



Correção da hipertrofia do lóbulo auricular

Earlobe hypertrophy correction

MANUEL MÁRIO GOMES FAIAL^{1,2*}
DUSHANE DOMINICK PINNOCK^{2,3}

Instituição: Instituto Gomes Faial,
Belém, PA, Brasil.

Artigo submetido: 9/7/2015.
Artigo aceito: 23/4/2017.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2017RBCP0045

■ RESUMO

Introdução: A orelha é uma estrutura da face que tem valor estético. As dimensões da orelha e aparência dos seus componentes anatômicos são modificados com a idade, doenças e práticas culturais que podem resultar em uma estética desagradável com o tempo. O lóbulo é um componente anatômico importante da orelha que é bastante influenciado esteticamente por estes fatores. Ele é composto por tecido adiposo e pele e pode sofrer mudanças na sua proporção e flacidez, as quais podem ser melhoradas, por meio procedimentos cirúrgicos, para ficarem esteticamente mais agradáveis, com o intuito de oferecer uma aparência mais proporcional ou jovem. Este trabalho descreve um caso de um paciente de 30 anos que considerou os lóbulos das suas orelhas desproporcionais ao resto da orelha e fez cirurgia para reduzi-los. **Métodos:** Foi realizado um procedimento cirúrgico simples, de recuperação rápida para reduzir o tamanho dos lóbulos do paciente por marcação e ressecção de uma parte de cada lóbulo do paciente. **Resultados:** Os resultados se mostraram satisfatórios com lóbulos mais proporcionais ao resto das orelhas e melhora da estética do paciente. **Conclusão:** A técnica descrita neste trabalho para a redução de lóbulos auriculares hipertrofiados se mostrou eficaz.

Descritores: Orelha/anatomia & histologia; Hipertrofia; Orelha/cirurgia; Ritidoplastia; Cicatriz; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos.

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

² Instituto Gomes Faial, Belém, PA, Brasil.

³ Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: The ear is a structure of the face with important aesthetic value. The dimensions of the ear and the appearance of its anatomical components change with age, disease and cultural practices which can result in an aesthetically unpleasant form over time. The earlobe is an important anatomical part of the ear and is considerably influenced by the factors above. It is made of fatty tissue and skin and can undergo changes in its proportion and flaccidity, which may be improved by surgical procedures to make it more aesthetically pleasing, providing a more proportional or younger appearance. This article reports the case of a 30-year-old patient who considered his earlobes disproportionate in relation to the rest of his ears and underwent surgery to have them reduced. **Methods:** A simple and fast recovery surgical procedure was carried out delineating and resecting a part of each of the patient's earlobes. **Results:** The results proved to be satisfactory as the patient had more proportional earlobes in relation to the rest of his ears achieving aesthetic improvement. **Conclusion:** The technique described in this article to reduce hypertrophied earlobes proved to be efficient.

Keywords: Ear/anatomy & histology; Hypertrophy; Ear/surgery; Rhytidoplasty; Cicatrix; Reconstructive surgical procedures.

INTRODUÇÃO

A orelha tem uma função importante na audição, mas também uma função estética na face humana. Ela tem origem embriológica em seis proliferações mesenquimais dos dois primeiros arcos faríngeos com o lóbulo da orelha, sendo a última parte a se desenvolver¹.

A orientação e aparência da orelha transmitem informações sobre a idade e sexo do indivíduo e contribuem para a beleza dele. A orelha, mesmo mal percebida na maior parte do tempo, dá uma simetria e proporcionalidade à face e assim tem valor estético. É por causa deste valor estético que qualquer anormalidade ou dano nela chama atenção e causa desconforto psicossocial².

A orelha externa é composta de uma lâmina de cartilagem elástica de forma irregular coberta por uma camada fina de pele. A orelha tem uma série de depressões e elevações que são importantes para sua função auditiva (Figura 1). Ela é composta das seguintes regiões anatômicas principais; hélice, ramo da hélice, escafa, antélice, ramos da antélice, fossa triangular, concha da orelha, trago, antitrago, e lóbulo da orelha³.

