



11211  
17  
91

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

---

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
"HOSPITAL CENTRAL CRUZ ROJA MEXICANA"  
"GUILLERMO BARROSO CORICHI"

RECONSTRUCCION AURICULAR  
POSTRAUMA

TESIS DE POSTGRADO  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA  
Y RECONSTRUCTIVA  
P R E S E N T A  
DR. LUIS CARLOS POSADA PEÑALOZA



MEXICO, D. F.

FEBRERO DE 1997

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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
"HOSPITAL CENTRAL CRUZ ROJA MEXICANA"  
"GUILLERMO BARROSO CORICHI"**

**RECONSTRUCCION AURICULAR POSTRAUMA**

**TESIS DE POSTGRADO  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA  
Y RECONSTRUCTIVA**

**P R E S E N T A**

**DR. LUIS CARLOS POSADA PEÑALOZA.**

**MEXICO D.F.**

**FEBRERO DE 1997.**

~~G. Piña V~~  
**DR. GILBERTO PIÑA VELASCO**

JEFE DE SERVICIO

~~Adrian P. Montesinos~~  
**DR. GILBERTO PIÑA VELASCO**  
**DR. ADRIAN PANIAGUA MONTESINOS**

ASESOR DE TESIS



~~Esc. No. 1 y Esc. No. 111 de la UAG~~  
**DR. ENRIQUE ESCOBAR AGUIRRE** JEFES DE SERVICIO  
DEPARTAMENTO DE OTOLOGÍA Y NEUROLOGÍA

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

~~Alejandro Grife Corona~~  
**DR. ALEJANDRO GRIFE CORONA**

DIRECTOR MÉDICO



PRESENTA **DR. LUIS CARLOS POSADA PEÑALOZA**

TÍTULO **RECONSTRUCCION AURICULAR POSTRAUMA**

Y un hombre dijo: "háblanos del propio conocimiento"  
Y el contestó: "vuestro corazón conoce en silencio los secretos de los días y las  
noches.  
Pero vuestros oídos ansían el sonido del conocimiento de vuestro corazón.  
Querriais saber en palabras lo que siempre habéis sabido en pensamiento.  
Y palpar con los dedos el desnudo cuerpo de vuestros sueños.  
Y eso está bien que así sea.  
El recóndito manantial de vuestra alma necesita brotar y correr murmurando  
hacia el mar.  
Y el tesoro de vuestras infinitas profundidades necesita ser revelado a vuestros  
ojos.  
Mas no permitais que la balanza alguna pese vuestro ignoto tesoro.  
Y no busqueis las profundidades de vuestro conocimiento con báculo o sonda.  
Porque lo personal es un mar ilimitado e incommensurable.  
No digais: "He hallado la verdad"; mejor decid: "He hallado una verdad"  
No digais: "He hallado el camino del alma"; mejor decid: "He encontrado el  
alma caminando por mi sendero".  
Porque el alma camina por todos los senderos.  
El alma no va por una sola ruta, ni crece igual que una caña. El alma se  
despliega cual loto de pétalos innumerable.

Gibran Jalil Gibran

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A MIS PADRES**

Carlos Samuel y Ma. Betty,  
quienes me enseñaron los valores  
de la vida y sembraron en mí el  
deseo de superación, así como  
luchar por mis ideales.

### **A MIS HERMANOS**

Cesar Augusto y Juan Camilo,  
quienes con su amor y confianza,  
me brindaron apoyo incondicional.

**DR. GILBERTO PIÑA**

Con admiración y respeto **al hombre...  
al profesional... al maestro...** aquel  
que en cada instante de su vida entrega  
aquello que domina y le es propio,  
enriqueciendo el poder y el valor  
interior del hombre, rescatando en  
éstos instantes de transición, la esperanza  
del destino y la fe en la grandeza de  
la humanidad.

¡ GRACIAS MAESTRO !

**DR. PANIAGUA**

Al darle un pescado a un hombre,  
lo habrá alimentado un día.  
Al enseñarle a pescar lo habrá  
alimentado toda la vida.

¡ GRACIAS !

