

Tratamiento de la oreja prominente con incisiones mínimas, sin resección de piel ni de cartílago

Dr. Israel Esteves Chávez,* Dr. Miguel Evaristo Viera Núñez,** Dr. Ricardo César Pacheco López,** Dr. Carlos González Diego,*** Dr. Miguel Alejandro Portes Castro,*** Dr. Octavio Augusto González Galindo,* Dra. Denisse Hernández Cervantes**** Dr. Romel Castañeda Zigala*****

RESUMEN

La oreja prominente o en asa es uno de los defectos faciales de los pabellones auriculares más visibles, con una incidencia global del 5%. Existe un sinnúmero de técnicas quirúrgicas, que en su mayoría corrigen el ángulo cefaloconchal y el exceso de concha auricular por medio de resección de piel y cartílago. Se realizó otoplastia con técnica de incisiones mínimas en 14 pacientes de ambos sexos entre 6 y 26 años con diagnóstico de oreja prominente, sin afectar la sensibilidad ni el riego sanguíneo de la oreja; el tiempo de recuperación fue corto y se conservó el cartílago de la concha auricular. El resultado quirúrgico fue evaluado en el postoperatorio inmediato, a la semana, al mes y seis meses, valorando tiempo quirúrgico, complicaciones, escala del dolor, proyección de la concha y ángulo cefaloconchal. Sólo fueron necesarios tres puntos para mantener la forma del antihélix y dos para fijar la concha a la mastoidea, el tiempo de recuperación fue adecuado, las complicaciones fueron mínimas. El manejo de la oreja prominente es posible a través de incisiones mínimas, el daño vascular y nervioso es menor por la poca disección que se efectúa. Realizar el tallado del cartílago auricular asegura mantener la forma de la oreja. La reposición del cartílago conchal disminuye el ángulo cefaloconchal y la proyección de la concha auricular. La técnica descrita es sencilla, reproducible y se puede realizar en forma ambulatoria con anestesia regional.

Palabras clave: Oreja prominente, oreja en asa, ángulo cefaloconchal.

SUMMARY

Prominent or loop ear is one of the most visible ear facial defects, with an overall incidence of 5%. There are a number of several surgical techniques, which correct cephalous conch angle and excess ear shell mostly by resection of skin and cartilage. The otoplasty with minimal incisions technique was performed on 14 patients, both male and female between 6 and 26 years-old, with a prominent ear diagnosis without impairing sensitivity or blood circulation of the ear. Recovery time was short and the cartilage of the ear shell was retained. The surgical result was evaluated immediately postoperative, and a week, a month, and a six months later including complications, pain scale, projection of the shell and the cephalous conch angle. Only three stitches were necessary to maintain the shape of the antihelix and two to fix the shell to the mastoid. The recovery time was adequate and the complications were minimal. Handling of the prominent ear is possible through minimal incisions, blood vessels and nerve damage is reduced due to the dissection involved. The carving of the ear cartilage ensures maintaining the shape of the ear. The conch cartilage replacement reduces the cephalous conch angle and the projection of the ear shell. The technique described is simple, reproducible and can be performed on an outpatient basis with local anesthesia.

Key words: Prominent ear, loop ear, cephalous conch angle.

INTRODUCCIÓN

La oreja en asa o prominente es uno de los defectos más visibles e hilarantes de los pabellones auriculares, y es motivo de consulta en los Servicios de Cirugía Plástica. Debido a que es causa de burla en los pacientes, y les produce baja autoestima. Se han creado un sinnúmero de técnicas quirúrgicas que en su mayoría corrigen el ángulo cefaloconchal y el exceso de concha auricular por medio de resección de piel y cartílago.

Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Hospital General Dr. Rubén Leñero, SSDDF.

* Médico adscrito.

** Profesor adjunto.

*** Cirujano plástico egresado.

**** Médico residente.

***** Cirujano Plástico. Hospital ABC Santa Fe.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/cirurgioplastica>

Esto último compromete la sensibilidad y vascularidad de la oreja.

Los primeros antecedentes históricos que se tienen en cirugía auricular fueron encaminados a corregir pérdidas parciales debido a traumatismos. No fue sino hasta 1845, que Dieffenbach,¹ realizó los primeros intentos para corregir la oreja prominente: resecó un huso cutáneo en el surco auriculocefálico y suturó el cartílago conchal a la mastoide. En 1881, Ely,² propuso la resección de una tira de cartílago conchal. En 1903, Morestin,³ describió la resección del exceso de piel redundante en la concha. Luckett,⁴ en 1910, realizó plicaturas en el cartílago para recrear el antehélix. McEvitt,⁵ en 1947, con múltiples cortes paralelos debilitó la escafa. Converse,⁶ en 1955, debilitó la escafa mediante abrasión con fresa.

