



Técnica de exérese em gota para correção de lóbulo auricular fendido após uso de alargador

Waterdrop excision technique for repairing a split earlobe after ear stretching

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.2026180550>

RESUMO

O lóbulo auricular é perfurado com frequência, podendo evoluir com defeitos significativos, especialmente após o uso de alargadores. A correção desses defeitos representa um desafio cirúrgico devido à maior perda tecidual e ao risco de deformidades. Relatamos o caso de um homem de 26 anos com defeito residual no lóbulo auricular esquerdo após uso de alargador, tratado por meio de uma nova técnica de exérese em formato de gota. A abordagem permitiu fechamento simples, preservação da curvatura inferior e excelente resultado estético, configurando uma alternativa viável para defeitos intermediários do lóbulo.

Palavras-chave: Deformidades Adquiridas da Orelha; Piercing Corporal; Cirurgia Plástica

ABSTRACT

The earlobe is often pierced, and complications such as significant defects may occur, particularly after the use of ear gauges. Surgical correction of these defects is challenging due to tissue loss and the risk of aesthetic deformities. We report the case of a 26-year-old man with a residual left earlobe defect following ear gauge use, successfully treated with a novel waterdrop-shaped excision technique. This approach allowed simple primary closure while preserving the natural contour and volume of the earlobe, resulting in an excellent aesthetic outcome. This technique represents a feasible alternative for intermediate earlobe defects.

Keywords: Ear Deformities, Acquired; Body Piercing; Surgery, Plastic

Como eu faço?

Autores:

Giulia Zanata Rossi¹
Vitória Castelo Branco Rocha
Ibiapina do Monte¹
Lorena Queiroz Furtado de
Mendonça¹
Anna Carolina Miola¹

¹ UNESP, Infectologia,
Dermatologia, Diagnóstico por
Imagem e Radioterapia, Botucatu
(SP), Brasil

Correspondência:

Anna Carolina Miola
E-mail: anna.c.miola@unesp.br

Fonte de financiamento: Não
Conflito de interesses: Não

Data de submissão: 20 de janeiro
de 2026

Decisão final: 13 de agosto de 2026

Como citar este artigo:

Rossi GZ, Monte VCBRI, Mendonça
LQF, Miola AC. Técnica de exérese
em gota para correção de lóbulo
auricular fendido após uso de
alargador. Surg Cosmet Dermatol.
2026;18(3):e20260550.



INTRODUÇÃO

O lóbulo auricular é um local perfurado com frequência, seja com finalidade estética ou por hábitos culturais. No entanto, a prática traz possíveis complicações, como o lóbulo fendido. Nesse contexto, a lobuloplastia é um procedimento em demanda crescente, tanto por mulheres quanto por homens, insatisfeitos com os defeitos estéticos causados no lóbulo pelo uso de piercings, alargadores ou brincos.¹ Existem diferentes abordagens para a correção desses defeitos, que vão da aplicação local de ácido tricloroacético a 90% a procedimentos cirúrgicos, como o fechamento primário de tecido desepitelizado ou o uso de retalhos ou enxertos.² A escolha da técnica deve ser individualizada, com o objetivo de atingir o melhor resultado estético possível.

A maioria das descrições de técnicas cirúrgicas leva em consideração a existência de fendas ocasionadas por brincos comuns. Em contrapartida, o uso de alargadores se tornou bastante comum, e os defeitos ocasionados pelo seu uso costumam não ser equivalentes aos habituais lóbulos fendidos por brincos. Tais defeitos causam maior desconforto estético quando da desistência do uso do adorno, pois envolvem maior perda tecidual e flacidez, principalmente na porção inferior do lóbulo. Isso torna a correção desafiadora, podendo ocorrer deformidades inestéticas decorrentes do procedimento cirúrgico.³ Na literatura, há poucas descrições de técnicas cirúrgicas voltadas para a correção desses defeitos.

