

Reparo do lóbulo da orelha partido: revisão da literatura e proposta de nova técnica

Split ear lobe repair: literature review and new technique proposal

RESUMO

A fenda do lóbulo da orelha normalmente resulta de trauma súbito ou uso contínuo de brincos pesados. Dentre as diversas técnicas cirúrgicas propostas para a sua correção, a escolha dependerá do tipo de fenda existente, parcial ou total, e deverá permitir a menor chance de recidiva. As correções da fenda total poderão ser feitas com ou sem preservação do orifício do brinco. A fixação do lóbulo durante a intervenção é fundamental, qualquer que seja a técnica utilizada, e pode ser feita com abaixador de língua estéril ou pinça de calázio. Para o procedimento cirúrgico, são utilizados pinça de Adson, tesoura íris e lâmina de bisturi 11 ou 15, sendo o fechamento da pele realizado com fio mononylon 5.0 ou 6.0. Na nova técnica descrita, obtém-se, além da vantagem da manutenção do pertuito, maior segurança ao apoio do brinco com menores chances de recidiva.

Palavras-chave: orelha, orelha externa, deformidades adquiridas da orelha, procedimentos cirúrgicos otológicos, cirurgia ambulatorial.

ABSTRACT

Split earlobe usually results from sudden trauma or continuous use of heavy earrings. Among the various surgical techniques proposed for split earlobe correction, the choice will depend on the existing split, partial or total, and should offer a lower chance of recurrence. The total split corrections may be made with or without preservation of the earring orifice. Lobe fixation during intervention is essential, whatever the technique used, and can be done with tongue blade or sterile chalazion clamp. For the surgical procedure, we used Adson clamp, iris scissors, and scalpel blade 11 or 15. Skin suture was done with mononylon 5.0 or 6.0. In the new technique, besides the advantage of maintaining the orifice, there is greater security to support the earring with less chance of recurrence.

Keywords: ear, external ear, acquired ear deformities, otologic surgical procedures, outpatient surgical procedures.

Autores:

Adriana Alves Ribeiro¹
Luciana de Matos Lourenço²
Thais Helena Cardoso de Barros Matsuda³
Nelson Marcos Ferrari⁴

¹Dermatologista voluntária do Setor de Cirurgia Dermatológica da Santa Casa de São Paulo

²Dermatologista Assistente da Dermatologia da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC

³Médica Estagiária da Clínica de Dermatologia da Santa Casa de São Paulo

⁴Assistente e Responsável do Setor de Cirurgia Dermatológica da Santa Casa de São Paulo

Correspondência para:

Adriana Alves Ribeiro
Rua Bento de Andrade, 486
São Paulo - SP
Tel.: (11) 3887-4615
E-mail: adrialvesribeiro@uol.com.br

INTRODUÇÃO

A fenda do lóbulo da orelha normalmente é causada por trauma súbito ou pelo uso contínuo de brincos pesados nas orelhas.

Existem diversas técnicas cirúrgicas para corrigir este defeito, e a correção depende do tipo de fenda existente. Os defeitos podem ser divididos em fenda parcial, quando ocorre apenas o alargamento da mesma, ou fenda total, quando ocorre a separação do lóbulo em duas ou três pontas.

As correções da fenda total são divididas em dois grandes grupos: com ou sem a preservação do orifício do brinco. No primeiro caso, novo orifício pode ser feito após pelo menos seis meses de cicatrização.

É relevante observar que a região é propensa a cicatrizes inestéticas, tanto invertidas como hipertróficas, ou ainda queloides.

A anestesia é local, por meio de bloqueio da orelha com lidocaína a 1 ou 2% com vasoconstritor, e pode ser complementada com solução contendo 10 mL de lidocaína a 2% sem vasoconstritor e 0,3

Recebido em 10/05/2009. Aprovado em 20/08/2009.

Declaramos a inexistência de conflitos de interesse.

mL de adrenalina aplicada no próprio lóbulo. É importante fazer a marcação cirúrgica prévia e infiltrar o mínimo necessário de solução para que esta não deforme o campo cirúrgico.

A fixação do lóbulo durante a intervenção, para qualquer técnica utilizada, é fundamental e pode ser improvisada com abaixador de língua estéril, o qual é posicionado sob o lóbulo e segurado pelo cirurgião auxiliar dando sustentação ao ato cirúrgico.

A pinça para calázio utilizada pelos oftalmologistas para eversão da pálpebra, quando disponível, é de grande utilidade. Além de estabilizar o lóbulo, promove também hemostasia, facilitando a ação do cirurgião.