A hélice é a borda mais alta da orelha, e a escafa é uma longa depressão que se localiza embaixo dela. A próxima elevação abaixo da escafa é a antélice, que termina cranialmente em duas ramificações. A cavidade entre estas duas ramificações se chama fossa triangular. A maior depressão da orelha se localiza antes da entrada no meato acústico externo e é denominada concha da

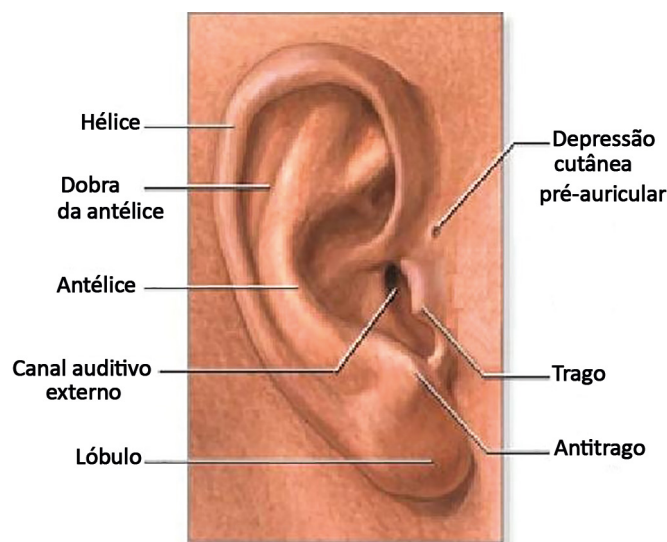


Figura 1. Anatomia da orelha humana. Disponível em: <<http://minhavidasympnav.adam.com/content.aspx?productId=125&pid=70&gid=1126>>

orelha. Próximo do meato acústico se localizam o trago, o antitrago e incisura trágica. O lóbulo da orelha se localiza na porção inferior da orelha.

O lóbulo auricular é uma prega de pele e tecido adiposo sem tecido cartilaginoso que tem um bom suprimento de sangue^{4,5}. Ele tem muitas terminações nervosas e em alguns indivíduos é uma área erógena. O lóbulo auricular não tem função específica, porém tem valor estético e qualquer desproporção ou deformidade é facilmente percebida, o que pode trazer prejuízo.

O lóbulo é classificado de acordo com sua aderência na face na borda mandibular. Existem três tipos de lóbulos da orelha: o tipo livre, que não é aderido na região do rebordo mandibular; o tipo colado, que é aderido na região do rebordo mandibular; e o tipo aderido, que é um tipo de lóbulo colado mais acentuado².

O lóbulo da orelha tem grande valor histórico, especialmente na tradição de puncioná-lo para o uso de vários ornamentos e joias. Dependendo da cultura, isso pode ser obrigatório ou opcional conforme o estado ou sexo do indivíduo. Em algumas culturas é costume puncionar o lóbulo e colocar ornamentos para esticá-lo, em outras tanto o lóbulo quanto a hélice são enfeitados enquanto em outras só o lóbulo é adornado. Até hoje, no mundo moderno, esta prática ainda existe e é usada tanto pelo gênero feminino quanto masculino.

As proporções e aparência do lóbulo podem se tornar um problema estético com fenômenos como hipertrofia do lóbulo da orelha, lóbulo rasgado, queloide e envelhecimento. Hipertrofia ocorre em ambos os gêneros e em todas as raças e é notável também que o tamanho do lóbulo tem variação anatômica em relação à raça do indivíduo.

A hipertrofia do lóbulo auricular nos pacientes se torna mais pronunciada com o envelhecimento. Isso tem relação com a raça do indivíduo. Essa piora estética pode ser vista ao passar 40 anos, como no caso de pessoas brancas². A piora é devido à perda natural de fibras de colágeno e fibras elásticas, que faz com que o lóbulo fique mais flácido. Esta flacidez causa um incremento em tamanho da orelha, tornando a hipertrofia mais óbvia.

Neste artigo será discutido o caso de paciente de gênero masculino que, devido ao desconforto psicossocial causado pelo tamanho dos lóbulos auriculares, buscou a cirurgia plástica para reduzi-los.