Relatamos aqui o caso de um paciente que apresentava defeito no lóbulo auricular esquerdo, causado por uso prévio de alargador, e corrigido com a técnica de exérese em gota. A técnica foi desenvolvida para este caso e obteve resultado estético satisfatório, com preservação da curvatura inferior. Adicionamos uma breve revisão sobre as técnicas cirúrgicas descritas na literatura para a correção de defeitos no lóbulo de tamanho médio a grande.

TÉCNICA CIRÚRGICA

O paciente selecionado para o procedimento era do sexo masculino, de 26 anos, com histórico de uso de alargador havia três anos. Ao interromper o uso do alargador, o paciente notou a persistência de um orifício de 6 mm de diâmetro no lóbulo auricular esquerdo, com distorção e alongamento local (Figura 1), sendo então encaminhado para correção cirúrgica do defeito.

Durante o planejamento cirúrgico, observamos que a revitalização do furo com desepitelização clássica com fechamento primário, utilizada em cirurgias convencionais de correção de lóbulo fendido, não seria adequada, visto que o tamanho do orifício correspondia a mais de um terço do tamanho do lóbulo. Além disso, o uso de alargadores leva à flacidez do lóbulo e ao afinamento da porção mais inferior deste, o que pode dificultar a reconstrução com técnicas que envolvem a desepitelização da borda inferior do lóbulo.

Para evitar as complicações descritas anteriormente, foi desenvolvida a técnica de exérese em gota. A desepiteli-



FIGURA 1: Demarcação cirúrgica utilizando a técnica de exérese em gota para correção de lóbulo alargado. A “ponta” da gota termina na porção mais lateral do lóbulo, de forma que seu desenho seja paralelo à porção mais inferior, evitando distorções.



FIGURA 2: Pós-operatório imediato: manutenção do formato do lóbulo, sem distorções.

zação do defeito é realizada no formato de uma gota d'água, de forma que a porção mais volumosa da gota contempla a área do defeito a ser corrigida, enquanto a “ponta” da gota é estrategicamente posicionada na porção mais lateral do lóbulo e paralelamente à sua porção inferior, com o objetivo de respeitar o formato da curvatura do lóbulo no momento do fechamento (Figura 2). No caso descrito, para que o fechamento ocorresse sem deformidades, uma pequena porção de pele na extremidade da ponta inferior foi excisada para evitar redundâncias no fechamento (Figura 3). A anestesia foi feita com lidocaína sem vasoconstritor, por meio de bloqueio do nervo auricular maior.

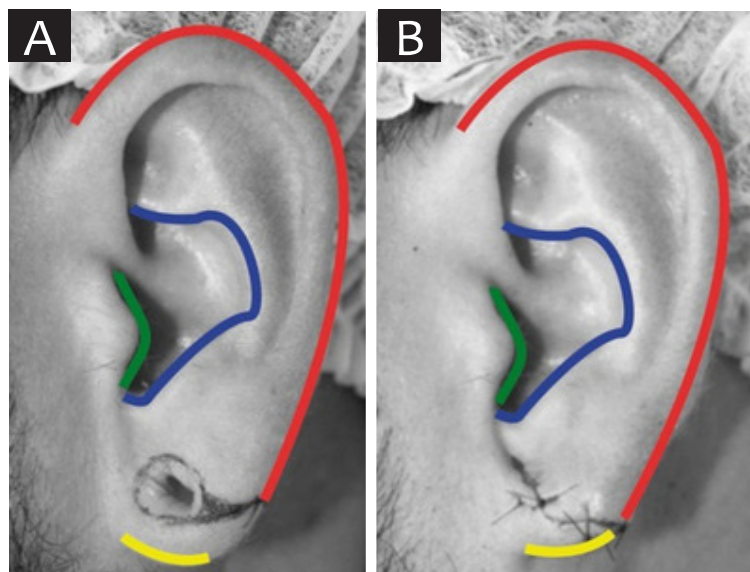


FIGURA 3: Imagem do pré-operatório **A** e do pós-operatório **B** em escala de cinza para melhor identificação das estruturas auriculares. Em verde: trago; em vermelho: hélice; em amarelo: porção inferior do lóbulo, suturada com o defeito após a excisão de tecido cutâneo redundante. É importante notar que, apesar da retirada do tecido em excesso, não houve redução significativa global do lóbulo, visto que o defeito causado pelo alargador aumenta o volume global local (imagem complementada por inteligência artificial).

