

MICROTIA: GUIA PARA PAIS E PACIENTES

Dúvidas frequentes sobre
Microtia & Reconstrução de Orelha





Recebo frequentemente emails e mensagens de todo o Brasil com dúvidas a respeito de malformações de orelhas, notadamente a microtia, bem como sobre as suas possibilidades de tratamento. Por conta de muitas dúvidas se repetirem, decidi fazer um guia com as questões mais frequentes e montar um texto com todas elas de uma vez, para atingir o maior número de pessoas com os mesmos questionamentos.

O que é Microtia?

Microtia significa literalmente “orelha pequena” (do grego, micro=pequeno, otia=orelha). É a malformação ou deformidade que compromete a parte externa da orelha, o chamado pavilhão auricular, podendo apresentar variadas alterações de seu tamanho e forma.

Apresenta uma incidência aproximada de 1 para cada 6000 nascimentos. É duas vezes mais frequente em meninos que em meninas, mais comum do lado direito e em apenas 10% dos casos acontece bilateralmente.

Na maioria dos casos, o lóbulo é deslocado para cima em relação ao lado oposto normal, embora às vezes uma migração incompleta da orelha deixe o lóbulo em uma posição mais baixa. Até metade dos pacientes que apresentam microtia possuem características de microssomia hemifacial, a segunda malformação congênita mais comum da face e que se apresenta com assimetria facial, devido a uma hipoplasia (diminuição) da mandíbula.



O que causa a microtia?

A microtia é genética/hereditária?

A causa da microtia ainda é pouco compreendida. Há grande evidência de contribuição tanto de fatores genéticos, como de fatores ambientais. Existem, por exemplo, mais de 18 síndromes genéticas diferentes associadas à microtia e nesses casos a herança genética é mais comum. A herança genética também é mais frequente em casos familiares, ou seja, quando há algum membro da família com história de microtia. Os casos esporádicos (sem casos anteriores na família), em geral, são multifatoriais.

As principais hipóteses para justificar os mecanismos de desenvolvimento de uma microtia são: **1) distúrbio de migração das células da crista neural** (uma falha na migração das células que irão formar a orelha do embrião); **2) disrupção vascular** (em geral uma isquemia tecidual, ou seja, falta de sangue nos tecidos que estão em formação) **por diversos mecanismos; 3) altitude.**

Entre os fatores de risco ambientais relacionados na literatura à microtia, existem fatores gerais como o gênero masculino, o número de filhos, fatores maternos e paternos específicos; fatores raciais/étnicos, como etnia asiática, hispânica; e fatores teratogênicos, como medicações usadas pela mãe que sabidamente causam malformações congênitas.

Alguns desses fatores podem ser encontrados na tabela abaixo:

FATORES DE RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DE MICROTIA
GERAIS
Sexo masculino
Baixo peso ao nascer
Primiparidade (primeiro filho)
Alta paridade (muitos filhos)
Gestações múltiplas (gêmeos, trigêmeos...)
Doença materna aguda
Diabetes tipo 1 materno
Uso de medicações pela mãe
Idade paterna avançada
Idade materna avançada
Educação materna baixa
Exposição materna à altitude
Exposição materna à poluição do ar
RAÇA/ETNIA
Etnia hispanica
Equatoriana
Chilena
Asiática
Filipina
Ilhas pacíficas
TERATOGÊNICOS
Ácido retinóico (derivado de Vitamina A - anti-envelhecimento)
Isotretinoína (Roacutan - tratamento de acne)
Talidomida (ácido glutâmico - usado em casos de hanseníase)
Álcool



Se a mãe sofrer um choque muito grande (por exemplo um assalto) no início da gestação pode resultar em alguma malformação da orelha?

O primeiro trimestre da gestação é o mais importante no desenvolvimento da face do bebê, incluindo a orelha.

Qualquer incidente grave ou grande trauma nesse período poderia ser relacionado a algum tipo de malformação congênita, principalmente se considerarmos a hipótese da disrupção (interrupção) vascular e pensarmos que em uma situação de estresse forte ocorrem alterações vasculares relacionadas à liberação de adrenalina no corpo.

