



Brazilian Journal of Otorhinolaryngology

ISSN: 1808-8694

revista@aborlccf.org.br

Associação Brasileira de
Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-
Facial
Brasil

Fernandez, André de Paula; de Castro Neto, Ivan; Ribeiro Anias, Christiane; Linhares Pinto, Patrícia
Ciminelli; de Carvalho e Castro, Jair; Frick Carpes, Arturo
Pericondrite pós-piercing

Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, vol. 74, núm. 6, noviembre-diciembre, 2008, pp. 933-937
Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=392437859016>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Pericondrite pós-piercing

Post-piercing perichondritis

André de Paula Fernandez¹, Ivan de Castro Neto², Christiane Ribeiro Anias³, Patrícia Ciminelli Linhares Pinto⁴, Jair de Carvalho e Castro⁵, Arturo Frick Carpes⁶

Palavras-chave: otite externa, pericondrite, piercing.
Keywords: external otitis, perichondritis, piercing.

Resumo / Summary

O uso de piercing tem se tornado uma prática muito freqüente entre os jovens. O procedimento na maioria vezes realizado por profissionais não-qualificados não é isento de riscos. O manuseio de material contaminado ou a higiene imprópria predispõem à pericondrite e à celulite. A pericondrite caracteriza-se pelo eritema do pavilhão auricular, dor intensa e febre. Sem tratamento, desenvolve-se um edema generalizado do pavilhão com formação de abscesso subpericondrial, podendo evoluir para necrose isquêmica da cartilagem e a temível deformidade estética conhecida como "orelha em couve flor". O agente responsável mais encontrado é o *Pseudomonas aeruginosa*. No estágio inicial da doença o tratamento pode ser feito com antibióticos de amplo espectro. Nos casos em que o abscesso está presente, a incisão e drenagem cirúrgica são obrigatórios acompanhando de antibioticoterapia guiado pela cultura e antibiograma. **Objetivo:** O objetivo deste relato de caso é realizar uma revisão bibliográfica dos últimos 10 anos abordando os aspectos anatômicos do pavilhão auricular, a história do uso de piercing e suas mais conhecidas complicações. **Método:** Relato de um caso de pericondrite pós-piercing transcartilaginoso onde houve a necessidade de tratamento cirúrgico com praticamente nenhuma deformidade estética. **Resultado:** Aquisição de experiência teórico-prática através de revisão bibliográfica e relato de um caso de evolução favorável para a paciente. **Conclusão:** Incidência crescente das complicações de pericondrites na população jovem deve levar à prevenção primária mais elaborada.

Piercing has become more and more popular among adolescents. The procedure is generally performed by unqualified professionals and carries its risk. Non-sterilized material or inappropriate hygiene increases the possibility of perichondritis and cellulitis. The disease is characterized by erythema of the auricula pinna, unbearable pain and fever. Left untreated, the condition progresses with edema along the auricula and abscess formation that may result in ischemic necrosis and a cauliflower aesthetic deformation. The most common bacteria is *Pseudomonas aeruginosa*. In cases with abscesses, drainage is necessary along with antibiotic therapy guided by cultures and antibiogram. **Aim:** The aim of this case report was to review the past 10 years of published papers dealing with anatomical aspects of the auricular pinna, the history of piercing and its most common complications. **Methods:** A case report of perichondritis after "high" ear piercing that required surgical treatment and that progressed with no esthetic loss. **Results:** Theoretical and practical experience based on a review and a report of a case that progressed satisfactorily. **Conclusions:** The increased incidence of perichondritis in adolescents should require more elaborated primary prevention measures.

¹ Pós-graduando.

² Pós-graduados do 1º ano da SCMRJ.

³ Doutora. Preceptora dos Pós-graduandos da SCMRJ.

⁴ Mestranda. Chefe de Clínica da IIa Enfermaria da SCMRJ.

⁵ Professor e Doutor. Chefe da IIa Enfermaria da SCMRJ.

