

11211
Zej
1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL 20 DE NOVIEMBRE
ISSSTE
DIVISION DE CIRUGIA

OREJA EN COPA:
NUEVO ENFOQUE A SU MANEJO

T E S I S D E P O S T G R A D O
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO PLASTICO Y RECONSTRUCTOR
P R E S E N T A
JORGE ERNESTO ARRIAGA-LIZARRAGA

MEXICO, D.F.

1989





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
ASPECTOS ANATOMICOS DEL PABELLON AURICULAR	2
MATERIAL Y METODOS	3
ANALISIS DE LA TECNICA CLASICA	3
OBJETIVOS	5
DESCRIPCION DE LA TECNICA PROPUESTA	5
SELECCION DE PACIENTES	6
DESCRIPCION DE LOS CASOS	7
DISCUSION	9
BIBLIOGRAFIA	12

INTRODUCCION

Las deformidades auriculares pueden ser el resultado de traumatismos ó cirugía, pueden deberse a lesiones, enfermedades y tratamiento de las mismas, ó pueden estar presentes al nacimiento. La gran mayoría de las variantes en la estructura auricular son congénitas. Es la costumbre general la espera hasta una relativa madurez de las estructuras para corregir las deformidades de cartílago; sin embargo, las asimetrías, protusiones y otras deformidades de las orejas pueden causar sentimientos de inadaptación con el ambiente a edades muy tempranas. Como el cabello cubre en forma natural las deformidades auriculares en las niñas, éstas presentan sentimientos de inferioridad en forma más tardía que los niños, por lo que es más frecuente que el cirujano plástico vea en forma más temprana a éstos que a las niñas.

El contorno auricular puede ser modificado probablemente a cualquier edad, a los cinco años de edad, la oreja infantil, alcanza cuatro quintas partes de la longitud de polo a polo de la oreja adulta. Posteriormente el crecimiento facial es más rápido que el auricular por lo que la cirugía remodeladora del contorno auricular puede iniciarse realmente a la edad ya mencionada. (5)

Dieffenbach (6) fué el primero en intentar corregir las orejas prominentes por una simple incisión del surco postauricular, combinada con la fijación por medio de sutura, del cartílago auricular el periostio de la región mastoidea. Este método forma parte de las bases de la técnica revitalizada por Furnas. (6)

Las técnicas modernas de otoplastia, se deben a Lockett (6), quien fué el primero en reconocer la importancia del aplanamiento de antihelix en la apariencia de la deformidad. El uso de raspado quirúrgico para debilitar el cartílago en el antihelix fué descrito por Arrior (6). Más tarde popularizó el método descrito por Owens de fijación del cartílago en su posición correcta por medio de suturas no absorbibles; esta técnica ganó gran aceptación por su simplicidad.

Furnas (6) reenfatizó la importancia de la fijación del cartílago conchal al periostio de la región mastoidea en pacientes con un antihelix relativamente

bien formado, y en quienes el problema primario es la protrusión de el cartílago conchal.

Las modificaciones del cartílago, por debilitamiento quirúrgico en su cara anterolateral, fueron descritas por Stenstrom, quien utilizaba múltiples incisiones-combinadas con excisión de un segmento de piel retroauricular.

Al mismo tiempo Crickelair y Ju Li exponían el cartílago en su cara anterolateral, excindiendo y modificando el contorno de dicho cartílago bajo visión directa. Este método implica muchos riesgos.

ASPECTOS ANATOMICOS DEL PABELLON AURICULAR

El pabellón auricular es un órgano par, compuesto por protuberancias e irregularidades que sirven como guías para el sonido dirigiéndolo al conducto auditivo, lo que es importante, ya que el oído humano es relativamente fijo (4). El oído externo está formado por una compleja estructura cartilaginosa, con un apéndice-dermo adiposo en su porción inferior; todo el armazón está cubierto por una piel fina y delicada. Hay algunos límites importantes que nos sirven de ayuda en el diagnóstico de las deformidades auriculares; la inserción superior de la oreja debe estar en el mismo plano horizontal que el borde inferior de la ceja, y la inserción está en una línea imaginaria que pasa por la columela perpendicular al cráneo, el trago está a la mitad de la distancia entre estos dos planos. (Ver dibujo). Figs 1 y 2.

El ángulo entre la oreja y la cabeza es de aproximadamente 30° , y la concha y la fosa escafoidea forman un ángulo de aproximadamente 90° . (4)

El ángulo entre la cabeza y la concha es de aproximadamente 90° (ángulo cefalo-conchal), así que la fosa escafoidea es paralela a la cabeza.