Para o procedimento, utiliza-se material cirúrgico delicado como pinça de Adson pequena, tesoura Íris e lâminas de bisturi números 11 ou 15. Os fios de sutura mononylon 5.0 ou 6.0 são boas opções para o fechamento.

Independentemente da técnica escolhida para reparar o lóbulo, o período pós-operatório não apresenta intercorrências, sendo a higiene local e as trocas de curativo realizadas em domicílio. Algumas técnicas requerem mais cuidados do que outras, como exemplo, citamos aquela em que o orifício é mantido, e o brinco é colocado no intraoperatório. Neste caso, é necessário cuidado na manipulação durante as trocas de curativos para que o brinco não saia da orelha e tampouco traumatize o lóbulo.

Reparo do lóbulo da orelha com fenda parcial

São três as técnicas mais usadas para esse reparo. A técnica com *punch* ou de Tan¹ constitui boa opção caso a fenda seja menor do que quatro milímetros.

O *punch*, um milímetro maior do que a fenda, é posicionado perpendicularmente ao lóbulo, e em seu movimento de rotação desepidermiza a fenda, desde a sua face anterior até o lado posterior, ou seja, por toda a sua extensão. Deve-se traçar a pele pela ponta do lóbulo durante a ação do *punch*, o que resultará em uma incisão e conseqüente sutura transversa em relação ao lóbulo. Desta forma, teremos maior segurança em realizar novo pertuito e menor probabilidade de recidiva. O mesmo deve ser realizado seis meses após a completa cicatrização.

Pode-se também reparar a fenda parcial utilizando o fechamento direto borda a borda, indicado quando a abertura for maior que 4 mm. Inicialmente, a fenda é desepidermizada com bisturi o suficiente para ocorrer cicatrização adequada e prevenir a inversão da cicatriz. Em seguida, sutura-se borda a borda com pontos simples ou de colchoeiro (Donatti ou ponto em U), tanto na parte anterior quanto na posterior, devendo-se ter cuidado para que o ponto não atravesse a extensão da parede do lóbulo. Pode ser feita sutura com fio absorvível no subcutâneo.

A terceira opção para a correção da fenda parcial é a técnica de Reiter e Alford² (Figura 1), também chamada de “retalhos opostos paralelos”. Os retalhos criados possuem 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 como portas de *saloon*, e cada um vai cobrir a área cruenta do outro ao serem suturados, fazendo com que a fenda desapareça.

Reparo do lobo da orelha com fenda total

A dificuldade na correção é maior, pois há perda da margem inferior do lóbulo da orelha. Pode-se optar por manter o orifício inicial ou não. Em ambas as possibilidades, para evitar que ocorra inversão da cicatriz por retração, as técnicas como Z-plastia, L-plastia ou retalho em V, que promovem eversão, são utilizadas para corrigir o aspecto final da cicatriz.

Reparo do lobo da orelha com fenda total sem preservar o orifício

Quando não se deseja preservar o pertuito do brinco, a técnica borda a borda ou lado a lado, amplamente difundida, é provavelmente a mais utilizada em nosso meio, sendo de fácil realização. Desde que o novo furo não esteja na linha da cicatriz, a possibilidade de recidiva é pequena.

Consiste em desepidermizar a fenda e fazer um ponto de reparo na extremidade inferior ligando as pontas da fenda, o que orienta as suturas anterior e posterior, evitando também desigualdade no novo contorno do lóbulo. Pontos de colchoeiro verticais (em pé ou pontos em “U”) ou horizontais (deitados ou pontos Donatti), que evertem as bordas da cicatriz, são utilizados para evitar a inversão da mesma (Figura 2).

Variações foram criadas para evitar a inversão da cicatriz e dar maior consistência à sutura do lóbulo.

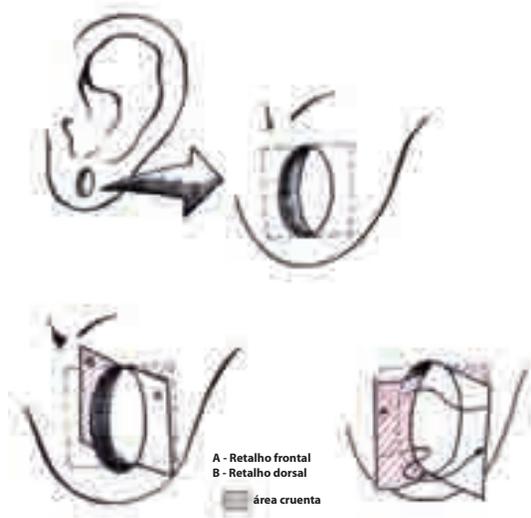


Figura 1 – Técnica de Reiter e Alford (retalhos opostos paralelos) - (A) Retalho frontal; (B) Retalho dorsal.

