

Carrillo-Blanchar, D.L.; Bollo-Rodríguez, J.; Rufiandis-Parramon, A.

Clasificación y tratamiento de las orejas prominentes

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 39, núm. 4, octubre-diciembre, 2013, pp. 327-332

Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365533932002>

Cirugía Plástica
Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana,

ISSN (Versión impresa): 0376-7892

ciplaslatin@gmail.com

Sociedad Española de Cirugía Plástica,

Reparadora y Estética

España

Clasificación y tratamiento de las orejas prominentes

Classification and treatment of the prominent ears



Carrillo-Blanchar, D.L.

Carrillo-Blanchar, D.L.* , Bollo-Rodríguez, J.**, Rufiandis-Parramon, A.***

Resumen

El tratamiento quirúrgico de las orejas prominentes puede ser la intervención más fácil de la Cirugía Estética, pero a la vez puede ser la más comprometida desde el punto de vista de resultados.

En este trabajo desarrollamos una clasificación de los distintos tipos de orejas prominentes basándonos en las características anatómicas del antihélix y la concha. Esta clasificación nos orientará sobre el plan quirúrgico que deberemos realizar en cada tipo de oreja.

Destacamos que, según nuestra experiencia, el 40% de las orejas intervenidas han precisado la reducción de la altura de la concha. Esta reducción nos garantiza, al menos parcialmente, la aproximación del pabellón auricular al cráneo.

Abstract

The surgical treatment of prominent ears can be the easiest intervention of Aesthetic Surgery, but also can be the most committed from the point of view of results.

In this paper we develop a classification of different types of prominent ears based on the anatomy of the antihelix and shell. This classification guide us on the surgical plan that we perform on every type of ear.

We emphasize that, in our experience, 40% of the operated ears have required the reduction of the height of the auricular shell. This reduction guarantees, or at least partially, the approach of the ear to the skull.

Palabras clave Otoplastia, Orejas prominentes, Clasificación.

Código numérico 254-2546-2548

Key words Otoplasty, Prominent ears, Classification.

Numeral Code 254-2546-2548

* Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. Práctica privada. Barcelona, España.

** Médico Adjunto Cirugía General, Hospital de San Pablo. Barcelona, España.

*** Diplomada Universitaria en Enfermería.

Introducción

Son muchos los autores que han aportado distintas técnicas y con resultados satisfactorios para el tratamiento quirúrgico corrector de las orejas prominentes. Destacamos a Elliott (1), quien en 1990 describe la combinación de varias técnicas para solucionar los diferentes tipos de orejas prominentes.

Basándonos en la estructura anatómica del pabellón auricular (2), hemos dividido las orejas prominentes en tres tercios:

1. El tercio superior dominado por el antihélix.
2. El tercio medio dominado por la concha auricular.
3. El tercio inferior dominado por la cola del hélix y el lóbulo auricular.

Desde hace 30 años, el tratamiento quirúrgico que venimos realizando para la corrección de las orejas prominentes no es más que la asociación de 3 técnicas que, dependiendo de la deformidad anatómica que presente el pabellón auricular de cada paciente, emplearemos de forma combinada (3, 4).

La clasificación que exponemos en este artículo, nos va a orientar sobre cuál será el planteamiento quirúrgico más adecuado para cada caso.

Material y método

A lo largo de 30 años (entre 1982 y 2012), hemos intervenido quirúrgicamente 512 orejas prominentes. Nuestro criterio en el tratamiento quirúrgico se basa en la siguiente clasificación:

1. En el 1/3 superior de la oreja realizamos la técnica quirúrgica descrita por Mustardé (5) en el año 1963, asociada a lo que publicó Stenström (6) en el año 1963.
2. En el tercio medio basamos nuestro tratamiento en la reducción de la altura de la concha auricular, tal y como describió Skoog (7) en el año 1976.
3. En el tercio inferior realizaremos, si es preciso, la extirpación de la cola del hélix y la disminución del tamaño del lóbulo auricular.

Clasificación de las orejas prominentes

Basándonos en las concavidades y convexidades que presentan el antihélix y la concha auriculares, dividimos las orejas prominentes en 3 categorías distintas, dependiendo de la localización anatómica del defecto, a saber:

1. Oreja escafoidea o Tipo I

El tercio superior de la oreja viene determinado por la cruz posterior del antihélix. Esta estructura define la fosa triangular y la fosa escafoidea que en definitiva, son las que van a determinar la forma y posición de la oreja en su mitad superior.