OBJETIVO

O objetivo deste artigo é discutir uma técnica simples comumente utilizada na redução do tamanho do lóbulo de orelha hipertrofiada.

MÉTODOS

Um paciente de 30 anos do gênero masculino chegou no consultório de cirurgia plástica com queixa de hipertrofia do lóbulo auricular (Figuras 2 e 3). O paciente relatou prejuízo estético devido ao tamanho dos seus lóbulos auriculares e o desejo de reduzi-los para um tamanho esteticamente mais apropriado.

Primeiramente, o paciente foi analisado pré-cirurgicamente e todos os exames foram feitos para determinar indicação cirúrgica. Depois da indicação cirúrgica e avaliação dos exames, o consentimento do paciente foi formalmente obtido e a cirurgia foi programada no um hospital particular em Belém, PA.

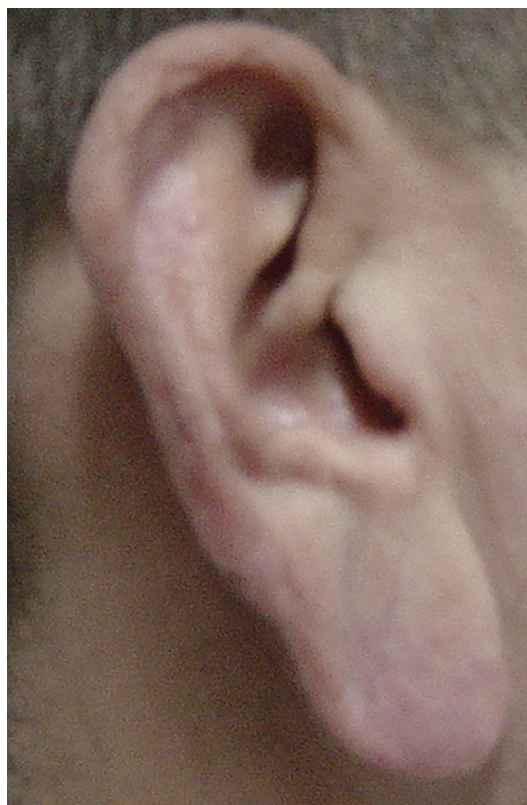


Figura 2. Orelha direita do paciente - pré-operatório.

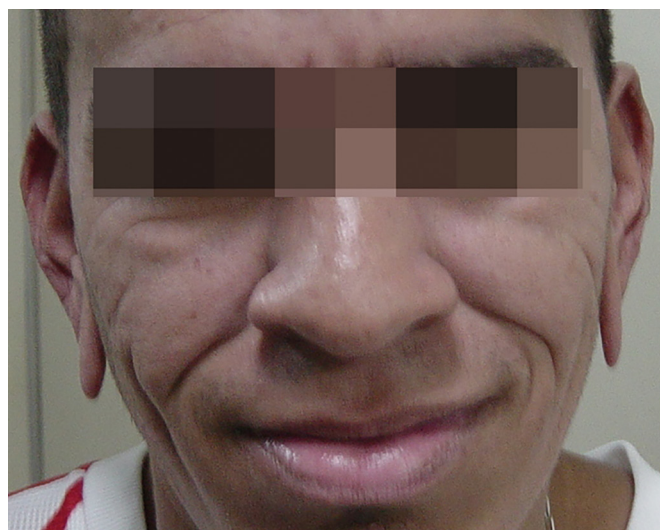


Figura 3. Orelhas do paciente - pré-operatório.

Um dos procedimentos mais cruciais no período pré-cirúrgico foi a marcação do lóbulo da orelha. Durante a marcação, três pontos foram estabelecidos, X, Y e Z. Essa técnica estabelece três pontos da marcação que delimitam um ângulo que pode ser de proporções variadas, dependendo da proporção da orelha a ser ressecada.

O ponto X foi a inserção do lóbulo da orelha na face e o ponto Y foi determinado pelo ponto médio do lóbulo auricular do paciente. O ponto Z foi estabelecido

para manter o pedículo da borda livre do lóbulo da orelha com um tamanho razoável. Na situação deste paciente o ângulo estabelecido pelos pontos X, Y e Z foi de 25 graus. Após a marcação, o paciente foi anestesiado localmente.