Con respecto a las deformidades congénitas del oído externo, las orejas prominentes son las más comunmente encontradas, en mayor proporción en el sexo femenino.

Figura 1

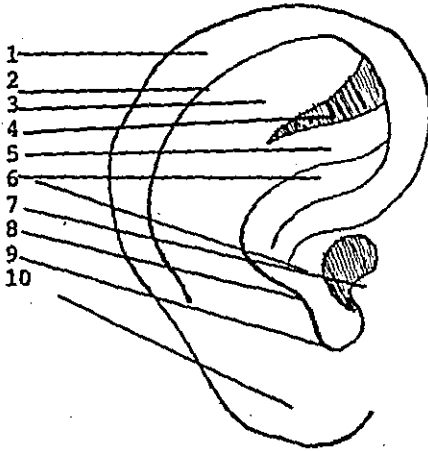


Figura 2

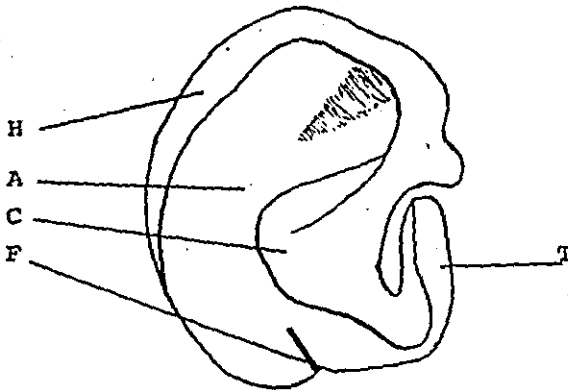


Figura 1: Oreja normal: 1.- Helix, 2.- Fosa escafoidea, 3.-Crura superior del antihelix, 4.-Fosa triangular, 5.-Crura inferior del antihelix, 6.- Concha 7.- Trago, 8.- Antitrago, 9.- Incisura intertraguica, 10.- Lobulo.

Figura 2: Cartilago Auricular: H: helix, A: antihelix, C: concha, T: trago F: fisura intertragohelicina.

MATERIAL Y METODOS

Se seleccionaron diez pacientes del servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Regional 20 de noviembre para analizar la utilidad de una nueva técnica de otoplastía que nos permita la corrección de la deformidad auricular - llamada Oreja en Copa ú Orejas Prominentes.

ANALISIS DE LA TECNICA CLASICA

Como ya se anotó, la deformidad de orejas prominentes se debe basicamente a dos condiciones anatómicas que pueden existir en forma aislada o en combinación, es to es: Una deficiencia del desarrollo del pliegue de antihelix o un desarrollo-anormal de la concha. (5) La mayoría de las técnicas existentes para la corrección de esta deformidad auricular se basan precisamente en la creación de un nuevo antihelix o en una remoción de la concha; todas se logran por procedimientos cruentos en donde se reseca una elipse de piel para mantener la oreja en su nueva posición, o se hacen grandes disecciones del cartílago auricular para exponerlo y lograr darle forma, o involucra la resección del cartílago conchal. En las técnicas donde no se hace resección de cartílago, se dejan puntos de material no absorbible que permiten mantener al cartílago en la posición lograda por medio de la cirugía.

Muchas de estas técnicas implican tiempos quirúrgicos de 1.5 a 2 hrs. aproximadamente; se dejan drenajes para evitar hematomas y eventualmente pueden conducir al fracaso, no solo de la modificación de la forma auricular obtenida, sino por alteraciones en el cartílago que pueden variar desde infección hasta necrosis.

Los objetivos básicos de una otoplastía en cualquiera de sus variedades son los siguientes (1) :

- 1.- La técnica quirúrgica debe poder aplicarse en todas las edades, recordando que el cartílago tiende a engrosarse, endureciéndose y perdiendo flexibilidad a medida que el individuo envejece.
- 2.- Debe lograrse un buen surco retroauricular, pues los métodos que no pre-

servan dicho surco y sellan la oreja a la cabeza, hacen que aquella sea groseramente artificial y dejan además un estigma quirúrgico desagradable.

