correction of the prominent ears, aged between 18 and 55 years. The technique consisted of closed treatment without cutting the antihelix using only non-absorbable nylon 3.0 threads by a single trained professional. The main indication was to correct anatomical alterations of the antihelix and auricular positioning with posterior displacement. An evaluation was given to the patient, classifying the result by the degree of classification from 0 to 10. With the same method, the level of recurrence, pain and sensitivity time were evaluated. Follow-up was performed using photos and patient return to assess changes and complications such as relapse and support over 12 months. There was a level 5 relapse rate of 14.6%, low pain and tenderness (22%) and high satisfaction (61% rated 9/10). The technique developed, otomodeling, for the correction of the prominent ears, without incisions or scrapings at the cartilage level, using subcutaneous transfixation of non-absorbable and permanent threads, is shown to be conservative, simple and contemporary, presenting a high degree of of receiving patients, low rate of recurrence and optimization of clinical time.

Key words: otomodeling; facial harmonization; minimum intervention.

¹São Leopoldo Mandic. E-mail: kellynhaodonto@yahoo.com.br

El objetivo de este trabajo fue demostrar una nueva técnica: otomodelismo, basada en la osteoplastia cerrada para la corrección de la “orejas despegadas”, que tiene como principales características no tener incisiones ni raspaduras a nivel del cartílago, mediante la trans fijación subcutánea de hilos no reabsorbibles y hilos permanentes, permitiendo un resultado más prometedor y con más ventajas para el profesional y el paciente. Se seleccionaron 41 pacientes a través de un estudio prospectivo. Fueron 25 pacientes para la corrección de la “orejas despegadas”, con edades entre 18 y 55 años. La técnica consistió en un tratamiento cerrado sin corte del antihélix utilizando únicamente hilos de nailon 3.0 no reabsorbibles por un único profesional capacitado. La principal indicación fue corregir alteraciones anatómicas del antehélix y posicionamiento auricular con desplazamiento posterior. Se entregó un cuestionario al paciente, clasificando el resultado por el grado de satisfacción de 0 a 10. Con el mismo método se evaluó el nivel de recurrencia, el dolor y el tiempo de sensibilidad. Se realizó seguimiento mediante fotos y retorno del paciente para evaluar cambios y complicaciones como recurrencia e infecciones durante 12 meses. Hubo una tasa de recaída de nivel 5 del 14,6 %, poco dolor y sensibilidad (22 %) y alta satisfacción (61 % con una calificación de 9/10). La técnica desarrollada, basada en osteoplastia cerrada, para la corrección de la “orejas despegadas”, sin incisiones ni raspaduras otomodelismo, mediante trans fijación subcutánea de hilos no reabsorbibles y permanentes, es conservadora, sencilla y versátil, presentando un alto grado de aceptación del paciente, baja tasa de recurrencia y optimización del tiempo quirúrgico.

Palabras clave: otomodelismo; armonización facial; mínima intervención.

INTRODUÇÃO

Dentre os defeitos possíveis na região cervicocefálica, a proeminência auricular apresenta-se como o defeito mais comum em orelhas, acometendo cerca de 5% da população caucasiana¹. Esse tipo de alteração não desenvolve sequelas auditivas, mas pode trazer problemas psicológicos e sociais em todas as faixas etárias, porém com ênfase em crianças.

O diagnóstico é obtido em aproximadamente 60% dos casos no nascimento e em cerca de 40% na primeira infância². A orelha tem como função direcionar a captação das vibrações para as orelhas média e interna³. Até os 7-8 anos ela já está totalmente formada e fica evidente quando há o afastamento em relação a base lateral do crânio^{4,5}. Com o passar da idade a orelha também muda quanto a rigidez e calcificação, que se tornam mais acentuadas⁵. Essas características podem influenciar na escolha entre as técnicas a serem utilizadas^{5,6}. Por isso, estudos prévios de antropometria são realizados para que sejam obtidas as medidas com precisão e, dessa forma, seja possível avaliar o real tamanho e posicionamento⁷. Essa análise possibilitará um direcionamento para o diagnóstico e planejamento do tratamento⁷.

