JSIHS JOURNAL OF SOCIAL ISSUES AND HEALTH SCIENCES

ISSN 2966-0742

Otoplastia na orelha proeminente: anatomia, técnicas de mustardé e furnas e prevenção de recidivas

Otoplasty for prominent ears: anatomy, Mustardé and Furnas techniques, and recurrence prevention

Otoplastia en orejas prominentes: anatomía, técnicas de Mustardé y Furnas y prevención de recurrencias

DOI: 10.5281/zenodo.23826316

Recebido: 29 out 2026
Aprovado: 30 out 2026

Edwardo Arcanjo Silva
Formação acadêmica: Médico.
Instituição de formação: Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Medicina.
Endereço: Brasília – Distrito Federal, Brasil.
ORCID: https://orcid.org/0009-0000-4700-6387
E-mail: edwardoarcanjo@gmail.com

Cláudio Borges Alves
Formação acadêmica: Médico.
Instituição de formação: Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Universidade do Distrito Federal (UnDF).
Endereço: Brasília – Distrito Federal, Brasil.
E-mail: claudioborgesalves@gmail.com

Lucas Homan Sousa do Nascimento
Formação acadêmica: Médico.
Instituição de formação: Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Medicina.
Endereço: Goiânia – Goiás, Brasil.
ORCID: https://orcid.org/0009-0000-1415-1182
E-mail: lucashoman123@gmail.com

RESUMO

A orelha proeminente é uma deformidade auricular frequente, decorrente principalmente de apagamento da anti-hélice, hipertrofia da concha ou combinação desses componentes. Objetivo: analisar os fundamentos anatômicos, a seleção da técnica de otoplastia e as estratégias de prevenção de deformidades residuais, complicações e recidiva. Método: revisão narrativa crítica de estudos de técnicas cirúrgicas, revisões sistemáticas e séries clínicas contemporâneas. Resultados da síntese: a avaliação deve distinguir excesso de projeção conchal, deficiência da dobra anti-helicoidal e proeminência lobular. As suturas de Mustardé recriam a anti-hélice, enquanto as suturas de Furnas aproximam a concha da mastoide; podem ser combinadas ou associadas a enfraquecimento cartilaginoso seletivo. Uma revisão publicada em 2026, com 18 estudos e 1.590 pacientes, encontrou recidiva agrupada de 2,8%, revisão de 2,1% e extrusão de sutura de 5,4%, resultados que não devem ser extrapolados a todos os métodos. Hematoma, infecção, assimetria, irregularidade de contorno e falha de suturas requerem reconhecimento precoce. Conclusão: a correção duradoura depende da identificação do mecanismo de protrusão, da preservação vascular, do controle da tensão e de seguimento capaz de detectar recidiva e insatisfação funcional ou estética.

Palavras-chave: Otoplastia; Orelha proeminente; Cartilagem auricular; Recidiva; Técnicas de sutura.

ABSTRACT

Prominent ear is a frequent auricular deformity predominantly associated with an underdeveloped antihelical fold, a deep concha, or both. Objective: to review anatomical principles, technique selection, and methods for reducing residual deformity, complications, and recurrence after otoplasty. Methods: a critical narrative synthesis of surgical reviews, contemporary systematic analyses, and clinical series. Findings: preoperative examination must distinguish conchal excess, deficient antihelical folding, and prominent lobules. Mustardé sutures recreate the antihelical contour, whereas Furnas sutures reduce conchal projection by conchomastoid fixation; these methods may be combined or supplemented by selective cartilage weakening. A 2026 review comprising 18 studies and 1,590 patients reported pooled recurrence and revision rates of 2.8% and 2.1%, respectively, with suture extrusion in 5.4%; these estimates should not be generalized across techniques and patient groups. Hematoma, infection, asymmetry, contour irregularity, and suture failure require timely recognition. Conclusion: durable correction requires identification of the principal anatomical cause, preservation of tissue perfusion, balanced fixation, and follow-up for recurrence and patient-reported outcomes.

Keywords: Otoplasty; Prominent ear; Auricular cartilage; Recurrence; Suture techniques.

