

ARTÍCULO ORIGINAL

Técnica novedosa de otoplastia correctiva en orejas prominentes

Dr. Walgener Jiménez Reyes¹, Dra. Lourdes Correa Balga², Dra. Diana C. Jiménez Correa³

¹ Especialista de I Grado en Cirugía Plástica y Caumatología. Instructor. Hospital General Docente "Octavio de la Concepción y la Pedraja". Baracoa .Guantánamo. Cuba.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Instructor. Hospital General Docente "Octavio de la Concepción y la Pedraja" .Baracoa .Guantánamo. Cuba

³ Estudiante de 3er. Año de Medicina. Filial de Ciencias Médicas Baracoa. Guantánamo. Cuba.

RESUMEN

Con el propósito de analizar el resultado estético obtenido con la técnica novedosa de otoplastia de los autores, se realiza un estudio descriptivo en 70 pacientes que acudieron al Servicio de Cirugía Plástica y Caumatología del Hospital General Docente "Octavio de la Concepción y la Pedraja" de Baracoa, en un período de 8 años, desde marzo de 2004 hasta marzo de 2012. La información se obtiene de la historia clínica y de un formulario. Se alerta a la necesidad del raspado del pericondrio en la cara anterior de la oreja para la formación del antehélix; en la rotación y anclaje de la concha mediante suturas permanentes con la resección del músculo auricular posterior, sin resecciones reductoras del cartílago, para el tratamiento de la concha; y en la cicatriz oculta en el surco retroauricular. La mayor incidencia se manifiesta en el grupo de 15 a 24 años. El sexo que prevalece es el masculino con buen resultado estético de forma general y sin complicaciones. El 100 % de los pacientes estuvo satisfecho.

Palabras clave: otoplastia, orejas prominentes, antehélix, concha auricular

INTRODUCCIÓN

Muchas son las técnicas que se han descrito para la corrección de las llamadas orejas prominentes. La primera otoplastia fue realizada por Ely en 188, Morestin, en 1903, fue el primero en descubrir la sutura conchomastoidea, y la técnica de Mustardé¹, que pasó desapercibida durante varias décadas.¹⁻⁴

Las causa de las orejas prominentes es la ausencia o subdesarrollo del antehélix y cuando es excesiva la altura de la pared posterior de la concha, o la combinación de ambas. Puede ser bilateral o unilateral.¹⁻¹² A las orejas prominentes se le ha denominado orejas en asa, procedencia auricular, hélix valgus, orejas de murciélago, orejas proyectadas, separadas, en ángulo obtuso. Se debe elegir el método más sencillo que con un mínimo de complicaciones conduzca a resultados excelentes.

Esta idea motiva a presentar este estudio sobre otoplastia usando esta técnica personal basados en los estudios experimentales de Gibson y Davis (1958) y Stenström (1963) demostrando que el pericondrio si es parcialmente incidido se encorva alrededor del pericondrio intacto dando al antehélix una estabilidad, suave curvatura y proyección hacia delante.

Uno de los problemas más frecuentes de consulta por parte de los pacientes al cirujano plástico lo constituyen las orejas prominentes, que producen insatisfacción tanto en el niño como en el adulto y a los padres que tienen un hijo con esta deformidad auricular². La desviación en asa siempre es el objetivo que produce chistes y charlas entre niños y adultos, y llega a crear en muchos casos complejos de inferioridad.

La razón fundamental de realizar la otoplastia es eliminar el efecto psicológico que produce esta deformidad, mejorando su autoimagen tanto en el paciente adulto como en muchos niños que sufren trastornos emocionales cuando se les recuerda constantemente que tienen esta deformidad.

Con el objetivo de analizar el resultado estético obtenido con el uso de la técnica en 70 pacientes que reciben tratamiento quirúrgico, se realiza esta investigación en la que se combina la plicatura de la técnica de Mustardé con la técnica de Stenström mediante el raspando en el futuro sitio del antehélix en la cara anterior, penetrando por vía posterior.