Sabe-se que as causas mais comuns das “orelhas de abano” são: antélice subdesenvolvida, aumentando o ângulo escafoconchal; proeminência da concha, aumentando o ângulo auriculocefálico; e protrusão do lóbulo^{8,9}. Mas ainda não há um consenso quanto a forma de realizar o procedimento mais segura e eficaz^{6,10}. Mais de 200 técnicas já foram descritas na literatura¹⁰, sendo a grande parte modificações da técnica de Ely e Mustarde^{4,11,12}. Em geral, são intervenções cirúrgicas invasivas e com uma recuperação pósoperatória complicada ao paciente¹⁰. Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi demonstrar uma técnica inovadora: otomodelação, com base na osteoplastia, para a correção da “orelha de abano” que tem como principais características não ter incisões ou raspagens a nível de cartilagem, utilizando de transfixação subcutânea de fios inabsorvíveis e permanentes, possibilitando um resultado mais promissor e com mais vantagens ao profissional e paciente.

MÉTODOS

Foram selecionados 41 pacientes, por meio de um estudo prospectivo entre o ano de 2021 e 2023, em ambiente acadêmico do Instituto Valverde de Governador Valadares. Sendo 25 pacientes para a correção da “orelha de abano”, do sexo feminino e 16 do sexo masculino com idade entre 18 e 55 anos. Nenhum deles apresentavam alterações de lóbulo isolada ou alterações craniofaciais. Todos os pacientes apresentavam bom

estado de saúde e ausência de comorbidades. O paciente somente foi incluído para tratamento após assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e a autorização para participar da pesquisa.

A técnica desenvolvida foi registrada no INPI sob a denominação de Otomodelação (números de protocolo: de depósito da Patente 9227296540; 922729786) e consistiu no tratamento fechado sem cortes da anti-hélice utilizando apenas fios inabsorvíveis de nylon 3.0 por um único profissional treinado. A indicação principal era corrigir alterações anatômicas da anti-hélice e do posicionamento auricular com deslocamento posterior. Foi dado um questionário para o paciente classificando o resultado pelo grau de satisfação de 0 a 10. Com o mesmo método foi avaliado o nível de recidiva, dor e o tempo de sensibilidade em meses, ao longo de 12 meses.

Após passar por anamnese, os pacientes selecionados, em ambiente cirúrgico, foram submetidos a uma antisepsia rigorosa e colocação de campos estéreis descartáveis. Na demarcação da anti-hélice foi utilizada uma caneta cirúrgica de azul de metileno de ponta dupla fina/grossa.

A anestesia injetada na anti-hélice foi uma solução de lidocaína a 1% com adrenalina 1/200.000 UI e tem como um dos objetivos a expansão e deslocamento da pele. Foram aguardados 10 minutos entre a aplicação anestésica e a inserção do fio com a finalidade de aumentar a eficiência de ação vasoconstritora.

O primeiro ponto foi transfixado na pele da face anterior do pavilhão auricular e a cartilagem da escafa passando pela cartilagem e a pele da concha, sem transfixar a pele da região retroauricular; transfixação da pele na região anterior da concha. Retorno da agulha pelo mesmo orifício até transfixar a cartilagem conchal e pele seguindo até a região da escafa. Transfixando apenas a pele retorna a região inicial formando um “desenho quadrado”. Transfixação da agulha subdérmica para ocultar o ponto e cortar bem rente a pele. Observação do posicionamento e deslocamento posterior do pavilhão auricular e formação da nova antihélice. Foram realizados de 2 a 3 pontos por orelha.

No curativo foram inseridas uma gaze compressiva e uma fita de micropore esterilizados. Foi recomendada a troca da faixa uma vez por dia para higienização da orelha, e utilização por 15 dias durante todo o dia e 50 dias para dormir, auxiliado por uma faixa tipo tenista junto a cabeça.