Após a exérese da área previamente marcada no planejamento pré-cirúrgico, realizou-se a sutura simples entre as duas bordas, respeitando a anatomia local, com fio de nylon 6.0. A técnica permitiu o fechamento com resultado estético satisfatório, com preservação da curvatura inferior e simetria lobular, e sem perda global de volume do lóbulo quando comparado ao lóbulo antes do procedimento, apesar do tamanho importante do defeito pré-operatório (Figura 3B). Após 3 meses de seguimento, o resultado estético manteve-se estável, sem retração cicatricial ou deformidade secundária.

DISCUSSÃO

O objetivo deste artigo é descrever uma nova técnica para a correção de defeitos intermediários de lóbulo, visando um bom resultado estético e a restauração do formato natural do lóbulo auricular, e revisar as técnicas descritas na literatura.

Poucas publicações enfocam a descrição dos lóbulos fendidos, especialmente após o uso de alargadores. Para defeitos pequenos, o fechamento primário precedido ou não da realização de punch, e para defeitos grandes, a excisão com retalhos de avanço e zetaplastias já são classicamente utilizados.^{4,5,6,7} No entanto, há poucos relatos para os defeitos médios, para os quais dois desafios devem a ser considerados: a deformação da curvatura natural da margem inferior, a qual exigirá cuidado técnico na restauração do contorno do lóbulo; e a maior perda tecidual local, visto que os alargadores possuem essa característica como consequência de seu uso.⁸

O fechamento primário clássico pode causar distorção, com estreitamento e alongação do lóbulo e, por conse-

quência, um resultado estético insatisfatório. Diferentes técnicas para correção de defeitos médios envolvem retalhos de rotação ou transposição, com preservação da borda inferior, mantendo as dimensões do lóbulo.⁹ No entanto, para o caso relatado, tais abordagens não seriam esteticamente adequadas devido ao aumento das proporções do lóbulo, além de serem mais complexas e exigirem maior habilidade e treinamento do cirurgião.

A técnica de fechamento em gota dos lóbulos foi desenvolvida com o objetivo de respeitar o formato original do lóbulo, porém de mais fácil realização quando comparada com técnicas como a rotação ou o O-Z do lóbulo, que requerem maior refinamento.⁴ Além disso, lóbulos que foram submetidos ao uso de alargadores geralmente têm maior flacidez, o que dificulta seu fechamento e, muitas vezes, exige maior retirada de tecido desvitalizado, o que pode impossibilitar a execução de um retalho mais complexo.¹⁰⁻¹⁵ A Tabela 1 descreve as principais técnicas cirúrgicas de correção de lóbulo fendido, incluindo suas vantagens e desvantagens, e a Figura 4 mostra a representação de cada técnica cirúrgica.

É crucial que seja mantida a curvatura inferior do lóbulo em cirurgias de lobuloplastia, de modo que o cirurgião deve estar atento e ser cuidadoso no planejamento, principalmente em casos nos quais o defeito cause perda tecidual importante, como no uso de alargadores. Com o presente caso, descrevemos uma técnica cirúrgica tecnicamente simples e ainda não descrita, com resultados promissores na correção de lóbulos fendidos por alargadores.

TABELA 1: Comparação entre as técnicas de correção de lóbulos fendidos com defeitos médios ou grandes