MÉTODO

En el Servicio de Cirugía Plástica y Caumatología del Hospital General Docente "Octavio de la Concepción y la Pedraja" de Baracoa en un período de 8 años desde marzo de 2004 hasta marzo de 2012, recibieron tratamiento quirúrgico 70 pacientes (pediátricos y adultos), de uno y otro sexo, con orejas prominentes, lo cual constituye el material para el presente trabajo.

Se confecciona un proyecto para un estudio descriptivo y un formulario para recoger de las historias clínicas las siguientes variables: edad, sexo, oreja deformada y región anatómica afectada, complicaciones, resultados estéticos y satisfacción del paciente.

Técnica quirúrgica

La oreja se pliega hacia atrás, para producir el pliegue deseado del cuerpo y cruz superior del antehélix. Dicho pliegue se marca con un plumón de marcaje quirúrgico.

En la cara posterior de la oreja se marca el surco retroauricular desde el límite superior del pabellón auricular hasta el borde inferior de lóbulo de la oreja.

En los niños y adultos se utiliza anestesia local acompañada de una adecuada psicoterapia. Con previa asepsia y antisepsia del campo operatorio, se infiltra superficialmente lidocaína 0.5 % con adrenalina 100.000 mg en la región mastoidea, en el surco retroauricular, en la cara posterior de la oreja y en la cara anterior donde se ha marcado el antehélix.

Se incide con el bisturís sobre el marcaje realizado en el surco retroauricular, desde el límite superior del pabellón auricular hasta el borde inferior de lóbulo de la oreja y de este hasta el tejido celular subcutáneo por arriba del pericondrio y se decora con tijera Metzenbaum en un plano suprapericondrio en la cara posterior.

Se aproximan las orejas al cráneo mediante dos pinzas de disección con diente hasta el límite deseado, marcando con los dientes de estas el límite de la piel en uso que se va a resear, luego se corta con la tijera el uso de piel desde el límite de la extremidad superior del pabellón auricular hasta el borde inferior de lóbulo de la oreja y se realiza una hemostasia cuidadosa.

Se disecan los tejidos blandos de la cara posterior y de la región mastoidea reseándose el músculo auricular posterior y la grasa

retroauricular donde quedará un espacio vacío para recibir la concha auricular, aproximando así la oreja al cráneo, reduciendo la protrusión del polo superior de la oreja y la prominencia del lóbulo.

Luego se penetra por la cara posterior con la tijera Metzenbaum haciendo un túnel en la cara anterior, donde será introducida la lima y se realizan raspados del pericondrio del cartílago de la cara anterior en el nuevo pliegue del antehélix marcado en la zona que se desea plegar, de esta forma se modifican las líneas de fuerza de la superficie cartilaginosa anterior, con el fin de que esta se doble hacia atrás y se forme el pliegue del antehélix.

Una vez conseguido, la oreja se coloca en la posición deseada mediante 3 puntos simples de colchonero con nailon 4-0 permanente en la cara posterior del pabellón auricular a lo largo de la proyección del antehélix fijándolo a la fascia mastoidea, produciendo una rotación posterior de la oreja. Luego los bordes cutáneos son suturados con puntos simples continuos corridos. Terminando el acto quirúrgico con un tiempo de 1 hora. Luego se protege con apósitos la cara anterior y se coloca vendaje elástico.⁵

Después de la operación se realizan curas diarias y se colocan apósitos y vendaje. La sutura se retira a los 14 días. El vendaje o cintas elásticas se mantienen alrededor de 1 mes de día y de noche y posteriormente se coloca sólo por las noches durante 5 meses más para proteger la corrección obtenida y evitar traumatismos.

El tiempo de seguimiento escogido es de 6 meses. A todos los pacientes se les realizaron fotos preoperatorias y postoperatorias. Las fotografías postoperatorias se realizaron después de ese período. Los pacientes son citados a consulta ambulatoria, se les realiza un cuidadoso interrogatorio y examen físico para analizar los resultados estéticos, los cuales se evaluaron por el cirujano que participó en la intervención quirúrgica.

