

# Rejuvenescimento de lóbulo de orelha: descrição da técnica e indicações

*Ear lobe rejuvenation: technical description and indications*

LUCIANA RODRIGUES DA  
CUNHA COLOMBO<sup>1</sup>  
PAULO MAGNO SANTOS  
GUIMARÃES<sup>1</sup>  
IVAN ARAÚJO MOTTA<sup>1</sup>  
MARCO TÚLIO RODRIGUES DA  
CUNHA<sup>2</sup>  
MANOEL PEREIRA SILVA NETO<sup>3</sup>

Trabalho realizado na  
Universidade Federal do Triângulo  
Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP  
(Sistema de Gestão de  
Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 30/3/2013  
Artigo aceito: 19/5/2013

## RESUMO

O lóbulo de orelha ocupa posição única entre as estruturas da face e é uma região importantíssima na composição estética da orelha. A idade altera o formato, a largura e o comprimento do lóbulo, em decorrência da flacidez dos tecidos e, assim, fica em desarmonia de proporção com outros elementos estéticos da orelha, exigindo correção. Muito pouco tem sido descrito para orientar o cirurgião no rejuvenescimento da orelha. A correção do lóbulo envelhecido pode ser feita isoladamente ou em combinação com uma cirurgia de rejuvenescimento facial, bem como em ritidoplastias secundárias por lóbulo inadequadamente preso à face. A cirurgia é bastante simples, de recuperação rápida, com resultados interessantes. O objetivo básico do trabalho consiste na descrição da técnica de rejuvenescimento do lóbulo da orelha e suas indicações. O posicionamento estratégico da cicatriz final em continuidade com uma depressão anatômica da orelha, que é a escafa, e ocultada pelo antitrágus garante resultado final adequado, com cicatrizes pouco aparentes. A técnica descrita representa uma opção táctica para reformular e rejuvenescer a orelha.

**Descritores:** Orelha/cirurgia. Rejuvenescimento. Ritidoplastia.

## ABSTRACT

The earlobe occupies a unique position among the structures of the face and is a very important region in aesthetic composition of the ear. The age alters the shape, width and length of the lobe due to sagging tissue and thus is at odds ratio with other aesthetic elements of the ear, requiring correction. Very little has been described to guide the surgeon in rejuvenating the ear. The correction aged lobe can be made alone or in combination with surgery of facial rejuvenation, as well as by secondary lobe rhytidoplasties inadequately secured to the face. The surgery is fairly simple, rapid recovery, with interesting results. The basic aim of the work is the description of the technique and its indications. The strategic positioning of the final scar in continuity with a depression anatomical ear that is escafa, and hidden by antitragus ensures a proper outcome, with little apparent scars. The technique described is a tactical option to reshape and rejuvenate the ear.

**Keywords:** Ear/surgery. Rejuvenation. Rhytidoplasty.

## INTRODUÇÃO

O ouvido humano é uma estrutura definidora da face. Suas características sutis transmitem sinais de idade e sexo inconfundíveis, mas que não são facilmente definidas.

A orelha externa é formada por uma lâmina de cartilagem elástica de formato irregular, recoberta por uma fina camada de pele. Possui várias depressões e elevações, sendo a concha a maior depressão. A margem elevada da orelha é chamada de hélice. Adjacente à hélice, encontra-se a escafa ou fossa

1. Médico residente de Cirurgia Plástica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil.
2. Cirurgião plástico, membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), chefe do Serviço de Cirurgia Plástica da UFTM, Uberaba, MG, Brasil.
3. Cirurgião plástico, membro titular da SBCP, docente do Serviço de Cirurgia Plástica da UFTM, Uberaba, MG, Brasil.

escafoide, que é uma longa depressão logo abaixo da hélice. Anterior e distalmente à escafa se encontra uma elevação chamada anti-hélice, que termina bifurcada em dois ramos, encontrando-se uma fossa entre eles, denominada fossa triangular ou navicular. O lóbulo é uma pequena porção de tecido mole que se encontra na região distal do pavilhão. O lóbulo da orelha é uma pequena proeminência, conhecida em anatomia como lobos (diminutivo “lóbulo”). Localizados cranialmente ao lóbulo encontram-se o trágus e o antitrágus, o primeiro localizado logo na abertura do meato acústico externo e o segundo, proximalmente ao lóbulo.

