

11211

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION ESTUDIOS POSTGRADO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"



Otoplastia en Orejas Prominentes con Técnica de Kaye Modificada.

TESIS DE POST-GRADO

QUE PRESENTA

Dr. Héctor González Miramontes

PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO PLASTICO

México, D. F., Febrero de 1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**"OTOPLASTIA EN OREJAS PROMINENTES
CON TECNICA DE KAYE MODIFICADA".**

AREA PRIORITARIA: *Deformidades congénitas.*

UNIDAD Y SERVICIO DONDE SE REALIZO: *Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital de Especialidades y Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional d. Occidente, del Instituto Mexicano del Seguro Social.*

CUERPO DE INVESTIGADORES:

Investigador responsable:

Dr. Hector González Miramontes
Residente del Último Año de la Especialidad
en Cirugía Plástica y Reconstructiva.

INDICE

	PAG.
INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	4
RESUMEN.....	6
MATERIAL Y METODOS.....	7
RESULTADOS.....	9
- Caso Demostrativo.....	11
DISCUSION.....	12
CONCLUSION.....	13
BIBLIOGRAFIA.....	14

INTRODUCCION

Las raíces de la cirugía reconstructiva y estética del oído están estrechamente entrelazados y la línea divisora es arbitraria.

La reparación del oído fue mencionada por primera vez en el libro sagrado de los vedas en la antigüedad India, donde Sushruta, discípulo de Dhanvantari, escribió tratamientos médicos alrededor del 600 A.C. (3).

Aulus Cornelius Celsus en el 30 D.C., refirió la reparación de oídos mutilados con avance de colgajos cuadrangulares (3).

Paul de Aeginus en el Siglo VII D.C., clasifica la deformidad auricular como congénita y traumática (3).

Rhazes 900 D.C., discutió la reparación de oídos mutilados con los métodos de Celsus y Paul (3). Antonius Branca Siglo XVI usa colgajos de brazos para la reparación de oídos (3). Al final del Siglo XVI, Gaspari Tagliacozzi escribe e ilustra bella y detalladamente la reconstrucción de oído (3). Ambrosio Pare describe e ilustró una prótesis de oído en el Siglo XVIII (3).

Se menciona muchos antecedentes sobre la cirugía de oídos, pero el primer artículo informando sobre otoplastia en oídos prominentes nace con la contribución de Ely en 1981 (3, 4, 13), haciendo importantes aportaciones, Keen, Monkz, Cocherill y Morestin (3, 4, 13).

Un paso fundamental vino con la famosa contribución hecha por Luckett en 1910 (3, 4, 13), quien estableció que la deformidad básica de la oreja prominente es el aplastamiento del antihélix, por lo que se hace necesaria la corrección de un contorno satisfactorio del oído y está aunada con la corrección de la concha, son la base de las más modernas técnicas descritas por Mocollum. (13) y más tarde refinada por Young (13).

Pero no fue sino hasta 1963 cuando Mustarde (2, 3, 4, 7, 8, 13) popularizó un simple método de auriculoplastia, haciendo hincapié en dar más naturalidad a la curva del antihélix.

En 1967, Bernard Kaye describe un simple método para corrección de oídos prominentes (8), el cual siendo el método de nuestra elección será el desarrollado durante nuestro estudio, pero con la variante de abordaje anterosuperior, machacamiento de cartilago y recesión de concha con abordaje posterior en los casos requeridos.

Embriológicamente las orejas inician su formación alrededor de la 9 semana de gestación, son producto de la proyección mesoectodérmica del primero y segundo arco faríngeo, alguna alteración en este proceso ocasiona oídos prominentes (1, 2, 4, 5, 7, 13). Es muy importante el conocimiento anatómico de la estructura auricular normal para realizar una reconstrucción satisfactoria (1, 2, 4, 5, 7, 13).

Tanzer (7, 10, 11) realiza una clasificación clínica para los defectos auriculares: A) Anotia, B) Microtia, C) Hipoplasia del tercio medio auricular, D) Hipoplasia del tercio superior auricular, E) Orejas prominentes. También describe 4 planos en la estructura del oído que son básicos para la reconstrucción del mismo: 1.- Helix, 2.- Escapha-antihelix, 3.- Pared conchal, 4.- Piso conchal.

Las técnicas propuestas para la corrección de esta malformación, generalmente van encaminadas a la formación del pliegue antihelical y la disminución del ángulo céfaloconchal.

La edad mínima adecuada para la corrección de esta deformidad parece corresponder al lapso entre los 4 y 6 años de edad, donde el oído externo ha crecido el 85% de su tamaño total y no se encuentra un déficit de crecimiento que ocasione un problema posterior (1, 2, 5, 6, 7, 13).