La evaluación se hizo sobre la base de los resultados siguientes:

1. Ausencia de protrusión del polo superior de la oreja.
2. Ausencia de prominencia persistente de lóbulo de la oreja.
3. El hélix de ambas orejas debe ser visto detrás del antehélix desde una vista anterior.
4. El antehélix debe tener una línea regular y lisa.
5. No deben quedar ángulos o aristas visibles en el antehélix, ni en la concha.
6. Cicatriz escondida en el surco retroauricular.
7. Separación de la curva hélix-lóbulo paralelo al plano mastoideo con una distancia de 12 mm de separación.

8. Ambas orejas simétricas.
9. Obtención de ambas orejas bien formadas que parezcan normal a la vista y al tacto, con el mínimo de estigmas que delaten el paso de la cirugía por él.

Los resultados se clasificaron de acuerdo con los criterios siguientes:

Bueno: Cuando se lograron todos los objetivos.

Regular: Cuando solamente se lograron 7 objetivos.

Malo: Cuando los objetivos logrados fueron 6 o menos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La Tabla 1 refleja edad y sexo de los pacientes atendidos. Acorde con lo señalado, los pacientes se intervinieron a partir de los 5 años de edad, con una mayor incidencia entre los 15 a 24 años con un 48.6 %, seguido de los de 5 a 14 años con 37.1%. La edad osciló entre 5 y 35 años.

El sexo que prevaleció fue el masculino con 48 pacientes (68.6 %). Como se pudo apreciar hubo predominio del sexo masculino en todos los grupos de edades de esta serie. Unificando la edad y el sexo se pudo observar que uno y otro tuvieron su mayor incidencia en el grupo de 15 a 24 años.¹⁰⁻¹³

Debido a que es en este período de la vida, cuando los jóvenes presumen más de su estética en esta etapa buscan su propia identidad separada de sus padres. Un rostro disarmónico produce alteraciones que van desde las funcionales hasta las psíquicas y sociales. El individuo adulto con la estética afectada, desarrolla una serie de pautas, de conductas variadas, relacionadas con el grado de afectación que poseen, que en ocasiones limitan su incorporación a la sociedad.

Otros autores como Aguilar y García Palacios^{2,4,11} plantean que esta intervención puede realizarse en niños a partir de los 6-8 años, aproximadamente 7 años, tiempo en que el cartílago de la oreja completado su crecimiento y habrá mayor colaboración del paciente, se coincide con sus criterios ya que raramente los niños menores de 5 años se encuentran afectados por comentarios respecto a los defectos físicos, y además, no cooperan con el acto quirúrgico con anestesia local la cual fue el método anestésico utilizado en nuestro estudio.

En otro estudio publicado por el Dr. Quintana Díaz y otros autores¹⁰ refieren que la edad ideal para la corrección de las orejas prominentes es uno o dos años antes que el niño vaya a la escuela, durante la

primera infancia, no es conciente de su defecto, ya que al iniciar la edad escolar es el momento en que se relaciona constantemente con otros niños y tendrán patrones de comparaciones que harán conciente este hecho, y algunos niños se burlan de estos con apodosos y le crean complejo de inferioridad, provocándole incapacidad para establecer relaciones en el medio social ,en el aprendizaje, proyectan sentimientos de inseguridad , desconfianza y bajo nivel de autoestima.

Con relación al sexo y esta anomalía, se considera que el menor porcentaje del sexo femenino (31.4 %) que se realizó la otoplastia se debe a que estas ocultan la deformidad debajo del cabello, y así enmascaran el defecto. No así en un estudio publicado por el Dr. Quintana Días¹⁰ donde predominó el sexo femenino con 52.7 %.

