

**HOSPITAL GENERAL DOCENTE. “ALEIDA FERNÁNDEZ CHARDIET”, HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PROVINCIA LA HABANA**

**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS OREJAS PROMINENTES. PRESENTACIÓN DE CASOS**

*Dr. Orlando L. Rodríguez Calzadilla<sup>1</sup>, Dr. Andrés Ernesto Rodríguez Cárdenas<sup>2</sup>*

1. Especialista de I grado en Cirugía Maxilo Facial. Profesor Asistente
2. Especialista de I grado en Psiquiatría. Ms. Psiquiatría.

**RESUMEN**

La imagen que un ser humano presente a sus semejantes ha sido una de las preocupaciones primitivas y prioritarias que más repercusiones ha tenido sobre el desarrollo de las diferentes civilizaciones, ya que como consecuencia del culto a la apariencia, el hombre a tenido muchos conflictos, ha sido objeto de burlas y se ha caracterizado por la irritabilidad. La corrección de los defectos faciales es difícil para el cirujano, por lo que muchos tratan de buscar técnicas quirúrgicas que contribuyan a la estética del paciente afectado. Con el desarrollo alcanzado en el mundo, la cirugía reconstructiva permite hoy en día el uso de técnicas quirúrgicas más avanzadas. Un total de 20 pacientes fueron estudiados, la edad predominante fue la de 21 años (35%) y el sexo, el masculino (70%). La afección anatómica más frecuente resultó el aumento del ángulo concho mastoideo. El tiempo de evolución de los pacientes estudiados es a partir de los 5 años (60%). Se realizó el trabajo para demostrar los resultados obtenidos en la corrección de las orejas prominentes modificando la técnica de Musgrave, combinada con la técnica concho mastoidea y eliminar el uso de suturas de fijación para el plegamiento de la oreja.

Descriptores DeCS: OIDO EXTERNO/cirugía; VENDAJES; SUTURAS.