Técnica	Descrição	Vantagens	Desvantagens
Boutray, 2020 ⁹	Desepitelização do defeito; sutura em crescente transversal na face anterior e sutura em crescente longitudinal na face posterior.	Tecnicamente fácil; não há necessidade da reconstrução com retalhos; boa para defeitos médios.	Pode causar deformidades em defeitos maiores.
Arévalo-Ortega, 2025 ⁶	Uso de <i>punch</i> 4 ou 5 mm após alongamento da lâmina cortante com uma pinça.	Tecnicamente fácil e rápida; não há necessidade de material cirúrgico complexo; excelente para defeitos pequenos a médios. Nível de dificuldade mediano.	O diâmetro do <i>punch</i> não é suficiente para defeitos de tamanhos maiores.
Henderson-Malata, 2010 ¹¹	Exérese completa da porção alargada do lóbulo medial até o início da fenda; desepitelização da face medial; margem lateral do lóbulo da orelha, que faz parte do túnel, é utilizada como um retalho de padrão aleatório; fechamento do defeito em forma de L.	Nível de dificuldade mediano.	Reduz substancialmente o tamanho do lóbulo.
Técnica de Arasaratnam-Pek, 2011 ^{12,13}	Desepitelização de todo o defeito; desepitelização da face lateral do lóbulo; sutura da face lateral do lóbulo em caracol.	Preserva o formato arredondado do lóbulo.	Tecnicamente mais difícil e demorada.
Técnica de Collins, 2015 ¹⁴	Exérese da porção inferior do lóbulo alargado; desepitelização do defeito; avanço com base posterior-superior avançado anteriormente para ser suturado no defeito.	Preserva o formato arredondado do lóbulo.	Tecnicamente mais difícil e demorada.
Técnica de Williams, 2010 ¹⁵	Exérese da porção inferior do lóbulo alargado; desepitelização do defeito; sutura borda a borda do defeito no centro	Tecnicamente mais fácil que a técnica de Collins; permite retirada de tecido flácido da porção inferior.	O lóbulo pode ficar mais pontiagudo quando comparado à técnica de Collins.

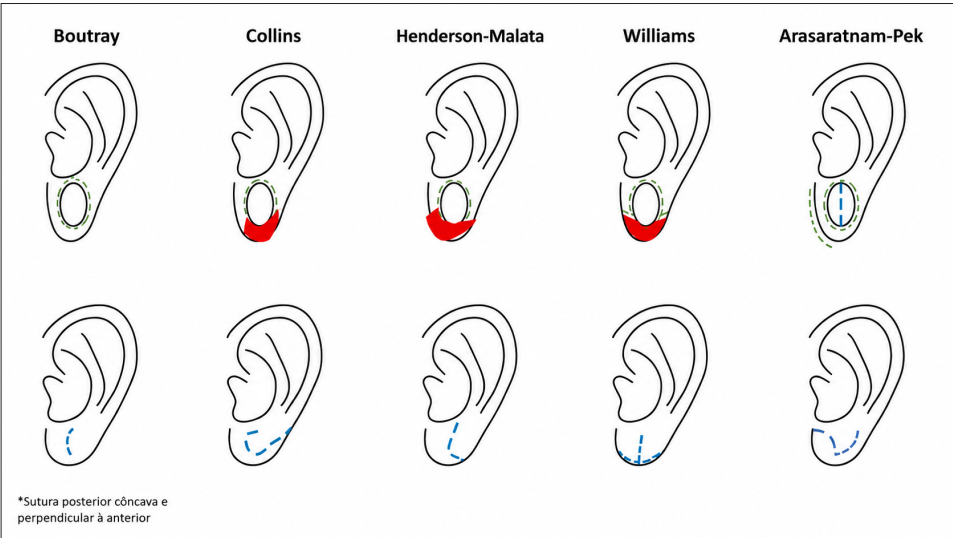


FIGURA 4: Esquema representativo das principais técnicas cirúrgicas descritas para correção de lóbulo fendido por uso de alargadores. As linhas tracejadas em verde mostram as áreas de desepitelização; as áreas em vermelho mostram as áreas de tecido excisadas devido à redundância; as linhas tracejadas em azul evidenciam as linhas de sutura de cada técnica (imagem desenhada por inteligência artificial e complementada pelos autores).

