

TRATAMENTO DA ORELHA EM PONTO DE INTERROGAÇÃO

Question mark ear treatment

OSCAR PORTO¹, GABRIEL SALUM D'ALESSANDRO², DENIS OKSMAN², TATIANA REGO NUNES², MARCELO WULKAN²,
PAULO MIRANDA GODOY², CLEIBER AUGUSTO POMARICO FILHO², WALTER SOARES PINTO³

RESUMO

Introdução: As deformidades congênitas uni ou bilaterais da orelha externa com atrofia do segmento médio da concha e da escafa são coloquialmente chamadas de orelha em ponto de interrogação, devido ao hipodesenvolvimento deste segmento e pelo formato característico. Diversos autores publicaram suas experiências para a correção deste tipo de deformidade congênita. Nossa experiência baseia-se na reconstrução de três casos, mediante a combinação de retalho de deslizamento e da ressecção de um triângulo de compensação na concha, ambos do tipo condro-cutâneo, na tentativa de evitar ao máximo a redução do eixo maior da orelha e manter o seu contorno o mais natural possível. **Método:** Foram operadas três pacientes do sexo feminino, com 17, 19 e 20 anos, sendo que na paciente de menor idade a deformidade era unilateral e nas outras duas, bilateral. Os procedimentos cirúrgicos obedeceram a mesma sistematização. Em todos os casos, o maior eixo da orelha foi medido antes e após a cirurgia, assim como o tamanho do defeito a ser corrigido, para avaliações comparativas. **Resultados:** Os detalhes cirúrgicos descritos foram basicamente similares, porém as deformidades encontradas não apresentaram um padrão idêntico, mesmo numa mesma pessoa com problema bilateralmente. A extensão sendo variável determinou ressecções maiores ou menores, linhas de sutura diversas na posição e na extensão, tendo como parâmetro o retalho de deslizamento e a ressecção de um triângulo de compensação. **Conclusões:** Os procedimentos descritos são de fácil execução, sob anestesia local, condições ambulatoriais e realizados num único tempo operatório.

Descritores: Orelha externa. Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos. Retalhos cirúrgicos.

SUMMARY

Introduction: The congenital external ear deformity with weakening of the medium segment of conch and of scapha is usually denominated question mark ear because of the called minor development of that segment and by its characteristic shape. Some authors have published their experiences to correct this kind of deformity. Our experience is based on three patients using a sliding flap and a compensatory triangle of the conch to balance the reduction of the major axis of the ear and support its shape as natural as possible. **Method:** Three female patients were submitted to a surgical procedure. They were 17, 19 and 20 years old; the youngest has a unilateral deformity and the others, bilateral. The procedures were systematically done. The major axis and the size of the defect were measured before and after the surgery to be compared. **Results:** The surgical procedures were almost similar, however the deformities were not. They were different even in the same patient. Although the same technical principle of sliding flap and compensatory triangle of the conch has been used, the extension of the defect determined minor or major resection and suture lines different in position and extension. **Conclusions:** The described procedure is not technically difficult. It can be performed under local anesthesia, ambulatory condition and in only one operating time.

Descriptors: External ear. Reconstructive surgical procedures. Surgical flaps.

1. Professor assistente de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro-UNISA.

2. Residente de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro-UNISA.

3. Professor titular e chefe de Disciplina de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro-UNISA.

INTRODUÇÃO

As deformidades congênitas uni ou bilaterais da orelha externa com atrofia do segmento médio da concha e da escafa são coloquialmente chamadas de orelha em ponto de interrogação, devido ao hipodesenvolvimento deste segmento e pelo formato característico. Park¹ e Cardim², baseados nos estudos de His³, Streeter⁴, Wood-Jones e Wen⁵, ilustraram, mediante estudos embrionários do complexo auricular, o aparecimento desta deformidade. A orelha externa advém de seis nódulos ecto-mesodérmicos, respectivamente, três do primeiro arco mandibular e os outros três do arco hióideo, que circundam a primeira fenda branquial. Durante o período da 4ª a 6ª semanas, a orelha e o conduto auditivo externo são completados. Os três primeiros nódulos formam o tragus, a raiz e o segmento superior da hélice. O 4º nódulo completa a hélice. O 5º e 6º nódulos formam o lóbulo, concha e a antélice (Figuras 1A, 2A, 2B, 3A, 3B). Davis⁶ considera que a agenesia ou o hipodesenvolvimento do terço médio da orelha acarrete uma fenda entre a hélice e o lóbulo da orelha, cujo aspecto varia em função da limitação e mesmo agenesia nos nódulos 4 e 5. O maior eixo da orelha torna-se menor, e em graus variados entalha no contorno também, de acordo com a extensão do problema. Não encontramos na literatura o índice de incidência deste tipo específico de deformidade. Vários autores⁷⁻¹² publicaram suas experiências para a correção deste tipo de deformidade congênita, mediante retalhos condro-cutâneos de deslizamento, plástica em Z, ressecção em cunha, enxerto de pele, dentro das características locais e com as tendências pessoais. Nossa experiência baseia-se na reconstrução de três casos, mediante a combinação de retalho de deslizamento e da ressecção de um triângulo de compensação na concha, ambos do tipo condro-cutâneo, na tentativa de evitar ao máximo a redução do eixo maior da orelha e manter o seu contorno o mais natural possível.