O acompanhamento foi realizado por meio de fotos e retorno do paciente para avaliar alterações e complicações como recidiva e infecções, em 15 dias, 1, 3, 6 e 12 meses.

RESULTADOS

O tempo médio de procedimento foi de 30 minutos em ambas as orelhas. Houve infecção em 4 pacientes. Todos tiveram acompanhamento com medicação pós-operatória. Em todos eles foram realizados a remoção e substituição dos fios. Após a substituição não houve mais queixa dos mesmos.

Em 6 pacientes (14,6%) houve uma recidiva moderada (nível 5), nos demais ficou estável o posicionamento auricular tanto pela visão do profissional quanto do paciente. Foram utilizadas fotografias em alta resolução e avaliação clínica para o acompanhamento (**Figura 1**).

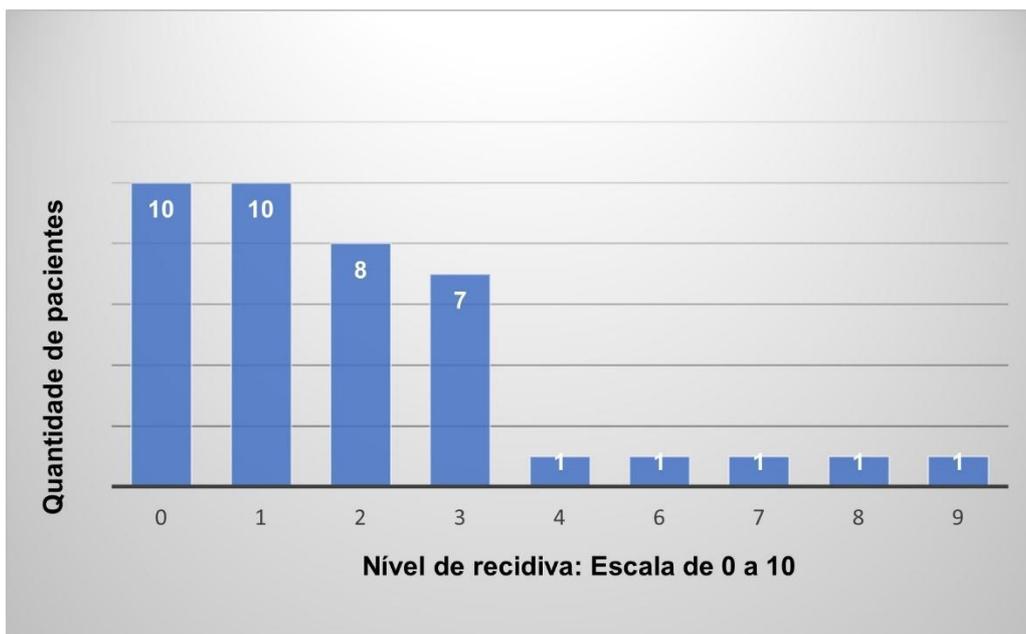


Figura 1. Número de pacientes com recidiva do tratamento, em uma escala de 0 a 10.

O nível de dor 10 foi constatado em 9 pacientes (22%). Destes apenas 1 apresentou uma dor por um período mais longo, cerca de 6 meses. Foi dada a opção de remoção dos fios, mas o paciente optou por aguardar o fim do ciclo de analgesia. Na **Figura 2**, tem-se o nível de dor, após 24 e 48 horas. Nos demais foi cerca de 1 a 2 meses o tempo de sensibilidade.

