

PONTO DE CORREÇÃO DE PROEMINÊNCIA DE POLO SUPERIOR DE PAVILHÃO AURICULAR: DESCRIÇÃO DE TÉCNICA CIRÚRGICA

CORRECTION POINT FOR PROMINENCE OF THE UPPER POLE OF THE AURICLE: DESCRIPTION OF SURGICAL TECHNIQUE

Karoline Neris Cedraz¹, Artur Grinfeld¹, Yasmin de Rezende Beiriz^{1*}, Rodolfo Baptista Giffoni², Jaqueline Altoé¹, Livia Modesto Sotero Marcos¹, Helaina Peixoto Gurgel¹, Amanda Andraus Simonian¹, Washington Luiz de Cerqueira Almeida¹

¹Hospital Otorrinolaringológico de Feira de Santana

²Universidade Estadual de Feira de Santana

[*Autor correspondente: Yasmin de Rezende Beiriz – yasminbeiriz123@gmail.com]

RESUMO

Data de publicação: 15 de setembro de 2025

A deformidade congênita de proeminência das orelhas afeta 5% da população geral e pode dar origem a alterações psicológicas como distorção de imagem, baixa autoestima e até mesmo afastamento social, desde o início da infância. Desta forma, a cirurgia de correção é recomendada assim que os sintomas começam a interferir na vida diária do paciente, para evitar efeitos posteriores. Esse estudo objetiva descrever um ponto cirúrgico para correção de proeminência de polo superior de pavilhão auricular. Pacientes com orelhas que apresentam proeminência em polo superior, unilateral ou bilateral, foram selecionados para a correção cirúrgica. Sob anestesia local, toda técnica para cirurgia da otoplastia foi realizada. Somente após a finalização do ponto de Furnas que foi empregado o ponto de correção do polo superior da hélice e anti-hélice da orelha. Deve-se realizar um ponto transversal com fio inabsorvível, a 1 cm da extremidade superior do pavilhão auricular, o qual é finalizado na fáscia da mastoide, levando à medialização desta porção da orelha e correção da deformidade. A técnica cirúrgica descrita neste trabalho permite obter um bom resultado estético, de uma forma conservadora e de fácil aplicabilidade. Oferece a simetria desejada pelo paciente entre os pavilhões auriculares. Desta forma, apresenta-se como excelente opção para correção de deformidade da porção superior da orelha em crianças e adultos. A correção das imperfeições do pavilhão auricular, o mais precocemente, previne sequelas psicossociais desde a infância. Esta técnica conservadora, realizada apenas com um ponto simples de otoplastia, facilita o manejo e otimiza a realização de procedimentos minimamente invasivos comparados a cirurgia tradicional de reconstrução auricular.

PALAVRAS-CHAVE

Orelha externa, orelha, deformidades adquiridas da orelha

ABSTRACT

Congenital prominence of the ears affects 5% of the general population and can lead to psychological changes such as body image distortion, low self-esteem, and even social withdrawal, starting in early childhood. Therefore, corrective surgery is recommended as soon as symptoms begin to interfere with the patient's daily life to prevent further effects. This study aims to describe a surgical approach for correcting prominence of the upper pole of the auricle. Patients with unilateral or bilateral prominence in the upper pole were selected for surgical correction. Under local anesthesia, the entire surgical technique for otoplasty was performed. Only after the Furnas suture was completed was the suture used to correct the upper pole of the helix and antihelix of the ear. A transverse suture should be performed with non-absorbable suture, 1 cm from the upper extremity of the pinna, which ends in the mastoid fascia, leading to the medialization of this portion of the ear and correction of the deformity. The surgical technique described in this paper allows for a good aesthetic result, in a conservative and easy-to-apply manner. It provides the symmetry desired by the patient between the pinnae.

Therefore, it is an excellent option for correcting deformities of the upper portion of the ear in children and adults. Correcting pinna imperfections as early as possible prevents psychosocial sequelae from childhood onwards. This conservative technique, performed with only a simple otoplasty suture, facilitates management and optimizes the performance of minimally invasive procedures compared to traditional ear reconstruction surgery.

KEYWORDS

ear external, ear, ear deformities acquired.

INTRODUÇÃO

As deformidades auriculares apresentam grandes impactos na qualidade de vida e na vida social das pessoas acometidas por elas¹. Entre essas deformidades, está, em 5% da população, a orelha proeminente, popularmente conhecida como orelha em abano.

Neste tipo de alteração, é observado um aumento do ângulo concho-mastoideo, que normalmente é de aproximadamente 25° em homens e 20° em mulheres². Costuma haver em associação, excesso de cartilagem conchal, que geralmente tem uma profundidade de 1,5 cm e malformação da anti-hélice, com aumento do ângulo concho-escafal, que é maior que 90° em muitos pacientes com orelhas proeminentes³.

Para correção desta malformação, já foram descritas, ao longo dos anos, diversas técnicas cirúrgicas para otoplastia. Atualmente, a maioria delas consiste em suturas inabsorvíveis, como nas técnicas de Furnas⁴ e Mustardé⁵.