MÉTODO

Foram operadas três pacientes do sexo feminino, com 17, 19 e 20 anos, sendo que na paciente de menor idade a deformidade era unilateral e nas outras duas, bilateral. Os procedimentos cirúrgicos obedeceram a mesma sistematização, isto é, a restauração do contorno com retalho de deslizamento combinado com a ressecção de um triângulo de compensação, cujas características tiveram variações específicas de acordo com a extensão do problema. Nas pacientes com problema bilateral, as deformidades eram assimétricas. Ambas tinham orelha direita com defeito menos evidente, sendo que na paciente mais nova bastou a utilização do retalho condro-cutâneo de deslizamento. Em todos os casos, o maior eixo da orelha foi medido antes e após a

cirurgia, assim como o tamanho do defeito a ser corrigido, para avaliações comparativas.

Técnica cirúrgica

Paciente sob sedação e em condições operatórias. Após demarcações cutâneas, infiltração local com lidocaina a 0,5% e epinefrina 1:80.000. Ressecção cutâneo-cartilaginosa nos limites da deformidade em toda a extensão do entalhe da deformidade. Incisão transfixante paralela à curvatura da hélice numa extensão de 2 a 3 cm de comprimento. A superfície triangular no corpo da antélice é ressecada em toda a sua espessura. Fechamento da área triangular mediante sutura cartilaginosa com Monocryl 5.0 e, na pele da face anterior e posterior da orelha com pontos isolados de mononylon 5.0. Deslizamento e sutura do retalho condro bicutâneo da hélice à borda livre cruenta junto ao lóbulo (Figuras 1B, 2C, 2D). Curativo semicompressivo com gaze e atadura crepe.

Cuidados pós-operatórios

A cirurgia é do tipo ambulatorial. Analgésicos se necessários e antibióticos tipo cefalosporina de primeira geração por sete dias. Remoção do curativo após 24 horas e a retirada dos pontos no 7º dia de pós-operatório.

DISCUSSÃO

Os detalhes cirúrgicos descritos foram basicamente similares, porém as deformidades encontradas não apresentaram um padrão idêntico, mesmo numa mesma pessoa com problema bilateralmente. A extensão variável determinou ressecções maiores ou menores, linhas de sutura diversas na posição e na extensão, tendo como parâmetro o retalho de deslizamento e a ressecção de um triângulo de compensação. As Tabelas 1 e 2 são auto-explicativas quanto à descrição das deformidades e às mensurações nos períodos pré e pós-operatórios.

A literatura registra diversificação de procedimentos técnicos já assinalados, cujos autores buscam resultados gratificantes que justifiquem a cirurgia. Temos observado - ainda na literatura - que, nas fendas com dimensões em torno de 20 mm, a diminuição das dimensões da orelha reconstruída e a distorção da sua forma tornam-se mais evidentes. Nos procedimentos que temos empregado, tais problemas não têm ocorrido. No caso da fenda de 21 mm, a redução do eixo da orelha foi de 4 mm, enquanto nos demais, com fendas menores, foi de 2 mm, acompanhada ainda de melhor contorno e sem a proeminência prévia do seu segmento superior. Estas reduções mínimas têm sido consideradas esteticamente aceitas. A ressecção do triângulo condro bicutâneo no corpo da escafa e da concha não obedece a padrões fixos. A sua superfície e forma também têm variado em função de cada problema, para a melhor harmonia no fechamento da ferida operatória (Figuras 1, 2 e 3).

Tabela 1 - Características clínicas dos pacientes.

