

Covarrubias, P.A.; Galindez, L.; Guerrerosantos, J.; Cárdenas-Camarena, L.; Gioia, S.
Nuevo enfoque para el tratamiento del lóbulo auricular expandido: técnica quirúrgica y clasificación
Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 39, núm. 2, abril-junio, 2013, pp. 163-166
Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365533930008>

Cirugía Plástica
Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana,
ISSN (Versión impresa): 0376-7892
ciplatin@gmail.com
Sociedad Española de Cirugía Plástica,
Reparadora y Estética
España

Nuevo enfoque para el tratamiento del lóbulo auricular expandido: técnica quirúrgica y clasificación

New approachment for the treatment of the expanded ear lobe: surgical technique and classification



Covarrubias, P.A.

Covarrubias, P.A.*, Galindez, L.*, Guerrerosantos, J.**,
Cárdenas-Camarena, L.***, Gioia, S.****

Resumen

Las expansiones del lóbulo auricular son cada vez más populares en la población joven, dejando defectos muy notorios que al llegar a la edad adulta requieren reparación. Recientemente se han descrito dos técnicas para solucionar este problema, pero desde nuestro punto de vista, provocan un acortamiento secundario de la oreja. Por esta razón, diseñamos una reparación con dos colgajos, uno medial y otro lateral, donde uno de ellos funciona rellenando el defecto y el otro cubriéndolo; de esta manera evitamos el acortamiento de la oreja y del lóbulo. Además proponemos una nueva clasificación de los defectos del lóbulo auricular.

Abstract

Earlobe expansions are becoming increasingly popular among young people, leaving very noticeable defects that on reaching adulthood require repair. Recently, two techniques have been described to solve this problem, but in our view, they lead to a shortening of the ear. For this reason we design a repair with two flaps, one medial and one lateral, in which one works by filling the defect and the other covers; so we avoid the shortening of the ear lobe. Furthermore, we propose a new classification of defects in the earlobe.

Palabras clave Lóbulo auricular,
Reconstrucción lóbulo auricular,
Colgajos auriculares.

Código numérico 2544-15831

Key words Ear lobe,
Ear lobe reconstruction,
Auricular flaps.

Numeral Code 2544-15831

* Cirujano Residente. Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva. "Dr. José Guerrerosantos", Guadalajara, Jalisco, México.

** Director del Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva "Dr. José Guerrerosantos", Guadalajara, Jalisco, México.

*** Profesor del Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva "Dr. José Guerrerosantos", Guadalajara, Jalisco, México.

**** Alumno de Medicina Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

Introducción

Las expansiones del lóbulo auricular se han vuelto cada vez más populares en la población adolescente. Este procedimiento, que consiste en expandir gradualmente el lóbulo auricular, se realiza desde hace mucho tiempo en diversas tribus con significados religiosos. Actualmente en las llamadas “tribus urbanas” del mundo occidental también se realiza en jóvenes que, después de un tiempo, ya sea por entrar al mundo laboral, dejar la adolescencia o por presión de los padres, solicitan su reparación y quieren recuperar un lóbulo auricular de apariencia normal.

La literatura recopilada acerca de la reconstrucción de este defecto es muy escasa, y encontramos publicaciones recientes que proponen diversas técnicas para lograr esta reparación (1,2).

En la presente publicación mostramos el abordaje que diseñamos para la corrección de este defecto y además proponemos una modificación a la clasificación ya existente de defectos del lóbulo, incluyendo esta nueva entidad.

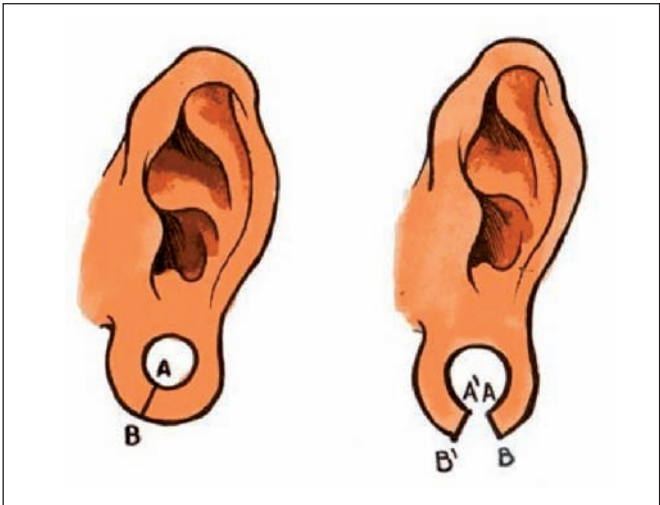


Fig. 1. Marcación y creación de dos colgajos, uno interno y otro externo.