Uma das principais complicações da cirurgia, a longo prazo, é o retorno da proeminência auricular ao longo dos anos, principalmente na região da hélice superior⁶. Isto posto, este estudo objetiva descrever uma técnica cirúrgica de sutura objetivando a correção de forma mais eficaz da porção superior da hélice após a utilização das técnicas de Furnas e Mustardé.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos sob número 6.673.237 e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos pacientes.

A técnica de Furnas modificado é caracterizada por uma

MATERIAL E MÉTODOS

sutura de medialização conchal e tem o objetivo de reduzir o ângulo concho-temporal, para garantir uma proporção 1:1 em relação ao ângulo concho-mastoideo, de forma que haja simetria entre polo superior e médio do pavilhão auricular. Esse trabalho descreve uma nova técnica para correção da proeminência no polo superior.

Para isso, será realizada a marcação na região dorsal da orelha, a 1 cm da porção mais superior do pavilhão. Esta marcação é exatamente onde o ponto será realizado (Figura 1). A solução anestésica com adrenalina ajudará no descolamento hidrostático do plano e hemostasia.

Uma incisão entre 1,5 cm a 2 cm deverá ser feita, para que este ponto fique na metade do diâmetro do corte, o que facilitará a exposição da cartilagem conchal (Figura 2).

Após a incisão no subcutâneo, sutilmente deve-se dissecar com ajuda de tesoura de Converse até o plano do pericôndrio sob a pele. Com ajuda de um duplo gancho para exposição, deve-se estender a dissecação tanto para a porção lateral como para a porção medial do polo superior do pavilhão auricular em sentido ao músculo temporal, expondo toda essa região para realização da sutura de correção (Figura 3).

Será passado um ponto transversal com fio Mononylon 3.0 transparente, distando 1 cm do ramo superior da anti-hélice, na cartilagem da região dorsal do pavilhão auricular no sentido cranial-caudal, como descrito na marcação prévia, de modo a não ferir ou transfixar a pele (Figuras 4 e 5).

Em seguida, o mesmo ponto deve passar também transversalmente à fáscia do osso temporal, no sentido oposto: caudal-cranial (Figura 6) onde será finalizado o ponto, permitindo o reposicionamento medial da porção superior do pavilhão (Figura 7).

O procedimento supracitado pode ser repetido na orelha contralateral comparando quanto à simetria.

A incisão posterior da pele poderá ser suturada com fio de Categate 5.0, em sutura simples (Figura 10).

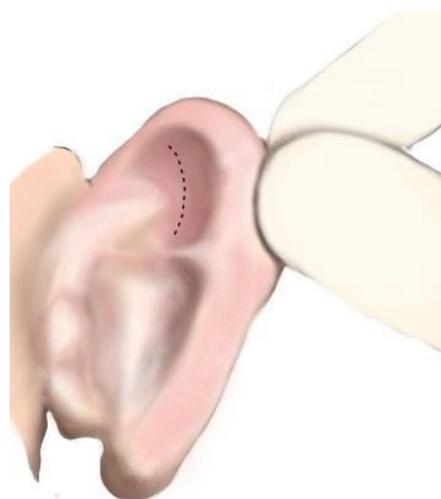


FIGURA 1: Marcação em dorso de orelha, a 1 cm da região mais superior do pavilhão



FIGURA 2: Incisão entre 1,5cm a 2cm

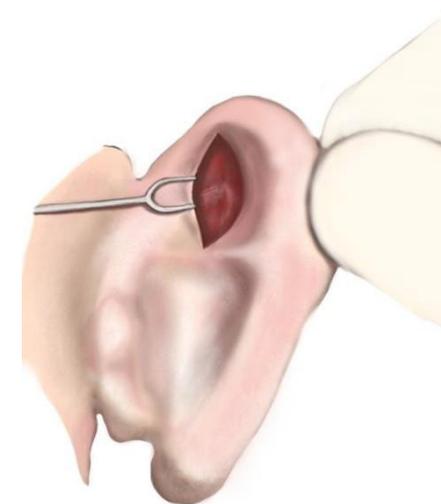


FIGURA 3: Ampliação da dissecação para porção lateral e medial do polo superior do pavilhão auricular

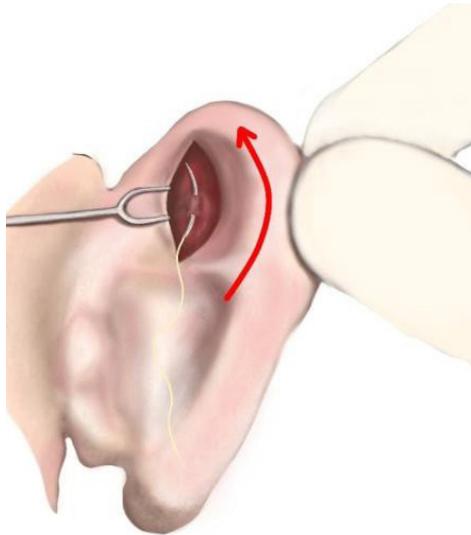


FIGURA 4: Realização de ponto no sentido cranial-caudal, na cartilagem da região dorsal do pavilhão auricular