Paciente N	Idade	Sexo	Lado	Características clínicas	Malformações associadas	História familiar
1	19 anos	Fem	Direito	<ul style="list-style-type: none"> Fenda entre o lóbulo e a porção inferior de hélice Proeminência da porção superior da orelha Aumento discreto da porção superior da orelha 	Não	Não
2	17 anos	Fem	Bilateral	<ul style="list-style-type: none"> Fenda entre o lóbulo e a porção inferior de hélice, maior à esquerda Proeminência da porção superior da orelha, maior à esquerda Transposição do antitragus à esquerda Deficiência da porção superior da hélice Aumento discreto da porção superior da orelha 	Não	Não
3	20 anos	Fem	Bilateral	<ul style="list-style-type: none"> Fenda entre o lóbulo e a porção inferior de hélice, maior à esquerda Proeminência discreta da porção superior da orelha esquerda Aumento discreto da porção superior da orelha 	Hipoplasia da mandíbula	Não

Tabela 2 - Medição das orelhas e seus respectivos defeitos.

Paciente 1 (orelha direita)	Pré-operatório	Pós-operatório	Diminuição
Diâmetro cefalocaudal	58 mm	54 mm	4 mm
Tamanho do defeito	21 mm		
Paciente 2 (orelha direita)	Pré-operatório	Pós-operatório	Diminuição
Diâmetro cefalocaudal	60 mm	59 mm	1 mm
Tamanho do defeito	3 mm		
Paciente 2 (orelha esquerda)	Pré-operatório	Pós-operatório	Diminuição
Diâmetro cefalocaudal	58 mm	55 mm	3 mm
Tamanho do defeito	18 mm		
Paciente 3 (orelha direita)	Pré-operatório	Pós-operatório	Diminuição
Diâmetro cefalocaudal	60 mm	58 mm	2 mm
Tamanho do defeito	12 mm		
Paciente 3 (orelha esquerda)	Pré-operatório	Pós-operatório	Diminuição
Diâmetro cefalocaudal	62 mm	60 mm	2 mm
Tamanho do defeito	9 mm		

Figura 1 – **A:** Fenda entre o lóbulo e a porção inferior de hélice, proeminência e aumento discreto da porção superior da orelha. Marcação pré-operatória com o retalho a ser deslizado e o triângulo de compensação escafo-conchal; **B:** Realizado retalho condro bicutâneo de deslizamento combinado com a ressecção de um triângulo de compensação escafo-conchal; **C:** 7º dia de pós-operatório. Boa viabilidade do retalho; **D:** 8º mês de pós-operatório, mostrando boa correção do defeito e discreta retração cicatricial.



Figura 2 – **A:** Diminuta fenda entre o lóbulo e a porção inferior de hélice, proeminência e aumento discreto da porção superior da orelha. Marcação pré-operatória com o retalho a ser deslizado sem o triângulo de compensação escafo-conchal; **B:** Fenda entre o lóbulo e a porção inferior de hélice, proeminência e aumento da porção superior da orelha, transposição do antitragus, deficiência da porção superior da hélice. Marcação pré-operatória com o retalho a ser deslizado e o triângulo de compensação escafo-conchal; **C e D:** Confeccionado retalho condro bicutâneo de deslizamento combinado com a ressecção de um triângulo de compensação escafo-conchal; **E:** 7º dia de pós-operatório. Retalho com bom aspecto; **F:** Pós-operatório imediato. Retalho bem perfundido e defeito corrigido de maneira eficaz; **G e H:** 7º mês de pós-operatório mostrando resultado satisfatório, apesar de discreta retração cicatricial na porção inferior do retalho.