**A mis compañeros que sin su valiosa  
colaboración no hubiera podido culminar  
el actual trabajo.**

**Por último quiero decirles a todas  
aquellas personas, que de una forma  
directa o indirecta, me colaboraron  
para concluir el actual trabajo, dos  
palabras sencillas en su forma pero  
profundas en su contenido.  
¡ MUCHAS GRACIAS !**



## INDICE

	Página
INTRODUCCION	1
CONSIDERACIONES GENERALES	2
HISTORIA	3
EMBRIOLOGIA	5
ANATOMIA	7
ETIOLOGIA	11
CLASIFICACION	11
TRATAMIENTO	12
COMPLICACIONES	13
JUSTIFICACION	14
HIPOTESIS	15
OBJETIVOS	16
MATERIAL Y METODO	17
RESULTADOS	18
CONCLUSIONES	22
BIBLIOGRAFIA	24

## INTRODUCCION

Las orejas son estructuras únicas y especiales que ordinariamente son ignoradas durante nuestra rutina diaria. Un traumatismo de proporciones moderadas puede alterar irreparablemente su forma y apariencia, esto es debido a la respuesta biológica y a la reacción de los tejidos. La verdadera labor del cirujano es aplicar sus habilidades y las técnicas dentro de las fronteras de estos límites biológicos. Ello requiere la comprensión de la naturaleza y trabajar con ella apuntando a los objetivos de equilibrio estético y funcional, hacia el bienestar y la preservación de los tejidos y hacia una salud y un bienestar para el paciente.

A través de los tiempos se han descrito innumerables técnicas y se han dictado principios básicos para el manejo de las lesiones adquiridas del pabellón auricular. Con el objeto de ser precisos y de llegar a un concepto unificado para el manejo de estas lesiones en el Hospital Central de La Cruz Roja Mexicana, se pretende en el actual trabajo, definir claramente que procedimiento es más adecuado y de mayor beneficio para el paciente lo que implica el conocimiento de la respuesta biológica del tejido auricular a los diferentes traumatismos y de las técnicas por parte del cirujano para asegurar el éxito del procedimiento.

## **CONSIDERACIONES GENERALES**

La reconstrucción de las deformidades adquiridas de la aurícula ofrece problemas especiales que no presenta las deformidades congénitas y por ello merece consideración aparte.

La falta de cubierta cutánea es crítico ya que esto impide realizar procedimientos reconstructivos adecuados y a la vez nos expone el marco cartilaginoso que da soporte a la oreja, por ello las medidas iniciales van encaminadas a la salvación y conservación del cartilago para intentos reconstructivos ulteriores.

La pérdida traumática completa de la oreja es poco frecuente ya que casi siempre se conserva una parte de la concha y del conducto auditivo externo, aun en casos de accidentes graves. Cuando una gran parte de la oreja o toda ella han sido destruidas, deben ser superados innumerables obstáculos en pasos sucesivos, estos pasos son :

1. Preparación de una cobertura cutánea adecuada
2. Fabricación de un marco cartilaginoso que mantenga la posición erecta de la oreja y que presente sus circunvoluciones características.

La presencia de piel blanda y bien vascularizada es la condición sine qua non para alcanzar el éxito de la reconstrucción auricular.

En el tratamiento de los traumatismos auriculares agudos, se debe efectuar una meticulosa aproximación de los tejidos y un apropiado cuidado de las heridas ya que ello facilita en gran medida la tarea de reconstrucción futura. De igual forma, el uso innovador de tejidos locales residuales durante la plástica de las deformidades postraumáticas, simplifica mucho la reconstrucción y contribuye a obtener un contorno satisfactorio.

## HISTORIA

Durante años la reconstrucción auricular ha estimulado la imaginación de muchos cirujanos que aportaron innumerables contribuciones. En sus inicios la reconstrucción auricular se enfocó para defectos traumáticos, pero a finales del siglo XIX se presto mayor atención a los defectos congénitos sobre todo a las orejas prominentes.

Las primeras referencias son de Tagliacozzi en 1597 para la reparación del tercio superior e inferior mediante el uso de colgajos retroauriculares.

En 1845 Dieffenbach reporta la reparación del tercio medio con el uso de colgajos de avance.

Brishagratna en 1907 sugirió un colgajo de mejilla para la reconstrucción del lóbulo.