En la realización de cualquier reconstrucción hay que tener gran cuidado, ya que muchas veces el primer intento es la única oportunidad para obtener un resultado óptimo. En vez de seguir métodos fijos, será ventajoso para el cirujano dominar diversas técnicas básicas, que pueden ser empleadas en varias combinaciones para resolver los problemas individualizados que se encuentran en las deformidades auriculares congénitas o adquiridas <sup>1</sup> Davis y Cianfrone<sup>2</sup> plantean que la historia de la cirugía de las orejas prominentes puede dividirse en cuatro etapas de progreso: 1) Nace con la contribución de Ely en 1881, 2) En 1910 Luckett atrajo la atención sobre la importancia del anhelix, 3) En 1963 Mustardé populariza el método para obtener la curva del anhelix, (4) Lograr la perfección en cuanto a forma, tamaño y sensibilidad de la oreja. Las orejas en ASA, llamadas también "aladas", acabañadas", "despegadas", aztecas", por la deformidad que ocasionan tienen gran importancia para el paciente. En el hospital "Calixto García" fueron operados 15 pacientes (niños, adolescentes y adultos), la técnica utilizada fue la de Luckett. <sup>3</sup> La oreja prominente o corta se caracteriza por la ausencia del pliegue del anhelix. Se han descrito varios métodos para corregir la deformidad. Muchos involucran la colocación permanente de las suturas para lograr la forma apropiada del cartilago y corregir la deformidad. Poniendo varias suturas percutáneas se puede ajustar el nivel del pliegue finamente en el anhelix.<sup>4</sup> La reparación o cirugía auricular, debe realizarse a la edad en que el paciente puede tomar una decisión, sabiendo los riesgos, beneficios, y consecuencias de esta cirugía. Los padres y cirujanos deben tener una expectativa realista de los resultados quirúrgicos y el beneficio obtenido. <sup>5</sup>Las orejas en ASA no se consideran una malformación congénita genuina, sino más bien una variante morfológica considerada inestética, <sup>6</sup> Elíot RA. 5, combina el raspado de la cara anterior mediante suturas permanentes. Al-Qattan MM. <sup>7</sup>, describen dos pacientes femeninas operadas de orejas en signo de interrogación. Más allá de la delineación de los rasgos clínicos de esta anomalía, se presenta a lo largo de la deformidad, una fisura congénita que es corregida con una técnica quirúrgica sencilla sin empleo de suturas y los resultados obtenidos se consideraron satisfactorios. <sup>8</sup> La corrección de los efectos faciales es difícil para el cirujano, por lo que muchos tratan de buscar técnicas quirúrgicas que contribuyan a la estética del paciente afectado. Con el desarrollo alcanzado en el mundo, la cirugía reconstructiva permite hoy en día el uso de técnicas quirúrgicas más avanzadas. <sup>9</sup> Quintana Díaz. <sup>10</sup> presentó un caso con proyección hacia delante de los pabellones auriculares (orejas en ASA). La deformidad consistió en un aumento del ángulo orelatocochal. Bajo anestesia local se realizó una otoplastia correctiva de ambos pabellones auriculares con los pasos descritos por Psillakis<sup>10</sup> Estrada. <sup>11</sup> estudio 60 pacientes adultos y pediátricos de ambos sexos con orejas prominentes. La anestesia empleada hasta los nueve años fue general y la técnica quirúrgica fue una incisión disfada en forma de aliso en la cara posterior de la oreja, se retra piel en el plano suprapericondrio, se realizan incisiones cartilagosas y el pliegue del anhelix lo dobla y lo fija con suturas permanentes. Uno de los rasgos importantes de corrección de orejas prominentes involucra la creación de un pliegue en el cartilago de la oreja (anhelix). La situación precisa y simétrica de este pliegue es crucial para el resultado estético. La investigación consistió en el uso de la fisura intertrágica como guía anatómica constante, que muestra la línea correcta para el nuevo anhelix. En la primera parte del estudio, se diseccionaron 16 orejas cadavéricas. La incisura intertrágica estaba presente en cada espécimen, y se grabaron los dimensiones de las distancias entre la incisura intertrágica del hélix y el anhelix. Los resultados estéticos fueron satisfactorios por la valoración subjetiva en cada uno de los 20 pacientes estudiados. Este estudio mostró que la incisura intertrágica fue una constante y la guía fiable para la simple creación del pliegue del anhelix en pacientes con orejas prominentes. <sup>12</sup> Un estudio realizado de 1000 pacientes demostró que las deformidades auriculares son causadas por trastornos en el desarrollo de los 1ro y 2do arcos branquiales, por lo que es frecuente encontrarlas asociadas a otras malformaciones o presentarse aisladamente. <sup>13</sup> Se diagnosticaron orejas prominentes en varios parientes de cinco generaciones de familia que presentaron como signo clínico retracción en el tercio medio e inferior del pabellón auricular. Los estudios radiográficos mostraron anomalías en el cóndilo que reducían el movimiento mandibular. <sup>14</sup> Lazanidis, Tliaveridis, Dimitrakopoulos, Karakasis <sup>15</sup>, utilizan la técnica de Mustardé y combinaron otras técnicas básicas debilitando el cartilago en la cara anterior del pabellón auricular para modificar la anatomía y proporcionar la naturalidad de la oreja. La técnica modificada fue usada para tratar a ocho pacientes. En estos casos fue de utilidad el empleo de suturas tipo colchonero y de transfusión a través del pericondrio, logrando una curvatura lisa. Los resultados al año no mostraron ninguna alteración al compararse con los obtenidos en periodo evolutivo menor. Sin embargo, en algunos casos, fue difícil de controlar el dobles del cartilago. Usando tres puntos colchoneros y ajustando la sutura (4-0 vicryl) a través del pericondrio en el lado posterior se puede lograr. Algunos cirujanos recomiendan que el paciente debe llevar la venda 10 días después de la cirugía. Sin embargo, estas vendas frecuentemente se cambian de sitio o se caen. Los pacientes se quejan de oído reducido, comezón y el olor de sangre vieja en las vendas. Una serie de 52 pacientes que fueron operados de otoplastia se les colocó la venda durante 24. Las complicaciones menores ocurrieron en dos pacientes. Una venda de cabeza no necesita permanecer más de 24 horas después de la otoplastia. <sup>16</sup> Este trabajo fue realizado para demostrar los resultados obtenidos en la corrección de las orejas prominentes modificando la técnica de Musgrave, combinada con la técnica concho mastoidea y eliminar el uso de suturas de fijación para el plegamiento de la oreja.

**MÉTODO**

Un total de 20 pacientes de ambos sexos diagnosticados con orejas prominentes fueron operados en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet", Provincia La Habana.

Los datos fueron recogidos en las historia clínicas ambulatorias y se confeccionó una planilla para la recolección de los datos (anexo 1)

- Variables.
- Edad.
  - Género.
  - Repetición psicológica.
  - Deformidad auricular.
  - Complicaciones.

El estudio psicológico fue realizado por un psiquiatra a través de la entrevista a pacientes y familiares posterior a la consulta del cirujano maxilofacial, la exploración de la personalidad se realizó por examen psíquico directo, los pacientes fueron controlados durante seis años posteriores a su intervención quirúrgica.