La ausencia total o parcial de la cruz posterior del antihélix dará como resultado la que denominamos oreja escafoidea o Tipo I (Fig. 1).

2. Oreja conchal o Tipo II

Se caracteriza por tener la concha excesivamente alta, lo que provoca, aun siendo normal la forma del pabellón auricular, una mayor separación de éste con respecto al cráneo en toda su extensión. Como consecuencia de esta mayor altura de la concha, la separación entre el reborde anterior del hélix y el cráneo será superior a 20 mm.

Cuando estemos frente a unas orejas de forma y tamaño normales pero con una separación otocraneal mayor de 20 mm, debemos hablar de orejas en concha o Tipo II (Fig. 2).

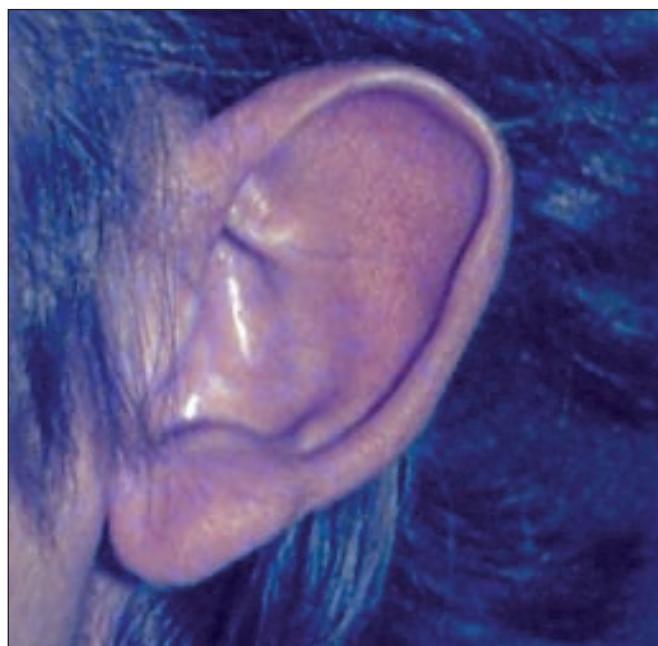


Fig. 1. Oreja escafoidea.



Fig. 2. Oreja en concha.

3. Oreja mixta o Tipo III

Se trata de aquellos pabellones auriculares que presentan anomalías tanto a nivel del antihélix como de la concha. Este tipo de orejas tienen un antihélix poco o nada definido y una concha excesivamente alta; es decir son la combinación de los dos tipos anteriores (Tipo I + Tipo II).

Para diagnosticarlas basta con plegar el tercio superior de la oreja hacia atrás (Fig. 3), de manera que podremos observar que el reborde superior de la concha auricular sobresaldrá excesivamente de la altura del hélix. Este es el tipo de orejas que llamaremos orejas mixtas o Tipo III.

Tratamiento quirúrgico

El pabellón auricular está constituido por una sola pieza de fibrocartílago con varias concavidades, que son las que van a determinar la forma y la posición de la oreja con respecto al cráneo. Estas distintas concavidades son las que deberemos imitar para obtener resultados satisfactorios cuando queramos corregir quirúrgicamente una oreja cuya anatomía no corresponde con la forma considerada como normal.

Hay dos medidas anatómicas en el pabellón auricular que debemos respetar al final de la cirugía si queremos obtener buenos resultados. La primera medida a tener en cuenta es la distancia entre el reborde anterior del hélix y el cráneo, y que debe oscilar entre los 18 y los 20 mm. La segunda medida es el ángulo escafo-conchal, cuyo valor debe ser de aproximadamente 90°.



Fig. 3. Oreja mixta. Repliegue del antihélix con el dedo, demostrando la excesiva altura de la concha.

Tratamiento quirúrgico de la oreja escafoidea o Tipo I

Practicamos una incisión cutánea a lo largo de la cara posterior del pabellón auricular, despegando la piel 1 cm a cada lado de la incisión. Por la cara anterior hacemos una pequeña incisión cutánea de unos 2 mm, entre el tercio medio y el tercio inferior del antihélix, a través de la cual introducimos una tijera fina (Fig. 4) para crear un túnel en la cara anterior del nuevo antihélix. A continuación introducimos por dicho túnel la raspa de Digman (Fig. 5) con la que haremos unos movimientos de vaivén para romper el pericondrio en el área del nuevo antihélix. Con esta maniobra conseguimos debilitar la zona del antihélix por su cara anterior. Debemos ser sumamente delicados con la raspa, porque de lo contrario se podría romper o incluso perforar el cartílago, lo que provocaría la formación de aristas visibles en la cara anterior del antihélix.