El concepto "reparación de la microtia" se inicio con Gillies en 1920 cuando colocó cartilago costal debajo de la piel mastoidea separándolo posteriormente mediante el uso de un colgajo cervical a diferencia de Pierce quien en 1930 propuso el uso de injerto cutáneo para la formación del surco auriculo cefálico y un colgajo tubular para la formación de hélix. El uso de cartilago auricular materno propuesto por Guilles en 1937 presentó reabsorción paulatina. Este tipo de técnicas posteriormente se adoptaron para lesiones traumáticas.

Los mayores éxitos obtenidos que hasta el momento prevalecen son los propuestos por Tanzer en 1959 mediante el uso de cartilago costal autógeno en bloque.

No obstante Cronin en 1966 propone el uso de armazones fabricados con material inorgánico presentando exposición de los mismos a pesar de cubrirlas con facialata.

Hasta la fecha el uso de cartilago autógeno ha demostrado ser el mejor material con menor indice de complicaciones para la reparación parcial o total del pabellón auricular.

El reimplante de segmentos amputados de la oreja fue realizado ya en el S XVII Cocheril (1894) cito las memorias de Strafford escritos durante el reinado del Rey Ingles Carlos I , en las que recopiló los hechos que tuvieron lugar entre 1630 y 1640, en las que se refiere le reimplante de orejas amputadas.

## EMBRIOLOGIA

El pabellón auricular y meato auditivo aparece a la sexta semana de vida intrauterina. Normalmente la oreja se desarrolla al rededor del primer surco o hendidura branquial por tejido proveniente del 1er y 2o arco a manera de pequeñas prominencias, las cuales se observan desde la 5a semana o día 37. Estos botones son en total 6 los cuales están destinados a formar las siguientes estructuras : 1 : Trago ; 2 y 3 : Hélix ; 4 y 5 : Antihélix y 6 : Antitrago. Tres de estos botones aparecen en el borde caudal del 1er arco y 3 en el borde cefálico del 2o arco. Al rededor del día 40 estos botones presentan crecimiento y fusión entre ellos, rodeando una porción del primer surco faríngeo, formando el meato del conducto auditivo externo.

Aunque no existe un acuerdo unánime, entre diferentes autores, al parecer la mayor contribución para la formación de la oreja proviene del arco hioideo, mientras que el trago deriva del arco mandibular.



Fig. 14-4. Desarrollo de la oreja en el embrión humano de cinco semanas: 1 a 6, elevaciones (tubérculos) en la zona mandibular y en los arcos hioideos, ov = vesícula óica. (Según Aray.)

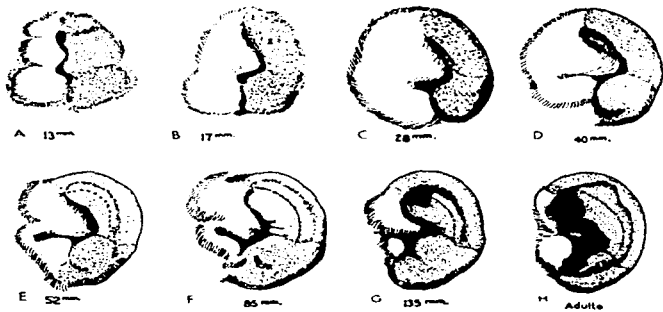


Fig. 14-5. Retardo del crecimiento del componente auricular del arco mandibular y expansión y rotación anterior del componente del arco basilar. (Según Stretter, de Patten, M. Human Embryology, 3.ª Ed. New York, McGraw-Hill Book Company, 1968.)

## ANATOMIA

La oreja esta constituida por un marco complejo formado por cartilago elastico delicado, rodeado por una envoltura de piel muy fina. El l6bulu de la oreja consiste en tejido fibroadiposo y esta desprovisto de cartilago.

La oreja posee un rico aporte sanguineo que proviene de las arterias temporal superficial y auricular posterior que puede nutrir la oreja aunque est6 totalmente arrancada aun a traves de estrechos pediculos vasculares.

La inervaci6n sensitiva deriva principalmente del nervio auricular posterior. La parte superior de la oreja esta inervada por el nervio occipital menor y el nervio auriculotemporal, mientras que la concha lo esta por ramas del nervio vago.