JUSTIFICACION

La oreja debe ser considerada como una unidad de estética constituida por varios detalles anatómicos. Al examinar a un paciente que desea someterse a una otoplastia debemos evaluar las partes anatómicas que deben ser modificadas y ponderarlas junto con los riesgos quirúrgicos y posibles complicaciones. Esta evaluación es comparada con el estudio psicológico del paciente y el efecto que la modificación anatómica traerá a su estado psicológico, mejorando su seguridad personal.

La deformidad de las orejas prominentes es una malformación común frecuentemente concomitante con disturbios psicológicos. Los niños así afectados son regularmente ridiculizados por otros, por mencionar solo un ejemplo.

Como toda otra parte del cuerpo, la oreja posee un canon artístico que dicta su forma y proporciones ideales. La reconstrucción del oído externo ofrece tanto consuelo emocional al paciente afligido, como oportunidad creadora para el cirujano plástico, que deberá poner el empeño en conseguir la experiencia necesaria para lograr buenos resultados permanentes.

JUSTIFICACION

La oreja debe ser considerada como una unidad de estética constituida por varios detalles anatómicos. Al examinar a un paciente que desea someterse a una otoplastia debemos evaluar las partes anatómicas que deben ser modificadas y ponderarlas junto con los riesgos quirúrgicos y posibles complicaciones. Esta evaluación es comparada con el estudio psicológico del paciente y el efecto que la modificación anatómica traerá a su estado psicológico, mejorando su seguridad personal.

La deformidad de las orejas prominentes es una malformación común frecuentemente concomitante con disturbios psicológicos. Los niños así afectados son regularmente ridiculizados por otros, por mencionar solo un ejemplo.

Como toda otra parte del cuerpo, la oreja posee un canon artístico que dicta su forma y proporciona ideales. La reconstrucción del oído externo ofrece tanto consuelo emocional al paciente afligido, como oportunidad creadora para el cirujano plástico, que deberá poner el empeño en conseguir la experiencia necesaria para lograr buenos resultados permanentes.

El pabellón auricular constituye una parte importante del sentido de la decuan, tanto desde el punto de vista funcional como estético.

El manejo quirúrgico de esta deformidad es prioritaria por las repercusiones psicológicas, funcionales y estéticas debidas a la malformación.

Con este estudio se pretende observar los resultados de la otoplastia en orejas prominentes con la técnica propuesta, esperando sea una alternativa en el manejo de la deformidad.

El estudio es factible dado el gran número de pacientes afectados por esta patología derivados a nuestro servicio, por lo cual no representan un costo adicional por su manejo, en el que requieren solamente de una intervención quirúrgica bien estructurada.

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y longitudinal en el Hospital de Especialidades y Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente, del Instituto Mexicano Del Seguro Social.

El objetivo fue estudiar los pacientes con orejas prominentes disminuyendo el ángulo céfaloconchal y neoformando el antihelix; así minimizando las complicaciones con la técnica de Kaye modificada.

La modificación de la técnica consistió en su abordaje anteroposterior, machacamiento del cartilago para perdida de la memoria del mismo y resección conchal con abordaje posterior en los casos requeridos.

Se operaron 10 pacientes de los cuales 6 femeninos (60%) y 4 masculinos (40%), con rango de edad de 6 a los 25 años. Se utilizó anestesia general en 7 pacientes (pediátricos) y local sedación en 3 pacientes (Adultos).

Se observó mejoría estética y psicológica en la mayoría de los pacientes, solo presentándose recaída unilateral en un solo paciente (10%) y observándose ocultamiento del helix en un paciente (10%) no observándose mayores complicaciones.

MATERIALES Y METODOS

Durante el periodo de recolección de datos desde Octubre de 1992 hasta Marzo de 1993 se incluyeron los pacientes mayores de 5 años de ambos sexos con diagnósticos de orejas prominentes recabados en el Hospital de Especialidades y de Pediatría del C.M.N.O.

Se excluyeron los pacientes menores de 5 años y a los que no aceptaron el tratamiento. Fueron un total de 10 paciente de los cuales 6 del sexo femenino y 4 del sexo masculino, el rango de edad fue de 6 a 23 años con promedio de 11.4 años de edad.

El ángulo céfaloconchal preoperatorio fue de 33 a 45 grados y de 2.4 a 3.0 cm., con un promedio de 39.3 en grados y 2.75 en centímetros; en todos los casos se presentó ausencia de antihelix. En tres pacientes no había exceso conchal por lo que ameritaron resección únicamente la formación del antihelix. Se utilizó anestesia general en los pacientes pediátricos y anestesia local sedación en pacientes adultos.