A incisão principal no lóbulo foi feita na linha de desdobramento da orelha na face, uma linha no lóbulo abaixo do antítrego - linha XY. A área demarcada foi ressecada usando um bisturi lâmina 11. O resultado foi a ressecção de uma porção triangular do lóbulo do paciente.

Depois da ressecção, a hemostasia foi obtida com eletrocoagulação e o restante do lóbulo foi suturado. A sutura foi feita com um porta agulha, pinça e nylon 6.0, usando pontos simples. O curativo foi feito depois. No estágio pós-cirúrgico o paciente foi avisando da importância da orelha ser mantida limpa e o curativo ser trocado diariamente. Os pontos foram removidos no 14^a dia após a cirurgia. O procedimento foi feito em dezembro de 2014 em Belém, PA, de acordo com os princípios da Declaração de Helsinki 2000.

RESULTADOS

A técnica usada neste caso é muito simples, comumente utilizada e não traz desafios ou complicações na sua execução. Neste caso não houve complicações pós-cirúrgicas como pontos deiscientes, mal posicionamento, alargamento ou infecção da cicatriz.

Como a posição da cicatriz na orelha depois do procedimento é importante, a ressecção e sutura foram feitas de forma a assegurar que a posição da cicatriz ficará o menos evidente possível. A ressecção de uma parte do lóbulo não somente ajustou o tamanho e contorno do dele, mas também teve um efeito psicológico no paciente. Como o procedimento melhorou a beleza fisionômica do paciente, isso aumentou a autoestima dele em relação a sua aparência.

O procedimento cirúrgico foi bem sucedido e com cicatrização sem complicações. O resultado foi considerado satisfatório pelo cirurgião e pelo paciente (Figuras 4 e 5).

DISCUSSÃO

Segundo a pesquisa de Azaria et al.⁶ sobre a morfometria do lóbulo da orelha humana, o comprimento médio do lóbulo da orelha é entre 1,97 cm e 2,01 cm. Em geral, o comprimento do lóbulo da orelha é entre 28-30% do comprimento total da orelha. Os fatores que contribuem para o tamanho do lóbulo auricular são etnicidade, gênero e idade. Hipertrofia do lóbulo auricular pode ser genética, associada com macrotia ou patologias como câncer de pele e hanseníase^{5,7}. Com o envelhecimento, a hipertrofia auricular se torna mais pronunciada, pois o lóbulo da orelha naturalmente cai com a idade. É recomendado que a correção do lóbulo auricular seja feita quando o lóbulo excede 33% do comprimento total da orelha⁸.



Figura 4. Orelha esquerda do paciente - pós-operatório - ângulo oblíquo.



Figura 5. Orelha direita do paciente - pós-operatório - ângulo oblíquo.

Com os anos, muitas técnicas foram desenvolvidas para ressecar porções do lóbulo auricular^{1,9}. Com o tempo, estas técnicas, modificações delas e também novas técnicas, têm sido utilizadas para corrigir hipertrofia auricular. Além de hipertrofia, essas técnicas podem ser usadas para corrigir lóbulos auriculares caídos que podem estar associados ao uso de brincos pesados e lóbulos envelhecidos. A redução do lóbulo auricular pode ser feita isoladamente ou associada com o tratamento estético cervicofacial como *facelift*.

A aparência estética do lóbulo auricular hipertrofiado pode piorar com o uso de brincos pesados e o envelhecimento, tornando necessário o uso de procedimentos estéticos para melhorar sua aparência. Isso se deve ao fato de que, com o envelhecimento, a quantidade de colágeno e a elasticidade da pele diminuem, o que causa ao lóbulo uma aparência alongada e rugada.

O uso de brincos pesados pode agravar o problema, pois a pele se torna fraca e esticada com o uso deles. O lóbulo de um homem jovem é em média de 1,8 cm de comprimento e 2 cm de largura no ponto médio¹⁰. Com base nessas médias e nas características anatômicas do lóbulo auricular e a orelha em geral, é possível para o cirurgião reconstruir o lóbulo auricular de forma que o lóbulo fique esteticamente aceitável.