RESUMEN

La oreja prominente es una deformidad auricular frecuente que suele relacionarse con un pliegue antihélico insuficiente, una concha profunda o ambos mecanismos. Objetivo: revisar los principios anatómicos, la selección técnica y las estrategias para prevenir deformidad residual, complicaciones y recurrencia tras la otoplastia. Método: revisión narrativa crítica de revisiones quirúrgicas, análisis sistemáticos y series clínicas. Síntesis: la valoración debe distinguir el exceso conchal, el defecto del antihélix y la prominencia del lóbulo. Las suturas de Mustardé reconstruyen el pliegue antihélico, mientras que las de Furnas fijan la concha a la región mastoidea; ambas pueden combinarse y asociarse con debilitamiento cartilaginoso selectivo. Una revisión de 2026 de 18 estudios y 1.590 pacientes encontró tasas agrupadas de recurrencia de 2,8%, reintervención de 2,1% y extrusión de suturas de 5,4%, sin validez universal para todas las técnicas. Hematomas, infecciones, asimetría y defectos del contorno requieren detección precoz. Conclusión: el éxito duradero depende del diagnóstico anatómico, la preservación vascular, la fijación equilibrada y el seguimiento.

Palabras clave: Otoplastia; Oreja prominente; Cartílago auricular; Recurrencia; Técnicas de sutura.

1. INTRODUÇÃO

As orelhas proeminentes constituem alteração morfológica geralmente benigna, mas capaz de provocar sofrimento psicossocial, sobretudo quando a diferença de projeção se torna visível na infância. A finalidade da otoplastia é reposicionar a aurícula e reconstruir seus relevos sem produzir contorno artificial, estreitamento exagerado ou perda da simetria. A correção deve respeitar variações individuais de tamanho, rigidez cartilaginosa, implantação e projeção lobular [1,2].

A descrição de mais de duzentas técnicas cirúrgicas ao longo da história reflete a complexidade da deformidade e a inexistência de solução única. As famílias técnicas incluem suturas de modelagem, enfraquecimento ou incisões da cartilagem, ressecção limitada e combinações com retalhos de cobertura.

As técnicas clássicas de Mustardé e Furnas continuam relevantes por abordarem mecanismos anatômicos distintos e frequentemente associados [1,3].

O avanço contemporâneo não se traduz apenas por novos dispositivos, mas pelo refinamento da indicação e pela mensuração transparente dos desfechos. Recidiva, extrusão de sutura, necessidade de revisão e satisfação com o contorno devem ser analisadas em conjunto. Este artigo examina os componentes anatômicos da orelha proeminente, a escolha das técnicas e a prevenção de complicações com base em literatura clínica e revisões recentes.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Desenvolvimento da orelha e definição da deformidade

A orelha externa apresenta componentes cartilaginosos e cutâneos organizados em hélice, anti-hélice, escafa, concha, trago, antítrago e lóbulo. A relação entre anti-hélice, cavidade conchal e mastoide determina grande parte da projeção aparente. A perda da dobra anti-helicoidal pode ampliar a abertura superior da orelha; uma concha profunda projeta principalmente o segmento médio; a posição da cauda helicoidal e do lóbulo influencia a porção inferior. Essas anormalidades variam em grau e podem coexistir em uma mesma aurícula [1,3].

A avaliação não depende de uma medida isolada. Distância hélice-mastoide, ângulo cefaloauricular, simetria bilateral e qualidade das dobras devem ser documentados, lembrando que valores normativos variam com idade e método de mensuração. A presença de aparente protrusão pode refletir implantação auricular, concha hipertrofiada, descontinuidade anti-helicoidal ou combinação; operar exclusivamente a concha em uma anti-hélice apagada tende a deixar defeito residual.

Estudos observacionais e revisões descrevem orelha proeminente em parcela apreciável da população; estimativas de 5% a 10% dependem da definição utilizada. A condição é frequentemente identificada na infância e pode ter impacto psicológico que justifique discussão terapêutica com a família, mas a indicação deve respeitar maturidade, capacidade de cooperação, possibilidade de consentimento e gravidade do incômodo [1,2].

