

Oreja prominente: Plastia mínimamente invasiva*

Dr. Ramón Cuenca-Guerra**

RESUMEN

Desde Ely (1881) hasta Tramier (1997), la cirugía para corregir la oreja en asa o ausencia de antihélix ha tenido muchas modificaciones con buenos y excelentes resultados; sin embargo, las incisiones grandes y el vendaje son motivo de mucha incomodidad para los pacientes. El objetivo de este trabajo es presentar una técnica quirúrgica mínimamente invasiva para formar o remarcar el antihélix, con lo que disminuyen las molestias del paciente. Se operaron 20 pacientes, con promedio de edad de 28 años, 18 bilaterales y dos unilaterales. La técnica consiste en marcar el trayecto del antihélix, infiltrar lidocaína al 2% con epinefrina, practicar una incisión sobre el borde más cefálico del hélix, disecar un túnel anterior, debilitar el cartílago auricular por legrado, disecar la cara posterior despliéndola, doblar el antihélix dejando la piel fuera del pliegue, y aplicar grapas quirúrgicas de fascia en la cara anterior manteniendo el borde del antihélix. De las orejas intervenidas dos tuvieron una regresión del 30-40%; una presentó epidermolisis con exposición cartilaginosa que epithelizó espontáneamente, y el resto quedó satisfecho con los resultados. Se presenta una técnica segura, sencilla, indolora y fácilmente reproducible en pacientes ambulatorios.

Palabras clave: Oreja prominente, oreja protruida, antihélix.

INTRODUCCIÓN

La oreja en asa o prominente es uno de los defectos más visibles y “chuscos” de los pabellones auriculares; no obstante, fue hasta 1881 cuando Ely,¹ propuso los principios de su tratamiento. Más tarde, Morestin,² en 1903, describió la excéresis del exceso de concha redundante y en 1910, Luckett,³ realizó plicaturas en el cartílago para recrear el antihélix. Desde entonces se han descrito un sinnúmero de técnicas para corregir este problema, lo que demuestra que aún no existe el método ideal.

SUMMARY

From Ely (1881) to Tramier (1997), surgery to correct prominent or protruding ears, or absence of the antihelix fold has had many modifications, yielding good to excellent results; however, the large incisions and massive dressing are uncomfortable for the patients. The goal of this paper is to present minimally invasive surgical technique to form and enhance the antihelix fold, reducing patient's discomfort. Twenty patients who were 28 years old average were operated on, 18 bilateral and two unilateral. The surgical technique begins with an antihelix fold marking, infiltration with 2% lidocaine with epinephrine, an incision is done on the most cephalic edge of the helix, dissecting an anterior tunnel, weakening the anterior surface of the cartilage by scoring its surface, dissecting the posterior surface rasping the cartilage, thus making the antihelix fold, leaving the skin of the fold out side, and placing surgical fascia staples on the skin over the new fold to keep it in place. Two ears showed regression of 30-40%, one ear had epidermolysis with cartilage exposure which epithelialized spontaneously, and the other patients were satisfied with the results. This technique is safe, simple, painless and easily reproducible in outpatient setting.

Key words: Prominent ear, protruding ear, antihelix.

Gibson y Davis,⁴ descubren en 1958, que la forma y/o pliegues de un cartílago está dada principalmente por las fibras elásticas del pericondrio y la capa más superficial del mismo cartílago; (“memoria del cartílago”) consecuentemente, la sección de estas dos capas en una de las superficies del cartílago provoca su enrollamiento o deformación en la superficie contralateral.

Al inicio de la década de los 60, Stenstrom,^{5,6} convencido de la “memoria del cartílago”, describe una técnica quirúrgica más simple y con resultados más naturales al no efectuar excéresis del cartílago. En 1967, Kaye,⁷ propone una técnica sencilla que deli-

* Presentado en el XXX Congreso Nacional AMCPER, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Febrero 1999.

** Cirugía Plástica y Reconstructiva, CMN 20 de Noviembre, ISSSTE.



Figura 1. Marcaje del área del antihélix a formar.