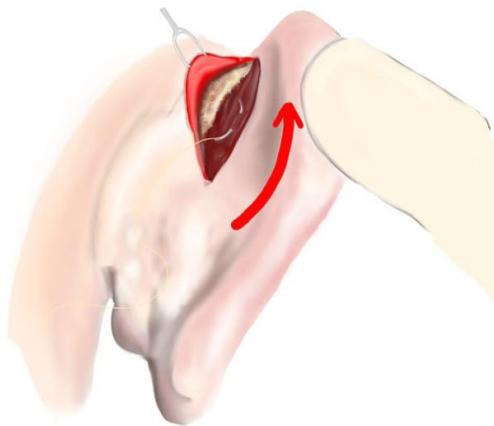


FIGURA 5: Realização de ponto no sentido cranial-caudal, na cartilagem da região dorsal do pavilhão auricular

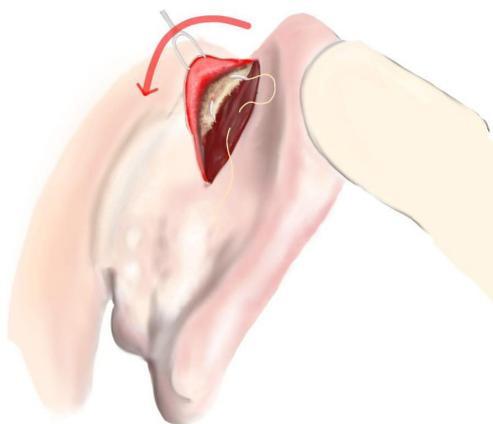


FIGURA 6: O mesmo ponto passando transversalmente à fáscia do osso temporal no sentido caudal-cranial



FIGURA 7: Finalização do ponto, permitindo o reposicionamento medial da porção superior do pavilhão



FIGURA 8: Aspecto final da sutura



FIGURA 9: Imagem da orelha externa sem a tensão do ponto

DISCUSSÃO

A correção das imperfeições do pavilhão auricular de forma precoce, previne sequelas psicossociais desde a infância. Este defeito pode ser congênito e estar relacionado à malformação da anti-hélice. Porém, também pode apresentar-se após correção cirúrgica da orelha de abano, em que o ponto de Furnas foi aplicado em uma região mais inferior do plano concho-mastoideo desejado, gerando como consequência uma desproporção do ângulo concho-temporal e concho-mastoideo, por meio da proeminência do polo superior do pavilhão auricular, de modo a ter um ângulo concho-temporal maior que o ângulo concho-mastoideo.

CONCLUSÃO

Esta técnica conservadora, realizada apenas com um ponto simples de otoplastia, facilita o manejo e otimiza a realização de procedimentos minimamente invasivos comparados a cirurgia tradicional de reconstrução auricular.

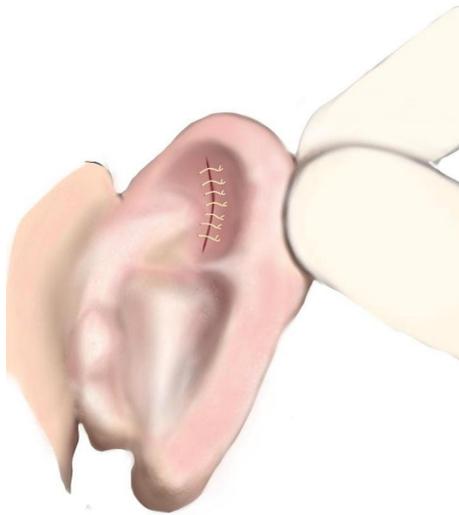


FIGURA 10: Sutura simples da incisão posterior com fio de Categut 5.0

RESULTADOS

Essa técnica foi realizada em onze pacientes, todos sem recidiva da proeminência do lobo superior até o momento, em um acompanhamento de quatro anos. A técnica cirúrgica descrita neste trabalho permite obter um bom resultado estético, de uma forma conservadora e de fácil aplicabilidade. Oferece a simetria desejada pelo paciente entre os pavilhões auriculares. Desta forma, apresenta-se como excelente opção para correção de deformidade da porção superior da orelha em crianças e adultos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adamson PA, Litner JA. Otoplasty Technique. *Facial Plastic Surg Clin N Am* 2006; 14: 79-87;
2. Pawar SS, Koch CA, Murakami C. Treatment of Prominent Ears and Otoplasty A Contemporary Review. *JAMA Facial Plast Surg* 2015; 17(6): 449-454;
3. Janis JE, Rohrich RJ, Gutowski KA. Otoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2005; 115(4):60e-72e;
4. Furnas DW. Correction os prominent ears by concha-mastoid sutures. *Plast Reconstr Surg* 1968; 42(3): 189-193;
5. Mustardé JC. The correction os prominent ears using simple mattress sutures. *Br J Plast Surg* 1963; 16: 170-178
6. Handler EB, Song T, Shih C. Complications of Otoplasty. *Facial Plastic Surg Clin N Am* 2013; 21: 653-662.