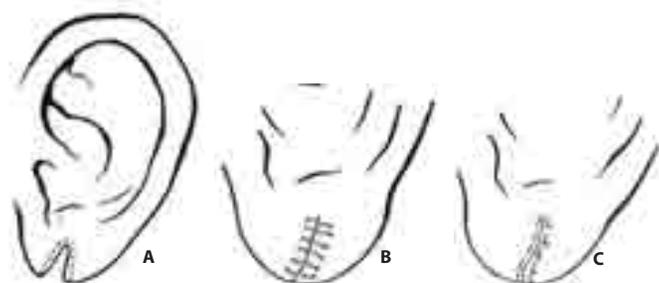


Figura 2 – Reparo do lóbulo da orelha com fenda total sem preservar o pertuito - (A) Defeito e linhas de incisão; (B) Pontos simples; (C) Pontos em “U”.

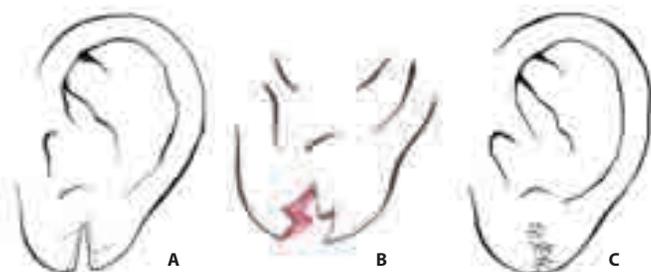


Figura 3 – Reparo do lóbulo da orelha com fenda total com zetaplastia ântero-posterior - (A) Defeito e linhas de incisão; (B) Incisão com área cruenta; (C) Aspecto final.

A técnica de Casson³ consiste em sutura borda a borda nas faces anterior e posterior da fenda e zetaplastia na parte inferior do lóbulo. Apesos e Kane⁴ preconizam o descolamento das bordas a serem suturadas em um milímetro, o que ajuda a prevenir a inversão cicatricial.

Tromovitch *et al.*⁵ (Figura 3) descreveram a zetaplastia realizada na total espessura do lóbulo no seu sentido ântero-posterior. Podemos optar também pela zetaplastia feita apenas na parte anterior do lóbulo, sendo a parte posterior suturada com fechamento direto, técnica descrita por Reiter e Alford.²

Fatah⁶ criou 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.⁷

Kalimuthu *et al.*⁸ fazem um “V” cruento na extremidade do lóbulo, seguindo a desepidermização na borda medial, e outro “V” na extremidade da borda lateral de modo que ambos se encaixem perfeitamente ao final da sutura.

Existem ainda descritas outras opções de técnicas criativas para se reparar o lóbulo sem preservar o orifício. Na técnica de Arora,⁹ a fenda é reparada, e a espessura do lóbulo fica maior. Duas áreas triangulares são desepidermizadas para a correção da fenda, uma anterior na ponta lateral e outra posterior na ponta medial. São suturadas sobrepondo-se uma a outra, resultando no aumento da espessura do lóbulo.

A técnica de Effendi¹⁰ propõe uma rotação de retalho da parte medial da fenda sobre a parte lateral; para isso, a dese-

pidermização da ponta lateral é prolongada no sentido lateral onde a ponta medial será suturada.

Reparo do lóbulo da orelha com fenda total preservando o orifício

Para se preservar o pertuito do brinco, existem também diversas técnicas descritas. Brincos previamente esterilizados, ou ainda fio de nylon 1.0 ou 2.0, são utilizados para manter o novo orifício.

A técnica de Boo-Chai¹¹ é a mais simples; somente a parte inferior do orifício e as paredes da fenda são desepidermizadas e então suturadas lado a lado, mantendo-se assim o orifício do brinco.

Na técnica de Buchan,¹² a pele da fenda é excisada totalmente. Na face posterior do lobo, faz-se um retalho junto à fenda sendo que este retalho cruza o ângulo cruento da fenda, servindo como assoalho para formar o novo canal para o brinco. Faz-se o fechamento com pontos simples nas faces posterior e anterior do lobo.