2.2 Avaliação pré-operatória e objetivos de correção

A anamnese investiga idade, motivação para a cirurgia, experiências de constrangimento, cicatrização patológica, cirurgias anteriores e expectativas quanto a simetria. Em crianças, é importante diferenciar desejo próprio de pressão exclusivamente externa. A análise fotográfica frontal, posterior e

oblíqua descreve o sulco retroauricular, a posição do lóbulo, a definição da anti-hélice e a relação da concha com o crânio [1].

Palpação da rigidez cartilaginosa fornece informação sobre a manutenção de dobras obtidas com sutura. Cartilagem mais flexível admite remodelagem menos agressiva; cartilagem espessa e rígida pode demandar enfraquecimento controlado. A cirurgia deve buscar curvas suaves, evitando anti-hélice afilada, aspecto de orelha colada ao crânio e assimetria de projeção entre terços. A distância à mastoide deve ser equilibrada, não minimizada indiscriminadamente.

Em lactentes muito jovens, determinadas deformidades da cartilagem podem responder a moldagem auricular não cirúrgica quando instituída precocemente, enquanto protrusão estabelecida em idade posterior costuma exigir correção operatória caso haja indicação. Essa distinção entre remodelação neonatal e otoplastia evita estender resultados de um contexto etário a outro [2].

2.3 Suturas de Mustardé: reconstrução da anti-hélice

A técnica de Mustardé utiliza suturas de colchão entre regiões cartilaginosas para estabelecer ou acentuar a dobra anti-helicoidal sem exigir ressecção cartilaginosa ampla. O planejamento define a localização e a curvatura do novo relevo; suturas mal posicionadas podem criar uma anti-hélice angulada ou excessivamente marcada. A dissecção posterior, quando empregada, deve permitir visualização e preservação do pericôndrio e dos tecidos de cobertura [1,3].

A tensão aplicada precisa ser distribuída ao longo da dobra, e não concentrada em um ponto único. Suturas sob tração excessiva podem cortar a cartilagem, exteriorizar nós ou produzir deformidades locais. A rigidez e a memória elástica da cartilagem em adultos tornam necessária uma avaliação cuidadosa da durabilidade do resultado. A associação a métodos complementares é decisão anatômica, não requisito universal.

2.4 Suturas de Furnas: controle da concha proeminente

A técnica de Furnas aproxima a concha da região mastoidea por suturas conchomastoideas, reduzindo projeção média e melhorando o ângulo cefaloauricular. O resultado depende do posicionamento tridimensional: tracionar a concha sem considerar o meato acústico, a raiz da hélice e a projeção do polo superior pode deformar a aurícula, restringir sua aparência natural ou produzir assimetria [1,3].

Quando a concha é verdadeiramente exuberante, pode-se avaliar ressecção cartilaginosa conservadora ou técnicas de escultura. Entretanto, a remoção excessiva compromete rigidez estrutural, produz irregularidades palpáveis e pode aumentar risco de aparência operada. Na prática, a combinação

Mustardé–Furnas é útil quando coexistem anti-hélice deficiente e protrusão conchal; a combinação precisa preservar mobilidade natural e sulco retroauricular adequado.

2.5 Técnicas de enfraquecimento cartilaginoso e abordagens híbridas

Métodos de abrasão, escarificação e incisões cartilaginosas modificam propriedades mecânicas da placa, facilitando sua curvatura. Seu benefício potencial aumenta quando a cartilagem é espessa ou quando suturas isoladas oferecem correção instável. Por outro lado, agressões excessivas, lesões simultâneas das duas faces e desvascularização elevam risco de contorno agudo, irregularidade e necrose. Assim, a intensidade do enfraquecimento deve ser a mínima capaz de permitir a forma pretendida [1,3].

As abordagens híbridas incluem associação de sutura e escultura ou cobertura posterior por retalhos fasciais. A cobertura de nós pode reduzir exposição ou palpabilidade de material, mas introduz planos de dissecção adicionais. Revisão sistemática de 2026 sugeriu que combinações com escultura ou retalhos poderiam apresentar menos recorrência e reoperação em parte das séries, ressaltando a escassez de estudos randomizados de longa duração [1]. Não se deve, portanto, anunciar uma técnica híbrida como superior em qualquer cenário.