Gibson y Davis,⁷ descubrieron, en 1958, que la forma y los pliegues de un cartílago están dados principalmente por las fibras elásticas del pericondrio («memoria del cartílago»). La sección de esta capa en una de las superficies del cartílago constantemente provoca su enrollamiento o deformación en la superficie contralateral.

Tanzer,⁸ en 1962, realizó cortes paralelos en el cartílago y aplicó sutura permanente para formar el antehélix. Mustardé,^{9,10} en 1963, creó un antehélix mediante sutura permanente, sin incidir en el cartílago blando. Ju,¹¹ en 1963, por medio de una incisión anterior a lo largo del surco hélix-escafa, recortó y rayó la superficie anterior del cartílago a nivel de la escafa, que correspondería al antehélix. Chongchet,¹² en 1963, realizó múltiples cortes del cartílago a nivel de la escafa, con la finalidad de que se doblara hacia atrás y se formara el antehélix. Stenstrom,¹³ en 1963, convencido de la «memoria del cartílago», raspó el futuro sitio del antehélix mediante incisión pequeña cerca de la cola del hélix, con resección de piel y concha. Kaye,¹⁴ en 1967, propuso una técnica sencilla que delinea muy bien el antehélix, con tallado del cartílago y plicaturas mediante suturas permanentes. Furnas,¹⁵ en 1968, aplicó suturas concho-mastoideas permanentes. Psillakis,¹⁶ en ese mismo año, resecó piel, grasa, músculo y concha en el surco auriculocefálico y formó el antehélix con suturas. Skoog,¹⁷ en 1974, promovió la «pericondrioplastia» para la neoformación del antehélix, ya que la ausencia de éste es el defecto que según sus investigaciones da lugar hasta en un 75% de la malformación de la oreja prominente. Más tarde, Tramier,¹⁸ en 1997, combinó la técnica de Kaye con la plicatura de Mustardé e informó de buenos resultados.

Desde entonces se han descrito un sinnúmero de técnicas para corregir este problema, lo que demuestra que aún no existe el método ideal.¹⁹⁻²²

Consideraciones anatómicas: El oído externo tiene tres componentes principales: el complejo hélix-antehélix, el complejo de la concha y el lóbulo. El contorno tridimensional de la oreja está soportado por el cartílago auricular, compuesto principalmente por cartílago elástico.²³

La sensibilidad del oído externo normal deriva de varias ramas craneales y extracraneales, nervios cervicales (el nervio gran auricular, C2 y C3) y el nervio occipital menor (C2). Estos nervios tienen tamaño y distribución variables, pero en la mayoría de las disecciones el nervio occipital menor se encuentra que es dominante e inerva la parte superior de la oreja y la región mastoidea, mientras que la parte inferior y la porción preauricular son inervadas por el gran auricular; la superficie anterior y el trago son inervados por el nervio trigémino (nervio aurículo temporal V3). La rama auricular del nervio vago (nervio de Arnold) provee la sensibilidad al orificio externo.

En cuanto al aporte sanguíneo de la oreja, está provisto por dos redes arteriales separadas pero interconectadas. Una red riega la fosa triangular-escafa y la otra riega la concha. La red de la fosa triangular-escafa deriva de una rama de la arteria temporal superficial y de ramas de la arteria auricular posterior que entran a través del lóbulo auricular y la fosa triangular y el reborde del hélix. La red de la concha deriva de ramas perforantes (usualmente dos a cuatro) de la arteria auricular posterior. La arteria temporal superficial también envía varias ramas pequeñas que riegan la superficie anterior de la oreja. Las ricas comunicaciones entre la arteria temporal superficial y los sistemas postauriculares permiten a cualquier sistema llevar sangre a la oreja. El drenaje venoso fluye a través de venas auriculares posteriores hacia la yugular externa, temporal superficial y las venas retromandibulares.