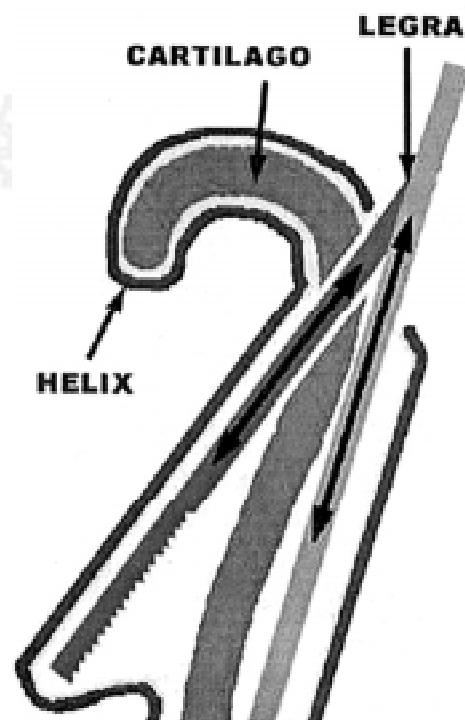


Figura 3. Esquema que representa un corte longitudinal del pabellón auricular en donde se remarcó la presencia de la raspa en la superficie anterior y posterior.

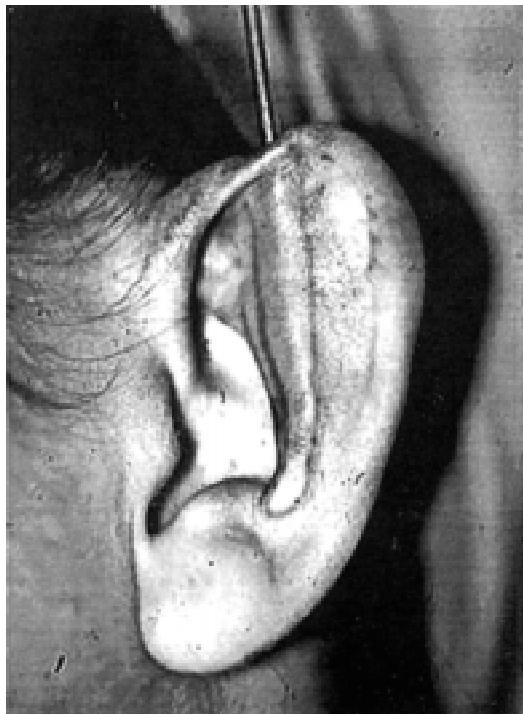


Figura 2. Disección y tallado en la superficie anterior del cartílago.



Figura 4. Disección y despulimiento de la superficie posterior del cartílago auricular.

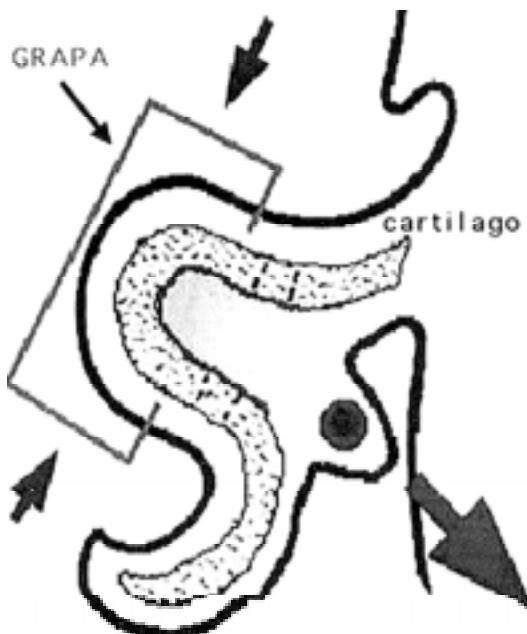


Figura 5. Esquema de un corte axial donde se muestra la cánula que saca la piel del ángulo de plegamiento y la grapa plega el cartílago.



Figura 6. Aplicando las grapas.