Solo en un paciente se realizó además resección de piel retroauricular. En todos los pacientes se utilizó la técnica de Kaye (8) con la modificación de abordaje antero-superior y machacamiento del cartilago así como resección conchal en los casos de los pacientes con un exceso que lo ameritaron.

Se utilizó nylon blanco 4 ceros para realizar la formación del antihelix y nylon 5 ceros para el cierre de las incisiones.

Postoperatoriamente se realizó revisión al primero y quinto día para valoración de dolor, hematoma, infección como complicaciones tempranas y para retiro de sutura.

Posteriormente se realizó revisión a los 15 y 30 días para valoración de complicaciones tardías como distorsión de canal auditivo, ocultamiento del helix, recaída así como control fotográfico.

RESULTADOS

Se realizó un estudio en 10 casos. En todos los casos con orejas prominentes y ausencia de antihelix. La distribución por sexo fue 6 femeninos y 4 masculinos. El rango de edad fue de 6 a 23 años con una edad media de 11.4.

El rango del ángulo céfalocochal postoperatorio fue de 21 a 26 con un promedio de 23.4 grados y de 1.5 a 2.0 con un promedio de 1.79 cm.

En 7 pacientes se utilizó anestesia general por ser pacientes de edad pediátrica y en 3 pacientes se utilizó anestesia local sedación por ser pacientes adultos y en los cuales se justificó este tipo de anestesia.

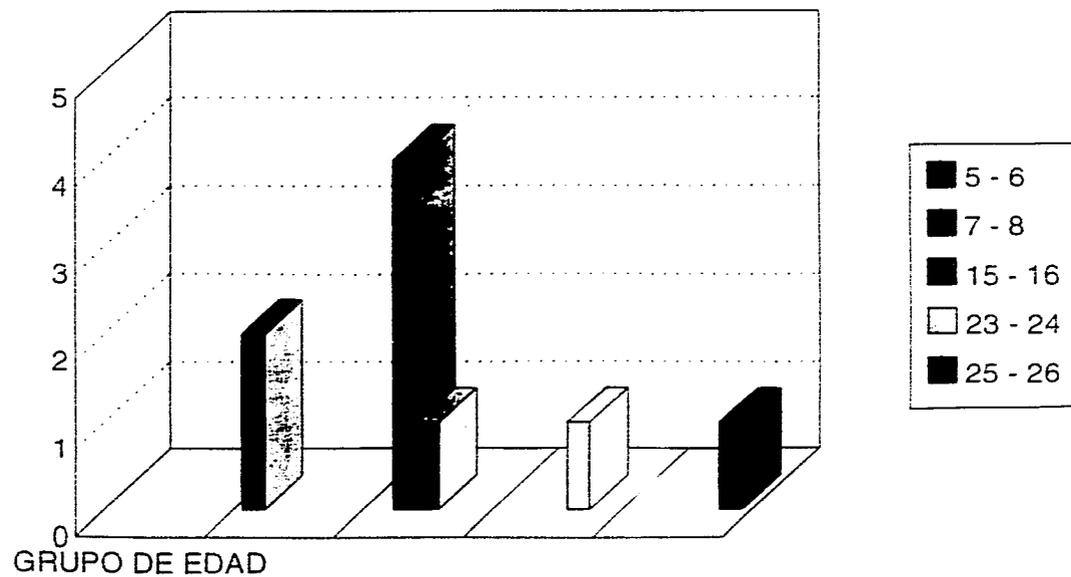
Postoperatoriamente en 9 (90%) de los pacientes solo refirieron dolor leve tolerable y en uno (10%) se reportó moderado al parecer por compresión del vendaje que cedió al reacomodarlo.

Dentro de las complicaciones tempranas no se reportó ningún caso de infección ni hematoma. Y dentro de las complicaciones tardías solo un paciente (10%) presentó ocultamiento del helix sin reportarse distorsión del canal auditivo en ninguno de los pacientes. Solo se reportó recaída

unilateral en uno de los pacientes que consistió en el desplegamiento del antihelix del oído refiriendo el paciente haber sufrido traumatismo directo en los primeros cinco días postoperatorio. En el aspecto psicológico todos los pacientes se mostraron satisfechos con el procedimiento y los resultados.