El drenaje linfático del oído externo generalmente refleja el desarrollo embrionario: la concha y el orificio externo drenan hacia los ganglios carotídeos e infraclaviculares, mientras que el conducto auditivo externo y la oreja superior lo hacen hacia los ganglios cervicales superiores y mastoideos; sin embargo, el uso reciente de la biopsia de ganglio centinela y la linfocentellografía han mostrado patrones linfáticos de cabeza y cuello más impredecibles que los descritos tradicionalmente.²³

Las relaciones anatómicas, dimensiones y proporciones del oído externo han sido descritos ampliamente,²³ el ancho de la oreja suele ser el 55% del largo de la misma, el eje mayor de la oreja está inclinado de manera posterior del eje vertical de la cara, en un án-

gulo que va de los 2 a los 30 grados. El eje de la oreja y el dorso nasal, de acuerdo a los cánones clásicos descritos como idénticos, son solamente similares, el ángulo formado por estos ejes es de aproximadamente 15 grados, siendo la oreja un poco más vertical. El borde del hélix protruye uno o dos centímetros del cráneo, con una proyección que se incrementa de superior a inferior. En la oreja normal, el borde está localizado entre 10 y 12 mm de la mastoides en el hélix superior, 16 a 18 mm en el hélix medio y entre 20 y 22 mm en su tercio inferior, con una angulación cefaloconchal menor de 120° grados.

CLASIFICACIÓN

En la actualidad no existe una clasificación exclusiva de la oreja prominente, pero se puede encontrar incluida en la clasificación de Tanzer, descrita en 1957.

- I. Anotia
- II. Hipoplasia completa
 - a) Con atresia del conducto auditivo externo
 - b) Sin atresia del conducto auditivo externo
- III. Hipoplasia del tercio medio de la oreja
- IV. Hipoplasia del tercio superior de la oreja
 - a) Oreja retraída
 - b) Criptotia
 - c) Hipoplasia completa del tercio superior
- V. Oreja prominente

La oreja prominente tiene una incidencia global del 5%. En México desafortunadamente no se cuenta con estadísticas confiables de la incidencia de esta alteración.^{22,23}

No se conoce factor alguno que influya en la falta de definición de la oreja o en el tamaño de la concha auricular que contribuya a la formación de la oreja prominente.

El diagnóstico de la oreja prominente es clínico, el cual debe estar en correlación con las estructuras faciales, está dado por un ángulo cefaloconchal mayor de 120°, así como por la ausencia en la formación o definición del antehélix.

Es importante considerar que este tipo de padecimiento no afecta la audición y que sólo es una alteración en el tamaño y definición de la oreja, el cual puede tener repercusiones psicológicas y sociales, como alteración del estado de ánimo, baja autoestima, inseguridad o rechazo, razones por las cuales las personas que solicitan el tratamiento para este padecimiento desean mejorar su aspecto; por tanto, deben tomarse en cuenta los siguientes factores para realizar algún procedimiento quirúrgico.

Edad del paciente: a los 6 años de edad el tamaño auricular es aproximadamente el 95% del de la edad adulta, y en esta etapa los niños son más vulnerables a las agresiones, por lo que se considera esta edad como límite para el inicio de procedimientos.

A pesar de que la oreja es una estructura con riesgo sanguíneo profuso, el tener un antecedente quirúrgico en la misma pone en riesgo la vascularidad de la oreja para este procedimiento, asimismo la disección de las estructuras a moldear es más difícil. Por ello, se realizará este tipo de procedimientos en pacientes sin antecedentes quirúrgicos en el pabellón auricular.

Para este trabajo se tomaron como base las técnicas de Kaye y Stenstrom para realizar la cirugía. Ésta se caracteriza porque no se reseca piel ni cartílago y mediante pequeñas incisiones se da la forma a la oreja con los principios de Gibson y Davis «memoria del cartílago». Se prefirió esta técnica debido a que se preserva la vascularidad del cartílago y al cartílago mismo, también porque se logra una recuperación postquirúrgica más rápida y con buenos resultados.

Técnica quirúrgica de Kaye

Se hace una pequeña incisión transversa en la cara anterior y posterior de la porción inferior del antehélix, la piel se separa con tijeras y el pericondrio anterior del cartílago se raspa con fórceps. Se realizan pequeñas incisiones en el borde interno del antehélix por donde se pasa una sutura que atraviesa el futuro antehélix. La aguja se reintroduce por el mismo orificio de salida y se dirige perpendicular al antehélix y se atraviesa éste para salir sobre la incisión previa. Se tensan y anudan las tres suturas aplicadas, se ocultan los nudos bajo los colgajos cutáneos y se suturan las pequeñas incisiones con sutura fina.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio se llevó a cabo del 1 de junio de 2008 al 30 de julio de 2009 en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva de los hospitales «Dr. Rubén Leñero» y «Tacubaya» de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, en un total de 14 pacientes con diagnóstico de oreja prominente, 9 hombres y 5 mujeres, de 6 a 26 años de edad. En 13 pacientes la oreja prominente fue bilateral y sólo en un caso unilateral, a los cuales se les realizó la otoplastia con la técnica de incisiones mínimas. Se incluyeron hombres y mujeres sanos con oreja prominente dependiente de un ángulo cefaloconchal mayor de 120°, oreja prominente con exceso de concha auricular, u oreja prominente sin formación de antihélix.