O lóbulo de orelha ocupa posição única entre as estruturas da face e tem relevante importância, pela tradição secular de uso de adornos e joias nesse local. A prática de perfuração do lóbulo da orelha data de tempos antigos, e, dependendo da cultura, pode ter ocorrido até como uma obrigação social. As sociedades latino-americanas têm usado rotineiramente brincos em recém-nascidos do sexo feminino, para diferenciá-los daqueles do sexo masculino. Nas tribos de Ivan e Kayan, na África, os lóbulos eram adornados com grandes e pesados brincos, causando aumento do orifício e alongamento do lóbulo. O lóbulo da orelha é uma região importantíssima na composição estética da orelha. A idade altera o formato, a largura e o comprimento do lóbulo, em decorrência da flacidez dos tecidos, e, assim, fica em desarmonia de proporção com outros elementos estéticos da orelha, exigindo correção. À medida que envelhecemos, as porções soltas da orelha aumentam de tamanho. Os lóbulos das orelhas também podem hipotrofiar, resultando em aumento de rugas e vincos. Assim como em outras partes do rosto, a pele do lóbulo da orelha é suscetível a danos do sol, contribuindo para o enrugamento da orelha.

A anatomia do ouvido externo foi detalhada por muitos autores, como Brent<sup>1-3</sup>, que exaustivamente descreveu a forma adequada da orelha externa e maneiras de reconstruí-la. Muito pouco tem sido descrito, no entanto, para orientar o cirurgião no rejuvenescimento da orelha. Tolleth<sup>4</sup>, em 1978, publicou um trabalho que descreve as proporções do ouvido normal. Relatou a posição da orelha, bem como suas formas variadas. Seu artigo dá proporções gerais como guias cirúrgicos, no entanto sua derivação é baseada na percepção artística do autor. O ouvido transmite informações tanto sobre a idade e o gênero como outras características que definem o rosto. Ele deve ser tratado como tal pelo cirurgião plástico ao desejar rejuvenescimento facial ideal, além de não masculinizar ou feminilizar inadequadamente. Com os dados apropriados, este estudo pretende definir melhor a abordagem para o rejuvenescimento da orelha.

Embora as orientações para o tamanho e o posicionamento da orelha já tenham sido estudadas, mínima atenção tem sido dirigida ao lóbulo da orelha. A altura do lóbulo abrange aproximadamente 25% do comprimento da orelha, e é definida pela distância do antitrágus ao sulco subauricular, podendo

variar entre 1,5 cm e 2 cm. A ptose do lóbulo da orelha é uma condição que isoladamente contribui para o envelhecimento facial. Em 1972, Loeb<sup>5</sup> reconheceu a necessidade de redução do lóbulo como um complemento à ritidoplastia. A maioria das técnicas de ritidoplastia envolve incisões pré e pós-auriculares ligadas por uma incisão infralobular (perilobular). É importante prestar atenção à aparência pré-operatória do lóbulo da orelha e não distorcê-lo no pós-operatório. Deformidade ou mau posicionamento do lóbulo da orelha é uma complicação desagradável e perceptível de uma ritidoplastia estigmatizada. Para evitar mau posicionamento do lóbulo da orelha, cuidados devem ser tomados quando é projetada e feita a incisão, quando a pele é ressecada, e quando os tecidos profundos e cutâneo são reparados. Independentemente do plano de dissecação e vetor de elevação, suturas profundas de retenção devem ser colocadas para minimizar a tensão na ferida e evitar distorções do lóbulo da orelha.

Ao planejar uma ritidoplastia é importante levar em conta comprimento, largura e contorno do lóbulo da orelha. Técnicas mais antigas dependiam muito do tracionamento da pele para obter elevação adequada dos tecidos. Porém, a pele tem tendência a se esticar para acomodar a tensão, e ao longo do tempo o lóbulo da orelha é tracionado distal e anteriormente em direção ao ângulo da mandíbula. Em decorrência do estiramento, a porção solta do lóbulo da orelha, em seguida, torna-se ligada à face. Isso é conhecido como uma deformidade tipo “orelha de diabo” (*pixie earlobe*), uma vez que parece muito longa e pontiaguda.