Farkas en su trabajo llamado antropometria de la oreja normal y afectada publicado en 1990, refiere que la geografia de la oreja y su relaci6n con las estructuras faciales adyacentes es determinada por la **localizaci6n, inclinaci6n, protrusi6n y nivel.**

La **localizaci6n** o posici6n horizontal es medida antropom6tricamente con la cabeza orientada en la horizontal de Frankf6rt y es determinada por la distancia entre el punto tragal y el subnasal.

La **inclinaci6n** de la oreja puede ser medida antropom6tricamente en un plano sagital. Esto se consigue por el 6ngulo formado por el axis longitudinal de la oreja y una vertical verdadera. Skiles y Randall en 1983 demostraron que el 6ngulo de inclinaci6n de la oreja ideal y/o est6tico debe ser de 24.8° y encontraron que el 6ngulo entre el axis de la oreja y el dorso nasal fue de 14.9° concluyendo que la oreja y el dorso nasal no son paralelos a diferencia de lo propuesto por Brent.

El **nivel**, posici6n vertical o altura de la oreja es un tema de amplia controversia para lo cual hasta se han dise~nado f6rmulas laboriosas. Jeffrey Posnick en 1993 compara el nivel con el borde mas lateral de la ceja, borde del p6rpado superior, cuando este se encuentra elevado, canto lateral y borde del p6rpado inferior encontrando la mejor correlaci6n con el p6rpado superior.





Fig 1a

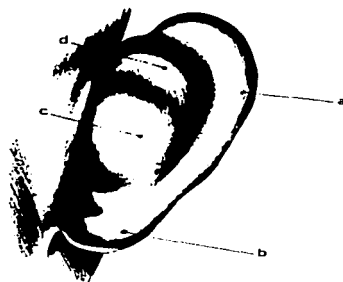


Fig 1b



Fig 1c



Fig 1d

Fig 1 a) Helix b) Triangular fossa c) Crus of helix d) Tragus e) Lobulus f) Antitragus g) Cavum of concha h) Anthelix i) Crura of anthelix  
 1 b) a) Helix b) Lobulus c) Eminentia of concha d) Eminentia of scapha  
 1 c) a) Helix b) Triangular fossa c) Crus of helix d) Tragus e) External auditory meatus f) Tail of helix g) Antitragus h) Concha i) Crura of anthelix  
 1 d) a) Helix b) Tail of helix c) External auditory meatus d) Eminentia of concha e) Crus of helix f) Eminentia of scapha

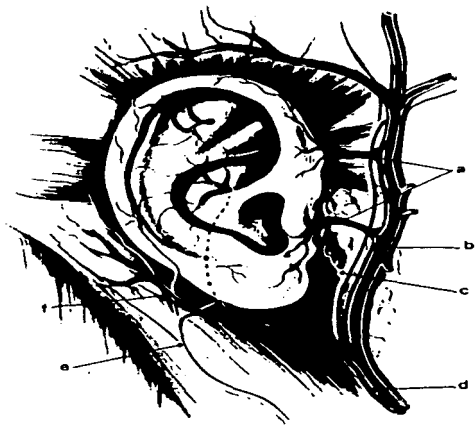


Fig 2 a

Fig 2 b a) Auricular branches of auricularis posterior a b) Auricularis posterior a c) Greater auricular n.

Fig 2 a a) Auricular branches of temporalis superficialis artery b) Temporalis superficialis a c) Auriculo-temporal nerve d) Carotis externa a e) Greater auricular n. f) Auricularis posterior a