CONCLUSÃO

A correção de defeitos decorrentes do uso de alargadores nos lóbulos é desafiadora, dado o risco de deformidades e a redução do volume global do lóbulo. A correção por exérese em gota permite a preservação do formato do lóbulo sem comprometer significativamente o volume global local, e

apresenta baixo nível de dificuldade, o que a viabiliza na rotina do consultório. São necessários estudos comparativos com outras técnicas de modo a encontrar os melhores resultados estéticos e funcionais para defeitos no lóbulo auricular com maiores perdas teciduais. ●

REFERÊNCIAS:

1. McLaren LR. Cleft ear lobes: a hazard of wearing ear rings. *Plast Reconstr Surg*. 1954;14(6):456.
2. Grohmann M, Weiland T, Tuca A-C, Wimbauer JM. Earlobe Correction of the Pierced Ear: A Systematic Review of the Literature and Principles for Surgical Reconstruction. *Facial Plast Surg Aesthet Med*. 2023;25(2):83-9.
3. Pfeifer GM. Attitudes toward piercings and tattoos. *Am J Nurs*. 2012;112(5):15.
4. Sharma HK, Gupta D, Punj S. Orifice Preserving Double Opposing Z-Plasty for Partial Split Ear Lobe Repair: A Review of 25 Cases. *Dermatol Surg*. 2018;44(2):270-4.
5. Tan EC. Punch technique-an alternative approach to the repair of pierced earlobe deformities. *J Dermatol Surg Oncol*. 1989;15(3):270-2.
6. Arévalo-Ortega I, Lada-Colunga B, Artola-Igarza JL. Optimizing earlobe repair: A modified punch technique for elongated pierced earlobe holes. *J Am Acad Dermatol*. 2025;92(3):e49-e50.
7. Sharma R, Krishnan S, Kumar S, Verma M. Rotation flap lobuloplasty: technique and experience with 24 partially torn earlobes. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2014;43(10):1206-10.
8. Sadaka M, Hantash S. Freestyle perforator flap in earlobe reconstruction. *BMC Surgery*. 2022;22(1).
9. Boutray M, Veyssiere A, Bekara F, Graillon N. Repair of gauge earlobe medium defect. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. 2020;121(4):430-3.
10. Vathulya M, Jain V, Jain P. Simple Tips for Ear Lobule Reconstruction-"Lobuloplasty Revisited." *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019;71(S2):1096-8.
11. Henderson J, Malata CM. Surgical correction of the expanded earlobe after ear gauging. *Aesthet Plast Surg* 2010;34(5):632-3.
12. Pek W-S, Goh LHT, Pek CH. The rolling earlobe flap for dilated ear holes following ear gauging: a novel approach to aesthetically preserving earlobe soft tissue volume. *Arch Plast Surg* 2017;44(5):453-6.
13. Arasaratnam RBS, Patel SK, Pramechander D, Ramotar H, Daodu KA. Repair of large holes in stretched earlobes. *Clin Otolaryngol* 2011;36(6):597-8.
14. Collins JC, Harvey J, Hilinski JM. Reconstructing the Gauge Earlobe Defect. *JAMA Facial Plastic Surgery*. 2015;17(2):144-8.
15. Williams AM, Majumder S. Earlobe reconstruction following plug and tunnel piercing. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2010;63(3):e294-5.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Giulia Zanata Rossi 0000-0001-8501-2286

Aprovação da versão final do manuscrito, Concepção e planejamento do estudo, Elaboração e redação do manuscrito, Obtenção, análise e interpretação dos dados, Revisão crítica da literatura.

Vitória Castelo Branco Rocha Ibiapina do Monte 0000-0002-1361-5480

Aprovação da versão final do manuscrito, Concepção e planejamento do estudo, Elaboração e redação do manuscrito, Revisão crítica da literatura.

Lorena Queiroz Furtado de Mendonça 0009-0009-5377-1945

Aprovação da versão final do manuscrito, Concepção e planejamento do estudo, Elaboração e redação do manuscrito, Obtenção, análise e interpretação dos dados, Revisão crítica da literatura.

Anna Carolina Miola 0000-0001-8926-734X

Aprovação da versão final do manuscrito, Concepção e planejamento do estudo, Elaboração e redação do manuscrito, Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados, Revisão crítica da literatura, Revisão crítica do manuscrito.