A correção do lóbulo envelhecido pode ser realizada isoladamente ou em combinação com uma cirurgia de rejuvenescimento facial, bem como em ritidoplastias secundárias por lóbulo inadequadamente preso à face. As cicatrizes são estrategicamente posicionadas e, graças a isso, se tornam menos aparentes.

O objetivo do presente trabalho é metodizar a técnica de rejuvenescimento do lóbulo auricular, com a finalidade de facilitar a técnica para simetria contralateral e a reprodutibilidade do método.

## MÉTODO

Inicialmente, foi realizada avaliação pré-operatória, em caráter ambulatorial, de pacientes candidatas a cirurgia de rejuvenescimento de lóbulo de orelha. Foram incluídas pacientes com queixas de atrofia, enrugamento e alongamento do lóbulo auricular. Com frequência, a queixa foi baseada no alargamento do orifício do brinco, com posicionamento insatisfatório do adorno, abaixo do desejado. No entanto, em alguns casos de pacientes com idade mais avançada, não havia necessariamente aumento do orifício e sim flacidez do lóbulo da orelha, que, sob tração e peso do brinco, se esticou e o orifício assumiu contorno verticalizado,

simulando alargamento do furo ou lóbulo bífido incompleto (Figura 1).

Em outros casos, não existia queixa específica da orelha, mas sim de um envelhecimento facial completo, com rítes estáticas e dinâmicas e flacidez acometendo face e pescoço, com indicação de ritidoplastia, e associadamente foi realizado o rejuvenescimento de lóbulo, caso fosse constatada necessidade após exame físico e avaliação do benefício estético que poderia ser obtido com o procedimento.

Em uma terceira situação, encontravam-se pacientes em pós-operatório de ritidoplastia, com sequelas estigmatizantes de lóbulo preso ou tracionado. Nesses casos o procedimento objetivou a redução e o posicionamento do lóbulo, proporcionando contorno da orelha mais agradável e jovial.

Portanto, o rejuvenescimento de lóbulo de orelha representou uma opção tática com três indicações:

- cirurgia isolada para correção de flacidez e envelhecimento do lóbulo, podendo ou não estar associado a orifício de brinco alargado;
- cirurgia combinada a ritidoplastia primária, como tratamento complementar na melhora estética cervicofacial;
- cirurgia para correção de sequela de lóbulos sob tração pós-ritidoplastia, constituindo uma abordagem secundária.

Após indicação cirúrgica precisa, consentimento da paciente e exames pré-operatórios adequados, partiu-se para a execução do procedimento propriamente dito, em qualquer uma das situações relatadas.

Quando a cirurgia foi realizada de forma isolada, optou-se por anestesia local, em caráter ambulatorial, por se tratar de um procedimento de baixa complexidade e rápido. Entretanto, quando associado ao *lifting* cervicofacial, a anestesia de escolha foi a geral.

A metodologia utilizada para a reformulação da orelha inicia-se com a marcação pré-operatória. Determina-se o ponto A na inserção do lóbulo à face; o ponto B foi

estabelecido a partir de uma linha transversal, partindo do ponto A até manter um pedículo de 0,5 cm a 0,8 cm de espessura residual do bordo livre da orelha. O ponto C foi definido a partir de um ângulo de secção de circunferência variável de 15 graus até 90 graus, extensão determinada conforme o excedente cutâneo (Figuras 2 e 3). A principal incisão foi realizada em posição transversal no lóbulo, em continuidade à escafa, abaixo do antitrágus, na linha de implantação da orelha na face. Foi delimitado um triângulo de proporções variadas, conforme o excedente cutâneo apresentado em cada caso. Na área demarcada, foi realizada a ressecção em plano total, tipo cunha, abrangendo pele e tela subcutânea do lóbulo (Figuras 4 e 5). A projeção caudal do lóbulo foi excisada. Com frequência, o orifício do brinco, alargado ou não, é englobado na área ressecada, para posteriormente ser confeccionado um novo orifício. Não se deixa de ressecar a quantidade de pele necessária em detrimento da preservação do orifício prévio, pois é a correção da flacidez que garante o resultado estético satisfatório. Consequentemente, ocorre redução e reposicionamento do lóbulo.