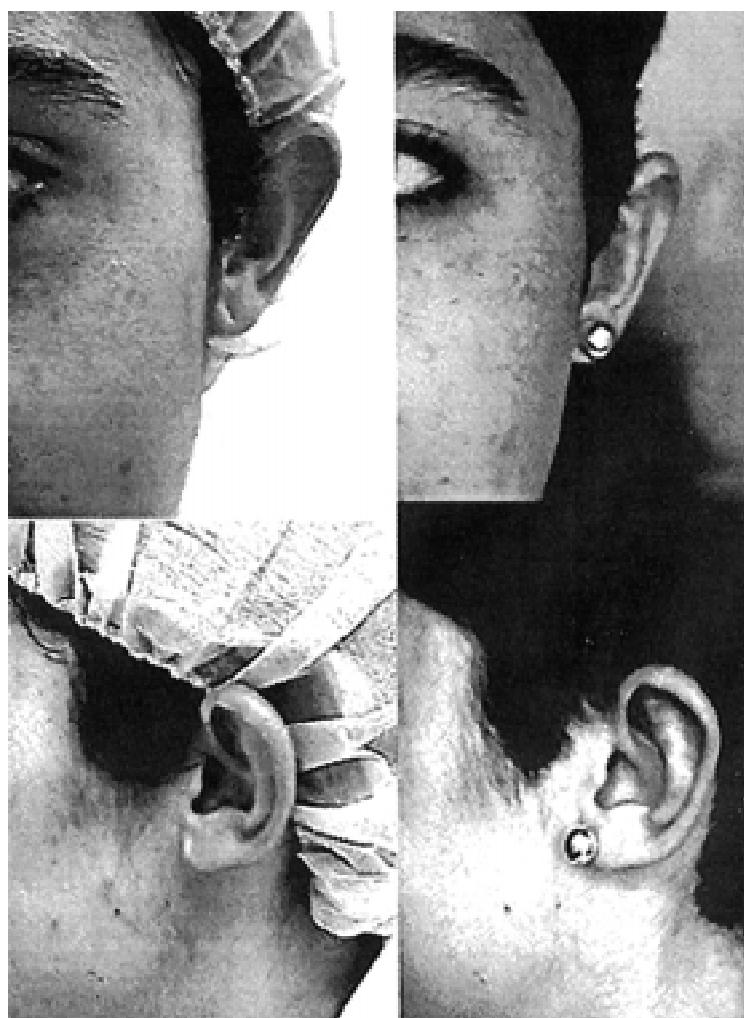


Figura 7. Mujer de 28 años de edad, con ausencia de antihélix del lado izquierdo, preoperatorio y postoperatorio a los 10 meses, en donde se aprecia la buena definición de la curva del antihélix.

nea muy bien el antihélix, con tallado del cartílago y plicaturas, como las de la técnica de Mustardé.⁸ Skoog,⁹ en 1974, promueve la "pericondrioplastia" para la neoformación del antihélix, ya que la ausencia de éste es el defecto que según sus investigaciones, es hasta un 75% de la malformación de la oreja prominente. Más tarde, Tramier,¹⁰ en 1997, combina la técnica de Kaye con la plicatura de Mustardé reportando buenos resultados.

MATERIAL Y MÉTODO

Se operaron 38 orejas, 18 bilaterales y dos unilaterales, por el mismo cirujano, anestesia e instrumental. La técnica quirúrgica incluyó rutina de asepsia y antisepsia, marcado del trayecto del