⁶ Pós-graduados do 1º ano da SCMRJ.

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBORL em 10 de março de 2005, cod. 76.

Artigo aceito em 27 de março de 2007.

INTRODUÇÃO

A popularidade do piercing corporal e de orelha está aumentando entre a população adolescente³ principalmente se considerarmos a transfixação do terço posterior da cartilagem do pavilhão auricular conhecido como “high ear piercing”. As complicações associadas com as técnicas de piercing, feita por pessoal não-qualificado e treinado, pode levar à pericondrite auricular. Uma vez estabelecida e quando associada a abscesso subpericondrial e perda da cartilagem, torna-se de difícil tratamento, desenvolvendo possíveis deformidades estéticas, uma das quais é a conhecida orelha com aspecto em “couve flor”, com poucas possibilidades de sucesso na reconstrução plástica².

No passado, a maioria das complicações do piercing de orelha não resultava em morbidade significativa, porque a maioria dos sítios de implantação era no lóbulo. Neste local, as infecções evoluem de forma benigna, respondendo a medidas locais e antibióticos antiestreptocócicos, ao contrário do que observamos ultimamente³. O “high ear piercing” fez aumentar a morbidade das infecções, particularmente devido a um aumento da presença do agente *Pseudomonas aeruginosa* e sua resistência antibiótica².

A história do piercing corporal, na maioria da vezes associada a tatuagens, seja ela confinada na orelha, boca ou nariz, pode ser ilustrada em praticamente todas as sociedades contemporâneas ou primitivas, desde a Ásia à América do Sul⁶. As principais motivações variam desde religiosidade, rebeldia ou misticismo a rituais de iniciação ou de passagem da adolescência para a idade adulta.

Piercing corporal, se abrangermos uma definição mais ampla, comprehende a penetração de um objeto ou jóia em uma abertura previamente realizada em áreas do corpo como supercílio, hélice da orelha, lábios, língua, nariz, umbigo, mamilo e genitais. Os lóbulos e cartilagens da orelha são os locais mais freqüentemente perfurados. Normalmente o procedimento é realizado sem anestesia ou higiene local prévia com a passagem de uma agulha/jelco através da região e posterior inserção do objeto na cavidade.

O tipo de material do piercing varia do titânio ao aço, evitando-se o uso de níquel ou latão, altamente alérgenos. O tempo de cura varia de acordo com o local de inserção, podendo chegar até a um ano (umbigo)⁶.

REVISÃO DA LITERATURA

As complicações nos locais de piercing, principalmente se em regiões com pouco suprimento sangüíneo, como na cartilagem auricular aqui relatada, podem ocorrer em até 35% dos casos⁶.

O pavilhão auricular é formado por um esqueleto cartilaginoso, recoberto de tecido subcutâneo e pele. Em sua porção anterior a pele está firmemente aderida à car-

tilagem, com muito pouco tecido subcutâneo. Este último aumenta conforme se prossegue para baixo em direção ao lóbulo. Posteriormente, existe mais tecido subcutâneo, diminuindo a aderência entre pele e cartilagem. A nutrição cartilaginosa é feita por embebição, a partir do pericôndrio, devendo-se preservá-lo aderido à cartilagem para evitar necrose desta.

As principais referências na cartilagem do pavilhão são a hélice, anti-hélice, trago, antitrago, fossa escafóide, fossa triangular, concha e lóbulo, que formam um conjunto de formação cônica, possibilitando melhor captação do som, encaminhando-o em direção ao conduto exterior e membrana timpanica.

A irrigação do pavilhão, em sua porção posterior (medial), é feita pela artéria auricular posterior (retro-auricular) que, através de alguns ramos perfurantes, irriga também parte da face anterior da hélice, concha e lóbulo, fator importante nos acessos retro-auriculares. A irrigação da porção anterior (lateral) acontece, em maior parte, pelo ramo auricular da artéria temporal superficial e, em menor grau, pela mesma artéria auricular posterior. A drenagem linfática, contudo, obedece a trajetos diferentes, e os linfáticos da porção superior da face lateral do pavilhão drenam para os linfáticos periparótideos superficiais; os linfáticos da porção superior da face medial (craniana) do pavilhão drenam para os linfonodos mastóideos e cervicais profundos, e os linfáticos restantes, inclusive do lóbulo, drenam para os linfonodos superficiais cervicais.