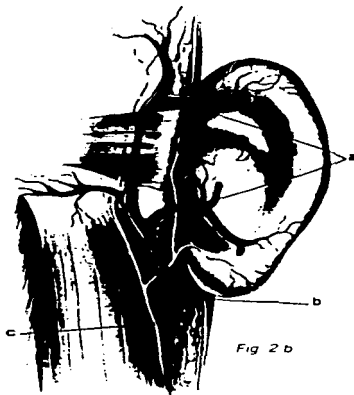


Fig 2 b

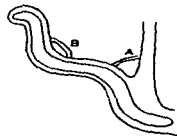
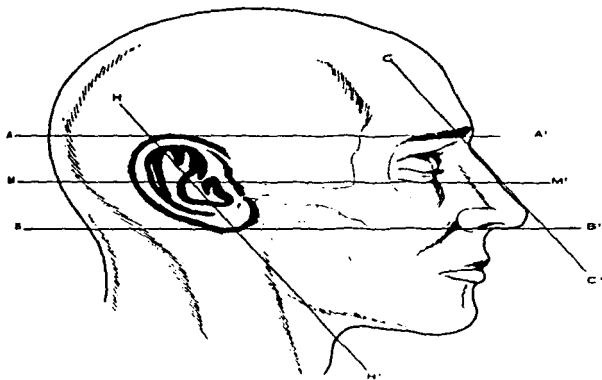


Fig 3 Topography of the auricle. A) Cephalo auricular angle B) Concho-scapular angle. The normal auricle must be included in the following lines: A-A') a horizontal line passing along through the eyebrow. B-B') a horizontal line passing through the ala of the nose. H-H') an oblique line, touching the point of bifurcation of the antihelix and the earlobe, reaches the jaw angle. Finally, the great axis of the auricle H-H' must be parallel to the line C-C' of the profile of the nose, while its median part must correspond with the median part of the nose (line M-M').

## **ETIOLOGIA**

Las pérdidas parciales o totales de la oreja pueden ser consecuencia de heridas por navajas, trozos de vidrio, armas de fuego, quemaduras por calor o radiación, mordeduras humanas o de animales (Perros, roedores, etc.) y traumatismos con objetos contusos.

## **CLASIFICACION**

Los defectos adquiridos de la oreja pueden involucrar todo el espesor de la misma o solo piel y/o cartilago, en cualquiera de sus áreas anatómicas, por lo cual se ha dividido en 6 grupos :

- 1.) Defectos del tercio superior.
- 2.) Defectos del tercio medio.
- 3.) Defectos del tercio inferior.
- 4.) Pérdidas parciales.
- 5.) Pérdidas totales.
- 6.) Pérdidas del lóbulo.

## **TRATAMIENTO**

La reconstrucción de las deformidades adquiridas de la oreja ofrece problemas especiales por lo cual es importante el conocimiento de los principios básicos de reconstrucción auricular y de las diferentes técnicas por parte del cirujano.

La deformación auricular postraumática, sin pérdida de tejido requiere que la aproximación de los bordes de las heridas se efectúe de forma acuciosa tanto durante su tratamiento inicial como durante la plástica secundaria.

Las Z-plastias, incisiones en escalon, cortes o plegamientos de los bordes cartilaginosos y de los tejidos blandos, son medidas importantes que pueden evitar irregularidades del contorno auricular.

Las lesiones auriculares pueden ser sin pérdida de tejido o pueden resultar con pérdida cutánea, cartilago o de todo el espesor de la oreja y así mismo localizarse en una región específica de la misma.

En base a lo antes mencionado y teniendo en cuenta el tipo de lesión, el mecanismo y la región afectada, así mismo será el procedimiento a realizar, siguiendo la escala de reconstrucción, principio básico en la cirugía reconstructiva.

Las pérdidas adquiridas pueden variar desde pequeños defectos o la ausencia de la mayor parte de tejido de una area específica de la oreja, lo que condiciona que el defecto se puede manejar con cierre primario, injertos cutáneos, cartilaginosos o compuestos, colgajos locales o a distancia y procedimientos microquirúrgicos en caso de amputaciones.

En la plástica auricular se debe siempre proporcionar una cubierta cutánea y un soporte estructural adecuado (Cartilago conchal ipsilateral o contralateral y/o cartilago costal).

Para defectos regionales específicos se han propuesto una serie de procedimientos, algunos de éstos son :

- a) Para el tercio superior se propone el avance de piel y cartilago del hélix o avance en V-Y del pilar del hélix , propuesto por Antia y Buch (1967). El colgajo en bandera, descrito por Crikelair (1956), colgajo de concha descrito por Davis (1974).
- b) Para el tercio medio la técnica del túnel con injerto cartilaginosa propuesto por Converse (1958).
- c) Para el tercio inferior se han descrito diversos colgajos locales. Ya desde 1907 se contaban con técnicas efectivas para defectos del lóbulo (Giavello). Se han propuesto otra serie de colgajos como los descritos por Pardue's (1973) y Zenteno Alanis (1970).