Se realizaron fotografías pre y postoperatorias en vista frontal, lateral y retrauricular.

**COMENTARIO**

La anestesia utilizada fue lidocaína al 2%, con vaso constrictor (adrenalina 1.50.000), mediante técnica infiltrativa.

No se realizó en ninguno de los casos las marcas del pliegue del anhelix, ya que se desechó este paso realizado por otros autores <sup>11</sup>, en la región retroauricular se realiza un dibujo elipsoidal que se extiende desde la piel retroauricular por delante de la incisura anterior hasta la piel que se encuentra al nivel del borde anterior del lóbulo inferior de la oreja. Se extirpa la piel en plano suprapericondrio y se practican incisiones de espesor parcial a la región del anhelix y la concha en forma de arco de convexidad superior, se retra una parte del músculo retroauricular al nivel de la mastoides donde se ubicará la concha una vez que se realice el plegamiento de la oreja, la hemostasia se efectúa por electrocoagulación, no se emplean puntos de sutura de fijación, se realiza la sutura de la piel y se coloca venda elástica permanente por 21 días, posteriormente se mantiene la colocación de la venda durante la noche por tiempo de 30 días. Las edades que mayor incidieron a la corrección de las orejas prominentes fueron: 21 años (35%), 9 años (25%) y 11 años (10%).

El sexo que acusó con mayor frecuencia fue el masculino (70%).

La región anatómica mas afectada en los pacientes diagnosticados con orejas prominentes fue en aumento del ángulo concho mastoidea 65%, seguido por la pérdida bilateral del anhelix 30% (tabla 1).

Tabla 1.- Distribución de pacientes según regiones anatómicas afectadas

Región anatómica	Pacientes	%
Aumento del ángulo concho mastoideo	13	65
Pérdida bilateral del anhelix	6	30
Deformidad del lóbulo superior	1	5
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Fuente: planilla confeccionada para la recolección de datos

El mayor número de pacientes presenta una evolución postoperatoria de 5 años (60%), el resto 7 años (25%) y 8 años (15%), en ninguno de los casos operados se presentaron complicaciones trans y postoperatorias, ni recidivas (Tabla 2).

Tabla No.2.-Distribución de pacientes según el tiempo de realizada la intervención quirúrgica

Tiempo	Pacientes	%
5 años	12	60
7 años	5	25
8 años	3	15
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Fuente: planilla confeccionada para la recolección de datos

Del total de pacientes con orejas prominentes se presentan dos pacientes: uno de 21 años de edad, sexo masculino, raza blanca, con trastorno en el desarrollo de los 1ros y 2dos arcos branquiales, observe la deformidad en ambos pabellones auriculares con pérdida del anhelix en ambas orejas, el lóbulo de la oreja no se encuentra afectado. Diagnóstico orejas en ASA ( fig 1).



y los resultados postoperatorios a los 5 años de operado donde se muestra la reducción de la proyección anterior en ambas orejas (fig 2).



y el otro de 9 años de edad, sexo masculino, raza blanca con deformidad congénita del lóbulo superior de la oreja izquierda antes de la operación (fig 3)



y después de operado, observe a los 6 años de operado la corrección del lóbulo superior de la oreja (fig 4).



Obtuvimos durante el estudio que la principal causa que los motivo a acudir a consulta, fue la irritabilidad que le causaban las personas que se relacionaban con ellos. La técnica quirúrgica de Mustardé fue modificada en todos los casos operados, al realizar la incisión parcial del cartilago. Se combinó esta modificación con la técnica concho mastoidea, pero no se utilizaron puntos de sutura de anclaje o fijación. Pacientes y familiares expresaron el cambio de la fisonomía del paciente en el postoperatorio y el comportamiento adecuado de los mismos. No se presentaron complicaciones trans y postoperatorias, ni recidivas en los casos operados. La sutura fue retra en puntos alternos durante los primeros cinco días y el resto a los siete días. Se colocó venda elástica permanente durante 21 días y posteriormente durante la noche por 30 días. El tiempo de colocación de la venda cefálica fue mayor al empleado por otros autores. (16)