De los 70 pacientes con orejas prominentes, el 100 % fueron bilaterales. La oreja derecha la más afectada (57.9 %). En las 140 orejas con prominencias, las regiones anatómicas más interesada fueron la combinación de una plicatura insuficiente del antehélix, combinada con una concha profunda (50 %) (Tabla 2).

La prominencia de las orejas suele ser por diversas causas. La literatura médica consultada plantea que la causa más importante es una plicatura insuficiente del antehélix, combinada con una concha profunda^{1-12,13-19}. El antehélix insuficiente es la causa del defecto que más aparece, por lo que el método propuesto, crea una curvatura del antehélix al ser removido el pericondrio anterior, para que el pericondrio posterior tire como una rienda y lleve el cartílago a la curvatura deseada.

Otros autores⁴ tratan el defecto de antehélix mediante una mínima incisión en la cara anterior del pabellón auricular con un bisturís de hoz, realizan incisiones parciales en el cartílago para plegar el antehélix, por lo que no se coincide con ellos ya que en este estudio solo se lesiona el pericondrio de la cara anterior y se obtienen resultados excelentes.

Otras literaturas solo resecan piel de la cara posterior de la oreja y fijan la concha a la mastoides con puntos permanentes para formar el futuro antehélix como lo describe la técnica de Mustardé.^{1,2,5,8,12}

En este trabajo el porcentaje de complicaciones fue inferior al que ofrecen otros estudios.^{2,4,5,7,11-19} En ninguno de los casos operados se presentan complicaciones transoperatorias y postoperatorias, ni recidivas (recurrencias).

Se coincide con la literatura de los autores Mompó Romero y demás, los cuales presentan bajo porcentaje de complicaciones porque no agreden el cartílago⁸. Otras bibliografías describen el hematoma como la

complicación inmediata y urgente, sin embargo, si se coagula minuciosamente y se coloca un apósito compresivo, esta eventualidad es prácticamente nula.

Con la administración de antibióticos profilácticos antes de la cirugía (cefazolina 1 g e.v.) 30 minutos antes de la intervención y en un medio absolutamente estéril, se reducen significativamente las infecciones postoperatorias, coincidiendo con otros autores.^{20,21} La consecuencia más directa de una infección es la condritis. Si no se trata rápidamente, puede producir deformidades de la oreja por la destrucción del cartílago. Por lo tanto, la manipulación de estos tejidos debe hacerse con mucho cuidado.

Un beneficio de especial relevancia para los centros médicos con escasos recursos, es que solamente se necesitan dos hebras de material de sutura (nylon 4-0) en la intervención. Se utilizó la sutura de anclaje con nylon 4-0 utilizadas por otros autores, y estas no provocaron complicaciones, ni reacciones a cuerpo extraño, y fueron eliminadas con el paso de los días, no ocasionando complicaciones postoperatorias graves como dolor, epidermolisis, condritis intensas, infección, destrucción del cartílago, reacción de rechazo a las suturas, irregularidades del cartílago, necrosis cutáneas, escaras, hipercorrección, cicatrices hipertróficas y queloides como describen otros autores.^{4,5,7,14,19}

La evaluación se correspondió con los resultados. Los resultados estéticos con esta técnica fueron satisfactorios, y fueron clasificados en buenos (98 %), regulares (2 %) y no tuvimos resultados malos, cifra similar a las reportadas por otras publicaciones.²⁻⁴

Los pacientes estuvieron satisfechos y agradecidos con los resultados obtenidos en un 100 %, todos los pacientes con alteraciones sociales y escolares recuperaron su autoestima tras el procedimiento. Se cree que para obtener buen resultado, tiene tanta importancia la posición del pabellón respecto al cráneo, como su forma y proporciones en todo su conjunto.¹⁵⁻¹⁹

La corrección de las orejas prominentes supone un buen conocimiento de la anatomía, la conciencia de que se trabaja sobre tejidos muy delicados y de que con la combinación y adaptación de otras técnicas se obtiene el mejor resultado estético, con orejas simétricas y naturales, como lo explican diversos autores en sus trabajos.^{3,4}

CONCLUSIONES

La técnica expuesta es una opción novedosa: Puede ser aplicada en niños, adolescentes y adultos de ambos sexos. Amplio rango de indicación: (en ausencia o subdesarrollo del antehélix, cuando es excesiva la altura de la pared posterior de la concha o la combinación de ambas, en la protrusión del polo superior de la oreja y en la prominencia persistente de lóbulo de la oreja).