Tem alguma ligação a pessoa ter microtia e ter problema nos rins?

Pode ter sim. Quando o bebê é diagnosticado com microtia, ele deve ser avaliado quanto a malformações cardíacas e renais. A orelha, os rins e o coração se desenvolvem durante o primeiro trimestre da gestação. Uma falha no desenvolvimento das orelhas pode ser acompanhada, portanto, de problemas de desenvolvimento dos rins e/ou do coração também.

O meu filho não tem o canal do ouvido, tem que fazer o canal para ele ouvir melhor?

Quando a criança nasce com microtia, às vezes o canal que liga a orelha externa à interna não existe, o que é chamado de atresia (do canal). Muitos pais pensam que, por causa disso, a criança não vai escutar e questionam se abrir o canal do ouvido não melhoraria a sua audição. Em geral, esse tipo de cirurgia não é realizado por apresentar poucas vantagens em termos de melhorar a audição e muitas complicações em termos de infecção local. Quando se pensa em realizar uma reconstrução de orelha convencional, contra-indicamos a realização de canalplastia pois o risco de infecção posterior pode comprometer o molde cartilaginoso e levar a perda de todo o trabalho realizado.

Para compensar uma possível perda auditiva, muitos aparelhos modernos vem sendo desenvolvidos para fazer a condução do som através do osso da mastóide. O som chega até o ouvido interno por meio de pequenos eletrodos. Em casos mais graves de surdez profunda e bilateral, o implante coclear pode ser indicado.

Trata-se de um equipamento eletrônico, computadorizado, que substitui totalmente o ouvido de pessoas que têm surdez total ou quase total. Ele funciona estimulando diretamente o nervo auditivo através de pequenos eletrodos colocados dentro da cóclea e o nervo auditivo leva os sinais elétricos ao cérebro que os interpreta como sons.



Quais as opções de tratamento para Microtia?

Existem várias opções de tratamento para a microtia e existem profissionais especializados e grupos de apoio que podem ajudar você a escolher entre essas opções enquanto seu filho cresce e se desenvolve. Em geral, nenhuma decisão ou tratamento devem ser escolhidos precocemente, uma vez que o bebê ainda tem uma orelha em crescimento e nenhuma cirurgia precoce trará resultados satisfatórios a longo prazo.

As principais opções para tratar Microtia são:

Não fazer nada (manter a orelhinha como ela é): muitas pessoas aceitam e convivem muito bem com suas pequenas orelhas. Essa opção é possível se você como mãe ensinar desde cedo o seu filho a aceitar suas diferenças e amar sua orelha como ela é, sempre apoiando muito o seu filho e trabalhando sua auto-estima e auto-confiança. É possível viver uma vida perfeitamente normal com

uma orelhinha pequena se isso não traz constrangimento social e emocional para seu filho e sua família. De fato, muitas crianças se incomodam menos com suas orelhinhas que os seus pais, pois sabem que nasceram assim e reconhecem a orelhinha como parte de si mesmos. Se a criança não vê problema em sua orelha diferente, não vale a pena forçar nenhum tipo de tratamento apenas para acalmar a ansiedade dos pais.

Prótese de orelha: confeccionada por anaplastologista especializado, as próteses de orelha são uma opção quando a cirurgia não pode ser realizada ou a família não deseja operar. As próteses atuais são ajustadas à cabeça através de pinos com imãs que aderem a prótese na posição ideal. Normalmente, é necessária uma cirurgia para colocação dos pinos, porém é uma cirurgia menor que a técnica de reconstrução convencional. As próteses conferem um bom resultado estético, porém com os inconvenientes de necessitarem de trocas frequentes e serem retiradas para tomar banho, dormir, etc. Não são minha primeira recomendação em crianças, pelo longo tempo de vida que ainda tem pela frente (e portanto, vão precisar de muitas trocas), além dos inconvenientes para tomar banho, ir a piscina, praia, jogar futebol etc. É importante saber, também, que muitas vezes a colocação dos pinos das próteses inviabiliza a realização da cirurgia convencional de reconstrução posteriormente por prejudicar a pele local.