**CONCLUSIONES**

1. Un total de 20 pacientes fueron operados con diagnóstico de orejas en ASA.
2. La edad de mayor frecuencia fue de 21 años (35%), seguida por 9 años (25%) y 11 años (10%).
3. El sexo masculino más afectado fue el masculino(70%).
4. La deformidad auricular que se presentó con mayor frecuencia fue el aumento del ángulo orelatocochal (65%), seguido por la pérdida bilateral del anhelix (30%) y deformidad del lóbulo superior de la oreja (5%).
5. Los pacientes operados por esta técnica tienen un tiempo evolutivo de cinco años y más sin recidivas.
6. Todos los pacientes operados manifestaron su aceptación al tratamiento, demostrando cambios en su personalidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Grabb WC, Smith JW, Cirugía plástica. La Habana: Científico – Técnica; 1977.
2. Davis JE, Cianfone JL. Otoplastias: orejas prominentes. En: Coffman F. Texto de cirugía plástica, reconstructiva y estética. La Habana: Científico – Técnica; 1986.
3. Del Sol Sánchez A, San Roman Toledo A. Orejas en ASA: enfoque quirúrgico y psicológico. Rev Cubana Cir 1976;15:501-9.
4. De la Torre J, Tenenhaus M, Douglas BK, Swinburne JK. A simplified technique of otoplasty: the temporary Kaye suture. Ann Plast Surg 1998;41(1):94.
5. Trigg DJ. Indications for the surgical repair of unilateral aural atresia in children. Am J Otol 1998;19(5):679-84.
6. Carrillo Blanchar DL, Ballesta AJ. Orejas en ASA. Cir Plast Ibero – Latinoam 1986; 32(2):143-5.
7. Elliot RA. Otoplasty: a combined approach. Clin plast Surg 1990; 17:378.
8. Al-Qattan MM. Link Out Cosman (question mark) ear: congenital auricular cleft between the fifth and sixth hillocks. Ast Reconstr Surg 1998;102(2):439-41.
9. Canto B, Cobas ME, Rodríguez ML. Nueva técnica de mioplastia con utilización de músculo temporal y cartilago. Rev Cubana Estomatol 1991;28(1):11-9.
10. Quintana Diaz JC. Rehabilitación estética y psíquica de un paciente con deformidad facial. Rev Cubana Estomatol 1998;35(3):119-22.
11. Estrada Sarmiento M. Orejas prominentes: evolución postoperatoria. Rev Cubana Cir 1998;37(1):5-12.
12. Ghosh MM, Shaaban H, Knight SL . The fissura antragohelicina: an anatomic aid to the correction of prominent ears. Ann Plast Surg 1999;43(4):390-2.
13. Kruchinski GV. Classification of auricle floor abnormalities in 1st and 2nd branchial arches sy. Vestn Otorinolaringol 1999;(4):18-21.
14. Jampol M, Repetto G, Keith DA, Curtin H, Remensnyder J, Holmes LB. New syndrome prominent constricted ears with malformed condyle of the mandible. Am J Med Genet 1998;75(5):449-52.
15. Lazaridis N, Tileverdis I, Dimitrakopoulos I, Karakasis D. Correction of the protruding ear with a modified anterior scoring technique. J Oral Maxillofac Surg 1998;56(3):307-13.
16. Bartley J. How long should eras be bandaged after otoplasty?. The Journal of Laryngology and Otology 1998;112:531-32.

## ANEXO 1

### Planilla de recolección de datos.

- Nombre(s) y apellidos: \_\_\_\_\_
- Edad: \_\_\_\_\_
- Género: Masculino , Femenino , \_\_\_\_\_
- Tiempo de evolución al tratamiento quirúrgico: \_\_\_\_\_
- Deformidad de la anatomía auricular : Unilateral , Bilateral , \_\_\_\_\_
- Ausencia del antrélix Unilateral , Bilateral , \_\_\_\_\_
- Aumento del ángulo concho mastoideo Unilateral , Bilateral , \_\_\_\_\_
- Deformidad del polo superior de la oreja Unilateral , Bilateral , \_\_\_\_\_
- Complicaciones: \_\_\_\_\_
- Descripción de la entrevista por Psiquiatría: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del cirujano: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## SUMMARY

The image that a human being presents to its similars has. Been one of the primitive and priority preoccupationswith more rebounded in the development of different civilazations, since a consequence of the personality cult to the appearance, the man had had a lot of conflicts, jokes and has been characterized by the exasperation. The correctness of the facial defects is difficult for a surgeon, for that reason, many surgeons try to find techniques which contribute to the affected patient.With the development reached in the world, the reconstructive surgery allows nowadays the use of advanced surgical procedures. A total of 20 patients with a predominant age of 21 years (35 % ) , male sex (70 % ) , the anatomic affection more frequent was tho increase of the mastoid shell angle were studied. The time of the evolution of the studied patient is after the 5 years old (60 % ) . A work for showing the obtained results in the correction of the prominent ears modifying the musgrave technics combined with the mastoid shell techniques and eliminate the use of fixed sutures for the folding of the ear was done.

Subject headings: EAR, EXTERNAL/surgery; BANDAGES;SUTURES

[Índice Anterior](#) [Siguiente](#)