El nuevo antehélix plegado queda con una superficie lisa y regular, mediante el raspado con lima del pericondrio en la cara anterior del pabellón auricular. Aproximación de la oreja al cráneo mediante suturas no absorbibles al ser resecado los tejidos blandos de la cara posterior y de la región mastoidea con el músculo auricular posterior y la grasa retroauricular donde quedará un espacio vacío para recibir la concha auricular. Cicatriz que se esconde en el surco retroauricular.

Ausencia de complicaciones. Para este estudio se tomaron como base las técnicas de Stenström y Mustardé para realizar la cirugía. Esta se caracteriza por no resecar cartílago y se le da la forma a la oreja con los principios de Gibson y Davis. Se prefiere esta técnica porque se preserva el cartílago, incisión en la cara posterior que oculta la cicatriz, tiempo quirúrgico corto (1 hora), económica y buenos resultados.

RECOMENDACIONES

Por los resultados obtenidos, por el bajo costo del proceder quirúrgico, por el menor riesgo de complicaciones y por un resultado estético lo más natural posible, se recomienda el uso de la técnica como tratamiento en las orejas prominentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Davis JE, Julio LC. Otoplastia. Orejas prominentes. En: Coiffman F. Texto de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Tomo 2. La Habana: Edición revolucionaria; 1986: 823 - 30.
2. Aguilar R, Soto C, Barrera S .Estudio de la evolución de 238 Otoplastia mediante encuesta de satisfacción. Rev. Cir Pediátrica. Departamento de Cirugía Pediátrica .Hospital Infantil La Paz. Madrid.2008; 21: 104-106.
3. Thomassin MJ, Dessi P, Magalon G. Cirugía de las orejas despegadas. Rev Cirugía otorrinolaringológica y cervicofacial .Centro Hospitalario de la Timone. Marsella. Francia .2009; 10(1):1-17.

4. García Palacios M, Somoza J, Lema A, Molina ME. Corrección de las orejas Procidentes mediante un abordaje mínimamente invasivo. Rev Cir Pediátrica Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera, Hospitalario Universitario A Coruña. España.2009; 22: 115-118.
5. González Álvarez G, Fernández RL, Pisón CJ. Escaras tras Otoplastia de Mustardé: Importancia de las curas y seguimiento de los pacientes. Rev Cir Pediátrica. Servicio de Cirugía Pediátrica y Cirugía General Virgen del Camino Pamplona. España.2010; 23: 193-195.
6. Levi Alfonso J. Otoplastia. Orejas prominentes. En: Texto de Cirugía Maxilofacial Pediátrica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007: 20- 21.
7. Escudero FJ, Lozano JA: "Corrección de las orejas prominentes mediante Otoplastia de Chongchet Modificada. Ventajas e Inconvenientes". Revista de divulgación científica de la Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Servicio de Cirugía Pediátrica y Cirugía General Virgen del Camino Pamplona. España.2007; 33(1) Enero- Abril.
8. Mompó Romero L, Pastor G, Carrasco Llatas M, Teresa Cuesta M, Dalmau Galofre J. Otoplastia sin sección cartilaginosa mediante la técnica de Mustardé. Presentación de nuestros resultados. Acta otorrinolaringológica española. España.2007; 62(3) Mayo- Jun: 181-187.
9. Pedraza MA, Velez LEE, Mantilla TN .Otoplastia nueva alternativa Quirúrgica. Acta otorrinolaringológica española Cir Cabeza Cuello. España 2011; 39(1) mar: 25-33.
10. Quintana Díaz JC, Acosta García Y, Quintana Giralt M .Evaluación postoperatoria de pacientes operados mediante Otoplastia .Rev Cubana Cir. Ciudad de la Habana.2008; 47 (4):20 Sep.-Dic.
11. Echarri San Martín R, Hernando Cuñado M, Montojo Woodeson J, Plaza Mayor G. Otoplastia: Resultados del abordaje anterior sobre el posterior. Presentación de nuestros resultados. Acta otorrinolaringológica española. España.2011; 62(3) Mayo -Jun: 188-193.
12. Mompó RL, Pastor G, Carrasco M, Cuesta MT .Otoplastia sin sección cartilaginosa mediante la técnica de Mustardé. Presentación de nuestros resultados. Acta otorrinolaringológica española. España.2011; 62(3) Mayo-Jun: 181-187.
13. Estévez CI, Viera NME, Pacheco LRC. Tratamiento de las orejas prominentes con incisiones mínimas, sin resección de piel ni de cartílago. Cirugía Plástica.2010; 20(1) Enero- Abril: 27-35.
14. Gómez GC, Mendoza LFJ, Ontiveros L. Protocolo de tratamiento de cicatrices queloides en el pabellón auricular del Hospital General de Dr. Manuel Gea González. Cir Plást Iberolatinoam. 2012 Enero- Marz; 38 (1).