Reconstrução de orelha convencional (usando cartilagem das costelas): é a técnica padrão ouro para reconstrução da orelha. Ela utiliza fragmentos das cartilagens das costelas para mimetizar uma orelha normal através de um molde esculpido para ser semelhante à orelha normal. Esse molde é colocado sob a pele da região da

microtia. A reconstrução completa exige no mínimo dois tempos cirúrgicos, já que no primeiro tempo o molde da orelha é apenas esculpido e colocado sob a pele rente à cabeça e no segundo tempo, essa nova orelha é separada da cabeça, fazendo o sulco natural que existe entre a orelha e a cabeça. Ao se usar a cartilagem do próprio paciente, diminui-se a chance de complicações a longo prazo, como infecções e rejeições.



Qual a idade ideal para realizar a cirurgia?

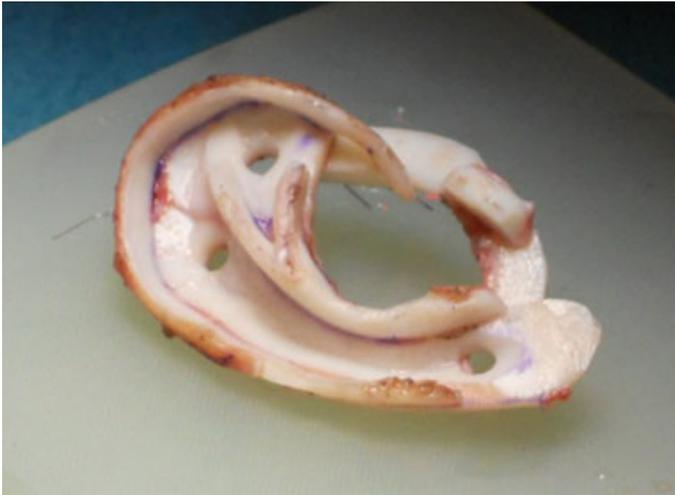
Antes dos 7 anos de idade, a orelha ainda se encontra em crescimento e qualquer tentativa de reconstrução não vai conseguir reproduzir o tamanho definitivo que a orelha ainda vai alcançar.

Quando a cirurgia envolve a reconstrução total ou quase total da orelha, envolvendo a criação dos seus vários relevos, a reconstrução normalmente é realizada após os 9-10 anos de idade, dependendo da altura e do desenvolvimento corporal da criança. Dessa forma, garante-se que não apenas a orelha terá atingido seu tamanho final, como também o grau de desenvolvimento do tórax será maior, permitindo a retirada de quantidade suficiente de cartilagem doadora.

Quando a opção de tratamento escolhida pela família é a cirurgia com uso de cartilagens das costelas, costumamos recomendar que a criança realize atividades físicas que ajudem no desenvolvimento torácico, como por exemplo a natação e o voleibol. Nos casos em que as crianças são pequenas apesar de já terem idade suficiente para operar, a cirurgia pode ser realizada, porém a área doadora de cartilagem será proporcionalmente maior que em crianças mais desenvolvidas.

Qual a técnica que você recomenda para correção de microtia?

Todas as possibilidades de tratamento apresentam prós e contras e eles devem ser pesados quanto aos seus riscos e benefícios. Como cirurgiã plástica, recomendo a reconstrução total da orelha com retirada de cartilagem das costelas e confecção de arcabouço cartilaginoso imitando uma orelha natural. Apesar do transtorno que qualquer procedimento cirúrgico pode envolver, bem como dos riscos inerentes ao procedimento, a utilização de material autógeno (do próprio paciente) diminui a chance de rejeição e permite alcançar um resultado mais estável e de longo prazo



Exemplo de um arcabouço de orelha reconstruído a partir de cartilagem retirada da costela

Você trabalha com próteses de orelha? Quando está indicado o uso de próteses de orelha?

Devido ao meu texto sobre [reconstrução de orelha](#), recebo muito frequentemente emails perguntando sobre as próteses auriculares, se eu as faço e qual o seu preço. Gostaria de esclarecer que eu não confecciono próteses auriculares e também não sei informar os preços atuais das mesmas.