- 3.- El perfil auricular máximo, marcado por la curva hélix-lóbulo, debe resultar finalmente paralelo al plano mastoideo y a doce milímetros de éste.
- 4.- La cirugía debe corregir precisamente la causa de la deformación. Es preciso evitar que el artificio quirúrgico agregue un defecto a la deformación congénita.
- 5.- La corrección de la forma no puede ni debe ser hecha bajo tensión excesiva, la forma correcta de la oreja debe establecerse espontáneamente. La tensión para corregir la forma es un peligroso recurso quirúrgico. Tratándose de finas y delicadas estructuras que deben cicatrizar de manera impecable.
- 6.- De preferencia no se deben dejar cuerpos extraños en la oreja, especialmente suturas permanentes. La cirugía que deja el pabellón auricular en posición forzada combinada con tensión y cuerpos extraños, está expuesta a complicaciones que pueden ser graves como condritis o supuraciones y en ocasiones a la destrucción del cartílago. lo que puede dar lugar a grandes deformidades.
- 7.- No deben quedar ángulos o aristas visibles en el antihélix ni en la concha. Estos pueden producirse en la superficie por practicar incisiones que selecciona la totalidad del espesor del cartílago y posteriormente, al doblarlo, se abren en abanico dejando aristas visibles.
- 8.- Siempre debe obtenerse simetría adecuada.
- 9.- Debe haber una buena proporción y relación de todas las partes de la oreja entre sí, y de ella con la cabeza, en posición, inclinación, forma, tamaño y textura.
- 10.- El resultado final debe ser la obtención de un órgano bien formado que -

parezca normal a la vista y al tacto, con el mínimo de estigmas que indiquen que fué intervenido quirúrgicamente.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es presentar una técnica por demás sencilla, rápida, fácil de realizar, que cumpla con los objetivos ya mencionados, reduciendo además el tiempo operatorio, las molestias al paciente, y simplificando considerablemente el material utilizado para su realización y los costos de la misma.

Para la planeación de este procedimiento debe tomarse en cuenta que el cartílago mantiene su forma debido a la presencia de su envoltura externa: el pericondrio (7), que al ser removido de una de sus caras, el pericondrio que permanece en la cara opuesta, tracciona el cartílago hacia aquel dando una curvatura que se puede aprovechar para los fines buscados. Este principio ha sido aprovechado en otras técnicas para la corrección de la deformidad auricular en cuestión como son las de Mustarde y Stenstrom.

La propuesta de nuestra técnica es que con solo un par de incisiones mínimas, de aproximadamente 5 mm, y raspado del cartílago en su cara anterolateral, podemos lograr una curvatura del mismo que nos permita corregir la deformidad, dejando únicamente suturas externas, que se mantendrán aproximadamente quince días, y posteriormente se retiran, evitando la presencia de material extraño dentro del pabellón auricular; como ventaja adicional, en este procedimiento no es necesario reseca ni desechar ninguna cantidad de piel de la región retroauricular, procedimiento que se realiza en todas las técnicas, con la ventaja de que de esta manera se preserva un sitio natural para la donación de piel fina que pudiera necesitarse años después para reparar las consecuencias de un cáncer de piel.

DESCRIPCION DE LA TECNICA PROPUESTA

Se prefiere anestesia local en pacientes mayores de doce años, la anestesia general reserva para niños menores; en todos los casos, la oreja se infiltra con Xylocaína al 5% y epinefrina, a lo largo del área marcada para adelgazamiento de -

cartílago.

El pabellón auricular se dobla hacia la mastoide a fin de hacer evidente el dobléz del antihélix. En el punto donde la cruz superior toca el hélix, se practica una incisión de cinco milímetros de longitud, paralela al hélix. A través de la incisión se introduce un elevador de pericondrio tipo Freer o Cottle, socavando entre el cartílago y el pericondrio a todo lo largo del antihélix propuesto. Se introduce una lima delgada y se erosiona el cartílago a todo lo largo de la disección realizada. El cirujano observa el efecto del raspado hasta que el cartílago se curva fácilmente a la posición deseada. Posteriormente, las incisiones se cierran con nylon del 6-0. El nuevo pliegue del antihélix se mantiene en la posición deseada por tres puntos de colchonero con nylon 4-0 a través de dos sobreprotectores de esponja de polietileno (gel Foam). Sobre el pabellón auricular se colocan gasas y un vendaje suave para mantener la posición lograda; este se mantiene por cuarenta y ocho horas. Todas las suturas se retiran después de dos semanas y se aconseja al paciente que use una banda como las que se utilizan para jugar al tenis durante dos semanas ó de ser posible un mes. Fig 3.

SELECCION DE PACIENTES

Se seleccionaron 10 pacientes que asistieron al servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital 20 de Noviembre, todos ellos con formación deficiente del pliegue del antihélix, ocho adultos y dos niños de ocho y once años; no se tomó en cuenta el sexo ni la edad de los pacientes. A todos se les explicaron las características de la cirugía y la diferencia de ésta con las técnicas anteriormente empleadas, y a todos se les explicó que de no lograrse los resultados buscados se repetiría la cirugía con las técnicas convencionales ya probadas, lo cual aceptaron.