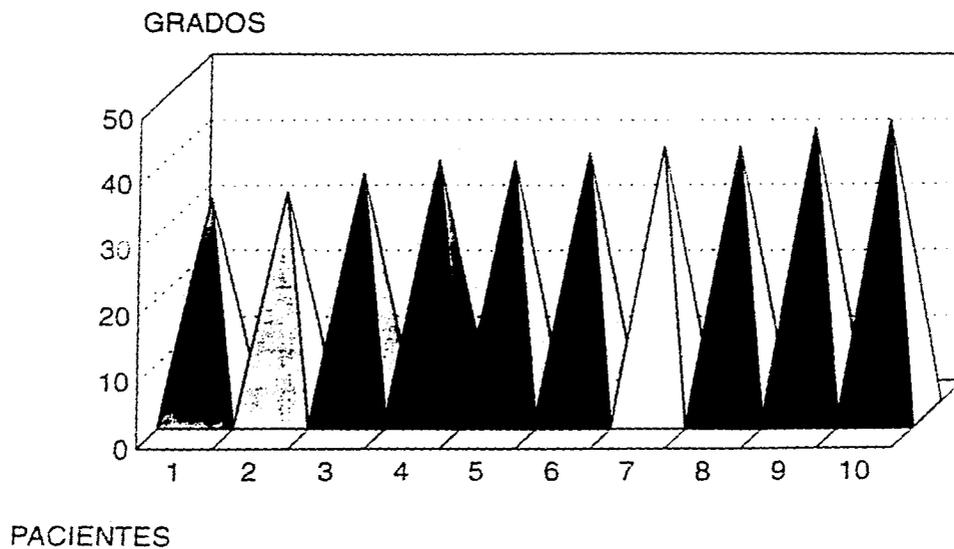
OTOPLASTIA EN OREJAS PROMINENTES

CON TECNICA DE KAYE MODIFICADA



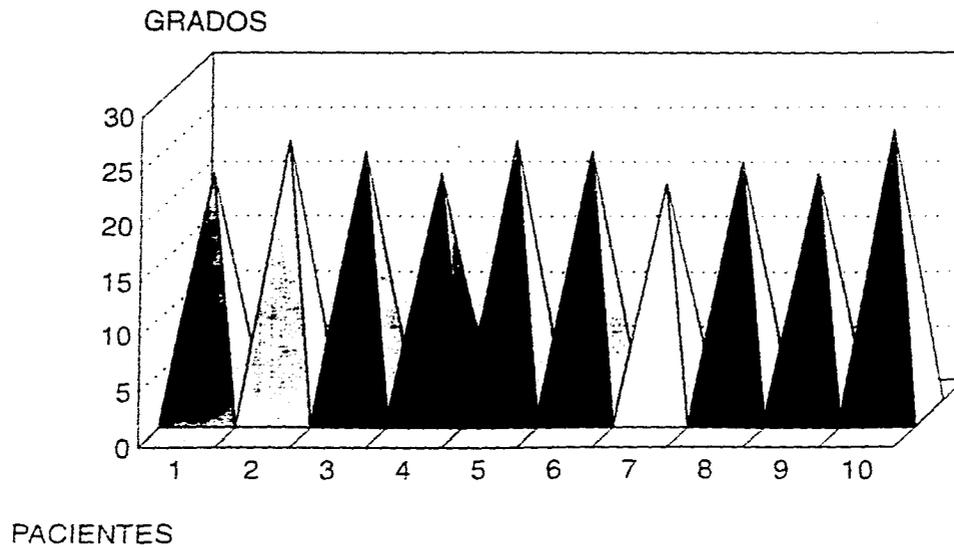
OTOPLASTIA EN OREJAS PROMINENTES CON TECNICA DE KAYE MODIFICADA

ANGULO CEFALOCONCHAL PREOX.