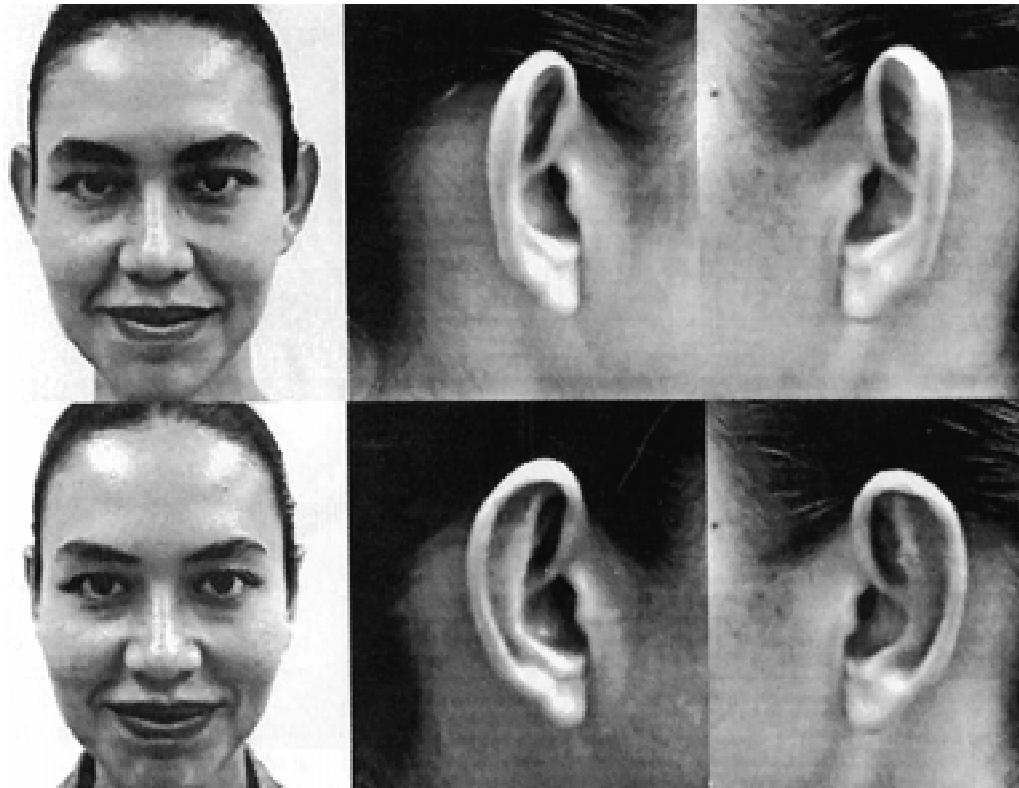


Figura 8.

Mujer de 22 años de edad, con ausencia total del antihélix y concha de tamaño normal para su constitución. Postoperatorio a los seis meses.



Figura 9.

Mujer de 19 años de edad, con deformidad caracterizada por una concavidad anterior del espacio que debería ocupar el antihélix. Preoperatorio y postoperatorio al año.