Se excluyó a pacientes con oreja prominente con concha auricular normal, oreja prominente con antihélix bien definido, y pacientes con otras alteraciones auriculares y se eliminó a pacientes con cirugías auriculares previas.

Técnica quirúrgica propuesta

Mediante manipulación de la oreja, se identifica y marca el pliegue deseado del antehélix, así como la



Figura 1. Marcaje de la región auricular.



Figura 2. Incisión cutánea de 5 mm en la parte más baja del antihélix.

concha auricular que se desea fijar a la mastoides (*Figura 1*). Bajo anestesia regional aplicando lidocaína con adrenalina al 2% se infiltran subcutáneamente las zonas marcadas. Se practica una incisión cutánea de 5 mm en la parte más baja del antihélix (*Figura 2*). Se disea el plano subcutáneo sobre el cartílago mediante un despericondrizador en dirección cefálica del antehélix, para permitir la entrada de una lima de tamaño y forma adecuadas. Se disea de forma roma el espacio previamente marcado y se debilita la cara anterior del cartílago a ese nivel hasta conseguir un cartílago más flexible (*Figura 3*). Se secciona el cartílago sobre la incisión hecha y se separa la piel en un plano subcutáneo en la cara posterior del antehélix, a fin de que no se interponga cuando se forme el nuevo antihélix (*Figura 4*). Con la ayuda de una aguja se introducen en el borde externo del nuevo antehélix, se atraviesa el cartílago y se pasa esta aguja subcutáneamente por la cara posterior de la oreja. Se reintroduce la aguja por el cartílago y se exterioriza por la cara interna del nuevo antihélix. Se introduce por la aguja una sutura no absorbible (nylon 4-0) (*Figuras 5 y 6*). Se retira la aguja hacia el lado externo del nuevo antehélix, sin salir de la piel. Se dirige la aguja a 45° y se reintroduce por el cartílago hacia el lado interno del antihélix y se exterioriza la sutura en la cara interna del nuevo antihélix y se realiza una pequeña incisión para comunicar ambas suturas (*Figura 7*). Se da la tensión que se necesita a la sutura y se anuda para formar la curvatura del antihélix, se corta la sutura y se oculta el nudo. Se repite el procedimiento y se coloca otra sutura, la cual se comunica con otra incisión. Se coloca una tercera sutura para dar completamente la forma del antehélix, que se exterioriza por alguna de las dos incisiones previas del borde interno del antihélix (*Figura 8*). En la cara posterior de la oreja en la unión cefaloconchal se realiza una incisión de 1 centímetro por donde se separa la piel en un plano subcutáneo



Figura 3. Se disea el plano subcutáneo sobre el cartílago con despericondrizador, disección roma y se debilita la cara anterior del cartílago.



Figura 4. Se secciona el cartílago sobre la incisión hecha y se separa la piel en un plano subcutáneo en la cara posterior del antihélix.



Figura 5. Con la ayuda de una aguja se introducen en el borde externo del nuevo antihélix. Se atraviesa el cartílago y se pasa esta aguja subcutáneamente por la cara posterior de la oreja.

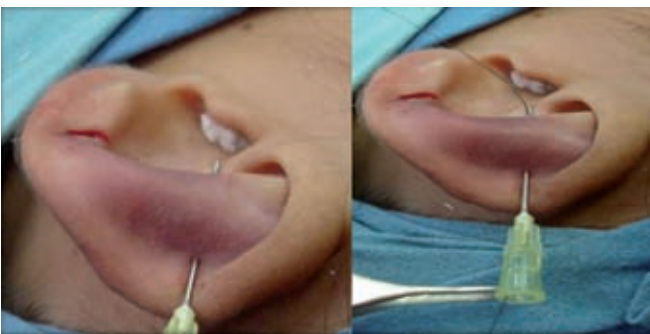


Figura 6. Se reintroduce la aguja por el cartílago y se exterioriza por la cara interna del nuevo antihélix. Se introduce por la aguja una sutura no absorbible (nylon 4-0).

de la mastoides, a fin de que ésta no se interponga cuando se fije la concha a la mastoides. Se introduce una aguja por una de las incisiones del antehélix y se exterioriza por la incisión retroauricular; por ella se pasa una sutura, a la que se le deja la aguja y se rea-

liza el mismo procedimiento de anclaje al cartílago de la concha auricular (*Figura 9*). Se coloca otra aguja en la otra incisión del antehélix y se coloca otra sutura. Con las dos suturas fijas en el cartílago de la concha auricular se realiza su fijación hacia la mastoides para reposicionar el cartílago y disminuir su proyección. Se fija la concha auricular a la mastoides y se cortan las suturas (*Figura 10*). Hecho esto, es evidente que disminuye la proyección de la concha auricular y mejora el ángulo cefaloconchal. Al término del procedimiento se suturan las incisiones con nylon 6-0, suturas que se retiran a los cinco días, se coloca un conformador de algodón y se aplica vendaje (*Figura 11*).