A inervação do pavilhão é feita pelos nervos auricular magno e occipital menor, ramos do plexo cervical, pelo ramo auriculotemporal do nervo trigêmeo e pelo ramo auricular do nervo vago. Consegue-se o bloqueio regional do pavilhão por meio da injeção de anestésico junto ao sulco crânio auricular.

A fixação do pavilhão ao crânio é feita por meio de firme inserção da cartilagem meatal ao osso timpanico e por alguns frágeis músculos estriados intrínsecos inervados pelo nervo auricular posterior⁹.

A pericondrite ou inflamação do pericôndrio é uma das complicações graves e ultimamente bastante freqüentes. O sinal característico, inicial, é o eritema do pavilhão auricular, excluindo-se o lóbulo (desprovido de cartilagem). A dor, geralmente intensa, pode coexistir com febre. Se houver retardo no tratamento por descuido ou não suspeita de infecção, pode ocorrer edema generalizado do pavilhão, propagação da infecção para abscesso subpericondrial com possível necrose isquêmica da cartilagem. Quando ocorre abscesso com aspecto flutuante, há necessidade de drenagem cirúrgica com debridamento de tecidos necrosados associado à antibioticoterapia venosa de amplo espectro (cefalosporinas de terceira geração, fluoroquinolonas e nitroimidazólicos) e cultura com antibiograma do exsudato coletado. O processo cicatricial por segunda intenção tem grandes chances de levar à

deformidade conhecida como orelha em “couve-flor”¹. A destruição da cartilagem auricular em casos de evolução desfavorável, associado à cicatriz pregueada e deformante, torna o sucesso da reconstrução plástica extremamente difícil⁵.

O agente mais encontrado é o *Pseudomonas aeruginosa* juntamente com o *Staphylococcus aureus*⁶. Outras complicações são descritas, como síndrome do choque tóxico, hepatite, tetania cefálica, granuloma sarcoidótico, formação cística, lóbulo bífidio, hematoma e formação quelóide desfigurante assim como efeitos colaterais sistêmicos com diarréia, cefaléia, disfagia, odinofagia, vômitos, pirexia e confusão.

APRESENTAÇÃO DO CASO

B.J.O., de 14 anos de idade, feminina, branca, veio à consulta em março de 2004 queixando-se de dor no pavilhão auricular esquerdo há uma semana. Estava fazendo uso de Cefadroxil monoidratado 500mg de 12 em 12 horas há cinco dias sem melhora do quadro clínico. Apresentava história de implante de piercing no terço superior de pavilhão auricular esquerdo há três semanas. Ao exame físico inicial paciente apresentava edema, hiperemia e projeção ântero-inferior do pavilhão esquerdo e duas regiões de flutuação denotando a formação de abscesso, sendo no terço superior da hélice e outro em região da anti-hélice (Figura 1). Notava-se linfoadenomegalia cervical homolateral. Membrana timpânica e canal auditivo externo não apresentavam alterações. Não havia meningismo ou sinais focais neurológicos.



Figura 1. Pré operatório

A paciente foi internada, sendo iniciada Aztreonama 500mg e Oxacilina 1g de 6 em 6 horas, e prontamente submetida à drenagem do abscesso sob anestesia local com sedação. No per-operatório foi colhido exsudato proveniente do abscesso para bacteriologia e inserido dois drenos nos pontos de coleção (Figura 2).