2.6 Correção do lóbulo e controle de assimetrias

O lóbulo não contém a mesma placa cartilaginosa dos segmentos superiores e pode permanecer proeminente mesmo após correção adequada da concha e da anti-hélice. Sua posição é influenciada pela cauda da hélice e por inserções de tecidos moles. Procedimentos adicionais devem ser planejados apenas quando a projeção residual for verdadeira, evitando ressecção excessiva de pele e deformidade pontiaguda.

A assimetria entre orelhas pode ser pré-existente, decorrente de diferentes mecanismos anatômicos ou relacionada ao ajuste de suturas. A decisão deve priorizar harmonia facial e semelhança aceitável, sem prometer identidade geométrica absoluta. Em operações de revisão, é necessário avaliar cicatrização, posição de fios, integridade cartilaginosa e eventuais deformidades induzidas pela primeira cirurgia.

2.7 Hemostasia, curativos e seguimento

Hematoma é complicação importante pelo risco de dor intensa, comprometimento da cobertura e condrite. A operação requer hemostasia minuciosa, inspeção de espaços mortos e curativo que contenha edema sem comprimir excessivamente o pavilhão. Dor progressiva unilateral, assimetria súbita ou aumento de volume devem suscitar revisão imediata, uma vez que drenagem oportuna pode prevenir lesão cartilaginosa [2,3].

O seguimento verifica cicatriz posterior, viabilidade da pele, integridade dos fios, simetria e retorno gradual às atividades. Esporte de contato e pressão repetida sobre as orelhas podem exigir restrições individualizadas no período inicial. O tempo e o tipo de faixa ou curativo variam entre protocolos; não há base para um cronograma único aplicável a todas as técnicas.

2.8 Complicações e tratamento

A extrusão de fios é uma das complicações relatadas com maior frequência em séries de otoplastia. Conduta depende de exposição, inflamação, integridade da correção e eventual infecção. Sutura exposta pode demandar retirada seletiva após avaliação, mas remover fixações precocemente em dobra ainda instável pode favorecer recorrência. A correção da causa mecânica importa tanto quanto o tratamento local [2].

Infecção pericondral ou condrite deve ser diagnosticada precocemente, com avaliação da necessidade de drenagem, obtenção de cultura quando adequada, antimicrobianos dirigidos e preservação de cartilagem viável. Necrose cutânea ou deformidade cartilaginosa estabelecida pode exigir reconstrução tardia. A cicatriz hipertrófica ou queloide exige planejamento diferenciado, sobretudo em pacientes com predisposição pessoal.

Recidiva pode decorrer de memória cartilaginosa, sutura que cede, seleção de técnica insuficiente ou trauma. Antes de reoperar, deve-se distinguir edema residual de projeção persistente, avaliar mecanismo dominante e aguardar estabilização tecidual quando seguro. Revisões precipitadas ou baseadas apenas em uma medida de projeção podem agravar assimetrias e aumentar cicatrizes.

2.9 Fenótipos anatômicos e diagnósticos diferenciais

A orelha proeminente não constitui entidade cirúrgica uniforme. A ausência ou hipoplasia da dobra anti-helicoidal é frequentemente acompanhada de concha profunda, ângulo conchomastoideo alargado ou protrusão do terço inferior. Orelha de Stahl, orelha constrita, deformidade em taça, lóbulo saliente e assimetrias de implantação exigem avaliação específica, pois a simples aproximação posterior da concha à mastoide não corrige todas as alterações e pode criar distorção visível [3,5].

A história clínica distingue deformidade congênita isolada de alteração adquirida por trauma, hematoma auricular ou cicatrização, situações nas quais cartilagem e pele podem estar espessadas e menos maleáveis. Deve-se registrar também histórico de queloides, dificuldade de cicatrização e intervenção anterior. A inspeção frontal, lateral e posterior ajuda a identificar se predomina a projeção superior, média

ou lobular; a mensuração deve ser feita bilateralmente, com registro fotográfico padronizado. O objetivo não é tornar os dois lados matematicamente idênticos, mas obter harmonia global e anatomia natural [3,5].