Nas técnicas de Argamaso¹³ e de Zoltie,¹⁴ 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.

Na técnica de Elsayh,¹⁵ são feitos dois retalhos margeando os 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 excisada e descartada. O fechamento final é feito com sutura simples.

Na técnica de Pardue¹⁶ (Figura 4), as bordas da fenda são excisadas, e a epiderme da parte superior do orifício de um dos lados é preservada. Cria-se um retalho com esta porção e este é rodado como um caracol em direção ao lado oposto e então suturado 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. O fechamento das pontas é feito por sutura simples desde a face anterior do lobo até a posterior.

Nas técnicas de Walike e Larrabee¹⁷ e de Hamilton e La Rossa,¹⁸ a rotação de retalho para formação de novo orifício é a mesma da técnica de Pardue,¹⁶ porém, no fechamento da fenda, faz-se zetaplastia na extremidade inferior do lobo. A técnica de

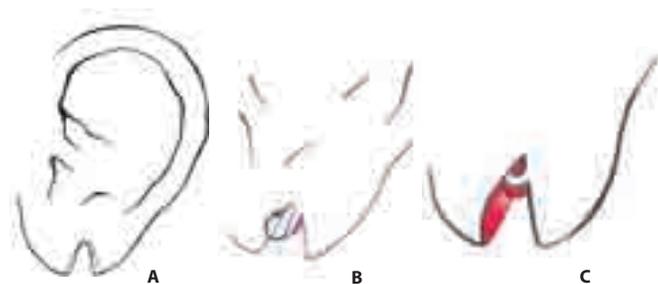


Figura 4 – Técnica de Pardue - (A) Defeito e linhas de incisão; (B) Retalho; (C) Sutura do retalho.

Fayman¹⁹ utiliza o retalho de Pardue, e o fechamento da fenda é feito com zetaplastia envolvendo toda a extensão dos dois lados da fenda. A técnica de Fatah⁶ dos retalhos em L, já descrita anteriormente, pode ser combinada com a técnica de Pardue¹⁶ para formar um novo pertuito, conferindo maior sustentação ao resultado final.

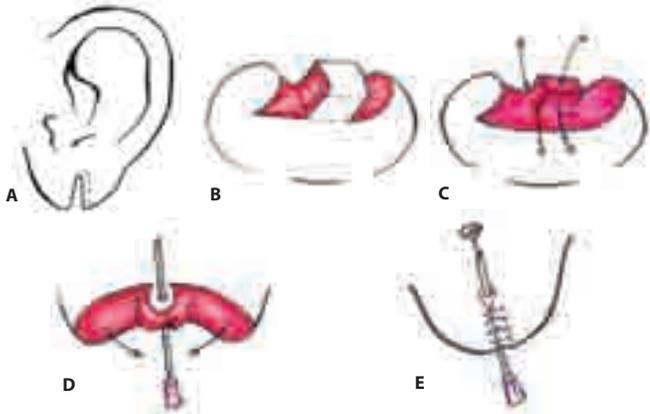
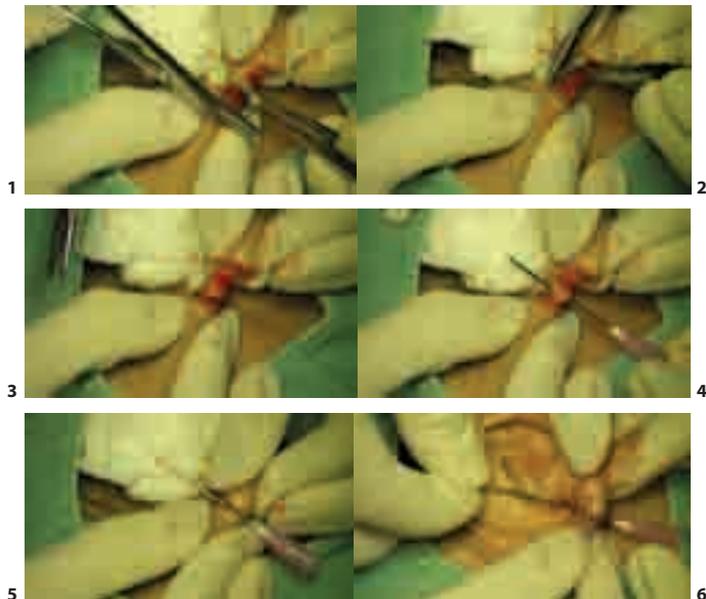


Figura 5 – Técnica de Pardue modificada - (A) Defeito e linha de incisão; (B) Desepidermização posterior e inferior do retalho; (C) Ponto para rotação e torção do retalho; (D) Aspecto final da rotação e torção; (E) Colocação do brinco pelo orifício da agulha.