Las intervenciones quirúrgicas se realizaron durante los meses de Mayo y Junio de 1988 en la forma descrita, sin presentarse complicaciones transoperatorias.

En nueve casos hubo seguimiento mínimo de tres meses y el restante no se presen

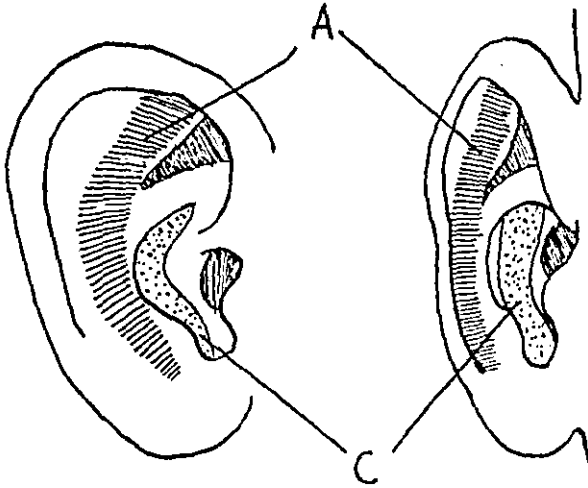


Figura 3:

Marcaje del area que va a ser raspada en la superficie lateral del cartilago auricular. A: antihelix C: concha.

tó después de retirar los puntos del colchonero.

DESCRIPCION DE LOS CASOS

CASO No. 1

Femenina de 45 años de edad, con deficiencia de formación de antihélix. Se realiza la cirugía lográndose aparentemente una buena curvatura del cartílago auricular, se retiran puntos de colchonero a los quince días y se recomienda el uso de la banda elástica comprimiendo las orejas; al retirar esta se observa formación suficiente del pliegue del antihélix en uno de los pabellones auriculares, en el otro hay suficiente formación de antihélix en la parte superior.

CASO No. 2

Masculino de 1 año, con diagnóstico de oreja en copa. Se realiza la cirugía en la forma explicada, retirándose puntos y encontrándose buena remodelación en ambos pabellones auriculares. No presentó complicaciones.

CASO No. 3

Femenina de 29 años de edad, sin antecedentes de importancia que contraindiquen la cirugía, sin complicaciones transoperatorias hiposoperatorias y con resultados satisfactorios.

CASO No. 4

Femenina de 32 años de edad, sin antecedentes que contraindiquen la cirugía; se realiza además procedimiento adicional de reconstrucción del lóbulo auricular por pérdida traumática del mismo (desgarro por uso de aretes). Se retiran vendajes y puntos en el tiempo ya especificado, lográndose un buen contorno, con un adecuado pliegue de antihélix.

CASO No. 5

Masculino de 8 años de edad en el que se realiza el procedimiento bajo anestesia local sin complicaciones; a los quince días se retiran los puntos observándose resultados aceptables; posteriormente el paciente no acudió a las citas de control, por lo que no tenemos seguimiento de su posoperatorio.

CASO No. 6

Femenina de 19 años de edad, se realiza la cirugía sin complicaciones, dejándose puntos de colchonero en la forma y tiempo ya establecidos, al retirarse estos se observa erosión de la piel con pérdida parcial de la misma. Se maneja con curaciones y antibióticos, lográndose epitelización de las lesiones. Se logró un buen contorno, sin complicaciones posteriores.

CASO No. 7

Masculino de 11 años de edad con diagnóstico de oreja en copa y sin antecedentes de importancia que contraindiquen la cirugía que se realiza en la forma especificada; se logra una buena definición del pliegue del antihélix.

CASO No. 8

Femenina de 16 años de edad, con patología auricular, se realiza el raspado del cartílago auricular hasta obtener una curvatura aceptable del mismo, se colocan los puntos de colchonero y por falta de asistencia de la paciente a las citas de revisión, se dejan los puntos más de 21 días. Al acudir la paciente se observa erosión de la piel y perforación del cartílago, con mala definición del pliegue del antihélix. Se maneja con antibióticos y curaciones lográndose granulación y cierre de las áreas cruentas. Sin embargo, no hubo mejoría en la configuración auricular con respecto a la forma previa a la cirugía.

CASO No. 9

Femenina de 23 años de edad, sometida a raspado de cartílago en la forma ya

descrita; se dejan puntos y vendajes como en los casos anteriores; sin embargo, al retirar el vendaje, aunque hay un pliegue en el sitio del antihélix, este no está completamente marcado con el éxito de los casos anteriores, con el seguimiento posterior el cartílago auricular volvió a retomar la forma previa a la cirugía.

