

Comentarios Médicos

Una novedosa técnica para corregir la Oreja en Copa Grado I - IIA

María del Carmen Martínez Velezmoro¹, Alfredo Estuardo Uribe Vargas¹

Resumen

Objetivo: Presentar una nueva técnica quirúrgica con soporte posterior de injerto de cartilago para la corrección de la oreja contraída grado I - IIA. **Método:** Se describe la técnica quirúrgica. Una vez denudado el cartilago del polo superior del pabellón auricular; se secciona la porción doblada del cartilago para ser reposicionada hacia la cara posterior del cartilago y suturada con un injerto de cartilago autólogo como un entablillado. **Resultados:** Se contornea y mejora la forma redondeada del hélix. Se pierde la forma encriptada de la oreja y se da una apariencia normal. La nueva forma tiene una permanencia en el tiempo tras el seguimiento a un año. **Conclusiones:** La técnica de la trasposición del borde doblado del cartilago en el hélix más la fijación posterior con un auto injerto de cartilago para mantener la forma ha demostrado ser de fácil reproducción y de larga duración en el resultado.

Palabras clave: Orejas en copa, oreja contraída.

Abstract

Objective: To present a new surgical technique using cartilage transposition and cartilage auto graft for the correction of constricted ear grades I - IIA. **Method:** Once the cartilage on the upper pole of the ear helix has been set free of skin, the constricted portion is cut and transposed to the posterior face of the cartilage, suturing in place adding a hard cartilage auto graft obtained from the same patient's nasal septum. **Results:** The shape of the helix becomes round, no more constriction is seen, and these results are sustained over a year of follow up. **Conclusions:** This is a new, reproducible technique which gives good long term results.

Key words: Cup ear, Constricted ear.

Introducción

Las orejas tienen diferentes tipos de deformidades que pueden ser congénitas o adquiridas. Dentro de las diversas anomalías que se presentan, podemos agrupar las que afectan principalmente el tercio superior. Este tipo de deformidades auriculares son poco frecuentes, a veces olvidada. Por lo tanto no existe una técnica ideal para su corrección. Siendo la "oreja contraída" de difícil reparación quirúrgica, queremos mostrar una técnica novedosa y sencilla para poner en práctica y lograr buenos resultados, estéticos y permanentes. Tanzer⁽¹⁾ describió el término oreja contraída, para agrupar un espectro de deformaciones limitadas al tercio superior de la oreja y la clasificó en el año 1975 en 3 grupos:

Grupo	Descripción
I	Compromiso de hélix solo.
II	Compromiso del hélix y fosa escafoidea.
A	No requiere piel adicional
B	Requiere piel adicional
III	Extrema migración incompleta, estenosis del CAE, sordera

Cosman⁽²⁾ describió cuatro aspectos de la oreja contraída:

1. Deficiencia de la Fosa escafoidea o navicular, Crura Superior y Fosa Triangular crea un pliegue hacia abajo del hélix superior. El borde del hélix está doblado sobre sí mismo y adelgazado.
2. Protrusión. Una *concha* más profunda resulta del hélix y anti hélix aplanado, causando una proyección anterior del polo superior de la oreja.
3. Disminución en el tamaño de la oreja. Compresión vertical de la escafa y fosa triangular.
4. Posición baja de la oreja.

Anatomía del pabellón Auricular (Figura 1)

El pabellón de la oreja está formado por una lámina delgada fibrocartilaginosa elástica, cubierta por un revestimiento cutáneo bien vascularizado, que se extiende

¹ Centro de Cirugía Plástica Estética Reconstructiva, Cirugía Plástica Martínez, Lima, Perú.

Tratamiento y Corrección quirúrgica

hasta el conducto auditivo externo (CAE). En el centro alrededor del CAE se encuentra la concha formando una concavidad profunda. Alrededor de esta tenemos 4 eminencias:

HÉLIX: es el borde superior de la oreja que nace en la concavidad de la concha y se contornea en semicírculo para descender y se encorva dando por debajo lugar a un surco llamado escafa.

ANTEHÉLIX: entre el hélix y la concha, es un reborde que se origina por encima y delante de la cola del hélix, se dirige hacia arriba y se divide en dos ramificaciones, en medio de estas esta la fosita navicular.

TRAGO: es una eminencia en la parte anterior de la oreja, es una continuación del CAE y lo ocluta. En su porción anterior se continúa con la piel del rostro.