Figura 2 – Esquema de marcação pré-operatória.



Figura 1 – Aspecto de lóbulo de orelha com atrofia e flacidez, evidenciando orifício do brinco de aparência verticalizada.



Figura 3 – Marcação pré-operatória de excedente cutâneo em lóbulo auricular.





**Figura 4** – Aspecto intraoperatório de ressecção em cunha em plano total do excedente do lóbulo.



**Figura 6** – Aspecto pós-operatório imediato, evidenciando restauração da forma, do contorno e do tamanho do lóbulo.



**Figura 5** – Visualização da peça cirúrgica ressecada.

Após ressecção, foi realizada hemostasia e posterior sutura das bordas cruentas, respeitando a inserção da orelha na face. A sutura foi realizada com pontos simples nas faces anterior e posterior do lóbulo, com fio de náilon monofilamentar 6-0 (Figura 6).

Imediatamente foi realizado curativo com fita microporosa, e os pontos foram retirados em 7 dias a 10 dias.

## RESULTADOS

O posicionamento estratégico da cicatriz final em continuidade com uma depressão anatômica da orelha (escafa) e ocultada pelo antitráguo garantiu resultado final adequado, com cicatrizes pouco aparentes. A restauração da forma, do tamanho e do contorno do lóbulo traduz a jovialidade da orelha e, conseqüentemente, da face, com benefício estético e satisfação do paciente (Figura 7).

Os resultados obtidos foram considerados satisfatórios tanto pela equipe médica como pelas pacientes, de forma subjetiva.

Não foram observadas deiscência de pontos, infecção de ferida operatória e alterações cicatriciais, como alargamento de cicatriz, hipertrofia, quelóide ou mau posicionamento de cicatriz.



**Figura 7** – Em **A e B**, aspecto pré-operatório de ritidoplastia secundária associada a rejuvenescimento de lóbulo de orelha, aspecto tracionado do lóbulo, respectivamente, em posição oblíqua direita e em perfil esquerdo. Em **C e D**, aspecto pós-operatório de 30 dias de ritidoplastia secundária e rejuvenescimento do lóbulo, exibindo cicatriz auricular pouco evidente, respectivamente, em posição oblíqua direita e em perfil esquerdo.

Essa técnica tem sido utilizada em uma série de casos, não quantificada até então.

## DISCUSSÃO

McKinney et al.<sup>6</sup>, em 1993, abordaram especificamente o tratamento da orelha em ritidoplastia e não encontraram uma correlação significativa entre a altura do lóbulo da

orelha e o envelhecimento. Nenhuma diferença em relação ao tamanho do lóbulo entre homens e mulheres foi relatada. Embora o tamanho total da orelha seja maior nos homens, a altura e a largura do lóbulo permanecem quase idênticas às das mulheres. Isso sugere que o aumento da altura da orelha com a idade não pode ser exclusivamente atribuído aos efeitos de peso de brinco. Alongamento do lóbulo da orelha é mais provavelmente um resultado inevitável do processo de envelhecimento.

Muitos autores têm discutido a importância do posicionamento adequado do lóbulo da orelha na ritidoplastia<sup>7-12</sup>. A morfologia da orelha, a tensão e a contração cicatricial devem ser levadas em conta, para assegurar um resultado final aceitável<sup>13,14</sup>. Vários autores têm recomendado parâmetros específicos para inserção do lóbulo da orelha durante a ritidoplastia. Sua aplicação em diversas situações clínicas, no entanto, muitas vezes pode ser subjetiva. A tendência natural é migrar anterior e caudalmente, com contração da ferida. Com o posicionamento apropriado, no entanto, a posição final do lóbulo deve permanecer no eixo principal da orelha.

Embora se reconheça que a condição das mãos de uma mulher e do pescoço pode revelar sua verdadeira idade, poucas pessoas sabem que a aparência de nossas orelhas é outro sinal revelador. Como outras partes do corpo, elas mudam por causa do processo natural de envelhecimento e exposição constante ao sol. À medida que diminui a quantidade de colágeno e a elasticidade da pele, as orelhas, muitas vezes, se tornam alongadas, flácidas e finas, com enrugamento na superfície. As mulheres que usam brincos pesados estão particularmente em risco, porque o peso das joias inevitavelmente puxa a orelha para baixo e faz com que a pele se torne mais fraca e esticada. Por meio de um simples procedimento pode-se permanentemente reverter o problema, chamado de “rejuvenescimento do lóbulo da orelha”. O procedimento é simples e rápido, quando realizado isoladamente. É feita a incisão em uma área inconspícua, perto da inserção da orelha à face, e remove-se uma pequena quantidade de tecido e pele.