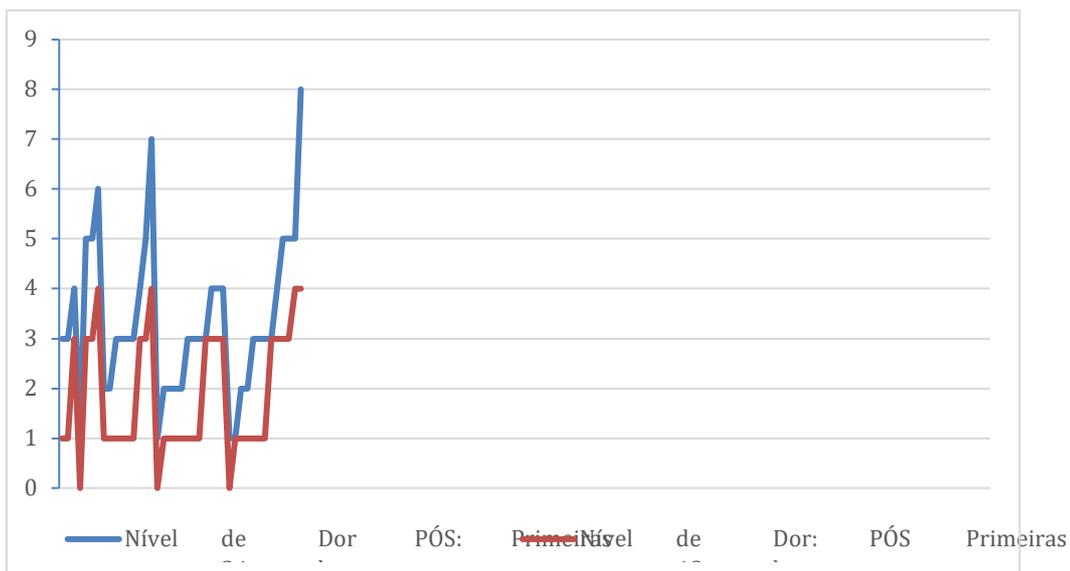


Figura 2. Nível de dor, de 0 a 10, após 24 e 48 horas.

Quanto ao nível de satisfação foi nível 10 na maioria dos pacientes submetidos ao tratamento. Dos 41 pacientes, 25 (61%) deram a nota 9 ou 10 e apenas 1 deu a nota 5 (**Figura 3**).