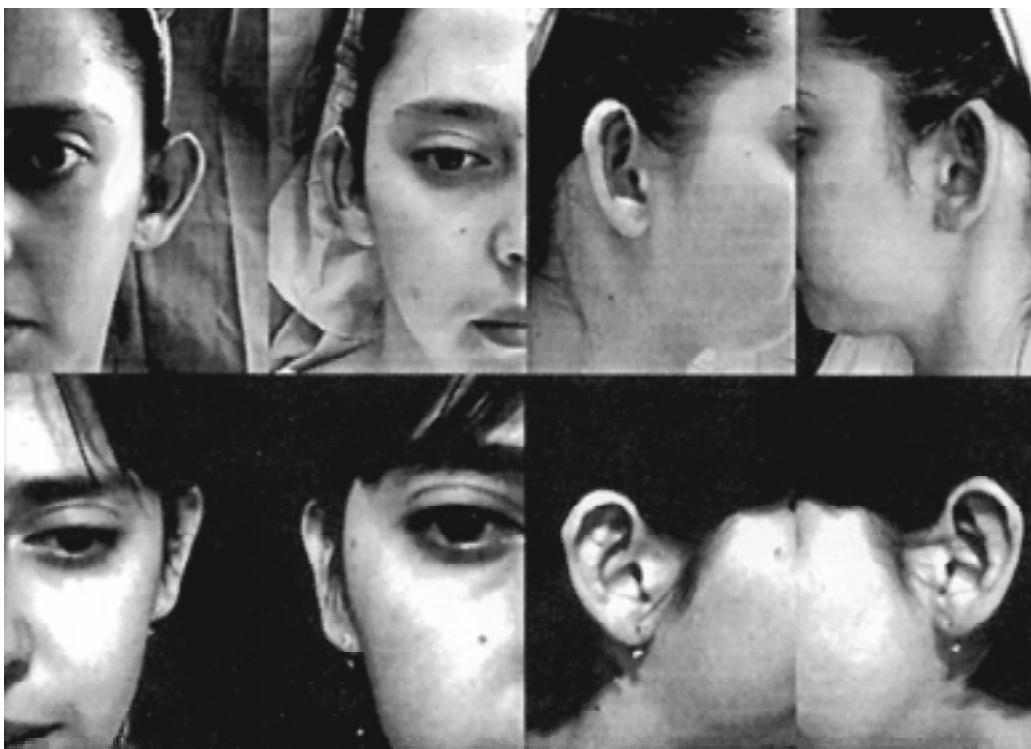


Figura 10.

Mujer de 18 años de edad, con una aparente concha muy protruida; sin embargo, al practicársele la formación del pliegue del antihélix, se manifestó lo innecesario de resección de cartílago conchal. Posoperatorio al año.

antihélix, (3 mm de anchura por 3 a 4 cm de longitud) en la superficie anterior del pabellón auricular (*Figura 1*), infiltración de 1 mL de lidocaína al 2% con epinefrina en todo el trayecto marcado de la superficie anterior, y de 2 a 3 mL de la misma solución en la cara posterior. Incisión de 2 a 3 mm en el área más cefálica del borde del hélix; por esta vía de acceso se introdujo subcutáneamente una legra curva, (derecha o izquierda, dependiendo de la oreja a tratar) (*Figura 2*) sobre la superficie anterior del pabellón auricular en la zona previamente marcada. Con movimientos de adentro hacia afuera se desplumió y debilitó el cartílago, hasta sentir que había perdido "la memoria"⁴ (*Figura 3*). Terminado este paso se lavó la cavidad con solución estéril, posteriormente y por la misma incisión se introdujo la misma legra, también subcutáneamente, pero en la cara posterior de la oreja. Se disecó aproximadamente 4 cm² y se desplumió esta superficie (*Figura 4*), corroborando el fácil plegamiento del cartílago y con la legra en la cara posterior, se dio tensión a la piel para sacarla del ángulo de doblez, para que de esta manera quedaran las dos superficies despluidas de la cara posterior del cartílago en contacto íntimo una con otra (*Figura 5*), manteniendo la piel en tensión. Por la cara anterior se aplicaron dos o tres grapas quirúrgicas para fascia (*Figura 6*), concluyendo el acto quirúrgico.

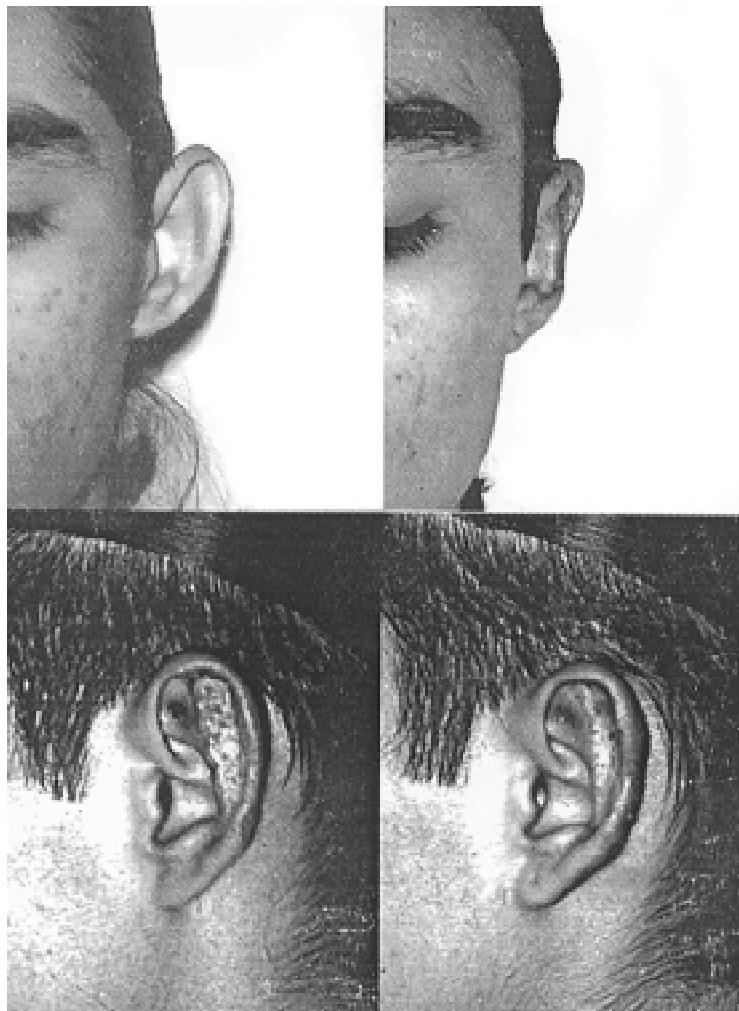
Los cuidados postoperatorios fueron básicamente el aseo con agua y jabón, secado esponjeado y vendaje no compresivo por las noches. Las grapas se retiraron a los 21 días y se continuó con el vendaje nocturno durante tres semanas más.