Por la parte posterior de la oreja colocamos en el cartílago 2 o 3 puntos de nylon blanco de 3/00, tal como describe Mustardé (5). Al anudar dichos puntos, conseguimos plegar el antihélix y dar a la oreja la forma deseada. A continuación suturamos la piel con Dexon® de 4/00.

En nuestra experiencia, hemos aplicado esta técnica en el 60% de nuestros pacientes (Fig. 9 y 10).

Tratamiento quirúrgico de la oreja conchal o Tipo II

Cuando la deformidad que presenta la oreja es una concha excesivamente alta, lo único que debemos hacer



Fig. 4. Incisión de unos 2 mm en la cara anterior del hélix.

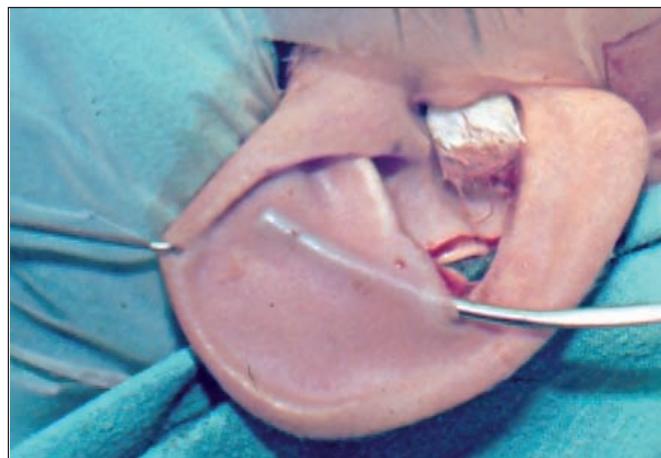


Fig. 5. Introducción de la raspa a través de la incisión.

es reducir la altura de la concha según la técnica que describió Skoog (7).

Primero dibujamos por la cara anterior de la oreja (Fig. 6) la cantidad de concha que deseamos extirpar. Con bisturí del nº 11 (Fig. 7) hacemos una incisión transfixante siguiendo el dibujo y extirparamos en bloque (piel, más cartílago, más piel) (Fig. 8), la cantidad de concha auricular que habíamos calculado previamente. Terminamos la intervención colocando 3 o 4 puntos de colchonero dobles, consiguiendo cerrar totalmente la herida por la cara anterior de la concha y parcialmente por la cara posterior.

En nuestra práctica, hemos utilizado esta técnica en el 5% de las orejas intervenidas (Fig. 11 y 12).

Tratamiento quirúrgico de la orejas mixtas o Tipo III

Lo realizaremos en aquellos casos en los que por la cara anterior de la oreja existe simultáneamente despliegue del antihélix y además una concha excesivamente alta, llevando a cabo una combinación de la técnica descrita para las orejas Tipo I, más la descrita para las orejas Tipo II.

En nuestra práctica hemos empleado esta combinación de técnicas en el 35% de los pacientes intervenidos (Fig. 13 y 14).



Fig. 9. Preoperatorio de orejas Tipo I.



Fig. 10. Postoperatorio a los 24 meses.



Fig. 6. Dibujo preoperatorio de la cantidad de concha a extirpar.

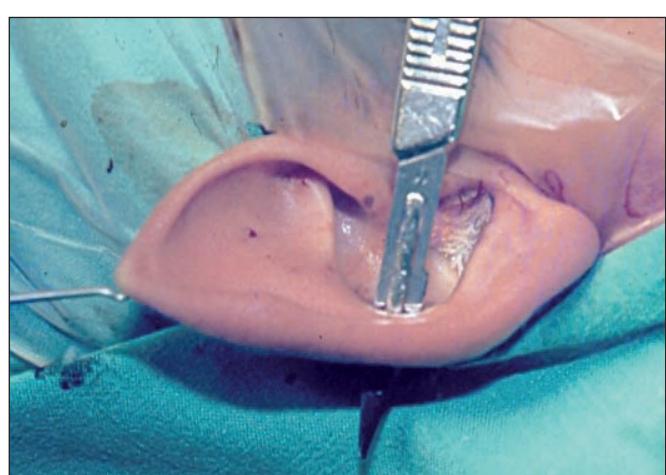


Fig. 7. Incisión transfixante con bisturí del nº 11.

