

Corrección quirúrgica de las orejas en pantalla con anestesia local

Giorgio Regis-Milano, Torino, Italia

Resumen

Las orejas en pantalla son el defecto congénito más común entre las deformidades de la oreja. El autor mostrará brevemente las técnicas de Mustardé, Fumas y Converse-Wood-Smith relacionadas con los diversos aspectos de este defecto.

La técnica personal se mostrará después, como un método que combina las tres técnicas antes mencionadas. En cualquier caso, se prefiere respetar la continuidad del cartílago, evitando cortes y extirpaciones.

Se incluye una breve nota que describe en detalle la anatomía, la atención posquirúrgica y las posibles complicaciones.

Introducción

Las deformidades de las orejas pueden ser el resultado de traumatismos o actos quirúrgicos, lesiones, enfermedades, tratamientos o, incluso, pueden estar presentes desde el nacimiento. La gran mayoría de las variaciones en la estructura son congénitas.

En cirugía, normalmente se espera que el individuo alcance una edad relativamente adulta (16-20 años) para corregir los defectos que involucran los huesos o los cartílagos.

Los contornos de las orejas se pueden corregir antes de esa edad ya que las técnicas empleadas permiten no interferir con el cartílago auricular. A los 5 años, la oreja de un niño ya tiene 4/5 de su tamaño adulto y, por lo tanto, en los siguientes 15 años el rostro crecerá más que las orejas. Después de una descripción anatomofisiológica, describiremos nuestra técnica quirúrgica, que es la combinación de las técnicas estándar de Mustardé y Kaye.

Descripción anatómica

El pabellón auricular está formado por distintos elementos como se indica en la figura 1. Se pueden distinguir el hélix, que recorre el borde exterior del pabellón, luego, hacia el interior se encuentra el antehélix en la parte inferior, la fosa triangular en la parte superior, y luego la concha.

En el lado opuesto, cerca de la cara, se encuentra el trago y, entre el antehélix y el trago, hacia abajo, el antitrago y, abajo, el lóbulo.

El pliegue del antehélix es lo que le da forma a la oreja, en combinación con un desarrollo no excesivo de la concha. Normalmente, las orejas forman un ángulo de 30° con la región mastoidea. Si el desarrollo de la concha es excesivo y/o si el antehélix está más o menos aplastado, el resultado son las orejas en pantalla. El apoyo arterial de la oreja deriva anteriormente de las ramas temporales y superficiales de

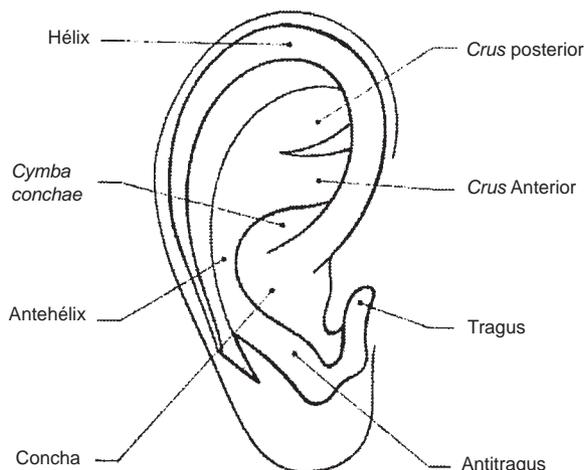


Figura 1. Elementos del pabellón auricular.

la carótida externa y, posteriormente, de la rama occipital unida a las ramas posauriculares de la carótida externa. El pabellón de la oreja está inervado por la gran rama auricular del plexo cervical y por la rama auriculotemporal del nervio maxilar inferior.

Si se siguen algunas reglas que ilustraremos en esta técnica, se puede intervenir quirúrgicamente sin dañar el soporte arterial ni la red nerviosa.

Técnica quirúrgica

Las tres características principales de las orejas en pantalla son: 1) un pliegue del antehélix débilmente definido; 2) un ángulo concha-fosa triangular superior a 90°; 3) un desarrollo excesivo de la concha, que puede ser uniforme o variable. Estos tres elementos pueden presentarse en forma conjunta o por separado.