A todos los pacientes se les tomó registro fotográfico y el resultado quirúrgico fue evaluado en el postoperatorio inmediato, a la semana, al mes y 6 meses (*Figuras 12 a 14*), valorando tiempo de la cirugía, puntos de sutura aplicados, complicaciones postquirúrgicas, escala del dolor (1-10), tiempo de recuperación postquirúrgica, grado de disminución del ángulo cefaloconchal, ángulo del antihélix que se adquiere con la plicatura, y grado de disminución de la proyección de la concha.

Para la fijación de la concha auricular y la plicatura del antihélix se utilizó nylon 4-0 y para el cierre de las incisiones en piel nylon 6-0. En todos los casos se emplearon tres puntos de sutura para dar forma al antihélix y dos para fijar la concha a la mastoides, siendo éstas las suturas suficientes para la cirugía realizada.

Las complicaciones postquirúrgicas se dividieron en inmediatas y tardías, las cuales se registraron y se les dio tratamiento para corregirlas.

RESULTADOS

El tiempo quirúrgico registrado en la otoplastia bilateral fue en los primeros casos de 90 minutos y en los últimos de 60 minutos, con una media de 74 minutos.

En las complicaciones postquirúrgicas inmediatas se presentó un caso de hematoma, el cual se drenó y no hubo más complicaciones. En ningún caso hubo dehiscencia o infección de las heridas.

En las complicaciones tardías se observaron dos casos de exposición de puntos en la región del antihélix, uno a la semana siguiente después de la cirugía y el otro a la tercera semana, los cuales se retiraron al mes del acto quirúrgico y no generaron deformación del antihélix, debido al tallado de su pericondrio, conservando su forma actual.

Un paciente refirió a los 6 meses de la cirugía la rotura de un punto en la mastoides después de un golpe en la oreja, si bien no causó deformación de ésta.

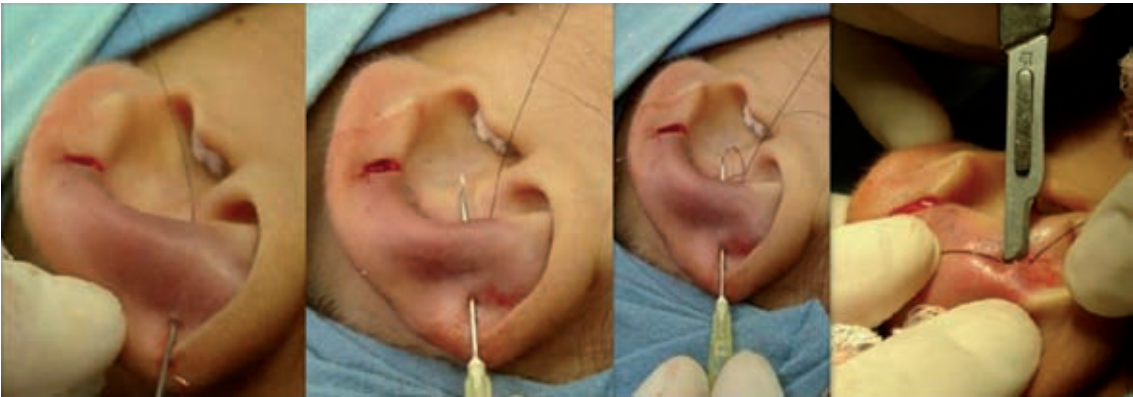


Figura 7. Se retira la aguja hacia el lado externo del nuevo antihélix, sin salir de la piel y se dirige a 45° y se reintroduce por el cartílago. Se exterioriza la sutura en la cara interna del nuevo antihélix y se realiza una pequeña incisión para comunicar ambas suturas.



Figura 8. Se da la tensión a la sutura y se anuda para formar la curvatura del antihélix, se corta y se oculta el nudo. Se repite el procedimiento y se coloca otra sutura, la cual se comunica con otra incisión y se coloca una tercera sutura para dar completamente la forma del antihélix, la cual se exterioriza por alguna de las dos incisiones previas.