## COMPLICACIONES

Los resultados desastrosos de la plástica auricular pueden ser consecuencia de la misma lesión o de las técnicas o cuidados postoperatorios inadecuados, lo cual lleva muchas veces a alteraciones irreparables en la forma y apariencia y en algunas ocasiones en la función auditiva.

Dentro de las complicaciones que se encuentran mas frecuente encontramos infecciones como: condritis supurativa, necrosis cutánea y cartilaginosa, atresia o estenosis de conducto auditivo externo, cicatrización anómala ( retráctil, hipertrófica, queuloide )

Los hematomas merecen consideración especial ya que frecuentemente se observan como consecuencia del traumatismo y tracciones excesivas del tejido auricular. Este se puede desarrollar subpericóndrico o subcutáneo, cuando se encuentra subpericóndrico estimula en un periodo de 7 a 10 dias, la producción de células mesenquimatosas en el pericóndrio, elevando así el cartilago y engrosándolo, obliterando las circunvoluciones de la oreja e inclinandola hacia adentro, lo que ocasiona retracción del pericóndrio dando la deformidad conocida como "oreja en coliflor"

## **JUSTIFICACION**

En nuestro medio no contamos con un concepto unificado y a la vez no se tiene determinado qué método es más adecuado para la reconstrucción y de mayor beneficio para el paciente según el mecanismo de lesión y el área anatómica afectada.

## **HIPOTESIS**

- a.) No es posible determinar un tratamiento estándar para la reconstrucción del pabellón auricular debido a la diversidad de lesiones que éste puede sufrir.
- b.) El cierre primario es el método mas adecuado en las lesiones sin avulsión.
- c.) El tratamiento conservador es el mejor método para pacientes quemados.
- d.) El punto crítico de la reconstrucción auricular es la desbridación escasa del tejido y la cubierta cutánea temprana.



## **OBJETIVOS**

- 1.) Determinar con cual de los métodos de reconstrucción quirúrgica del pabellón auricular se obtiene una mejor respuesta estética según el tipo de lesión.
- 2.) Determinar el tiempo adecuado en que debe iniciar la reconstrucción así como el tiempo en que se obtiene una respuesta a los diferentes métodos de reconstrucción.
- 3.) Establecer el mecanismo de lesión y localización mas frecuente de la misma en el pabellón auricular.
- 4.) Determinar cual pabellón auricular más frecuentemente se lesiona.

## **MATERIAL Y METODO**

El presente estudio se basa en un trabajo prospectivo, descriptivo y abierto, que involucra pacientes con lesión de pabellón auricular, cuya causa fué netamente traumática y que llegaron al servicio de urgencias del Hospital Central de la Cruz Roja Mexicana, "Guillermo Barroso", durante el periodo comprendido entre Enero de 1995 y Diciembre de 1996.

Se estudiaron 36 pacientes de los cuales se descartaron 6 debido a que no fue posible hacerles seguimiento por que se trasladaron a otra institución. Se analizaron las variables : edad, sexo, mecanismo de lesión, pabellón auricular y área anatómica del mismo mas frecuentemente afectada.

Se contó con la colaboración del personal del servicio de urgencias, rayos X, laboratorio, hospitalización, y por ende del servicio de Cirugia Plástica y Reconstructiva del Hospital Central de La Cruz Roja Mexicana

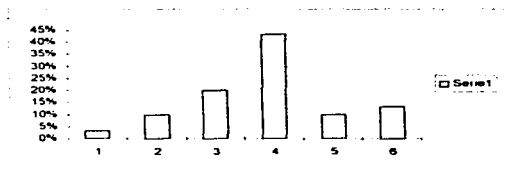
No se contó con grupo testigo ya que fué basicamente un estudio descriptivo.

## RESULTADOS

Analizadas las variables y estudiadas en el actual trabajo realizado en nuestro hospital (Hospital Central de La Cruz Roja Mexicana) obtuvimos los siguientes resultados.