Dieffenback (1845) fue –se dice– el primero en haber intentado corregir las orejas en pantalla. McDowell (1968) es el que especificó los objetivos de la otoplastia de las orejas en pantalla. Las tres técnicas que más se utilizan son las de Mustardé (1963), la de Fumas (1968) y la de Converse-Wood-Smith (1971). Éstas se pueden dividir en técnicas de remodelación del cartílago (Mustardé y Fumas) y en técnicas que interrumpen la continuidad del cartílago (Converse-Wood-Smith).

A su vez, las técnicas de remodelación del cartílago se pueden dividir en técnicas que corrigen principalmente el

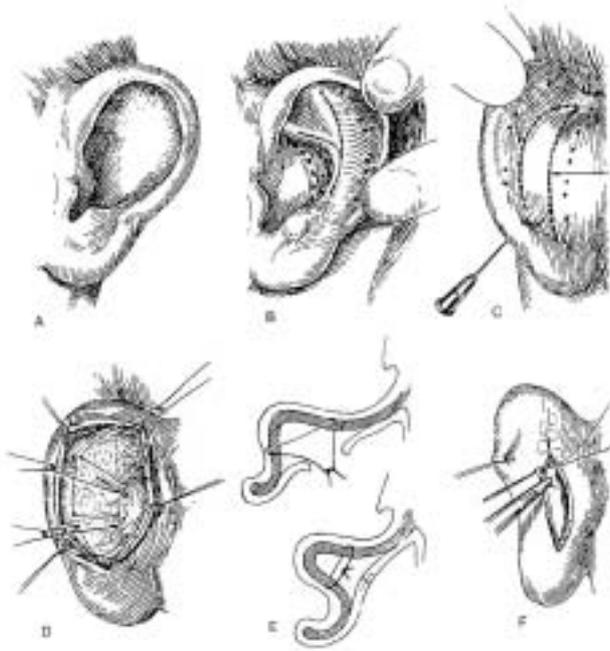


Figura 2. Técnica de Mustardé.

tercio superior de la oreja (Mustardé) y las que corrigen la protuberancia de los 2/3 superiores de la oreja (Fumas). La protuberancia del lóbulo o del tercio inferior de la oreja se corrige con una técnica específica de Wood-Smith (1980). La técnica que yo aplico deriva fundamentalmente de la técnica de Mustardé (1963).

Dividiremos esta exposición en tres puntos:

- a) Preparativos para la intervención
- b) Corrección del pliegue del antehélix
- c) Disminución de la protuberancia de la concha

a) La marcación quirúrgica es fundamental para la intervención. La primera maniobra consiste en crear manualmente la posición correcta de la oreja apoyando tres dedos sobre la totalidad del hélix en dirección al cuero cabelludo. De esta manera, definimos el pliegue que tendrá el antehélix. En ese momento, es necesario marcar algunos puntos de referencia (normalmente tres) sobre el antehélix. Estas marcas se realizan fácilmente con una aguja calibre 25G que se moja en azul de metileno antes de perforar el antehélix en todo su espesor, y luego una vez más antes de retirarla. Esto nos permite ubicar el trazado sobre el cartilago y estos tres puntos nos guiarán en el plegado. Esta operación puede resultar dolorosa y tal vez sea necesario anestésiar el pabellón. La dosis de anestesia inyectada no debe borrar el ángulo entre la oreja y la apófisis mastoidea, ya que ese ángulo es necesario para el futuro diseño que vamos a describir. Después de pasar la aguja sobre el antehélix y posteriormente sobre la piel del pabellón, encontraremos tres puntos azules que, unidos, formarán un pequeño trazado en forma de arco cuyos extremos deben alcanzar el ángulo oreja-apófisis mastoidea. Mientras el trazado está fresco, apoyamos el pabellón sobre la apófisis mastoidea para obtener una imagen especular de la curva sobre la apófisis mastoi-