2.10 Oportunidade de moldagem não cirúrgica no recém-nascido

A maleabilidade cartilaginosa neonatal permite tentar moldagem externa precoce em algumas deformidades auriculares, especialmente quando a estrutura é preservada e o problema consiste em dobra ou posição anormal. O recurso depende da idade, do tipo de alteração, do acompanhamento e da disponibilidade de dispositivos adequados. Não se deve confundir malformações com perda de tecido, como determinadas microtias, com deformações passíveis de remodelagem por splint. A orientação na maternidade ou na puericultura pode evitar que uma criança com deformidade corrigível seja encaminhada apenas na idade escolar [3,5].

Embora a literatura descreva melhores resultados quando a moldagem se inicia nas primeiras semanas, a janela exata e a efetividade variam. Em crianças maiores com cartilagem menos flexível, insistir em dispositivos sem perspectiva de remodelagem pode atrasar o tratamento apropriado. Também devem ser monitorados irritação da pele, pressão excessiva e adesão familiar. A discussão do tratamento não cirúrgico amplia o conceito de cuidado da orelha proeminente: a indicação de otoplastia não é obrigatoriamente imediata após o reconhecimento da deformidade [3,5].

2.11 Seleção pediátrica, expectativa familiar e consentimento

A idade cirúrgica é orientada pela maturidade auricular, pela condição anestésica e pela situação psicossocial, e não somente por número fixo de anos. Na infância, a avaliação da percepção da própria criança diferencia sofrimento espontaneamente relatado de preocupação predominantemente adulta. Deve-se explorar experiências de constrangimento, desejo de tratamento e expectativas quanto à simetria. A indicação não deve transformar variação morfológica benigna em necessidade médica universal, nem considerar o sofrimento psicossocial irrelevante porque não há perda auditiva [3,5].

A conversa pré-operatória abrange possibilidades de correção unilateral ou bilateral, cicatriz retroauricular, sensibilidade alterada, período de proteção, necessidade eventual de revisão e riscos de hematoma e infecção. Em adolescentes e adultos, o exame da cartilagem, com provável maior rigidez, pode modificar a escolha por suturas isoladas ou escultura adicional. Fotografias de resultados exemplificam o espectro de possibilidades, mas não devem ser usadas como promessa de reprodução exata em anatomias diferentes [1,2,5].

2.12 Reconstrução da anti-hélice e estratégias de controle da concha

As suturas de Mustardé recriam a dobra anti-helicoidal mediante pontos conchoescafais ou de modelagem posicionados na face posterior da cartilagem. O planejamento considera altura e curvatura da dobra em diferentes níveis: um único ponto pode produzir depressão localizada ou falhar em corrigir o polo superior. O equilíbrio da tensão é relevante, porque excesso de compressão resulta em relevo anguloso e anatomia artificial. A exposição da cartilagem permite avaliar sua flexibilidade e decidir se o método de preservação é suficiente [3,5].

As suturas de Furnas aproximam a concha ao periósteo mastoideo, corrigindo principalmente a protrusão conchal. A posição dos pontos evita rotação inadequada, ocultação excessiva da hélice ou estreitamento do sulco retroauricular. A sobreposição de dois problemas — anti-hélice pouco definida e concha profunda — explica a frequência de combinação das técnicas. A correção isolada da anti-hélice pode deixar a concha saliente; correção conchal excessiva, por outro lado, pode aproximar indevidamente o terço médio e criar aspecto de telefone [2,3,5].

Quando a cartilagem é espessa ou apresenta memória de forma elevada, algumas equipes associam abrasão, scoring ou incisões seletivas para reduzir resistência. Esses métodos introduzem potenciais vantagens de estabilidade, mas também risco de irregularidades, bordas visíveis e deformidades permanentes. A revisão sistemática de Thomson e colaboradores sugeriu menor recidiva em combinações de suturas com scoring ou retalhos cartilaginosos, porém a predominância de séries retrospectivas impede afirmar superioridade em todas as idades ou fenótipos [1].

2.13 Simetria, medições e critérios objetivos de resultado

Uma referência clássica de planejamento é a distância hélice-mastoide progressivamente maior da porção superior para a inferior, com valores descritivos aproximados de 10–12 mm no terço superior, 16–18 mm no médio e 20–22 mm no inferior. Esses números são objetivos estéticos tradicionais, não limites rígidos, e devem ser adaptados a estatura, forma auricular, cabeça e preferência informada. Importam também contorno liso da hélice, visualização da hélice à frente da anti-hélice em projeção frontal e manutenção do sulco posterior [3,5].