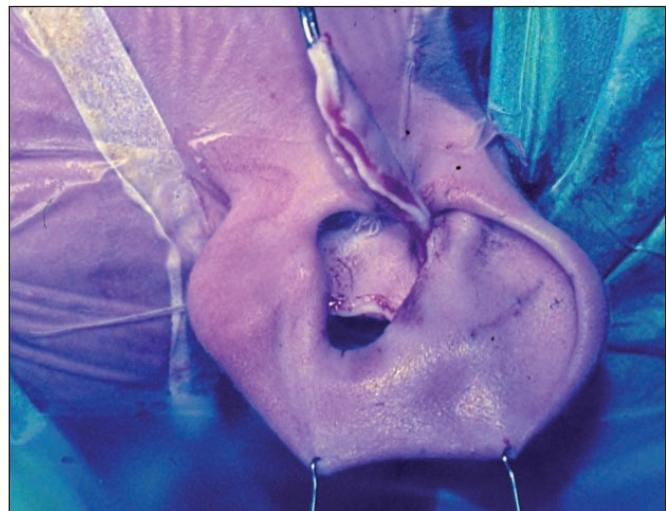


Fig. 8. Cantidad de concha extirpada.

Discusión

Revisando la literatura, son muchas las clasificaciones al respecto de las malformaciones congénitas auriculares (8,11), tanto desde el punto de vista de su origen embriológico como desde el punto de vista de su origen traumático (10).

Cuando hablamos de una clasificación de las orejas prominentes, Park (12) las clasifica en 2 tipos: las que presentan adhesión del antihélix a las que denomina como Tipo I, y las que presentan criptotia y que clasifica como Tipo II. No contempla dicha clasificación al pabellón auricular en toda su extensión (concha y lóbulo).

Nosotros, basándonos en la anatomía del pabellón auricular, clasificamos las orejas prominentes en 3 tipos según las alteraciones presentes tanto a nivel del antihélix como de la concha. Proponemos así una clasificación del pabellón auricular que nos va a servir de orientación para el tratamiento que deberemos realizar en cada uno de los casos.

Como muy bien dice Brian (4), “no hay una técnica ideal” y por ello creemos que no solamente debemos aplicar la técnica más adecuada para cada paciente, sino que además, debemos analizar las zonas anatómicas en las que tenemos que actuar. En consecuencia, lo más importante no es la técnica quirúrgica que debamos realizar, sino que debemos también entender qué zonas del pabellón auricular deben ser tratadas, es decir, frente a qué tipo de orejas nos encontramos. Siguiendo la clasificación que proponemos, tendremos una orientación sobre el tratamiento quirúrgico a realizar.

En cuanto al tratamiento del antihélix, empleamos simultáneamente el raspado anterior (6) y la sutura tipo Mustardé (5); esto nos da más seguridad a la hora de evitar la recidiva del antihélix. Si comparamos la técnica propuesta con la pericondrioplastia (7), creemos que esta última es más difícil y además su riesgo de producir recidivas puede ser mayor, aunque es cierto que consigue una forma muy natural del antihélix. La extirpación en bloque de una parte de la concha (piel más cartílago más piel) (7) (Fig. 8) en las orejas Tipo II, evitará con toda seguridad la recidiva.

En nuestra práctica, hemos realizado la extirpación en bloque de la concha en el 40% de nuestros pacientes (3). Las recidivas en el tercio superior de la oreja han sido de un 5%, mientras que en el tercio medio han sido del 0%.

Con estas técnicas no sólo conseguimos la aproximación del pabellón auricular al cráneo (primer objetivo), sino que además logramos una forma muy natural de las orejas (segundo objetivo) (Fig. 15-17).

La desventaja de la extirpación en bloque de una parte de la concha auricular es la creación de una cicatriz en la cara anterior de la misma, que aunque queda relativamente escondida, conlleva el riesgo de convertirse en una cicatriz visible.



Fig. 11. Preoperatorio de orejas Tipo II.



Fig. 12. Postoperatorio a los 16 meses.