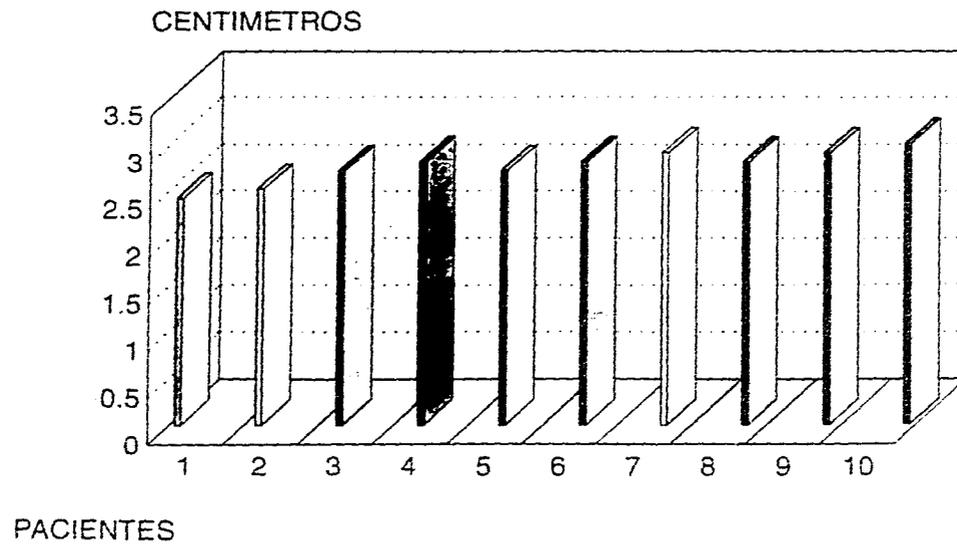
OTOPLASTIA EN OREJAS PROMINENTES CON TECNICA DE KAYE MODIFICADA

ANGULO CEFALOCONCHAL POSTOX.



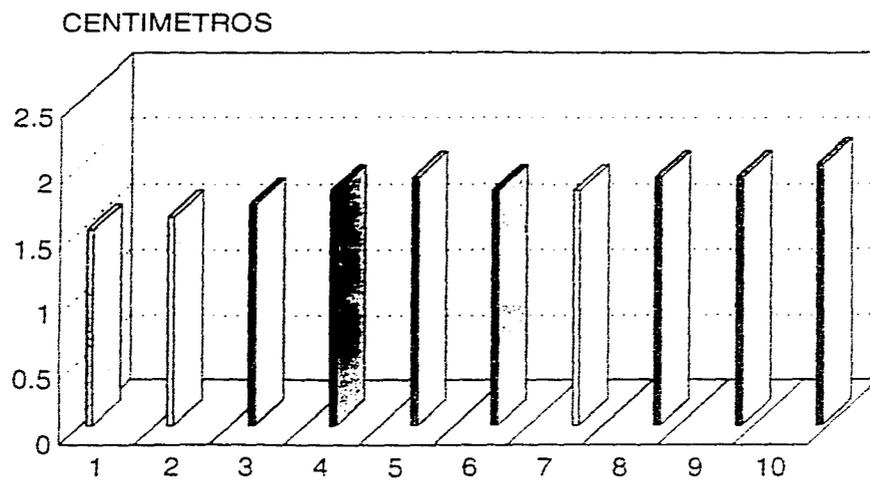
OTOPLASTIA EN OREJAS PROMINENTES CON TECNICA DE KAYE MODIFICADA

ANGULO CEFALOCONCHAL PREQX.