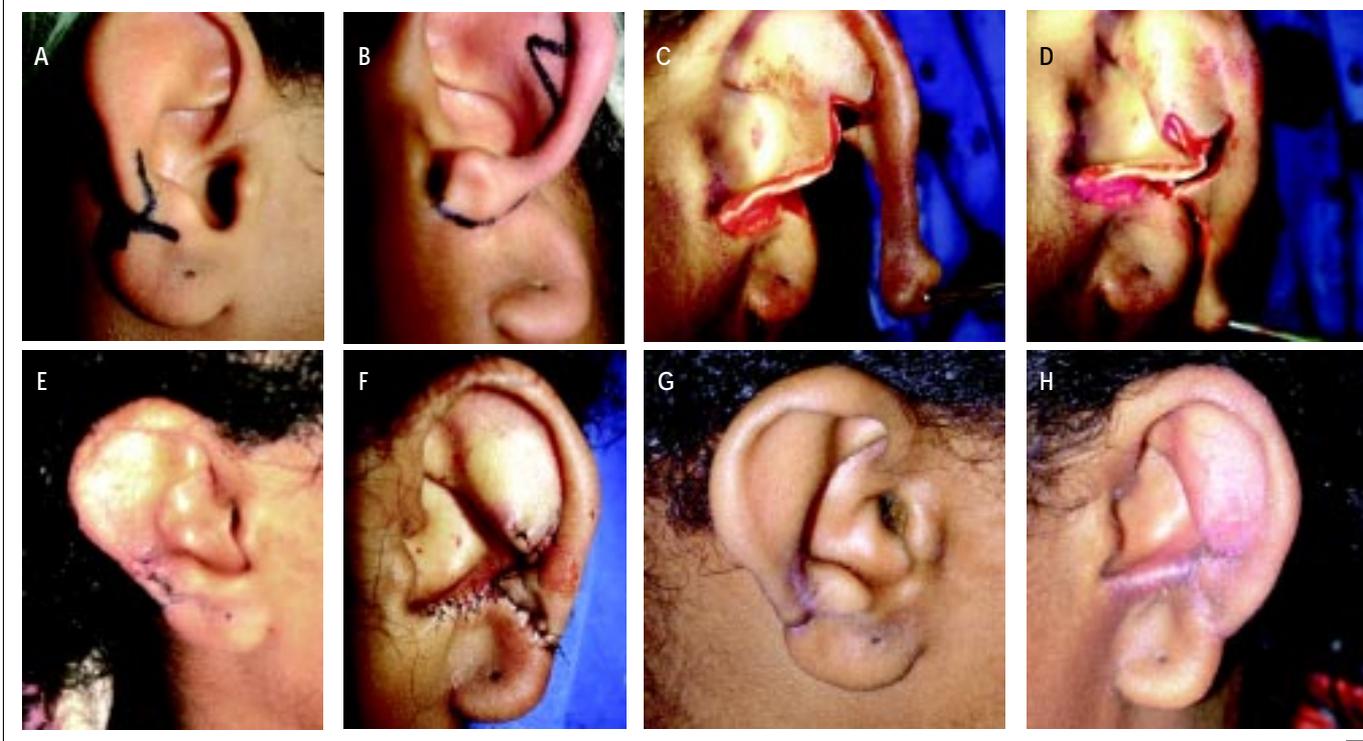


Figura 3 – **A e B:** Fenda entre o lóbulo e a porção inferior de hélice, proeminência e aumento discreto da porção superior da orelha. Evidencia-se cicatriz prévia de cirurgia realizada na infância com correção parcial do defeito; **C e D:** 7º dia de pós-operatório. Retalhos com bom aspecto. Defeito corrigido satisfatoriamente; **E e F:** 4º mês de pós-operatório mostrando correção do defeito e discreta hipertrofia e retração cicatricial na porção inferior dos retalhos.



CONCLUSÕES

Os procedimentos descritos são de fácil execução, podendo ser realizados sob anestesia local e em condições ambulatoriais, num único tempo operatório. A técnica foi desenvolvida especificamente para solucionar o problema da deformidade auricular do tipo ponto de interrogação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Park C. Lower auricular malformations: their representation, correction, and embryologic correlation. *Plast Reconstr Surg.* 1999;104(1):29-40.
2. Cardim VL. Embriologia da face. In: Cardim VL, Marques A, Martins-Besteiro J, editores. *Cirurgia plástica.* São Paulo: Atheneu; 2000. p.166-70.
3. His W. *Firmentwicklung des ausseren Ohres: anatomie menschlicher embryonen.* Part III. Leipzig:FCW Vogel;1885.
4. Streeter GL. Development of the auricle in the human embryo. *Carnegie Contrib Embryol.* 1992;14:11.
5. Wood-Jones F, Wen IC. The development of the external ear. *J Anat.* 1933;68:525.
6. Davis J. *Aesthetic and reconstructive otoplasty.* New York:Springer Verlag;1987.
7. Cosman B. The question mark ear: an unappreciated major anomaly of the auricle. *Plast Reconstr Surg.* 1984;73(4):572-6.
8. Antia NH, Buch VI. Chondrocutaneous advancement flap for the marginal defect of the ear. *Plast Reconstr Surg.* 1967;39(5):472-7.
9. Brodovsky S, Westreich M. Question mark ear: a method for repair. *Plast Reconstr Surg.* 1997;100(5):1254-7.
10. Vayvada H, Karaca C, Menderes A, Yilmaz M. Question mark ear deformity and a modified surgical correction method: a case report. *Aesthetic Plast Surg.* 2005;29(4):251-4.
11. Park C. Correction of the unilateral question mark ear. *Plast Reconstr Surg.* 1998;101(6):1620-3.
12. Yotsuyanagi T, Watanabe Y, Yamashita Y, Shinmyo Y, Urushidate S, Yokoi K, et al. Reconstruction of defects involving the middle third of the auricle with a full-thickness conchal chondrocutaneous flap. *Plast Reconstr Surg.* 2002;109(4):1366-71.

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro-UNISA, São Paulo, SP.

Artigo recebido: 17/11/2007

Artigo aprovado: 04/02/2008