ANTITRAGO: esta al frente del Trago, en la porción inferior y posterior de la concha.

LÓBULO: es la parte no cartilaginosa, en el polo inferior de la oreja tiene como limite el surco cefaloauricular.

Las formas leves de oreja contraída que se ven en recién nacidos pueden resolverse espontáneamente durante el primer año de vida o ser tratado con moldes antes de las seis semanas. Caso contrario el tratamiento es quirúrgico.

En nuestro país aún no se ha determinado la prevalencia de oreja en copa en recién nacidos. En series japonesas se ha encontrado hasta 38% al nacimiento, con disminución a 6.1% en los mismos casos reevaluados al año de edad ⁽³⁾.

Las técnicas quirúrgicas descritas hasta hoy para la oreja contraída grado I, implican el ajuste del anillo del hélix, mediante resección completa del borde doblado del hélix (tanto cartílago como piel) mediante una incisión en la cara anterior en el surco inferior del hélix ⁽²⁾. Sin embargo, esta técnica puede traer recidivas, no lograr la altura necesaria del borde del hélix (importante en casos unilaterales) y la cicatriz podría ser visible y antiestética en pieles latinas.

Para evitar la recidiva (que el cartílago se vuelva a doblar) se han utilizado diferentes métodos de fijación como

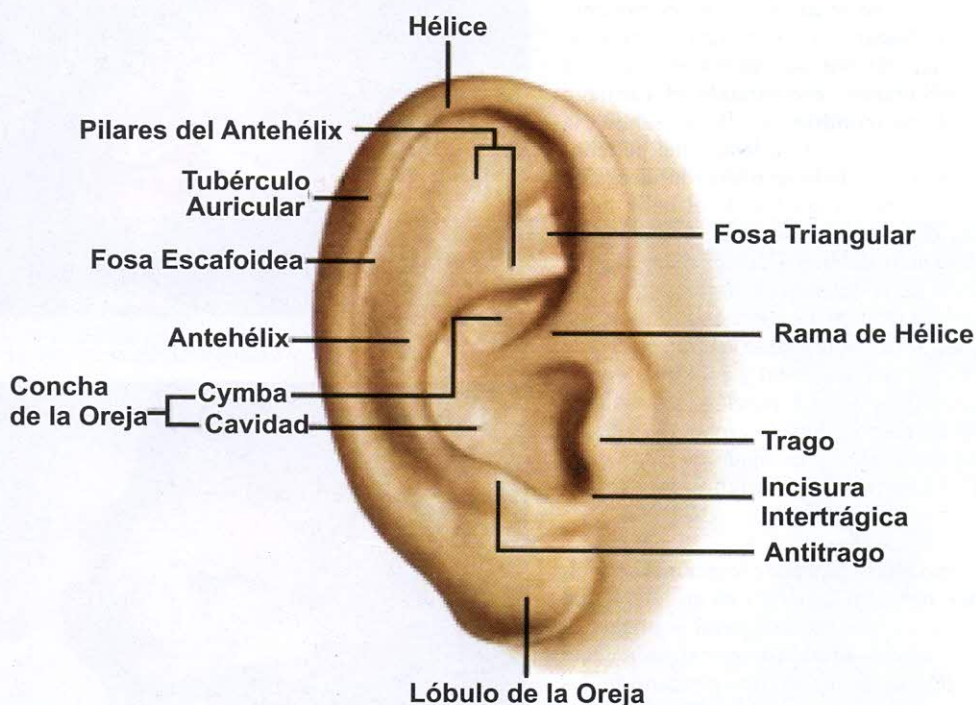


Figura 1. Partes anatómicas del pabellón auricular.

usar prótesis de alambre, incisiones radiales en la zona plegada reforzada con cartílago de la concha ⁽⁴⁻⁶⁾ o costal ⁽⁷⁾, colgajos condrocútaneos de concha y plastias V-Y en la raíz del hélix. Sin embargo la toma de cartílago costal puede ser muy cruenta y requiere el uso de anestesia general, con el riesgo de la formación de neumotórax y una cicatriz visible y potencialmente queloidea. Así mismo el cartílago de la concha es elástico y tiene curvatura lo cual puede generar una recidiva igual que los métodos anteriores.