### EDAD

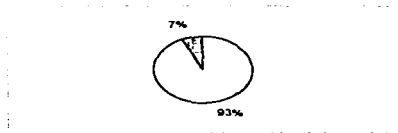
Se observo que el rango de edad mas afectado fue de 20 a 30 años. El paciente mas joven es de 6 años y el mayor de 51 años de edad.



1	0-8 años	1 pte	---	3.1%
2	8-15 años	3 ptes	---	10.0%
3	15-20 años	6 ptes	---	20.0%
4	20-30 años	13 ptes	---	41.3%
5	30-40 años	3 ptes	---	10.0%
6	40+ años	4 ptes	---	13.3%

### SEXO

El sexo masculino es el mas afectado con 28 pacientes (93 %) ante dos mujeres (7 %)

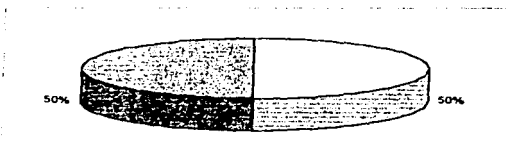


### PABELLON AURICULAR AFECTADO

Se lesionaron ambos pabellones por igual · No hubo predominio de uno sobre otro.

Izquierdo : 15 pacientes = 50 %

Derecho : 15 pacientes = 50 %



### AREA ANATOMICA ESPECIFICA AFECTADA

Las áreas anatómicas dentro del pabellón auricular que se lesionaron con mas frecuencia son :



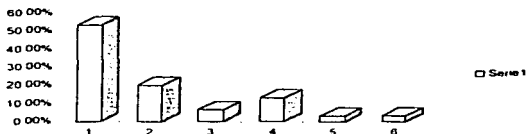
- 1. Tercio superior : 6 ptes. = 20.0%
- 2. Tercio medio : 16 ptes = 53.3%
- 3. Tercio inferior : 3 ptes = 10.0%
- 4. Retroauricular : 1 pte = 3.3%

- 5. Tercio S/M : 1 pte = 3.3%
- 6. Tercio S/I : 1 pte = 3.3%
- 7. Tercio M/I : sin pacientes
- 8. Total : 2 ptes = 6.6%

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## MECANISMO DE LESION

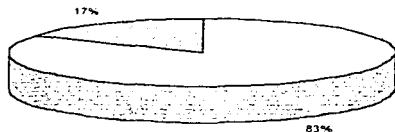
La mayoría de pacientes afectados fue agresión por terceras personas con diferentes objetos :



1	Contusos	16 ptes	...	53.3%
2	Cortantes	6 ptes	...	20.0%
3	Quemadura polvora	2 ptes	...	6.6%
4	Mord Humana	4 ptes	...	13.3%
5	Mord animal	1 pte	...	3.3%
6	Desconocido	1 pte	...	3.3%

## TIEMPO DE REPARACION

Se consideró como reparación temprana cuando esta se realizó antes de los 7 días posterior al evento (25 pacientes : 83.3%), a estos pacientes se les resolvió su problema en las primeras 8 horas y se consideró como tardía o diferida las que se realizaron después de 7 días (5 pacientes : 16.6%).



### COMPLICACIONES Y SECUELAS

Se observó que cuatro pacientes (13.3%) no evolucionaron adecuadamente, los cuales presentaron:

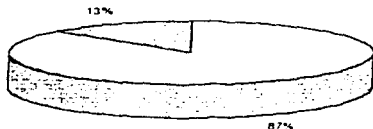
Necrosis de pabellón auricular : 1 pte.

Cicatriz queloide : 1 pte.

Retracción de tercio superior : 1 pte.

Necrosis colgajo retroauricular : 1 pte.

Los 26 paciente restantes (86.6%) evolucionaron satisfactoriamente.



### LESIONES ASOCIADAS

TCE (SCALP, Fx piso de cráneo) : 8 ptes = 26.6%

Fracturas faciales : 2 ptes. = 6.6%

Heridas piel cabelluda : 3 ptes. = 10%

Contusiones Torax y abdomen : 2 ptes. = 6.6%

Quemaduras : 1 pte. = 3.3%

Sin lesiones asociadas : 14 ptes = 46.6%

### ESTANCIA HOSPITALARIA

14 pacientes requirieron de hospitalización mayor de 72 horas, esto debido a las lesiones asociadas, los 16 restantes se dieron de alta el mismo día de su ingreso al servicio de urgencias del Hospital Central de la Cruz Roja Mexicana.