A avaliação no intraoperatório deve observar os dois lados de múltiplos ângulos, pois a orelha pode parecer satisfatória em visão posterior e mostrar irregularidade anterior. A documentação do terço superior, terço médio e lóbulo permite investigar futuramente se eventual assimetria representa falha de dobra, excesso de concha ou correção desigual. A fotografia isolada logo após a operação é insuficiente para comparar resultados finais, uma vez que curativo, edema e cicatriz alteram a posição [2,3].

2.14 Complicações precoces e tardias: reconhecimento e condutas

Hematoma é complicação precoce clinicamente importante, manifestando dor progressiva, pressão, assimetria ou aumento do volume sob curativo. A presença de coleção significativa exige avaliação imediata, porque compressão sustentada pode comprometer nutrição da cartilagem e favorecer deformação. A drenagem, a revisão de hemostasia e a recomposição adequada do curativo são consideradas conforme gravidade. Não se deve atribuir dor intensa simplesmente ao desconforto de um curativo compressivo antes de examinar a aurícula [3,5].

Infecção com eritema, calor e secreção exige diferenciação entre alteração superficial da ferida, reação ao material de sutura e pericondrite. Envolvimento da cartilagem merece abordagem rápida, com avaliação presencial, antimicrobianos adequados ao provável agente e eventual drenagem ou desbridamento. As complicações relacionadas às suturas incluem extrusão tardia, granuloma e palpabilidade; o tratamento depende da estabilidade do resultado e da presença de infecção. Retirar um ponto de fixação precocemente pode resultar em perda parcial da correção, razão pela qual a decisão deve considerar a anatomia e o estado da cicatrização [2,3].

Recidiva pode ocorrer pela memória cartilaginosa, ruptura ou perda de tensão de suturas e correção incompleta do mecanismo anatômico. Outras complicações tardias são queloides, cicatriz hipertrófica, deformidade em telefone, assimetria lobular e sulco retroauricular excessivamente estreito. A abordagem revisional deve separar reintervenções funcionais ou por infecção de ajustes estéticos eletivos: estes costumam exigir maturação cicatricial e esclarecimento detalhado sobre limitações do tecido previamente operado [1,2,5].

2.15 Seguimento, satisfação e qualidade metodológica das pesquisas

O acompanhamento deve registrar integridade da ferida, dor, sensibilidade cutânea, exposição de material, contorno, distância mastoide-hélice e satisfação ao longo do tempo. Consultas precoces concentram-se em hematoma e infecção; reavaliações tardias permitem identificar recidiva e cicatriz. Escalas de satisfação não são intercambiáveis com medições anatômicas: uma alteração mensurável pode não incomodar o paciente, e uma correção tecnicamente estável pode não corresponder à expectativa estética previamente discutida [1,2].

Comparações entre técnicas precisam distinguir número de pacientes do número de orelhas operadas, uma vez que a análise de duas orelhas do mesmo paciente não gera observações estatisticamente independentes. Também é necessário declarar o seguimento mínimo, a definição de recidiva, os critérios de indicação e a experiência do cirurgião. Sem esses dados, a ausência de complicações pode refletir apenas

registro incompleto ou abandono de acompanhamento. A padronização dos desfechos é etapa fundamental para transformar experiência técnica em evidência comparável [1,2].

Quadro 1 – Problemas anatômicos e decisões terapêuticas

Componente predominante	Estratégia cirúrgica possível	Falha que deve ser evitada
Anti-hélice pouco definida	Suturas de Mustardé	Dobra angulada ou sutura sob tensão excessiva
Concha profunda/projetada	Suturas conchomastoideas de Furnas	Orelha excessivamente colada à mastoide
Cartilagem rígida com memória elástica	Enfraquecimento seletivo associado	Desvascularização e irregularidade cartilaginosa
Proeminência do lóbulo	Correção específica após análise da cauda helicoidal	Deixar o lóbulo projetado ou criar tração excessiva
Recidiva após suturas	Reavaliar mecanismo e integridade cartilaginosa	Reoperar sem identificar a causa

Fonte: elaboração dos autores com base nas referências apresentadas no texto.