Objetivo

Presentación de nueva técnica quirúrgica para la corrección de la deformidad del tercio superior de la oreja conocida como oreja contraída grados I - IIA, utilizando el corte y transposición posterior del cartílago doblado del hélix más un entablillado posterior con auto injerto de cartílago septal (septum nasal).

Material y métodos

Con el paciente bajo sedación consciente y luego de haber realizado la asepsia y antisepsia correspondiente se le infiltran 5cc de una solución de xilocaina 2% con 0.5cc de epinefrina 1:1,000,000 en la zona posterior y superior del pabellón auricular. Luego de 5 minutos de espera para obtener vasoconstricción adecuada, se realiza el procedimiento quirúrgico. Con una hoja de bisturí No15 se realiza una incisión en la cara posterior alta del pabellón auricular atravesando la piel y tejido celular subcutáneo, encontrando el cartílago auricular, retirando el pericondrio y cauterizando la vascularización subyacente (Fig. 2). Por debajo del pericondrio y encima del cartílago desnudado se realiza la disección completa de todo el polo superior bordeando el hélix hasta llegar a la cara anterior del pabellón auricular, pudiendo así visualizar íntegramente el hélix doblado y adelgazado (Fig. 3 y 4). Una vez visualizado el hélix doblado se marca con azul de metileno el borde del doblez (Fig. 5). Es sobre esta línea donde se realizará la división del cartílago, la cual se hace en el 70% de la extensión respetando las uniones distal y proximal con el tercio superior del hélix (Fig. 6). La porción de cartílago dividido, queda libre para ser reposicionado y montado sobre la cara posterior del hélix remanente y es fijado en esta nueva posición con 4 a 5 puntos de colchonero nylon 5-0 (Fig. 7).

Es en este momento que se procede a tomar una porción del cartílago del septum nasal (el tamaño está en relación al tamaño de las orejas y si es un caso unilateral o bilateral), diseñando uno o dos auto injertos en tabla de aproximadamente 2 cms x 1 cm. Este injerto desnudado de pericondrio, es posicionado y fijado en la parte posterior del pabellón auricular sobre la unión del hélix antes descrita. La fijación se realiza con puntos de Nylon 5-0 tipo colchonero (Fig. 8). En casos en que el paciente haya sido operado de septum nasal previamente se puede recurrir al uso de aloinjertos obtenidos de rinosepto-plastias de otros pacientes.

Finalmente la piel regresa a su posición original recubriendo la nueva estructura. Se deja un apósito tipo Brown en el reborde anterior del hélix para que la piel se adhiera adecuadamente.

El tiempo promedio de la cirugía es de 2 horas aproximadamente, tras lo cual puede el paciente retirarse a su domicilio, usando vendaje compresivo, el cual es retirado a la semana junto con las suturas externas de la parte posterior de la oreja.



Figura 2. A través de una incisión posterior alta se incide directamente detrás del cartílago auricular superior.



Figura 3. Una vez realizada la disección completa del polo superior de la oreja se visualiza el cartílago totalmente adelgazado y doblado.



Figura 4. La disección debe proceder encontrando el borde superior del cartílago y despegarlo en su totalidad de la piel y se observa como el cartílago se desdobra automáticamente.

In Memoriam



Figura 5. El borde del doblez del cartilago es marcado con azul de metileno. Es sobre esta línea donde se realizará la división del cartilago auricular.



Figura 8. La línea de unión de ambos cartilagos es reforzada en la parte posterior con un injerto de cartilago proveniente del tabique nasal del mismo paciente.

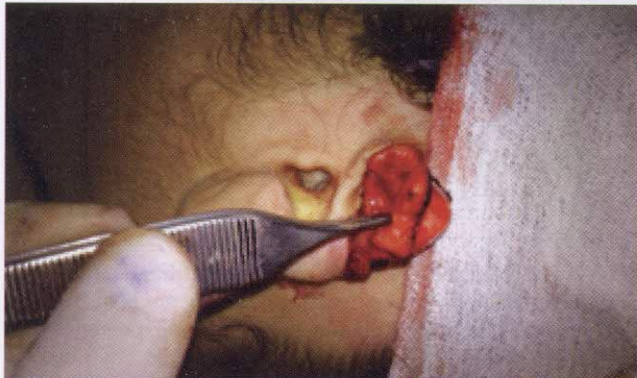


Figura 6. Incisión sobre línea de azul de metileno, realizando la bipartición del borde del hélix en la parte media.