Figura 9. En la unión céfalo-conchal se realiza una incisión de 1 cm por donde se separa la piel en un plano subcutáneo de la mastoides. Se introduce una aguja por una de las incisiones del antihélix y se exterioriza por la incisión retroauricular. Se pasa una sutura, a la cual se le deja la aguja y se realiza el mismo procedimiento de anclaje al cartílago de la concha auricular.

Escala del dolor

En cuanto el dolor postquirúrgico: se cuantificó en una escala de 1-10.

Dolor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pacientes	0	1	2	5	3	2	0	1	0	0

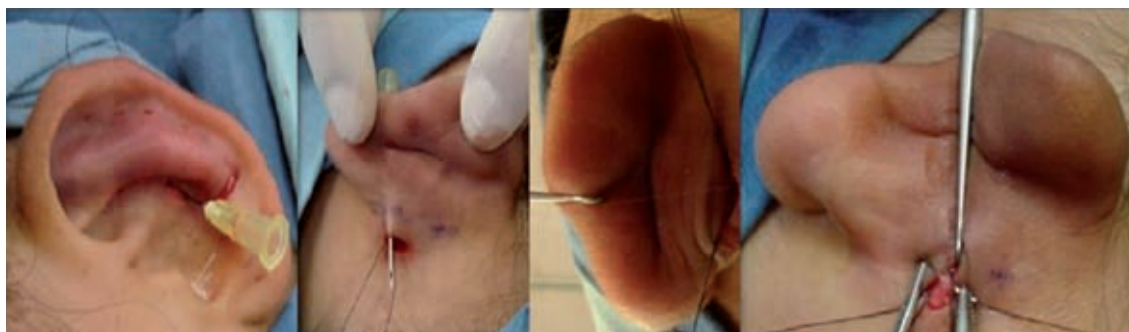


Figura 10. Se coloca otra aguja en la otra incisión del antihélix y se coloca otra sutura. Con las dos suturas fijas en el cartílago de la concha auricular se realiza su fijación hacia la mastoides para reposicionar el cartílago y disminuir su proyección.



Figura 11. Se fija la concha auricular a la mastoides y se cortan las suturas. Hecho esto es evidente que disminuye la proyección de la concha auricular y mejora el ángulo cefaloconchal. Al término del procedimiento se suturan las incisiones con nylon 6-0, se coloca un conformador de algodón y se aplica vendaje.

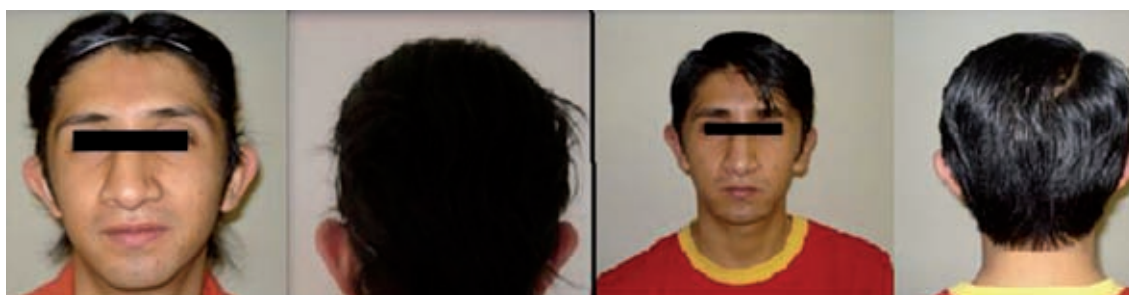


Figura 12. Prequirúrgico y postquirúrgico. Hombre de 20 años.



Figura 13. Prequirúrgico y postquirúrgico. Mujer de 8 años.

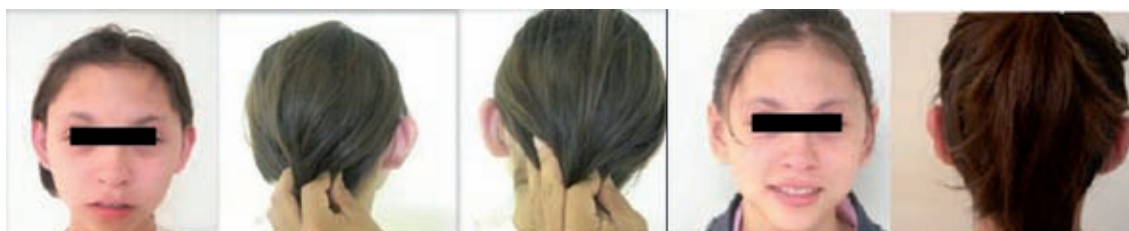


Figura 14. Prequirúrgico y postquirúrgico. Mujer de 14 años.