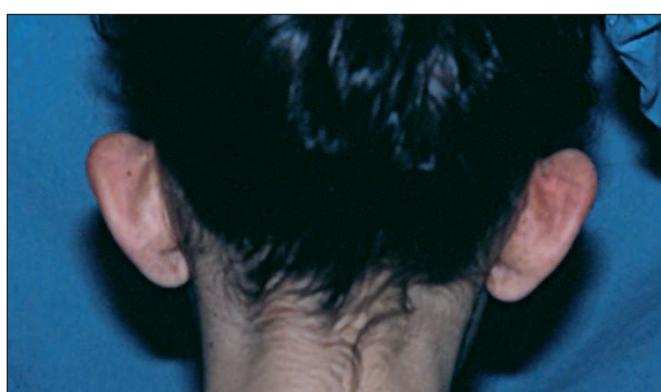


Fig. 13. Preoperatorio de orejas tipo III.

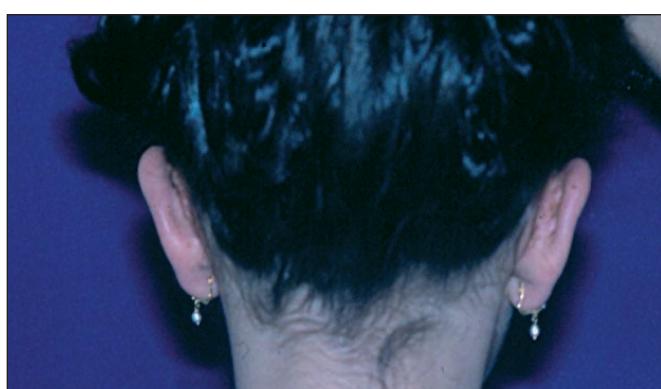


Fig. 14. Postoperatorio a los 6 meses.



Fig. 15. Forma postoperatoria de una oreja Tipo I a los 12 meses.



Fig. 16. Forma postoperatoria de una oreja Tipo II a los 12 meses.



Fig. 17. Forma postoperatoria de una oreja Tipo III a los 18 meses.

Conclusiones

Aportamos en nuestro estudio una clasificación sencilla y clara de las orejas prominentes en 3 tipos, que atendiendo a las características morfológicas de cada zona auricular, abre una visión más clara hacia la técnica quirúrgica o combinación de técnicas más apropiadas para cada tipo a fin de obtener unos resultados naturales.

Dirección del autor

Dr. Diego-Luis Carrillo Blanchar
C/ Paris 209, 6º - 2^a
08008 Barcelona, España
e-mail: 8547dcb@comb.cat

Bibliografía

1. Elliott RA. Otoplasty: A combined approach. *Clin Plast Surg.* 1990; 17(2):373-181.
2. Luckett WH.: A new operation for prominent ears based on the anatomy of the deformity. *Surg.Gynecol.Obst.* 1910; 10:635-637.
3. Carrillo DL.: Orejas en Asa. *Cir. plást. iberolatinoam.* 1986, 12 (2): 151-154.
4. Brian E.: Otoplasty *Facial Plast. Surg. Clin. of North Am.* 2001, 9 (1): 147-157.
5. Mustardé JC.: The treatment of prominent ears by buried mattress sutures: a ten-year survey. *Plast.Reconstr.Surg.* 1967;39:382-386.
6. Steenström, SY.: A natural technique for correction of congenitally prominent ears. *Plast.Reconstr.Surg.*, 1963, 32:509-518.
7. Skoog T.: Atlas de Cirugía Plástica. Ed. Salvat. Barcelona, 1976, Pp. 252-262.
8. Juarez Avelar, A.: Importance of Ear Reconstruction for the Aesthetic Balance of the Facial Contour. *Aesth. Plast. Surg.* 1986, 10:147-156.
9. Alexander KS.: A morphometric study of the human ear. *J.Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.* 2011, 64 (1) : 41-47.
10. Luo X.: Classification and Reconstruction of posttraumatic ear deformity. *Craniofac. J. Surg.* 2012, 23(3): 654-657.
11. Porter CJ.: Anomalías Congénitas Auriculares: Anatomía Topográfica, Embriología, Clasificación y estrategia de tratamiento. *Plast. Reconstr. Surg.*, 2005, 115(6):1701-1712.
12. Park C.: Upper auricular adhesion malformation: definition, classification, and treatment. *Plast.Reconstr. Surg.* 2009, 123(4):1302-1312.