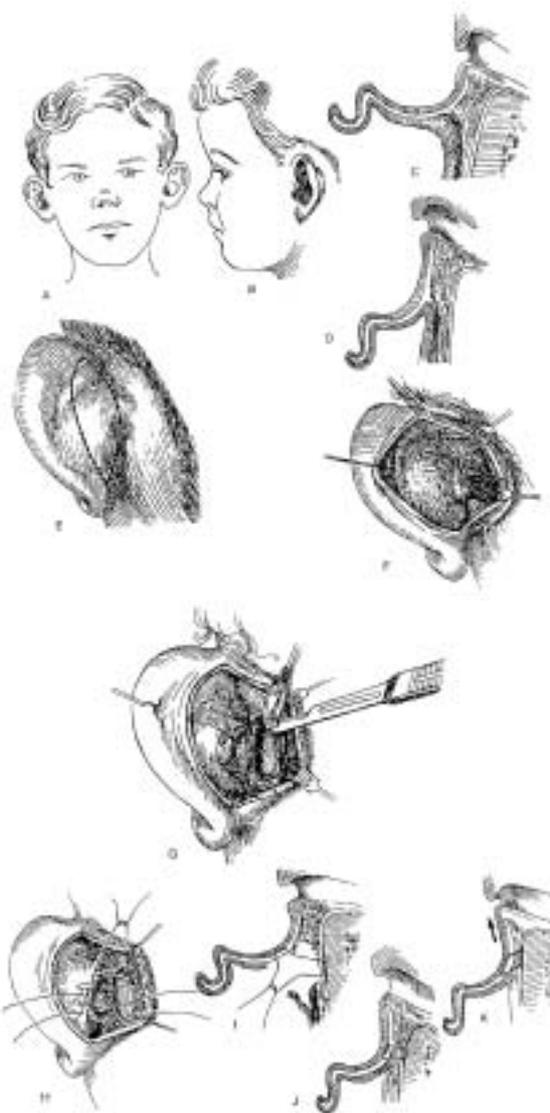


Figura 3. Técnica de Fumas.

dea. Se obtiene así un rombo que delimita la parte de la piel que hay que quitar. No obstante, independientemente del tamaño del rombo, hay que conservar hacia arriba y hacia abajo una porción de tejido no inferior a 1-1,5 cm para no perjudicar la futura sensibilidad de la oreja.

b) Corrección del pliegue del antehélix. Eliminamos la porción de piel dibujada, coagulamos los eventuales pequeños vasos sangrantes y en ese momento despegamos alrededor de 5 mm la piel a la altura de los tres puntos marcados anteriormente. Las tres marcas azules que aparecen con claridad con el desprendimiento nos permiten dejar al descubierto 2 mm de cartilago por arriba y por debajo de estos puntos despegando el tejido que se encuentra arriba mediante raspado con una hoja de bisturí Nº 10. Obtenemos así alrededor de 4 mm de cartilago expuesto. En este momento resulta fundamental debilitar este lado del cartilago para facilitar la estabilización del pliegue quirúrgico. Este debilitamiento se obtiene mediante escoriaciones paralelas en el cartilago que no superen el 50% del total de su espesor. El