En todos los pacientes se administró analgésico (AINES) desapareciendo el dolor a la semana de la cirugía.

Se evaluó la sensibilidad a las 4 semanas, calificando el dolor, tacto, frío y calor, en todos los pacientes se conservó la sensibilidad, calificándose como normal.

Tiempo de recuperación total

En cuanto al tiempo de recuperación postquirúrgica, se tomó en cuenta a aquellos pacientes que ya no presentaron dolor, con un aspecto auricular normal y sensibilidad auricular completa. El análisis reveló una media de 3.5 semanas. Aunque la mayoría de los pacientes se incorporaron a sus actividades normales a la semana de la cirugía, su recuperación total la tuvieron a las cuatro semanas de la cirugía.

Grado de disminución del ángulo céfalo-conchal

El ángulo céfalo-conchal disminuyó a un valor entre 85 a 110°.

Grado de disminución de la proyección de la concha

La proyección que logró reducirse en cada oreja se obtuvo por la disminución del ángulo céfalo-conchal al reposicionar la concha en la mastoides, con una media de 28.7°

Ángulo del antihélix que se adquiere con la plicatura

Los pacientes no tenían definido el antihélix y al realizar la plicatura se consiguió una anulación en promedio de 271°.

COMENTARIOS

Existe una gran cantidad de técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la oreja prominente, las que tienen como principio mejorar el ángulo cefaloconchal, disminuir la proyección de la concha auricular y formar un nuevo antehélix, que según algunos autores es la causa en un 70% de la prominencia de la oreja.

En un intento de aplicar a nuestros pacientes una técnica quirúrgica lo menos agresiva posible, se realizó la otoplastia empleando la técnica descrita por Kaye en 1967. Ésta consiste en formar el antehélix a través de mínimas incisiones en la piel de la superficie anterior de la oreja, combinada con el limado de la cara anterior

del cartílago y su fijación con puntos de colchonero. A lo anterior le agregaremos la disminución del tamaño de la concha auricular utilizando estas pequeñas incisiones para separar la piel de la cara posterior del cartílago conchal, fijándola a la mastoides. Esto da un aspecto natural a la oreja, sin resección de piel, ni cartílago, con lo cual no se afecta la sensibilidad ni el riesgo sanguíneo de la oreja; el tiempo de recuperación es corto y se conserva el cartílago de la concha auricular, mismo que se puede emplear en algún procedimiento reconstructivo si el paciente lo requiriera.

El interés por este padecimiento surgió por el gran número de pacientes que nos solicitan este procedimiento y que no pueden cumplir con los requisitos administrativos para realizarlo en quirófano, por lo que al hacer una técnica quirúrgica sencilla en la que se realiza poca disección de tejidos, se conserva piel y cartílago; nos permite realizarla en el consultorio con anestesia local y con los cuidados quirúrgicos requeridos. Al no sacrificar piel y cartílago, éstos los podríamos utilizar en otros procedimientos reconstructivos si fuera necesario.

En casi todas las técnicas quirúrgicas se reseca piel y el cartílago conchal, comprometiendo el riesgo sanguíneo y la sensibilidad de la oreja, desechando además un cartílago que en algún procedimiento reconstructivo puede ser útil.

En aquellos procedimientos en los que se realizan incisiones mínimas, como la de Kaye¹⁴ y Stenstrom,¹³ sólo se enfocan en dar forma al antehélix, sin tomar en cuenta que la concha auricular y en ángulo cefaloconchal son importantes para la corrección de la oreja prominente.

Nuestra técnica consiste en dar la forma a la oreja utilizando los principios de Gibson y Davis,⁷ «memoria del cartílago», que se enfocan en el manejo del pericondrio y su sección en una de las superficies origina su enrollamiento o deformación en la superficie contralateral.

Por ello, al tallar una de las superficies del cartílago a través de pequeñas incisiones, éste se enrolla en la superficie contralateral y al colocar sutura no absorbible se mantiene la nueva forma hasta que se genera un tejido cicatrizal que haga permanente el tallado realizado. Además, a través de estas incisiones se puede reubicar el cartílago conchal en una posición menos proyectada, disminuyendo el ángulo correspondiente. El resultado fue adecuado de manera inequívoca.