RESULTADOS

Los resultados se consideraron como buenos en 34 orejas (*Figuras 7 a 11*), ya que evolucionaron sin presentar dolor postoperatorio importante, con cicatriz mínima en un área no visible y los pacientes se desempeñaron en sus ocupaciones habituales prácticamente de inmediato. De las cuatro orejas restantes, una cursó con epidermólisis que se resolvió espontáneamente y tres presentaron pequeñas cicatrices hipertróficas en el sitio de aplicación de las grapas quirúrgicas.

COMENTARIO

La causa de la epidermólisis fue un error en la práctica de la técnica quirúrgica, probablemente por demasiado traumatismo en el momento del tallado del cartílago. Las orejas con cicatrices hipertróficas tuvieron como denominador común el edema importante, que condicionó un exceso de presión de las grapas; sin embargo, el grado de satisfacción de los

**Figura 11.**

Hombre de 21 años de edad, con ausencia casi completa del antihélix; por error en la técnica presentó epidermolisis de la superficie anterior del pabellón auricular, que se manejó en forma conservadora con epithelización espontánea en cuatro semanas, quedando como secuela cicatriz hipertrófica, que se trató con la aplicación constante de membrana de silicona. Preoperatorio y postoperatorio a las dos y seis semanas.

pacientes fue alto, concluyendo que la técnica es sencilla, fácilmente reproducible y se puede realizar con anestesia local y con el paciente ambulatorio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ely ET. An operation for prominence of the auricles. *Arch Otol* 1881; 10: 97.
2. Morestin H. De la reposition et du plissement cosmetiques du pavillon de l'oreille. *Rev Orthop* 1903; 14: 289.
3. Luckett WH. A new operation for prominent ears based on the anatomy of the deformity. *Surg Gynecol Obstet* 1910; 10: 635.
4. Gibson T. Davis, WB. The distortion of autogenous cartilage grafts: its cause and prevention. *Br J Plast Surg* 1958; 10: 257.
5. Stenstrom SJ. A natural technique for correction of congenitally prominent ears. *Plast Reconstr Surg* 1963; 32: 509.
6. Stenstrom SJ. A simple operation for prominent ears. *Acta Otoralngol* 1967; 224: 393.
7. Kaye BL. A simplified method for correcting the prominent ear. *Plast Reconstr Surg* 1967; 40: 44.
8. Mustarde JC. The correction of prominent ears using simple mattress sutures. *Br J Plast Surg* 1963; 16: 170.
9. Tramier H. Personal approach to treatment of prominent ears. *Plast Reconstr Surg* 1997; 99: 562.

Dirección para correspondencia:

Dr. Ramón Cuenca-Guerra
Hospital Español de la Ciudad de México.
Av. Ejército Nacional 617-204
11520 México, D.F.
Tel. (01) 5250-1814, Fax. (01) 5531-4633
E-mail: cirplast@df1.telmex.net.mx