Na reformulação estética da orelha, o objetivo final é conseguir uma aparência mais jovem. O lóbulo de uma orelha jovem possui, em média, 1,8 cm de comprimento e 2 cm de largura em seu ponto médio. Em geral, o lóbulo da orelha é suavemente curvado na extensão distal da hélice, em direção a sua base. Seguindo-se esses princípios anatômicos torna-se mais fácil atingir o resultado final esperado.

É importante observar a relação entre morfologia do lóbulo da orelha e o avançar da idade, e a noção de que

orelhas alongadas são um resultado indesejável do envelhecimento. O lóbulo normal claramente muda de uma estrutura curta e larga na juventude para uma comprida e estreita na velhice. Existem, no entanto, muitos indivíduos que têm orelhas grandes como uma de suas características individuais. Quando essas orelhas se tornam ainda maiores com o envelhecimento, um problema muito mais visível emerge. Como se pôde ver, a forma do lóbulo da orelha desempenha papel importante na estética geral da face.

## CONCLUSÕES

A técnica descrita de rejuvenescimento de lóbulo auricular representa uma opção táctica para reformular e rejuvenescer a orelha, com indicações para correção de flacidez e envelhecimento do lóbulo, associado ou não a ritidoplastia, bem como para correção de seqüela de lóbulos sob tração. Consiste em uma opção fácil, rápida, com cicatriz em local inconspícuo e reprodutível.

## REFERÊNCIAS

1. Brent B. Reconstruction of the auricle. In: McCarthy JG, eds. Plastic surgery: the face. Vol. 3. Philadelphia: W. B. Saunders; 1990. p. 2095-152.
2. Brent B. Auricular repair with autogenous rib cartilage grafts: two decades of experience with 600 cases. *Plast Reconstr Surg.* 1992;90(3):355-74.
3. Brent B. Technical advances in ear reconstruction with autogenous rib cartilage grafts: personal experience with 1200 cases. *Plast Reconstr Surg.* 1999;104(2):319-34.
4. Tolleth H. Artistic anatomy, dimensions, and proportions of the external ear. *Clin Plast Surg.* 1978;5(3):337-45.
5. Loeb R. Earlobe tailoring during facial rhytidoplasties. *Plast Reconstr Surg.* 1972;49(5):485-9.
6. McKinney P, Giese S, Placik O. Management of the ear in rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg.* 1993;92(5):858-66.
7. Tolleth H. A hierarchy of values in the design and construction of the ear. *Clin Plast Surg.* 1990;17(2):193-207.
8. Connell BF, Martin TJ. Facial rejuvenation: facelift. In: Cohen M, ed. *Mastery of plastic and reconstructive surgery.* Boston: Little, Brown and Company; 1994. p. 1873-902.
9. McKinney P, Cunningham BL. *Aesthetic facial surgery.* New York: Churchill Livingstone; 2002. p. 222.
10. Lasso C. Another technique for the reduction of the earlobe. *Aesthetic Plast Surg.* 1982;6(1):43-5.
11. Tipton JB. A simple technique for reduction of the earlobe. *Plast Reconstr Surg.* 1980;66(4):630-2.
12. Constant E. Reduction of hypertrophic earlobe. *Plast Reconstr Surg.* 1979;64(2):264-7.
13. Farkas LG. Anthropometry of the normal and defective ear. *Clin Plast Surg.* 1990;17(2):213-21.
14. Farkas LG, Posnick JC, Hreczko TM. Anthropometric growth study of the ear. *Cleft Palate Craniofac J.* 1992;29(4):324-9.

### Correspondência para:

Luciana Rodrigues da Cunha Colombo  
Travessa Coronel José Ferreira, 200 – ap. 11 – Jardim Alexandre Campos – Uberaba, MG, Brasil – CEP 38010-320  
E-mail: lu.colombo@bol.com.br