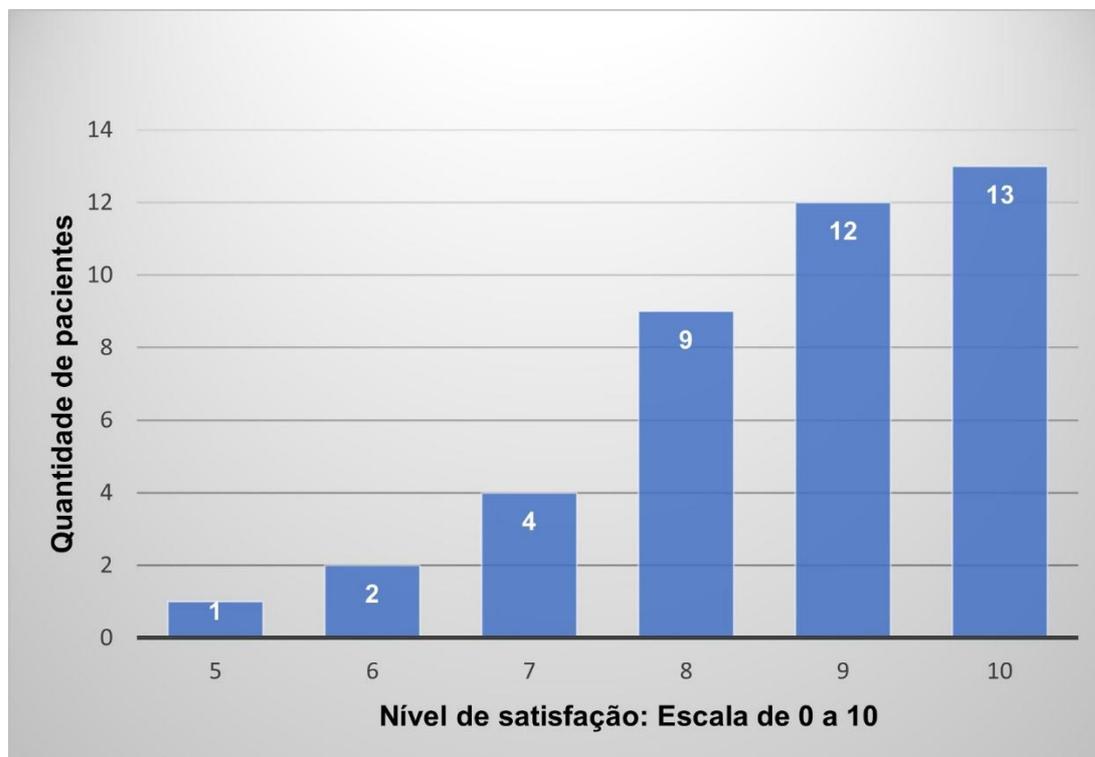


Figura 3. Número de pacientes com satisfação do tratamento, numa escala de 0 a 10.

DISCUSSÃO

Todo o tipo de procedimento requer uma atenção especial quanto aos riscos e resultados. O objetivo primordial é tentar evitar os riscos seguindo os devidos cuidados e protocolos de execução, para evitar qualquer tipo de complicação¹³. Diminuir riscos de iatrogenias e ter um preparo a fim da resolução dos mesmos^{13,14}.

A otomodelação exige alguns cuidados específicos quanto a execução do caso. Tipos de orelhas diferentes exigem um diagnóstico e planejamento individualizado para cada caso. O resultado final depende da capacitação do profissional e da colaboração do paciente após o procedimento levando em consideração a expectativa gerada por ele, que varia de maneira específica de cada um.

Neste estudo, a técnica: otomodelação, com base na osteoplastia fechada, para a correção da “orelha de abano” que tem como principais características não ter incisões ou raspagens a nível de cartilagem, utilizando de transfixação subcutânea de fios inabsorvíveis e permanentes, possibilitou um resultado mais promissor e com mais vantagens ao profissional e paciente. A técnica mostrou-se conservadora, simples e versátil, apresentando alto grau de aceitação dos pacientes, baixo índice de recidiva e otimização do tempo cirúrgico.

Seguir protocolo e planejamento é determinante para o sucesso de cada caso. Um dos fatores é respeitar as características anatômicas e ter o conhecimento de seus limites¹³. O preparo pré-operatório incluindo a profilaxia adequada e utilização de campos cirúrgicos esterilizados diminuem o risco de infecção na inserção do fio na orelha¹⁴. Neste estudo, todos os pacientes foram submetidos ao tratamento por um profissional calibrado. Dos resultados obtidos 11,6% apresentaram infecção com necessidade de intervenção

com o uso de antibioticoterapia. Todos estes casos tiveram recuperação e necessitou da remoção das suturas, e posterior recolocação dos fios. Em nenhum deles houve condricte.

Apesar da incisão cartilaginosa proporcionar quebra da mola cartilaginosa, seja essa espessa ou fina, tanto em pacientes com cartilagem espessa como fina, proporcionando resultados satisfatórios^{8,12,14}, a técnica fechada realizada neste estudo, utilizando apenas fios transcutâneos, demonstrou uma harmonia na finalização dos casos em pacientes que tinham indicação para o tratamento, respeitando as características individuais de cada caso. Dos 41 pacientes apenas 4,65% demonstraram insatisfeitos com o procedimento dando nota 1. Aproximadamente 25,6% deram nota 2. A maioria deu a nota 3, demonstrando alto grau de satisfação com o resultado apresentado. Já, 6,7% necessitaram da recolocação dos fios após 30 dias por estarem soltos. Destes uma parte considerável é do grupo que deu a nota 1. Importante ressaltar, que a expectativa varia de acordo com o grau de exigência do paciente e ter um profissional capacitado é essencial para o sucesso do resultado clínico.