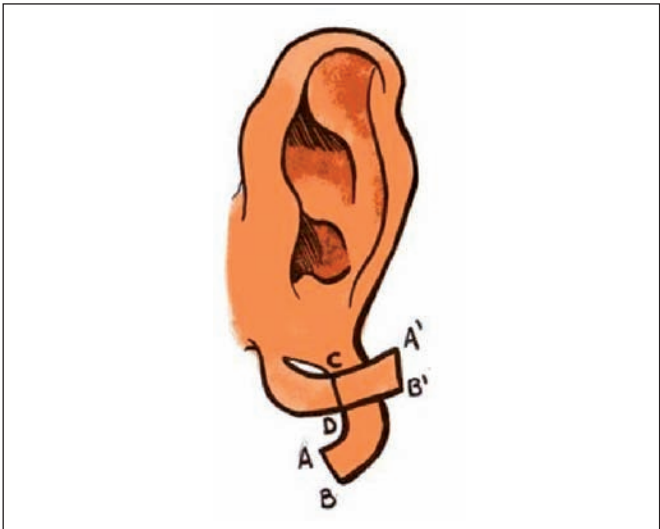


Fig. 2. Superposición de los colgajos, marcando el excedente del colgajo interno.

Material y método

Se realiza marcación previa de la zona más inferior del defecto del lóbulo auricular, en diagonal del punto A que se ubica hacia dentro de la extensión y el punto B que se encuentra fuera de la misma para luego seccionar de manera transfixiante creando dos colgajos, uno interno y otro externo (Fig. 1). El colgajo interno se rota sobre el externo, simulando rellenar el defecto de la expansión (Fig. 2) y se evidencia el tejido sobrante del mismo; donde ambos colgajos se superponen se marca y secciona entre los puntos C y D.

Posteriormente se desepidermiza el remanente del colgajo interno por su cara superior e inferior, y el colgajo externo se desepidermiza por su parte superior, dejando la parte inferior con epidermis ya que pasará a ser la parte más inferior del lóbulo (Fig. 3). Luego se rota el colgajo interno como si se quisiera rellenar el defecto y se rota el colgajo externo fijándolo a la porción más inferior de la oreja. Finalmente, se sutura con nylon 5-00 en puntos sueltos (Fig. 4). Ferulizamos la zona con Micropore® de color. Recomendamos al paciente la toma de antiinflamatorios en caso de dolor y profilaxis antibiótica durante 5 días.



Fig. 3. Desepidermización de colgajo interno y de la porción interna de colgajo externo.



Fig. 4. Sutura y resultado final de la técnica.

Discusión

La deformidad de lóbulo auricular es una entidad ya descrita tanto en casos de lóbulo hendido de causa congénita como traumática (3-10). La expansión del lóbulo se presenta con un alargamiento del mismo, aumento de su diámetro y pérdida de contenido en el centro del mismo.

Blanco-Dávila F. y Vásconez HC (4), clasifican los defectos secundarios del lóbulo auricular en 3 tipos, siendo el tipo I aquel en el que los límites del agujero se extienden menos de la mitad de la distancia entre la perforación original y el margen inferior del lóbulo; el tipo II aquel en el que los límites del agujero se extienden más de la mitad de la distancia entre la perforación original y el margen inferior del lóbulo; y el tipo III aquel en el que finalmente se abre el lóbulo en su porción inferior. Proponemos una modificación a esta clasificación agregando el tipo IV que correspondería a los lóbulos expandidos (Fig. 8).

La técnica que describimos creemos que es útil para corregir este tipo de defectos ya que no reseca completamente el colgajo interno, comportándose éste a modo de relleno del espacio expandido, y por lo tanto conservando la longitud y el diámetro normales del lóbulo auricular.

Hasta la fecha de publicación de este artículo, además de los 2 casos presentados, hemos tratado 5 más, todos ellos bilaterales, de forma exitosa y sin complicaciones.



Fig. 5 y 6. Preoperatorio y postoperatorio a los 2 meses de reconstrucción bilateral de lóbulo auricular expandido en varón de 18 años de edad. Arriba: lóbulo izquierdo. Abajo: lóbulo derecho.



Fig. 7. Preoperatorio y postoperatorio a los 2 meses en varón de 20 años con reconstrucción unilateral de lóbulo auricular expandido

Los puntos de sutura se retiran los 7 días, momento en el que se puede buscar una zona donde colocar un pequeño arete de oro para no tener que realizar una nueva perforación posteriormente, si así lo desea el paciente.

Presentamos a modo de ilustración de técnica y resultados obtenidos en el caso de un paciente varón, de 18 años de edad, en el que realizamos plástia de lóbulo auricular expandido bilateral (Fig. 5,6) y en el de un varón de 20 años con reconstrucción unilateral (Fig. 7).