3. METODOLOGIA

Esta revisão narrativa foi elaborada a partir de busca dirigida em PubMed/MEDLINE e textos integrais de revisões de cirurgia plástica disponíveis até outubro de 2026. Foram priorizadas duas revisões de 2026, uma sistemática focada na comparação de técnicas e outra síntese quantitativa de resultados clínicos, além de revisão histórica e série clínica sobre suturas preservadoras de cartilagem [1–4]. A organização temática privilegiou avaliação anatômica, escolha do método, prevenção de recidiva e manejo de complicações. Não houve protocolo prospectivo, triagem duplicada, avaliação independente de viés ou metanálise própria. Estimativas quantitativas são apresentadas apenas com identificação explícita dos estudos de origem.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uma revisão prática publicada em 2026 reuniu 18 estudos, 1.590 pacientes e 3.060 orelhas, com seguimento médio de 24,5 meses; encontrou distância média hélice-mastoide reduzida de 27,1 para 15,4 mm, extrusão de sutura em 5,4%, recidiva agrupada de 2,8% e revisão de 2,1% [2]. Esses números sintetizam estudos selecionados e não equivalem a probabilidades individuais pré-operatórias. O tipo de deformidade, técnica, habilidade do cirurgião e definição de recidiva podem alterar substancialmente as taxas.

Outra revisão sistemática contemporânea incluiu 22 estudos, com predomínio de coortes retrospectivas, e comparou suturas isoladas, métodos de enfraquecimento cartilaginoso e técnicas híbridas [1]. Os autores observaram sinais de menor recidiva em determinadas combinações, mas reconheceram

ausência de ensaios de alta qualidade que definam superioridade definitiva. Essa limitação sustenta uma abordagem seletiva, na qual o mecanismo anatômico orienta a combinação e não o inverso.

Os métodos de Mustardé e Furnas permanecem relevantes porque corrigem componentes complementares. Entretanto, o fato de serem consagrados não autoriza execução padronizada; o desfecho é sensível à posição dos pontos, à flexibilidade cartilaginosa e ao controle do lóbulo. O excesso de correção pode ser tão perceptível quanto a protrusão residual e costuma gerar maior dificuldade de revisão em razão de cicatrização e alterações do relevo [3,4].

A avaliação dos resultados deveria abranger dimensões padronizadas, fotografias em ângulos reprodutíveis, eventos adversos precoces, material extruído, revisões e instrumentos de satisfação. O benefício psicossocial não pode ser presumido individualmente; ele deve ser investigado sobretudo em crianças, evitando que critérios exclusivamente estéticos substituam escuta e informação apropriadas.

4.1 Interpretação crítica das estimativas e risco de comparação indireta

As revisões contemporâneas oferecem panorama quantitativo relevante, mas suas estimativas não devem ser apresentadas como taxas universais. Kaleeny e Janis sintetizaram 18 estudos e 1.590 pacientes, com média de seguimento próxima de dois anos; encontraram extrusão de sutura em 5,4%, recidiva agrupada em 2,8% e revisão em 2,1% [2]. A interpretação depende de seleção de séries e critérios de definição. A revisão de Thomson e colaboradores, com 22 estudos majoritariamente retrospectivos, mostrou sinais favoráveis às técnicas híbridas, sem evidência experimental suficiente para recomendar um método obrigatório [1].

A composição das amostras interfere no resultado observado. Crianças com cartilagem flexível, adultos com deformidades previamente operadas e pacientes com concha muito profunda podem apresentar prognósticos distintos. Além disso, recorrência precoce por perda de fixação e recorrência tardia por remodelamento não são necessariamente o mesmo fenômeno. A descrição da causa e do tempo de ocorrência é mais útil que a porcentagem isolada [1,2].

4.2 Implicações para um algoritmo centrado no defeito anatômico

Uma abordagem consistente começa por identificar a estrutura primariamente alterada. A hipoplasia anti-helicoidal orienta modelagem com suturas; concha proeminente justifica avaliação de fixação conchomastoidea; cartilagem rígida pode demandar manobras complementares; lóbulo proeminente exige correção própria. O planejamento bilateral deve preservar as assimetrias naturais compatíveis com

aparência não operada, evitando hipercorreção estética. A discussão prévia de resultados esperados é especialmente importante na criança, em quem a motivação pode diferir da dos responsáveis [3,5].