## CONCLUSIONES

1. El Pilar mas importante en le tratamiento de las lesiones traumáticas del pabellón auricular, es proporcionar una cobertura cutánea adecuada.
2. En el actual estudio, realizado en el Hospital Central de La Cruz Roja Mexicana, se observó que el sexo masculino en edad productiva (20 - 50 años / 43.3 %) es el que mas frecuentemente presenta lesiones del pabellón auricular, ocasionados por traumatismos contusos (53.3 %) sin predominio de una oreja sobre la otra pero si afectando mas el tercio medio de éstas (53.3 %).
3. El cierre primario de las heridas del pabellón auricular sin pérdida de tejido en fase temprana (menor de 7 dias) o en estado agudo de las lesiones da resultados estético funcionales satisfactorios, conservándose así el soporte cartilaginoso y las circunvoluciones normales de las orejas
4. Se estableció que las lesiones que sean por mordedura humana o animal, se debe manejar en forma inicial, dando cubierta al cartilago expuesto y programar para un procedimiento reconstructivo diferido en un periodo no menor a tres meses, esto por los procesos infecciosos, cicatrización y desvitalización de los tejidos, que condicionan el fracaso de cualquier tratamiento establecido antes de dicho periodo
5. El manejo conservador de los pabellones auriculares quemados, independiente del agente causal, es el método más adecuado e inocuo para éstos casos, aunque se produzcan algunas alteraciones en la morfología normal de las orejas.
6. Las avulsiones parciales de alguna área especifica de las orejas con un pediculo pequeño responden adecuadamente al cierre primario, gracias a la rica vascularización de éstas.
7. La evaluación adecuada del tipo y mecanismo de lesión, nos lleva a tomar decisiones acertadas de manejo que repercutirán en el éxito del procedimiento a realizar.

8. Los hematomas que se desarrollan como consecuencia de un traumatismo se deben drenar en forma inmediata debido a que estos condicionan reabsorción del cartílago y alteración de la anatomía normal de la oreja.



## BIBLIOGRAFIA

1. Blair O. Rogers MD. Embriología de la cara e introducción a las anomalias craneofaciales. Cirugía Plástica y Reconstructiva. Vol. 4 Converse 1997.
2. Burt Brent. Reconstrucción Auricular. Cirugía Plástica Vol.3 Mc Carthy. 1990.
3. Sobotta. Atlas de la anatomía Vol. I.
4. Satoru Nagata. Un nuevo método para la reconstrucción total de la oreja e la microtia. Plastic and Reconstructive Surgery. Agosto 1993
5. Jeffrey C. Posnick MD. Posición vertical preferida de la oreja. Plastics and Reconstructive Surgery. Junio 1993.
6. Kushima H. Técnica de empaquetado para la reconstrucción de la microtia sin necrosis del colgajo. British Journal of plastic Surgery. Marzo 1995.
7. Hugh G. Thompson MD. Problemas residuales en el torax como sitios donador después de la reconstrucción de la microtia. Estudio a largo plazo. Plastic and Reconstructive Surgery mayo 1995
8. Ichiro Ono MD. Un método para la corrección de las orejas encogidas con injerto de cartilago de concha en un plano auricular posterior. Plastic and Reconstructive surgery Septiembre de 1993
9. S T Tan Shibu and D Gault. Técnica para la corrección de las deformidades auriculares congenitas. British Journal of Plastic Surgery. Julio 1995.
10. D G Pennington. Plastic and Reconstructive Surgery. Junio 1980
11. José Juri. Reimplantación auricular. Plastic and Reconstructive surgery Septiembre 1987
12. D G Dujon y M Bowditch. Pedículo de tubo delgado. Una técnica de valor en la reconstrucción auricular posterior al trauma. British Journal of Plastic Surgery 48 35-38 1995.
13. Burt Brent. Reparación auricular con injerto cartilaginoso costal autólogo. Dos décadas de experiencia con 600 casos. Plastic and reconstructive Surgery Septiembre de 1992.