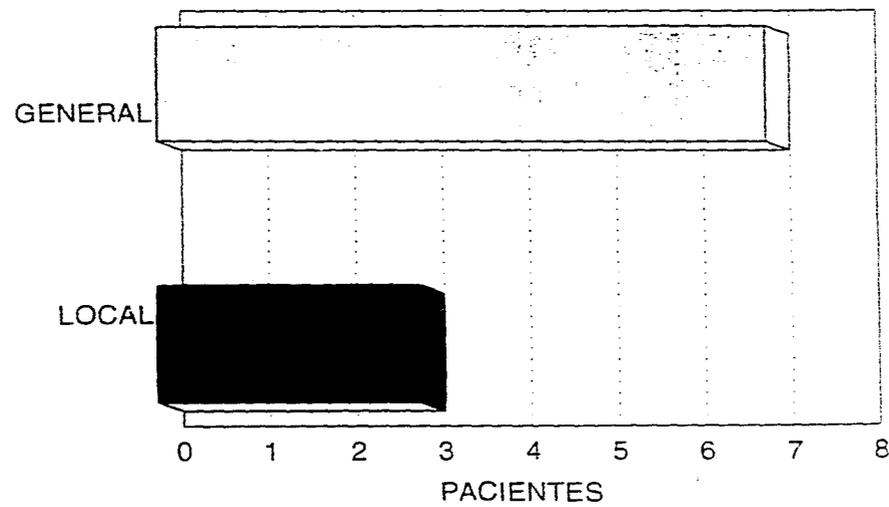
OTOPLASTIA EN OREJAS PROMINENTES CON TECNICA DE KAYE MODIFICADA

ANGULO CEFALOCONCHAL POSTOQX

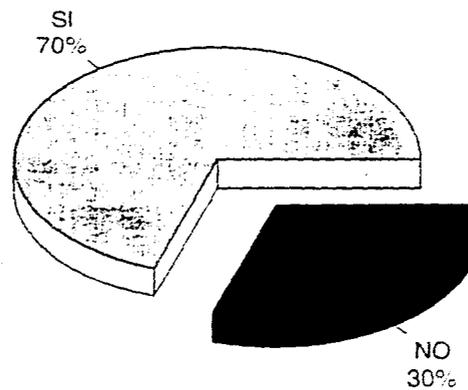


PACIENTES

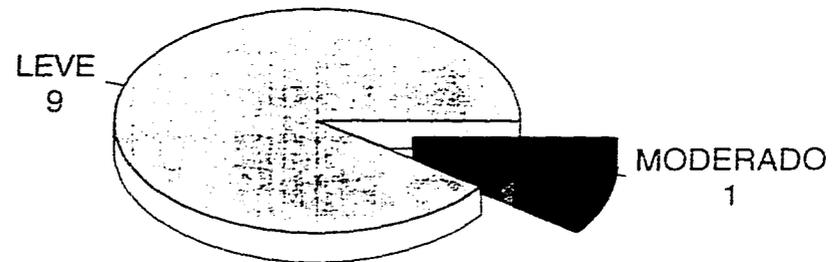
OTOPLASTIA EN OREJAS PROMINENTES CON TECNICA DE KAYE MODIFICADA TIPO DE ANESTESIA



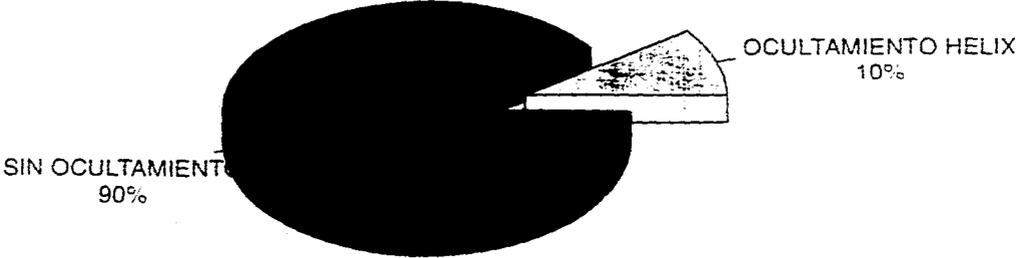
OTOPLASTIA EN OREJAS PROMINENTES CON TECNICA DE KAYE MODIFICADA RESECCION DE CONCHA



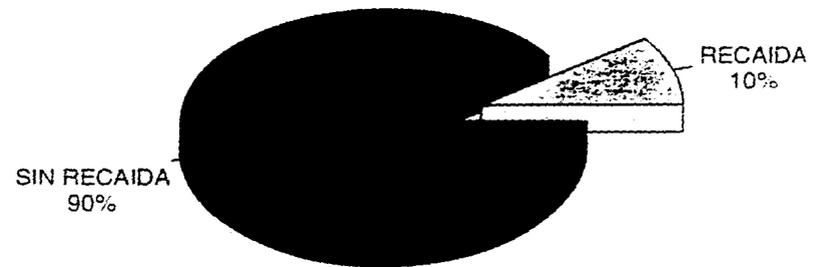
OTOPLASTIA EN OREJAS PROMINENTES CON TECNICA DE KAYE MODIFICADA DOLOR POSTQUIRURGICO