As próteses auriculares devem ser confeccionadas por um especialista em **anaplastologia**, que é a ciência que estuda a reconstrução de segmentos do corpo humano com próteses estéticas de silicone para pacientes que tenham perdas corporais causadas por traumas, malformações congênitas ou pacientes oncológicos.

Assim como a cirurgia convencional de reconstrução de orelha, as próteses auriculares têm seus prós e seus contras. Entre suas

vantagens, está o tempo relativamente mais curto para se alcançar um resultado definitivo e a qualidade do resultado final, que pode ficar muito semelhante com a orelha original. Entre as desvantagens, eu destaco a necessidade de se colocar pinos de sustentação que funcionam como ímãs que prendem a prótese à cabeça. Esses pinos inviabilizam a possibilidade de cirurgia de reconstrução convencional, pois comprometem a pele da região. Além disso, a orelha deve ser “removida” para atividades habituais, como dormir e tomar banho.

Apesar da qualidade e riqueza de detalhes do material, a prótese sofre naturalmente um desgaste com o passar do tempo, necessitando ser refeita periodicamente. Deve-se lembrar, portanto, dos custos que essa renovação vai acarretar sobre a vida da pessoa, principalmente quando se trata de pacientes jovens com uma longa expectativa de vida e provável necessidade de muitas trocas de prótese ao longo dos anos. A família e o paciente devem estar cientes desse aspecto financeiro antes de se decidir pela prótese como opção definitiva.

Como cirurgiã, eu recomendo a reconstrução de orelha com prótese auricular para casos muito restritos, em que a qualidade da pele local não permite uma reconstrução com cartilagem autóloga, como por exemplo no caso de acidentes e queimaduras graves que comprometem muito a pele da região. Outros casos em que recomendamos a prótese são os casos de tumores e defeitos graves, em que a reconstrução convencional se torna inviável ou a expectativa de vida do paciente é tão curta que não compensa a realização de múltiplos procedimentos cirúrgicos e a prótese pode oferecer resultados mais rápidos, sem comprometimento da qualidade de vida residual.



Como é o processo de reconstrução de orelha e quanto tempo dura?

O processo de reconstrução de orelha é realizado a partir de no mínimo duas cirurgias, podendo haver necessidade de retoques ou revisões. O tempo médio de espera entre uma cirurgia e outra é de 4 a 6 meses, variando de paciente para paciente conforme a tolerância e recuperação do mesmo.

Técnica cirúrgica atual

Como a orelha tem uma forma complexa, um arcabouço ou molde cartilaginoso firme precisa ser usado para que os contornos possam ser reproduzidos de forma adequada. Atualmente, a técnica de reconstrução da orelha que utilizamos é realizada em dois tempos, segundo proposto por Nagata e

modificado por Firmin. Essa divisão da cirurgia em dois tempos se dá principalmente porque não conseguimos cobrir os dois lados do molde cartilaginoso com a pele da orelha alterada. Por conta disso, um enxerto de pele é usado no segundo tempo da cirurgia para poder soltar o molde da cabeça e criar o sulco entre a cabeça e a nova orelha.

Costuma-se esperar de 4 a 6 meses, no mínimo, entre a primeira e a segunda cirurgia, para que a pele esteja totalmente adaptada ao novo molde de orelha e o molde esteja bem integrado ao organismo, o que permite a sua liberação da cabeça e a colocação de pele para confeccionar o sulco entre a cabeça e a nova orelha. Alguns retoques e cirurgias menores complementares podem ser necessários para melhorar os relevos da nova orelha, bem como realizar a perfuração do molde na região do lóbulo para permitir o uso de brincos.

Primeiro tempo

O primeiro estágio de uma reconstrução de orelha corresponde à retirada de cartilagem das costelas e a confecção de um arcabouço ou molde cartilaginoso que vai imitar os relevos de uma orelha normal.

Normalmente realizamos uma incisão na região costal do mesmo lado da orelha acometida, medindo de 6 a 8cm posicionada de forma oblíqua. A retirada das cartilagens costais não causa deformidade torácica significativa e não pode ser usada como justificativa para não se indicar a cirurgia.