Um aspecto importante durante este procedimento é o posicionamento correto da cicatriz cirúrgica^{4,7,10}. Se não houver cuidado adequado na hora de síntese da cirurgia ou nos curativos pós-cirúrgicos, pode haver uma cicatriz indesejável. Em relação à cicatriz, é importante levar em conta considerações sobre a tensão e a contração da cicatriz para que os resultados sejam satisfatórios^{7,10}.

O paciente não deve manipular o curativo ou ferido excessivamente, isso não somente ajuda a ter uma cicatrização boa, como também diminui a chance de infecção. Outro fator importante é que o paciente não deve tentar fazer um *piercing* no lóbulo auricular até pelo menos 6-8 semanas depois da cirurgia e é recomendado que o novo *piercing* não esteja na linha da cicatriz, pois o tecido da cicatrizado é mais fraco do que tecido íntegro.

A técnica utilizada neste caso pode ressecar o orifício do brinco nos pacientes que o possuem. Com a ressecção do orifício, talvez haja a necessidade de refazê-lo em outro ponto que não seja na cicatriz, evitando deiscência. Também é recomendado que se o paciente desejar fazer expansor no seu lóbulo auricular que este expansor seja pequeno, pois isso aumenta os riscos de reabertura da cicatriz.

Este procedimento, além de reduzir o tamanho do lóbulo da orelha para limites normais, também tem a finalidade de dar uma aparência mais jovem ao paciente.

A orelha é um componente importante da face e pode indicar a idade do indivíduo, apesar de outras medidas estéticas feitas para escondê-la que não incluíram as orelhas. Assim, a aparência das orelhas deve ser levada em consideração em procedimentos com a finalidade de rejuvenescer o rosto do paciente.

CONCLUSÃO

O artigo apresentou uma técnica simples na qual um lóbulo auricular hipertrofiado foi reduzido para limites normais. O procedimento foi considerado um sucesso devido à falta de complicações na execução do procedimento, boa cicatrização e melhora estética resultante.

COLABORAÇÕES

MMGF Análise e/ou interpretação dos dados; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

DDP Concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

REFERÊNCIAS

1. Moore KL, Persaud TVN. Embriologia Clínica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
2. Pitanguy I, Muller P, Kauk LK, Freitas LFP. Incisões remodelantes no lóbulo da orelha. Rev Bras Cir Plást. 1998;78(2):155-62.
3. Netter FH. Atlas de Anatomia Humana. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008.
4. Bisaccia E, Patel P, Scarborough D. Treatments for earlobe ptosis. Dermatologist. 2012;20(4):35-7.
5. Cabral AR, Brinca A, Figueiredo A, Alfonso N, Vieira R. Reconstrução do lóbulo auricular pela técnica de Gavello e retalho bilobado. An Bras Dermatol. 2013;88(2):272-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962013000200018>
6. Azaria R, Adler N, Silfen R, Regev D, Hauben DJ. Morphometry of the adult human earlobe: a study of 547 subjects and clinical application. Plast Reconstr Surg. 2003;111(7):2398-402. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.PRS.0000066995.99380.DE>
7. Silveira IM. Correção cirúrgica das hipertrofias do lóbulo da orelha [acesso 2017 Maio 2]. Disponível em: <http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/revistas/brasleprol/1940/pdf/v8n1/v8n1a01.pdf>
8. Mowlavi A, Meldrum DG, Wilhelmi BJ, Ghavami A, Zook EG. The aesthetic earlobe: classification of lobule ptosis on the basis of a survey of North American Caucasians. Plast Reconstr Surg. 2003;112(1):266-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.PRS.0000066368.07829.9B>
9. Pitanguy I. Aesthetic Plastic Surgery of Head and Body. Berlin: Springer; 1981.
10. Colombo LRC, Guimarães PMS, Motta IA, Cunha MTR, Silva Neto MP. Rejuvenescimento de lóbulo de orelha: descrição da técnica de indicações. Rev Bras Cir Plást. 2013;28(2):289-93.

*Autor correspondente:

Manuel Mário Gomes Faial
Rua Tiradentes, 62 - Reduto - Belém, PA, Brasil
CEP 66053-330
E-mail: clanicamariofaial@yahoo.com.br