A manutenção de qualidade exige registro prospectivo de hematoma, infecção, extrusão, reoperações e resultados estéticos em prazos definidos. Uma série com mais de cem correções consecutivas sem revisão detalhada da seleção e do seguimento pode parecer superior a séries completas que registram até pequenas extrusões. A transparência metodológica, portanto, é parte da segurança assistencial e da avaliação honesta de uma técnica [1,2].

Em uma série retrospectiva de 172 pacientes operados com a combinação Mustardé–Furnas, García-Purriños e colaboradores avaliaram parâmetros anatômicos de McDowell/Wright e satisfação aos 12 meses. A correlação entre cumprimento dos critérios técnicos e satisfação foi significativa, porém apenas moderada. Esse achado recomenda interpretar resultados objetivos junto à percepção do paciente, sem inferir que assimetria milimétrica necessariamente constitui falha clínica [6].

Quadro 2 – Síntese crítica dos estudos-chave

Eixo	Desenho / população	Interpretação clínica	Fonte
Revisão de técnicas	22 estudos; 19 retrospectivos	Abordagens híbridas promissoras; ausência de ensaios robustos	[1]
Resultados globais	18 estudos; 1.590 pacientes	Extrusão 5,4%; recidiva agrupada 2,8%; revisão 2,1%	[2]
Critérios anatômicos	Revisões técnicas históricas	Anti-hélice e concha devem ser avaliadas separadamente	[3,5]
Complicações	Síntese crítica	Hematoma e infecção exigem exame precoce; suturas podem extruir tardiamente	[2,5]

Fonte: elaboração dos autores com base nas referências apresentadas no texto.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A correção da orelha proeminente é mais consistente quando o diagnóstico diferencia deficiência da anti-hélice, hipertrofia conchal e proeminência lobular. Suturas de Mustardé e Furnas são ferramentas complementares e podem ser associadas a escultura limitada da cartilagem conforme rigidez e forma desejada.

A prevenção de recidiva depende de fixação equilibrada e controle do componente anatômico responsável, sem sacrificar perfusão e naturalidade. Hematoma, exposição de suturas e infecção merecem reconhecimento rápido. Os dados disponíveis são favoráveis à otoplastia, mas a heterogeneidade das séries exige interpretação cautelosa e seguimento que privilegie simultaneamente forma, segurança e satisfação.

ISSN 2966-0742

REFERÊNCIAS

1. THOMSON, H.; GOSDEN, J.; MANDAL, A. Otoplasty for prominent ear: A systematic review of surgical techniques. JPRAS Open, v. 49, p. 221–233, 2026. DOI: 10.1016/j.jpra.2026.02.013.

2. KALEENY, J. D.; JANIS, J. E. Otoplasty Surgical Techniques and Clinical Outcomes: A Practical Review. Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open, v. 14, n. 1, e7404, 2026. DOI: 10.1097/GOX.0000000000007404.

3. Otoplasty for the Protruded Ear. Seminars in Plastic Surgery, 2012. PMID: 23115535. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3312149/.

4. MAZEED, A. S.; BULSTRODE, N. W. Refinements in Otoplasty Surgery: Experience of 200 Consecutive Cases Using Cartilage-Sparing Technique. Plastic and Reconstructive Surgery, v. 144, n. 1, p. 72–80, 2019. DOI: 10.1097/PRS.0000000000005704.

5. ALI, K.; MEAIKE, J. D.; MARICEVICH, R. S.; OLSHINKA, A. The Protruding Ear: Cosmetic and Reconstruction. Seminars in Plastic Surgery, v. 31, n. 3, p. 152–160, 2017. DOI: 10.1055/s-0037-1604241.

6. GARCÍA-PURRIÑOS, F. et al. Otoplasty Using the Combined Mustardé-Furnas Technique: Satisfaction and Objective Results. Aesthetic Surgery Journal, v. 39, n. 10, p. NP411–NP415, 2019. DOI: 10.1093/asj/sjz167.