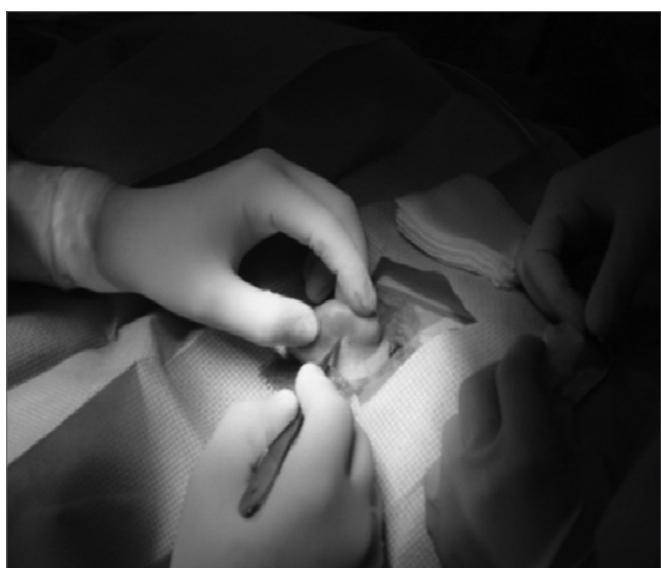


Figura 2. Per operatório

No primeiro dia pós-operatório a paciente já relatava melhora da dor. Ao exame apresentava redução gradual da hiperemia e edema locais. A alta hospitalar ocorreu no terceiro dia de pós-operatório sob uso de Cloridrato de Ciprofloxacina 500mg de oito em oito horas. A cultura evidenciou o crescimento de *Pseudomonas aeruginosa*. Os drenos foram retirados no quarto dia de pós-operatório (Figura 3).



Figura 3. Pós - operatório

Nas revisões semanais a evolução cursou de forma extremamente favorável com melhora do aspecto da lesão. A paciente teve alta ambulatorial ao final da terceira semana de uso de antibiótico sem seqüelas anatômicas dignas de nota (Figura 4).



Figura 4. Sequela

DISCUSSÃO

Comportamento sexual, sadismo, estética, misticismo ou rebeldia são algumas das razões alegadas para o implante de piercing. É uma moda promulgada, com certa apreciação, nos principais meios de cultura e propaganda (televisão e internet), influenciando a parcela mais volátil da população, os adolescentes.

O piercing em orelha existe há centenas de anos, sempre havendo na literatura a descrição de complicações em lóbulo, proveniente da infecção por *Staphylococcus aureus*. O primeiro caso descrito de pericondrite por *Pseudomonas* foi há cerca de 10 anos, o que reflete esta nova tendência entre os jovens³.

Não existem estatísticas exatas quanto à porcentagem de complicações, variando de 10 a 30% em diversos estudos. Porém, uma dado é certo; as complicações potenciais do piercing são muito sérias e devem ser consideradas, principalmente no que se refere à estética², à transmissão de doenças性ual (hepatites e HIV) e infecções bacterianas e virais diversas como tétano, lepra e tuberculose, além, é claro, da disseminação sistêmica em indivíduos imunodeficientes⁶.

Geralmente, o piercing é realizado por pessoal não-autorizado ou não-qualificado, que utiliza técnicas de implante adquiridas em revistas ou vídeos ou através de instrutores inexperientes por um período de tempo considerado, no mínimo, insuficiente. Não existe um con-

senso entre estes no que concerne às técnicas de assepsia, variando desde o Cloridrato de Benzalcônio, álcool etílico e isopropílico à solução iodada (a melhor para eliminação de *Pseudomonas*). Estes ditos profissionais não estão cientes dos riscos do procedimento inadequado e as maneiras simples de evitá-los.

O quadro de pericondrite instala-se principalmente em meses de verão, onde a umidade e a hidratação da pele favorecem a proliferação da agente causal mais comum⁸. A dor, o eritema, o edema e a formação de abscesso com pontos de drenagem são característicos, evoluindo normalmente em até 4 semanas após o implante auricular. O tratamento cirúrgico torna-se inevitável quando há comprometimento subpericondrial, objetivando-se a drenagem cirúrgica com debridamento de tecidos necrosados imediata associada à antibioticoterapia venosa de amplo espectro.