15. Scuderi N, Tenna S, Bitonti A, Bonella M. Repositioning of posterior auricular muscle combined with conventional Otoplasty: a personal technique. *Aesth Plast Surgery*. 2007; 60:201-204.
16. Zambudio G, Ruiz JI. Otoplastia por vía anterior en el tratamiento de Orejas Prominentes. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. 2007. <http://demedicina.com>
17. Cerqueiro J. Otoplastia .Corrección de Orejas Prominentes. Berlín: Noviembre. 2009. <http://demedicina.com>
18. Naumann A.: "Otoplasty-techniques, characteristics and risk". *GMS Current Topics in Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery* 2007, 6:1.
19. Dávalos Dávalos P: "Orejas prominentes, Otoplastia, una alternativa quirúrgica. Presentación en el V Congreso Regional Bolivariano de Cirugía Plástica de la FILACP, Caracas, Venezuela 2-5 Mayo 2007.
20. García Gutiérrez A, Pardo Gómez G, Pisonero Socías JJ. Antibióticos. Cefalosporinas. En: *Texto de Cirugía .tomo 1. La Habana. Ed. Ciencias Médicas; 2007:178-191.*
21. Medimecum. Guía de terapia farmacológica. Antiinfecciosos Generales. ADIS 14 Edición. España. 2009:490.

Recibido: 22 de mayo de 2012

Aprobado: 16 de junio de 2012

Dr. Walgener Jiménez Reyes. Hospital General Docente "Octavio de la Concepción y la Pedraja". Baracoa .Guantánamo. Cuba. **Email:** walgener.gtm@infomed.sld.cu

Tabla 1. Edad y sexo

Grupo de edades	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
5 - 14	12	17.1	14	20	26	37.1
15 -24	8	11.4	26	37.2	34	48.6
25 -34	2	2.9	6	8.5	8	11.4
35 y más	-	-	2	2.9	2	2.9
Total	22	31.4	48	68.6	70	100

Fuente: Formulario confeccionado para la recolección de datos.

Tabla 2. Distribución porcentual según orejas y regiones anatómicas afectadas

Región anatómica	Oreja derecha		Oreja izquierda		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Antehélix	25	17.85	25	17.85	50	35.7
Concha	10	7.15	10	7.15	20	14.3
Antehélix y concha	46	32.9	24	17.1	70	50
Total	81	57.9	59	42.1	140	100

Fuente: Formulario confeccionado para la recolección de datos.