CASO No. 10

Femenina de 19 años de edad sin contraindicaciones para la cirugía, la que se realiza en la forma descrita, obteniéndose al final un adecuado contorno auricular. No complicaciones.

DISCUSION

La inquietud de realizar esta técnica quirúrgica para la corrección de las orejas prominentes surgió después de practicar varias de las técnicas convencionales observando las dificultades quirúrgicas, lo prolongado de los tiempos operativos y el material empleado; buscamos entonces una técnica fácil, rápida y que adicionalmente no descartará la piel de la región retroauricular que nos es útil como área donadora para la reconstrucción de algunas áreas de la cara en especial los párpados.

Se buscó en la literatura para descartar que esta técnica ya estuviera descrita; también se buscó por medio de la terminal de computadora que existe en la biblioteca del Instituto, con resultados negativos.

En vista de la novedad de la técnica, nos decidimos a realizarla para valorar su utilidad y las posibilidades de uso en los pacientes del Hospital 20 de Noviembre.

Se seleccionaron los diez pacientes descritos anteriormente y nos ceñimos a la técnica tal como estaba planeada, con los resultados reseñados.

Analizando, los resultados, tuvimos fracaso total en dos de los pacientes y un éxito parcial en uno de ellos, contándolo como caso fallido, lo que nos da un -

porcentaje de 30% de fracasos. En cuanto a los resultados posoperatorios, encontramos inflamación de todos los casos, con áreas de equimosis, esto se presenta también en las técnicas convencionales de otoplastía; el dolor posoperatorio es tolerable, residiendo la mayor incomodidad en la necesidad de dormir en posición supina, lo que es absolutamente necesario en cualquier técnica de otoplastía, para no agregar presión a las orejas ya manipuladas.

En cuanto a las complicaciones, las principales fueron la erosión de la piel de la región anterolateral del pabellón auricular, que es muy delicada, con la consiguiente erosión del cartílago, lo que pudimos resolver con el uso de antibióticos como la dicloxacilina y curaciones, sin dejar grandes secuelas del tipo de cicatrices notorias, y la recurrencia de la deformidad que pudiera explicarse por un raspado insuficiente del cartílago auricular, lo que le permite a este volver a adquirir su forma original. (7)

Pensamos que este tipo de enfoque quirúrgico para el problema de deformidad del pabellón auricular, viene a aumentar el arsenal quirúrgico del que disponemos en la especialidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva, con las recomendaciones de vigilar periódicamente la evolución del posoperatorio mientras permanezcan los puntos de colchonero, valorando la posibilidad de daño tisular, en cuyo caso, es necesario aliviar la tensión de estos puntos. En caso de presentarse hematomas ó seromas, cuidar de evacuarlos inmediatamente, pues de lo contrario tendríamos la complicación agregada de reabsorción de cartílago, situación trágica por las deformidades que se podrían agregar al pabellón auricular ya de por sí con problemas de contorno. A pesar de esto, creemos que esta técnica debería de tomarse en cuenta dentro de los métodos de manejo para la deformidad auricular motivo de este estudio.

Quando terminamos de valorar los resultados de la presente técnica quirúrgica y antes de proceder a la elaboración de esta tesis, decidimos hacer una nueva investigación bibliográfica y de computadora encontrando un artículo que apareció en la revista *Aesthetic Plastic Surgery* de Mayo de 1988 en donde se describe una técnica semejante y en la que los resultados del autor de este artículo y los nuestros no varían mucho, lo que nos orienta a pensar que el procedimiento debiera

formar parte de las técnicas habituales para deformidades auriculares que se de
ban a una insuficiente proyección del pliegue del antihélix. (3)

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Coiffman Felipe. Texto de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética, tomo II, capítulo 12, pags. 823-835 .
- 2.- Converse John Marquis. Reconstructive Plastic Surgery. Vol III, capítulo 35. pags. 1671-1773 .
- 3.- Fonseca Ely Jorge. Small Incision otoplastic for prominent ears. Aesthetic Plastic Surg. 1988; Vol: 2: pags. 63-69 .
- 4.- Pitanguy Ivo. Aesthetic Plastic Surgery of head and body. Cap. 6, pags. 303-350 .
- 5.- Ranson Lewis John. Atlas of aesthetic plastic surgery. Cap. 9. pags. 181-198 .
- 6.- Rees Thomas D. Aesthetic plastic surgery. Vol. II. Cap. 29, pag. 833-861 .
- 7.- Skoog Tord. Atlas de cirugía plástica. Caps. 11 y 12. pags. 253-299.