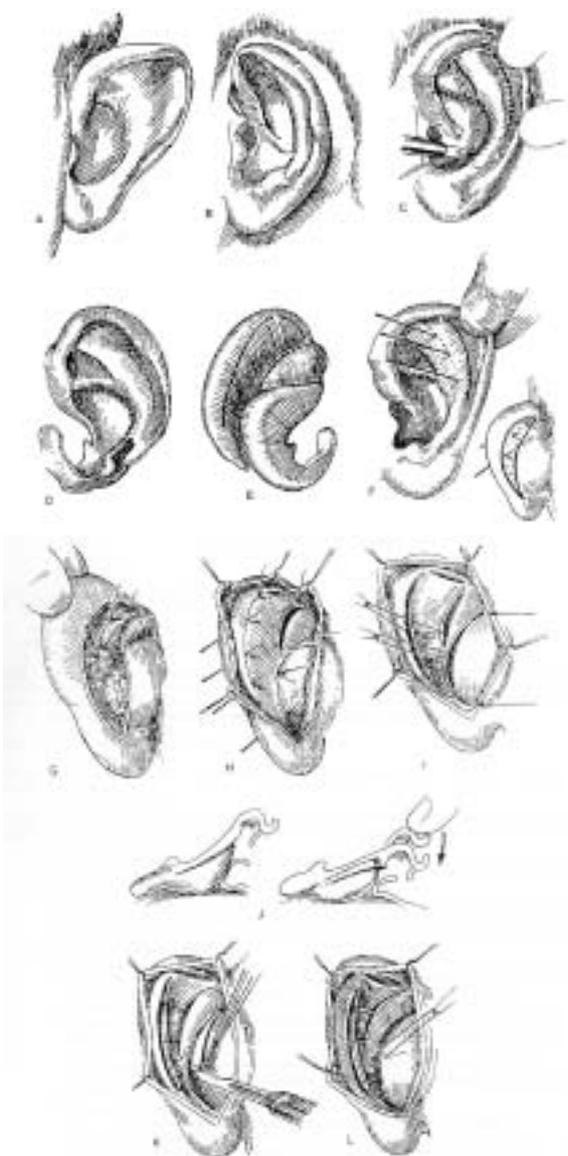


Figura 4. Técnica de Converse - Wood-Smith.

debilitamiento del cartilago debe hacerse con mucha moderación, ya que un exceso de tallado puede traer como consecuencia un mecanismo de reabsorción postraumático del cartilago que dejará huecos, no sólo antiestéticos, sino también peligrosos para la estabilidad de la oreja. Por este motivo no estamos de acuerdo con las técnicas que cortan el cartilago en todo su espesor que no sólo conllevan el riesgo de reabsorción, sino que le dan un aspecto al pliegue que se parece a la oreja canina. A la altura de nuestros tres puntos de referencia, en el límite de las zonas de tejido despegado, tendremos los tres puntos de pliegue del cartilago. Utilizamos nylon monofilamento 4/0 con aguja triangular; entramos por uno de los dos bordes del cartilago prácticamente en todo su espesor y salimos a $\frac{1}{2}$ cm del lugar; lo mismo se aplica en el otro borde en dirección opuesta. Repetimos la maniobra en los otros 2 puntos de referencia. Por último, cerramos los tres puntos. Esta operación —que es muy delicada debido a la fragilidad del cartilago— debe acompañarse con un plegado manual del antehélix desde el exterior. Así hemos

plegado el antehélix; en caso necesario, se procede a realizar una intervención en la concha de la oreja.

c) Corrección de la concha auricular. Ésta se logra desprendiendo la inserción del músculo auricular posterior de la concha. Después de las operaciones del punto a), podemos distinguir claramente la inserción del músculo. Procedemos a despegar el tejido que se encuentra arriba, cortamos la inserción del músculo descubierto dejando una porción de alrededor de 2 mm sobre la concha. El despegue por debajo del músculo debe continuar de manera tal que se cree una capa que pueda recibir lo que sobra de la concha. No debemos olvidar que al presionar la concha hacia el interior, reducimos un poco el meato auditivo. Por lo tanto, no hay que exagerar, aunque la parte sobrante de la concha no se corrija por completo.

La fijación de la nueva posición de la concha se logra con ayuda de un punto con hilo de nylon triple cero con una aguja triangular que une el pedúnculo que dejamos sobre la concha con la parte más interna de la capa que se creó. Con la aguja hay que tomar todo el espesor posible del tejido, casi raspando la superficie ósea de la apófisis mastoidea. Normalmente el pedúnculo es pequeño y no permite que se haga más de un punto. Por lo tanto, es necesario que ese punto quede bien asegurado y que sea muy estable. En este caso también, la maniobra debe acompañarse manualmente empujando el pabellón auricular desde el exterior hacia el interior. Sólo falta suturar la piel mediante la unión de los dos bordes del rombo con puntos en U que impiden la introversión de los bordes en el proceso de cicatrización. Se pueden aplicar algunos puntos simples de sostén entre los puntos en U.

d) Corrección del lóbulo. La corrección de Wood-Smith se puede agregar cada vez que la protuberancia del lóbulo sea un componente de las orejas en pantalla o cuando se presenta como un cuadro aislado. Como lo ilustra la figura 4, se trata de una extensión en V de la incisión auricular posterior, que se dibuja sobre la superficie posterior del lóbulo. Este dibujo se traslada sobre la superficie de la apófisis mastoidea presionando el lóbulo sobre la misma. Se levanta la piel formando un dibujo en cola de pato y se suturan los bordes creados por la tracción hacia abajo de la parte central de la cola de pato.