CONCLUSIONES

El manejo de la oreja prominente es posible a través de incisiones mínimas, sin la necesidad de reseca piel

y cartílago. El daño vascular y nervioso es menor por la poca disección que se realiza. El realizar el tallado del cartílago auricular asegura mantener la forma de la oreja, según los principios de Gibson y Davis. La reposición del cartílago conchal disminuye el ángulo cefaloconchal y la proyección de la concha auricular. Sólo fueron necesarios tres puntos para mantener la forma del antehélix y dos para fijar la concha a la mastoides. El tiempo de recuperación fue adecuado, con resultados estéticos excelentes. Las complicaciones presentadas fueron resueltas sin presentar alteración en la forma de la oreja, la exposición de suturas se resolvió al retirar éstas al mes de la cirugía. El hematoma que surgió como complicación en uno de los pacientes, se drenó de inmediato sin complicación futura.

La técnica descrita es sencilla, reproducible y puede realizarse en forma ambulatoria con anestesia regional. El periodo de seguimiento fue menor a un año, por lo que es necesario un mayor tiempo para valorar alguna complicación tardía.

Con la técnica empleada en este estudio al realizar pequeñas incisiones, se reduce el traumatismo a los tejidos, es mínima la lesión vascular y nerviosa, y el periodo quirúrgico y de recuperación es más rápido, por lo que puede considerarse que esta técnica es reproducible, con excelentes resultados.

Es necesario contar con un mayor número de pacientes para tener conclusiones estadísticamente significativas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dieffenbach JF. *Die operative Chirurgie*. Leipzig, FA Brocchhaus, 1845.
2. Ely ET. An operation for prominence of the auricles. Arch reimpre-sión. Salvat Editores SA. 1984: 730-61. *Otolaryngol* 1981; 10: 97.
3. Morestin H. De la reposition et du plissement cosmétiques du pavillon de l'oreille. *Rev Orthopédie* 1903; 14: 289.
4. Luckett WH. A new operation for prominent ears based on the anatomy of the deformity. *Surg Gynecol Obstet* 1910; 10: 635.
5. McEvitt WG. The problem of the protruding ear. *Plast Reconstr Surg* 1947; 2: 481.
6. Converse JM, Nigro A, Wilson FA, Johnson N. A technique for surgical correction of lops ears. *Plast Reconstr Surg* 1955; 15: 411.
7. Gibson T, Davis WB. The distortion of autogenous cartilage grafts: its cause and prevention. *Br J Plast Surg* 1958; 10: 257.
8. Tanzer RC. The correction of prominent ears. *Plast Reconstr Surg* 1962; 30: 236.
9. Mustardé JC. The correction of prominent ears using simple mattress sutures. *Br J Plast Surg* 1963; 16: 170.
10. Mustardé JC. The correction of different types of prominent ears. *Aesthet Plast Surg* 1983; 7: 163-8.
11. Ju DM, Li C, Crikelair GF. The surgical correction of protruding ears. *Plast Reconstr Surg* 1963; 32: 283-93.
12. Chongchet V. A method of anthelix reconstruction. *Br J Plast Surg* 1963; 16: 268.
13. Stenstrom SJ. A "natural" technique for correction of congenitally prominent ears. *Plast Reconstr Surg* 1963; 32: 509.
14. Kaye BL. A simplified method for correcting the prominent ear. *Plast Reconstr Surg* 1967; 40: 44-8.
15. Furnas DW. Correction of prominent ears by conchomastoid sutures. *Plast Reconstr Surg* 1968; 42: 189-93.
16. Psillakis JM. Prominent ears: correction with buried mattress sutures. *Acta Chir Plast* 1968; 10: 315-20.
17. Corzo-Sosa AR. Otoplastia directa: Colgajo pericondrio-cutáneo. *Cir Plast* 2000; 10: 16-25.
18. Tramier H. Personal approach to treatment of prominent ears. *Plast Reconstr Surg* 1997; 99: 562.
19. Cuenca-Guerra R. Oreja prominente: plastia mínimamente invasiva. *Cir Plast* 1999; 9: 120-125.
20. O Onur E. New modification in otoplasty: Anterior approach. *Plast Reconstr Surg* 2000; 102: 193-201.
21. Robiony M. A technique for remodeling the antehelix to correct the prominent ear. *J Oral Maxillofac Surg* 2001; 59: 9-13.
22. Limandjaja GC, Brreugem CC. Complications of otoplasty: a literature review. *Int J Surg Reconstr* 2008; 101-150.
23. Kaye BL. *A simplified method for correcting the prominent ear*. From the Department for Surgery, Baptist Memorial Hospital, Jacksonville Florida, April 30 to May 1967.

Dirección para correspondencia:

Dr. Israel Esteves Chávez
Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva.
Hospital General «Dr. Rubén Leñero».
Plan de San Luis y Díaz Mirón,
colonia Casco de Santo Tomás.
Delegación Miguel Hidalgo.
11340 México, D. F.
Tel. 5341-17-93.
Correo electrónico: esteves1616@yahoo.com.mx