O índice de recidiva por mau posicionamento encontrado na literatura foi entre 3 a 15% em otoplastias^{8,14}, destes uma porcentagem foi submetida a uma nova cirurgia. Na otomodelação com transfixação de fios subcutâneos foi de 17,01% em grau moderado. Nenhum apresentou recidiva total. Isso demonstra que a técnica utilizada teve um resultado satisfatório e está dentro dos números encontrados como aceitáveis na literatura. Mesmo em casos que tiveram a recolocação dos fios, em alguns deles não tiveram recidiva. Após a constatação desses pacientes que tiveram recidiva todos foram submetidos a um novo procedimento e a correção foi realizada.

No entanto, mais estudos clínicos bem delineados precisam ser realizados a fim de se ter um nível de confiabilidade mais preciso e aceitável. Mas, pode-se notar que a técnica descrita quando bem indicada e sendo realizada por um profissional capacitado, os resultados são satisfatórios.

CONCLUSÃO

A técnica desenvolvida, otomodelação, para a correção da “orelha de abano”, sem incisões ou raspagens a nível de cartilagem, utilizando de transfixação subcutânea de fios inabsorvíveis e permanentes, mostra-se conservadora, simples e versátil, apresentando alto grau de aceitação dos pacientes, baixo índice de recidiva e otimização do tempo cirúrgico.

REFERÊNCIAS

1. Janis JE, Rohrich RJ, Gutowski KA. Otoplasty. **Plast Reconstr Surg**. 2005;115(4):60-72.
2. Goulart FC, Arruda DSV, Karner BM, Gomes PL, Carreirão S. Correção da orelha de abano pela técnica de incisão cartilaginosa, definição da antélice com pontos de Mustardé e fixação da cartilagem conchal na mastoide. **Rev Bras Cir Plást**. 2011;26(4):602-7.
3. Moore KL, Dalley AF. Anatomia orientada para a clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
4. Mustardé JC. The correction of prominent ears using simple mattress sutures. **Br J Plast Surg**. 1963; 16:1708.
5. Tolleth H. Artistic anatomy, dimensions, and proportions of the external ear. **Clin Plast Surg**. 1978;5(3):337-45.
6. Tan KH. Long-term survey of prominent ear surgery: a comparison of two methods. **Br J Plast Surg**. 1986;39(2):270-3.
7. Cooper-Hobson G, Jaffe W. The benefits of otoplasty for children: further evidence to satisfy the modern NHS. **J Plast Reconstr Aesthet Surg**. 2009;62(2):190-4.
8. Thorne CH, Beasley RW, Aston SJ, Bartlett SP, Gurtner GC, Spear SL, editors. Grabb & Smith: cirurgia plástica. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p.290-304.
9. Porter CJ, Tan ST. Congenital auricular anomalies: topographic anatomy, embryology, classification, and treatments strategies. **Plast Reconstr Surg**. 2005; 115(6):1701-12.
10. Kelley P, Hollier L, Stal S. Otoplasty: evaluation, technique, and review. **J Craniof Surg**. 2003;14(5):643-53.
11. Aki F, Sakae E, Cruz DP, Kamakura L, Ferreira MC. Complicações em otoplastia: revisão de 508 casos. **Rev Bras Cir Plást**. 2006;21(3):140-4.

12. Saciloto A. Otoplastia: sistematização da técnica e análise de resultados iniciais em ambiente universitário. **ACM Arq Catarin Med.** 2007;36(supl.1):98-102.
13. Elliot RA Jr. Complications in the treatment of prominent ears. **Clin Plast Surg.** 1978;5(3):479-90.
14. Limandjaja GC, Breugem CC, Mink van der Molen AB, Kon M. Complications of otoplasty: a literature review. **J Plast Reconstr Aesthet Surg.** 2009;62(1):19-27.