OTOPLASTIA EN OREJAS PROMINENTES CON TECNICA DE KAYE MODIFICADA COMPLICACIONES



OTOPLASTIA EN OREJAS PROMINENTES CON TECNICA DE KAYE MODIFICADA COMPLICACIONES



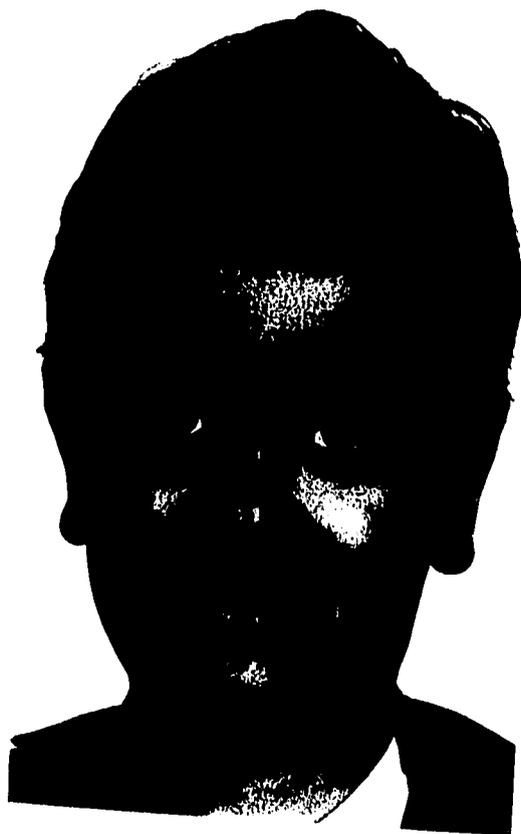
CASO DEMOSTRATIVO

SEXO:	<i>Masculino</i>	
EDAD:	<i>7 AÑOS</i>	
ANGULO CEFALOCONCHIAL PREOPERATORIO:	<i>39 GRADOS</i>	<i>2.7 Cm</i>
ANGULO CEFALOCONCHIAL POSTOPERATORIO:	<i>24 GRADOS</i>	<i>1.9 Cm</i>
ANESTESIA:	<i>GENERAL</i>	
RESECCION CONCHIAL:	<i>SI</i>	
FORMACION ANTHHELIX:	<i>SI</i>	
RESECCION DE PIEL RETROAURICULAR:	<i>NO</i>	
DOLOR POSTOPERATORIO:	<i>LEVE</i>	
INFECCION:	<i>NO</i>	
HEMATOMA:	<i>NO</i>	
DISTORSION CANAL AUDITIVO:	<i>NO</i>	
OCULTAMIENTO DEL HELIX:	<i>NO</i>	
RECAIDA:	<i>NO</i>	