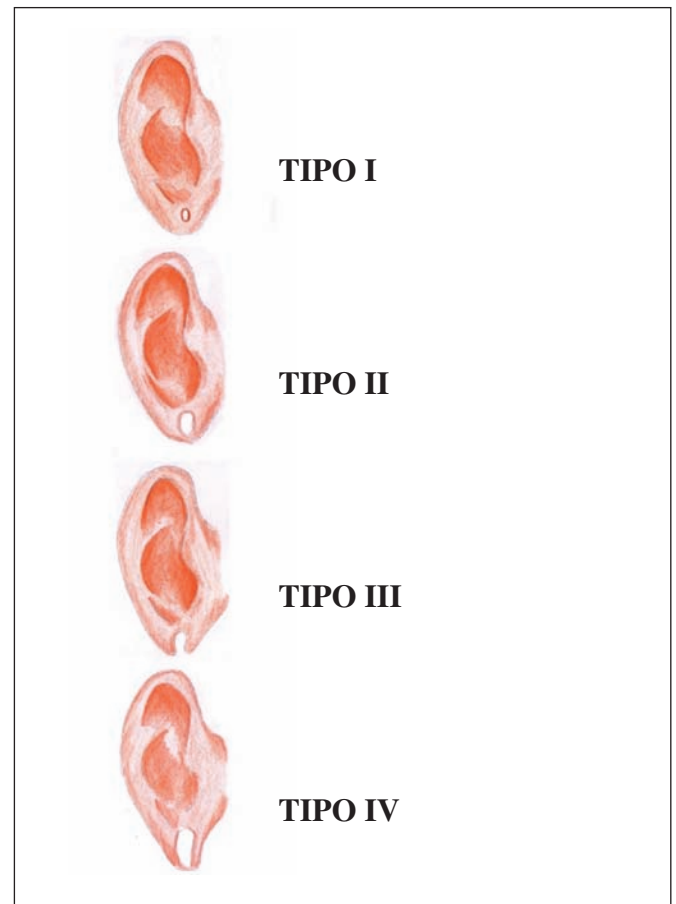


Fig. 8. Clasificación de defectos secundarios del lóbulo auricular de Blanco-Dávila y Vasconez modificada por Galíndez. Se agregó a la clasificación el tipo IV que corresponde a lóbulo expandido.

Conclusiones

La técnica de dos colgajos descrita para la reconstrucción de lóbulo expandido es sencilla, segura y deja resultados estéticamente favorables. Dada la frecuencia con que en la actualidad vemos este tipo de defecto, aportamos una nueva tipología a la clasificación de defectos auriculares conocida hasta el momento.

Dirección del autor

Dr. Patricio Andrés Covarrubias C.
Cano y Aponte 1004
Providencia, Santiago, Chile
e-mail: drpcovarrubias@gmail.com

Bibliografía

1. **Henderson, J., Malata C.:** Surgical Correction of the expanded earlobe after ear gauging. *Aesth Plast Surg.* 2010; 34 (5):632-633.
2. **Williams, A.M., Majumder S.:** Earlobe reconstruction following plug and tunnel piercing. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2010; 63 (3):294-295.
3. **Fearon, J., Cuadros, L.C.:** Cleft lobe repair. *Ann Plas Surg.* 1989; 23 (5):468-472.
4. **Blanco-Dávila F., Vásconez HC.:** The cleft earlobe: a review of methods of treatment. *Ann Plast Surg.* 1994; 33 (6):677-680.
5. **Fujiwara, T., Matsuo, K., Taki, K., Noguchi, M., Kiyono, M.:** Triangular Flap Repair of the Congenital Earlobe Cleft. *Ann Plas Surg.* 1995; 34 (4):402-405.
6. **Elsahy, N.:** Reconstruction of the Cleft Earlobe with Preservation of the Perforation for an Earring. *Plast Recon Surg.* 1986; 77 (2):322-324.
7. **Kalimuthu, R., Larson, B., Lewis, N.:** Earlobe Repair: A New Technique. *Plas Recon Surg.* 1984; 74 (2):299-300.
8. **Guerrerosantos, J.:** Correction of hypertrophied earlobe in leprosy. *Plast Recon Surg.* 1970; 46 (4):381-383.
9. **Martén, E.:** The "Pac-Man" earlobe operation. *Plast Recon Surg.* 2006; 118 (2):559-562
10. **Fidalgo Rodríguez, F.T.:** Reconstrucción del lóbulo auricular con colgajo bilobulado modificado. *Cir. plást. ibero-latinoam.*, 2012, 38 (1):41-47.