As cepas de *Pseudomonas*, presentes na maioria das culturas de material exsudativo, ainda mostram boa sensibilidade a quinolonas, o que torna o tratamento por via oral adjuvante a terapia cirúrgica. O uso de Ciprofloxacina também é eficaz contra diversas espécies de *Staphylococcus aureus*, porém seu uso deve ser restrito a pacientes acima de 18 anos, devido ao risco potencial de lesão da cartilagem em formação⁴. Quanto mais cedo o diagnóstico é efetuado no estágio de da doença¹, menos seqüelas estéticas podem ocorrer, limitando-se no máximo apenas a cicatrizes hipotróficas não-deformantes.

Não existe no Brasil uma lei específica que promulgue a regulamentação destes tipos de implantes, principalmente quando realizada em jovens menores de idade. Um exemplo de como a lei deve ser aplicada de maneira mais severa no Brasil é um caso na Itália em que a paciente, após o implante do piercing na língua, desenvolveu hepatite fulminante em menos de 3 semanas, levando a justiça a permitir o piercing apenas por médicos e com total esclarecimento dos riscos do procedimento⁷.

Em situações de emergência como trauma, onde a rapidez no atendimento inicial faz uma diferença vital, a presença do piercing pode atrasar o tratamento do paciente. Para exemplificar esta situação foi realizada uma pesquisa entre 28 médicos lotados em principais centros de emergência dos EUA. Apenas 6 destes foram capazes de remover com destreza os implantes de piercing, o que evidencia a importância do conhecimento do funcionamento dos mesmos entre os diferentes profissionais de saúde que atuam nas principais emergências⁸.

CONCLUSÃO

As taxas de complicações resultantes de piercing são decorrentes principalmente do local de implante, do tipo material usado na esterilização, da higiene e cuidado pós-implante e da experiência profissional do praticante do piercing⁶. Além do desenvolvimento de novas técnicas

e condutas (fatores de risco modificáveis), o melhor tratamento se resume à prevenção, enfatizando principalmente a informação sobre os riscos do procedimento e instruções quanto a uma assepsia diária mais satisfatória⁵.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Ramos S, Pinto LF, Ramos RF. Pericondrite do pavilhão auricular em consequência de acupuntura. Rev Bras Otorrinolaringol 1997;63-6.
- 2.Hanif J, Frosh A, Marnane C, Ghufoor K, Rivron R, Sandhu G. High ear piercing and the rising incidence of perichondritis of the pinna. Ear, Nose, and Throat Department, University Hospital of Wales, Cardiff CF14 4XW, UK. naid@hanif.com; Publication Types: Case Reports.
- 3.More D, Seidel JS, Bryan PA. Ear piercing techniques as a cause of auricula chondritis. Pediatric Emergency Care. 0749/1503-0189.
- 4.Auricular infections caused by high ear piercing in adolescents. Pediatrics 1997;99(4):610-1.
- 5.Cicchetti S, Skillman J, Gault DT. Piercing the upper ear: a simple infection, a difficult reconstruction. Br J Plast Surg 2002;55(3):194-7.
- 6.Body piercing: medical consequences and psychological motivations. Lancet 2003 5;361(9364):1205-15. Review.
- 7.Margulis A, Bauer BS, Alizadeh K. Ear reconstruction after auricular chondritis secondary to ear piercing. Plast Reconstr Surg 2003;111(2):891-7; discussion 898.
- 8.Piercing the cartilage and not the lobes leads to ear infections. Lancet Infect Dis 2002;2(12):715.
- 9.Brasil OCO, Pontes PAL, Melo ECM. Anatomia Cirúrgica da Orelha. In: Tratado de Otorrinolaringologia da Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia. 1^a ed. São Paulo: Roca, 2003. v.1, p. 407.