Após a confecção do molde, ele é posicionado sob a pele da região do lado afetado. Drenos de aspiração contínua são colocados na região auricular. Um pequeno fragmento de

cartilagem de costela é separado e colocado de volta sob a pele da região torácica para ser utilizado no segundo tempo como suporte para a elevação do arcabouço cartilaginoso. A região costal geralmente não necessita ser drenada.

Segundo tempo

O segundo estágio da reconstrução da orelha corresponde à elevação do molde cartilaginoso, liberando o complexo auricular da cabeça com a recriação do espaço atrás da orelha. Esse espaço atrás da orelha é chamado de sulco retro-auricular.

O intervalo entre as duas cirurgias varia de 4 a 6 meses, dependendo da situação específica do paciente. Durante a primeira cirurgia, a cartilagem da costela é retirada e esculpida e colocada abaixo da pele. Assim que esse primeiro tempo for realizado, todos os contornos da orelha vão ser reproduzidos, mas não vai haver espaço atrás da orelha. Quando vista de perfil, a orelha reconstruída parece ser normal, mas ela não se projeta da cabeça como a orelha normal. A criação do sulco retro-auricular durante o segundo estágio da cirurgia é realizada inicialmente com a liberação do arcabouço cartilaginoso. Em seguida, o fragmento de cartilagem costal guardado sob a pele na região torácica é retirado e utilizado como suporte para manter a projeção do arcabouço liberado. Nesse momento, pode ser feita uma revisão da cicatriz da região torácica caso seja necessária.

É retirado, então, um enxerto de pele para cobertura da região posterior do complexo auricular.

A liberação do complexo auricular nos permite assegurar que a projeção de ambas as orelhas vai ser semelhante quando vistas de frente.



Quais os riscos e complicações possíveis de uma reconstrução de orelha?

Todo procedimento cirúrgico envolve riscos e possíveis complicações e as cirurgias para reconstruir uma orelha não estão isentas dessas variáveis.

Alguns fatores não são considerados complicações, embora causem uma limitação transitória para a criança. Entre esses fatores, destaco a dor relacionada à retirada de cartilagem das costelas, levando a um afastamento obrigatório de atividades físicas por um período variável de 4 a 6 semanas.

Entre as complicações da reconstrução de orelha, estão:

pneumotórax (entrada de ar no espaço pleural (membranas que recobrem o pulmão) por lesão acidental durante a retirada da cartilagem das costelas, perda do molde cartilaginoso por causa de infecção, sofrimento da pele que recobre o molde e hematoma (acúmulo de sangue). A perda em grau variável do contorno do molde cartilaginoso pode ocorrer ainda como consequência de reabsorção da cartilagem e/ou retração cicatricial da pele que recobre a cartilagem.

Como é a recuperação das cirurgias?

A primeira cirurgia é a mais demorada e também a mais incômoda no pós-operatório, devido à retirada das cartilagens das costelas. A recuperação da primeira cirurgia dura em torno de 4 a 6 semanas, porém a resposta ao pós-operatório é muito variável de paciente para paciente. A

segunda cirurgia é menor e visa elevar o arcabouço cartilaginoso para separar a nova orelha da cabeça. A recuperação costuma ser mais rápida, em torno de duas semanas, e também costuma incomodar menos que a primeira cirurgia. Alguns pequenos retoques podem ser necessários ao longo do tempo para melhorar a aparência da orelha reconstruída, em geral também são cirurgias menores e com recuperação também mais rápida, variando em média entre 2 e 4 semanas.



Você opera somente crianças ou também opera adultos?

Opero crianças, adolescentes e adultos. Tenho uma formação acadêmica muito dedicada ao estudo e tratamento das malformações congênitas craniofaciais e experiência profissional em trabalhar com crianças, mas não podemos nos esquecer que as crianças crescem e se tornam adultos e malformações não operadas continuam existindo independente da idade do paciente... Meu trabalho abrange o acompanhamento a longo prazo desses pacientes durante seu crescimento e desenvolvimento craniofacial, além de receber adultos que nasceram com malformações e nunca foram operados ou já foram operados e desejam melhorar algum resultado.