PREOPERATORIO



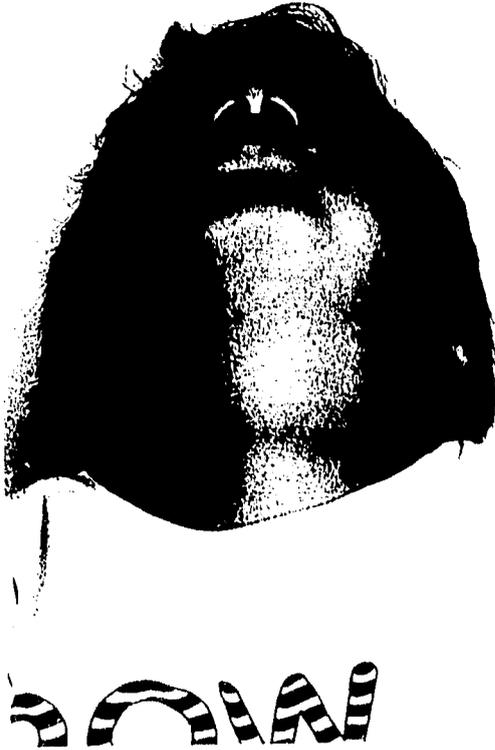
POSTOPERATORIO



PREOPERATORIO



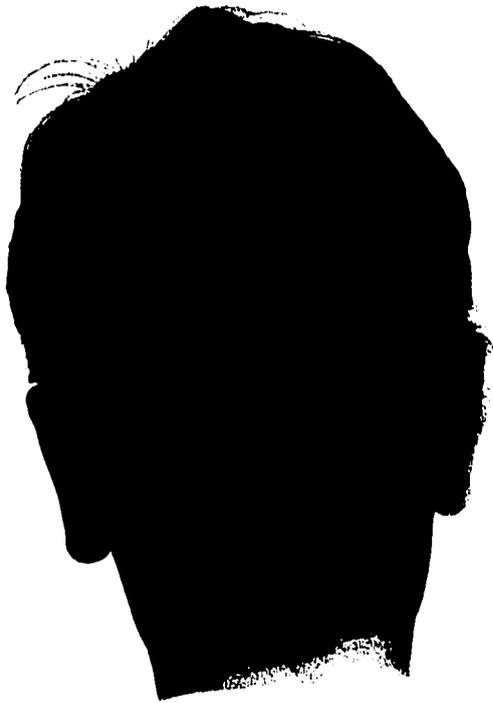
POSTOPERATORIO



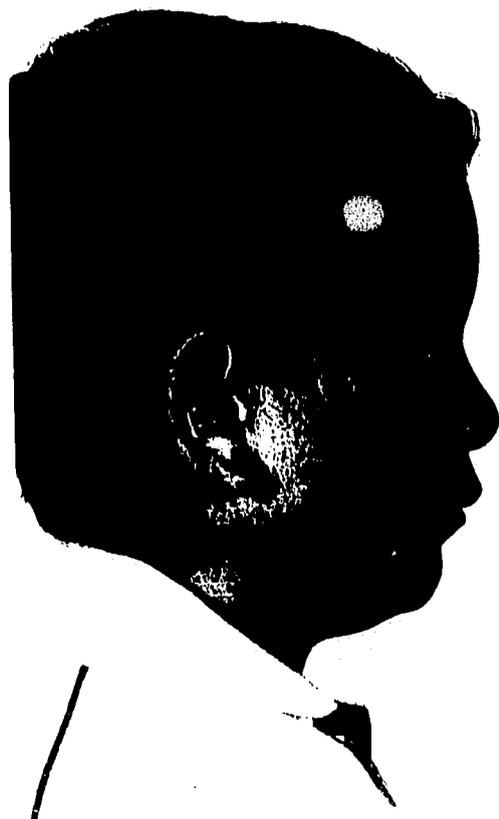
PREOPERATORIO



POSTOPERATORIO



PREOPERATORIO



POST OPERATORIO



PREOPERATORIO



POSTOPERATORIO



DISCUSION

La oreja debe ser considerada como una unidad estética constituida por varios detalles anatómicos.

La deformidad de las orejas prominentes es una malformación común frecuentemente concomitante con disturbios psicológicos.

La creación del pliegue antihelical por este simple abordaje anterior produce resultados, los cuales son comparables con los obtenidos por otros métodos convencionales facilitándose la formación del pliegue antihelical por el machacamiento del cartilago el cual abordado por la incisión anterosuperior.

Esta técnica de otoplastia parece tener algunas ventajas. Es simple, no necesita resección de piel, la disección de tejido es mínima así disminuyendo las molestias postoperatorias y el riesgo de infección. No se requiere hemostasia y los problemas de sangrado y hematoma postoperatorio parecen ser eliminados.

En caso de una recidiva, el cual es raro por este método se puede abordar nuevamente con la misma técnica sin crear mayores disturbios.

CONCLUSION

Por los resultados obtenidos en el presente estudio, observamos que la técnica de Kaye con las modificaciones incluidas sigue una variante para la otoplastia en orejas prominentes que involucra un mínimo disturbio del tejido, minimizando o eliminando problemas postoperatorios como dolor, riesgo de infección y hematoma.

Así también disminuyendo el tiempo quirúrgico empleado con esta técnica.

Pudiendo ser elaborada en pacientes adultos bajo simple anestesia local o combinada con sedación.

Finalmente; este procedimiento siendo de utilidad, solo o combinada con otra técnica común de auriculoplastia.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Allison G.R. "Anatomy of the auricle". *Clinics in Plastic Surgery*, 17:209-212, 1990.
- 2.- Brent B. "Reconstruction of the auricle". Mc Carthy J.G. *Plastic Surgery*. W.B. Saunders, Co. 3:2094-2151, 1990.
- 3.- Davis J.E. "History of the aesthetic surgery of the ear"
González-Ullua M. *The creation of the Aesthetic Plastic Surgery*. West/Hanover, Mass. Halliday Lithograph 115-134, 1991.
- 4.- Davis J.E. Psillakis J. M., Coiffman F. "Cirugía de las orejas"
Coiffman. F. *Cirugía Plástica Reconstructiva*. Barcelona España. Sabat Ed. 823860, 1986.
- 5.- Elliot R. A. "Otoplasty a combined approach" *Clinics in Plastic Surgery*, 17:373-382, 1990.
- 6.- Farkas L.G. "Anthropometry of the normal and defective ear". *Clinics in Plastic Surgery*, 17:213-222, 1990.
- 7.- Furnas D.W. "External ear". Jurkiewicz M.J. *Plastic Surgery*, St. Louis MISSOURI c.v. MOSBY Co., 171-206, 1990.

- 8.- Kaye B.L. "A simplified method for correcting the prominent ear". *Plast. Reconstr. Surg.*, 40:44-48, 1967.
- 9.- Maliniac J.W. "La oreja malformada". *Cirugía Plástica y Estética. Salvat. Ed.*, 113-121, 1940.
- 10.-Tanzer R.C. "Congenital Deformities" Converse J.M. *Reconstructive Plastic Surgery. W.B. Saunders Co.*, 1977.
- 11.-Tanzer R.C. "Overview of experience of Tanzer' s group with microtia". *Clinics in Plastic Surgery*, 17:223-240, 1990.
- 12.-Tllet H. "Hierarchy of values in the design and construction of the ear". *Clinics in Plastic Surgery*, 17:193-208, 1990.
- 13.-Wood-Smith. "Otoplasty". Rees T. *Aesthetic Plastic Surgery. W.B. Saunders Co.*, 833-861, 1980.