Proposta de nova técnica

Os autores têm executado a técnica, que foi denominada Pardue modificada, com bons resultados, tanto estéticos quanto de sustentação do novo pertuito, e sem recidiva (Figura 5).

Confeccionamos o retalho da mesma forma, porém a parte interna do antigo orifício do brinco e a face posterior do retalho são desepidermizados, sendo conservada apenas a pele da porção anterior do retalho.



Ao ser suturado pela derme da extremidade do retalho no ângulo cruento do antigo furo, ele é rodado e ao mesmo tempo torcido; assim a epiderme da face anterior do retalho passa a ser a parte interna do novo orifício, formando um pertuito justo e, conseqüentemente, mais resistente ao apoio do brinco (Fotos 1 a 6).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na escolha da melhor opção para correção do lóbulo de orelha partido, devemos considerar todos os fatores que irão influenciar o resultado final, como tamanho do lóbulo, tipo de fenda (parcial ou completa), número de orifícios já existentes e tendência a cicatrizes inestéticas.

Frente às possibilidades técnicas, optamos por aquela que deixará o lóbulo mais parecido com o original, com forma arredondada e não pontuda, e orifício centrado. O importante é escolher a técnica mais adequada a cada caso e que permita as menores chances de recidiva.

A princípio, as técnicas que não preservam o pertuito parecem mais seguras, porém, ao utilizarmos a técnica de Pardue modificada, obtemos, além das vantagens da manutenção do pertuito, maior segurança ao apoio do brinco, menor chance de recidiva e ainda aspecto estético satisfatório.

REFERÊNCIAS

1. Tan EC. Punch technique: an alternative approach to the repair of pierced earlobe deformities. *J Dermatol Surg Oncol* 1989;15:270-272.
2. Reiter D, Alford EL. Torn earlobe: a new approach to management with a review of 68 cases. *Ann Otol Rhino Laryngol* 1994;103:879-884.
3. Casson P. How do you repair a split earlobe? *J Dermatol Surg* 1976;2:21.
4. Apesos J, Kane M. Treatment of traumatic earlobe clefts. *Aesthetic Plast Surg* 1993;17:253-255.
5. Tromovitch TA, Stegman SJ, Glogau RG. *Flaps and grafts in dermatologic surgery*. St Louis: Mosby, 1989.
6. Fatah MF. L-plasty technique in the repair of split earlobe. *Br J Plast Surg* 1985;38:410-414.
7. Harahap M. Repair of split earlobes. A review and a new technique. *Plast Reconstr Surg* 1984;74:299-300.
8. Kalimuthu R, Larson BJ, Lewis N. Earlobe repair: a new technique. *J Dermatol Surg Oncol* 1982;8:187-191.
9. Arora PK. Reconstruction of the middle-aged torn earlobe: a new method. *Br J Plast Surg* 1989;42:118.
10. Effendi SH. Reconstruction of the middle-aged torn earlobe: a new method. *Br J Plast Surg* 1988;41:174-176.
11. Boo-Chai K. The cleft ear lobe. *Plast Reconstr Surg* 1961;28:681-688.
12. Buchan NG. The cleft ear lobe: a method of repair with preservation of the earring canal. *Br J Plast Surg* 1975;28:296-298.
13. Argamaso RV. The cleft ear lobe: a method of repair with preservation of the cleft earlobe. *Br J Plast Surg* 1978;31:337-338.
14. Zoltie N. Split earlobes: a method of repair preserving the lobe. *Plast Reconstr Surg* 1987; 80:619-621.
15. Elshahy NI. Reconstruction of the cleft earlobe with preservation of the perforation for an earring. *Plast Reconstr Surg* 1986;77:322-324.
16. Pardue AM. Repair of torn earlobe with preservation of the perforation for an earring. *Plast Reconstr Surg* 1973;51:472-473.
17. Waliike J, Larrabee WF Jr. Repair of the cleft ear lobe. *Laryngoscope* 1985;95:876-877.
18. Hamilton R, LaRossa D. Method for repair of cleft earlobes. *Plast Reconstr Surg* 1975;55:99-101.
19. Fayman MS. Split earlobe repair. *Br J Plast Surg* 1994;47:293.