Qual o valor de uma cirurgia de reconstrução de orelha?

Essa pergunta é muito recorrente nos emails que recebo, alguns dos quais se limitam basicamente a essa pergunta, às vezes com uma foto anexada... Qual o problema de se fazer essa pergunta? Eu realmente acho normal ter esse tipo de curiosidade. De fato, quando você busca um serviço, um dos fatores importantes na escolha da decisão pelo serviço é justamente o seu custo. No entanto, ao contrário de muitos serviços, a prática médica é totalmente individualizada e necessita de uma anamnese (entrevista) específica, um exame físico pormenorizado e vínculos que criem uma relação médico-paciente saudável e tão necessária.

Em se tratando de uma reconstrução de orelha, então, a avaliação da qualidade da pele local, a altura da implantação da linha do cabelo, o tamanho e qualidade do remanescente de orelha, bem como a presença ou não de cartilagem no mesmo, todas essas características são importantes na determinação das possibilidades cirúrgicas, o melhor tipo de acesso, o melhor tipo de arcabouço cartilaginoso e até mesmo se há condições de se operar ou não. Isso não se vê em uma fotografia, por melhor resolução que ela possa apresentar. Na verdade, na contra-mão da tecnologia, a medicina continua sendo uma arte em que o ver pessoalmente, o tocar e o sentir fazem toda a diferença em uma avaliação pré-operatória.

Destaco ainda que o valor de uma cirurgia varia bastante, não existe um preço fixo para reduzir mamas ou para operar um nariz, por exemplo. Entre as variáveis que influenciam na determinação do preço de uma cirurgia, eu destaco as seguintes: o caso. Aquela máxima “cada caso é um caso” existe. Tem nariz, por exemplo, que só tem a ponta a se mexer. Tem nariz que tem a ponta e o dorso. Tem o que tem a ponta, o dorso, o septo, os cornetos, a fratura... Para todo tipo de cirurgia isso acontece. **Existem casos “mais fáceis” e casos “mais difíceis” e uma mesma cirurgia pode durar uma hora e meia ou cinco horas. Não dá para ter o mesmo valor...**

Outro componente no preço de uma cirurgia é o Hospital. Tirando as cirurgias reparadoras cobertas pelo Convênio do paciente, em que ficamos mais restritos às opções oferecidas pelo próprio Convênio, nas cirurgias particulares ocorre uma livre-escolha. Costumo explicar que funciona como escolher um Hotel: existem

os Hotéis mais simples, com um mínimo de conforto, e os Hotéis “5 estrelas”. E o preço varia enormemente. Assim acontece com os Hospitais, respeitando logicamente requisitos básicos de segurança para o paciente. Os preços são dados em “pacotes” conforme o tipo de cirurgia a ser realizada. Se passar do tempo de sala ou usar mais fios cirúrgicos que o “pacote” oferece, o preço aumenta, assim como se você consumir algo do frigobar de um Hotel, que não estava incluído na diária. **O mais importante: só não aceite ser operado em “albergues”.**

Por fim, destaco a variável Equipe Médica que inclui o médico Anestesiologista, os médicos assistentes ou cirurgiões auxiliares, a instrumentadora e o próprio Cirurgião Plástico. O valor do Anestesista varia conforme o porte da cirurgia, o tipo de anestesia a ser utilizada (local e sedação, bloqueio ou anestesia geral) e a duração do procedimento. Da mesma forma, o valor dos auxiliares e da instrumentadora também varia conforme o tipo de cirurgia (tem cirurgias em que basta um auxiliar, outras necessitam dois ou até mais), sua complexidade e duração. **O valor do Cirurgião Plástico também varia, de cirurgião para cirurgião. Não há tabela ou Cartel. Há os cirurgiões que cobram menos e os que cobram mais e isso é muito subjetivo. Independente da escolha a ser feita, o mais importante é que ele seja Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**, o que implica no mínimo 11 anos de formação, entre faculdade e especializações médicas.



Clarice Abreu, M.D.

CIRURGIA PLÁSTICA | CIRURGIA CRANIOMAXILOFACIAL

www.clariceabreu.com.br