Los apósitos y las precauciones posquirúrgicas

Los apósitos son muy importantes. Por un lado, deben impedir la hemorragia; por el otro, no deben aplastar demasiado las orejas porque el objetivo principal es no causar traumatismos a los tres puntos que se le dan al cartilago. Se colocará un tul fino y lubricado directamente detrás de la oreja, que se rodeará con una gasa de manera tal que cubra el pabellón y la región de la apófisis mastoidea sin cubrir el hélix. Arriba, se coloca algodón y por último un apósito elástico bastante flojo (tipo Peha-haft) rodeando la cabeza desde la frente hasta la nuca. El apósito se deja 48 hs y sólo se vuelve a poner en caso de hemorragia. Los puntos se sacan entre 8 y 10 días después de la intervención.

Como protección pre y posquirúrgica, el día anterior y durante los tres días posteriores administramos antibióticos en comprimido, ampollas antihemorrágicas específicas (ácido tranexámico) y, llegado el caso, comprimidos antiinflamatorios y analgésicos.



Figura 5. Antes y después.



Figura 6. Antes y después.

Complicaciones posquirúrgicas y deformidades tardías

a) Hematomas

El hematoma representa el problema posquirúrgico más inmediato y el más urgente. Sin embargo, si se coagula minuciosamente y no se coloca un apósito compresivo durante 48 horas, esta eventualidad es prácticamente nula. Si se produjera, hay que sacar el apósito inmediatamente, volver a abrir y coagular el vaso responsable. Normalmente, tras la intervención de las orejas en pantalla no se presentan dolores fuertes; en consecuencia, si se presentan dolores fuertes, en especial de un lado, eso significa, casi con certeza, que hay un hematoma. Por lo tanto, hay que controlar al paciente.

b) Infecciones

Con protección antibiótica y suponiendo que la intervención se realice en un medio absolutamente estéril, las infecciones son muy poco frecuentes. En ese caso, hay que aumentar aún más el poder antibacteriano mediante una infiltración local de antibióticos, para lo cual nos parece muy apropiada la rifamicina y la gentamicina.

c) Condrítis

La consecuencia más directa de una infección es la condrítis. Si no se la trata rápidamente, puede producir deformidades de la oreja por la destrucción del cartílago. Si se sospecha la presencia de una condrítis, hay que volver a abrir, levantar el vestíbulo necrótico del cartílago y reemplazarlo por un injerto. Con las técnicas de Mustardé y de Fu-

mas casi no se registran casos de condrítis, es más frecuente con la técnica de Converse-Wood-Smith, en la que se corta el cartílago. Por lo tanto, la manipulación de estos tejidos debe hacerse con mucho cuidado.

d) Deformidades tardías

Es lo que llamamos normalmente recidiva, es decir, una corrección incompleta del pliegue del antehélix.

Estos casos se dan en alrededor del 10% de los pacientes tratados con la técnica de Mustardé y, con frecuencia, se producen inicialmente en la oreja que estaba más deformada en un principio. Aunque la técnica de Converse-Wood-Smith casi no tiene recidivas, en el 89% de los casos operados constatamos una irregularidad en el contorno, con un pliegue demasiado marcado porque los bordes son agudos (aspecto de oreja canina).

Conclusión

En conclusión, la corrección de las orejas en pantalla supone un buen conocimiento de la anatomía, la conciencia de que intervenimos sobre tejidos muy delicados y de que con la combinación y la adaptación de todas las técnicas ilustradas se obtiene el mejor resultado estético.

Bibliografía

1. Converse John Marquis et au. Reconstructive plastic surgery, Vol. III, Saunders Ed.; 1964: 1073-1123.
2. Ransom Lewis John. Atlas of Aesthetic Plastic Surgery, Boston; Little, Brown and C, 1973: 181-198,
3. Rees Thomas D., La Trenta Gregory, Chirurgia Plastica Estética, p. , Prima Edizione Italiana, Verduci Ed.; 1998: 887-919