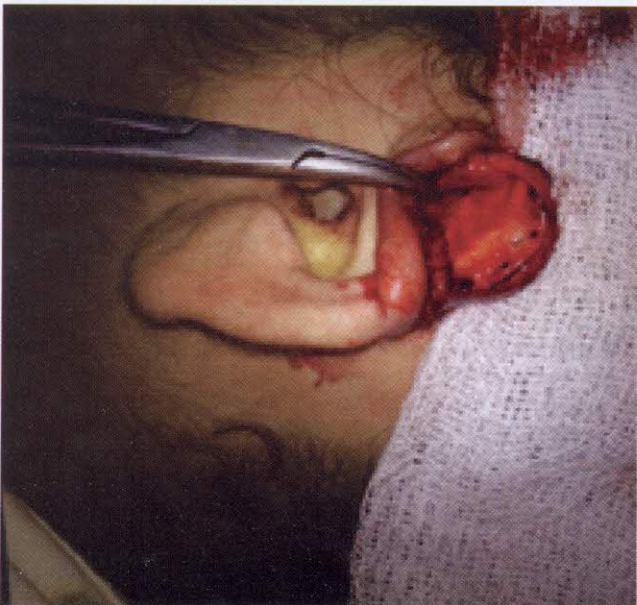


Figura 7. Se reposiciona la porción inferior del cartilago auricular por delante la porción superior y se colocan 4-5 puntos colchonero Nylon 5-0.



Figura 9. Antes y Después de un año de realizado el procedimiento. Oreja izquierda.

Resultados

La técnica descrita para la corrección de las orejas contraídas grado I y IIA en el presente trabajo demuestra una técnica adecuada para este tipo de patología que puede realizarse con anestesia local, es de fácil reproducción y presenta resultados permanentes. Así mismo el uso de anestesia local disminuye los riesgos de una anestesia general para una cirugía de menor complejidad y sin complicaciones.

Se consigue el resultado estético deseado obteniendo un adecuado borde del hélix sin doblez, redondeado y con la altura necesaria. Además el injerto de cartilago hialino obtenido del tabique nasal es una estructura suficientemente dura y resistente que impide la recidiva.



Figura 10. Antes y Después de un año de realizado el procedimiento, Oreja derecha.

Discusión

En trabajos previos se han descrito técnicas de reposicionamiento del cartílago doblado con altas tasas de recidiva. En trabajos que han presentado métodos alternativos para la fijación y soporte con cartílago costal, esto requiere anestesia general con la posibilidad de dejar una cicatriz torácica marcada así como el posible riesgo de neumotórax. En los casos que se ha utilizado cartílago de la concha este tiene curvatura y es elástico lo cual puede generar una recidiva.

Otro aspecto importante es la altura del borde del hélix conseguida con esta técnica la cual es difícil de lograr con técnicas anteriores.

En contraste a técnicas que utilizan abordajes anteriores, creemos que en nuestra población por el tipo de piel que presenta, la mejor opción es la incisión posterior que permite la visualización integral del hélix y en cuyo caso la cicatriz queda oculta.

Esta nueva técnica va a ser una herramienta útil para todos los médicos de la especialidad y que no representa gastos operatorios muy altos para los pacientes.

Referencias bibliográficas

1. **Tanzer R.** The constricted (Cup or Lop) Ear. *Plast Reconstr Surg* 1975;55:406-415.
2. **Cosman B.** The constricted ear. *Clin Plast Surg* 1978;5:389-400.
3. **Grotting JK.** Otoplasty for congenital cupped protruding ears using a postauricular flap. *Plast Reconstr Surg* 1958;22:164-167.
4. **Nagata S.** Alternative Surgical Methods of Treatment for the Constricted Ear. *Clin Plastic Surg* 2002;29:301-315.
5. **Musgrave HR.** A variation on the correction of the congenital lop ear. *Plast Reconstr Surg* 1966;37:394-398.
6. **Stephenson KL.** Correction of a lop ear type deformity. *Plast Reconstr Surg* 1960;26:540.
7. **Brent B.** Technical Advances in Ear Reconstruction with Autogenous Rib Cartilage Grafts: Personal Experience with 1200 cases. *Plast Reconstr Surg* 1999;104:319-333.