

Otoplastia por vía anterior para el tratamiento de las orejas prominentes.

Una técnica mínimamente invasiva

G. Zambudio, J.I. Ruiz, M.J. Guirao, J.M. Sánchez, O. Girón, M.A. Gutiérrez

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca". Murcia.

RESUMEN: Introducción. En pacientes adultos ha sido bien establecido que las orejas prominentes pueden ser tratadas mediante suturas colocadas a través de la superficie anterior de la oreja por una técnica muy poco agresiva. Para comprobar la utilidad de este método en el niño, adoptamos esta técnica para el tratamiento de nuestros pacientes.

Pacientes y métodos. Veintidós otoplastias por orejas prominentes fueron realizadas en 12 pacientes de edades comprendidas entre 8 y 11 años. Todos fueron operados bajo anestesia general. La cara anterior del cartílago auricular fue debilitada por limado. El antihélix se modeló mediante la aplicación de suturas a través de la cara anterior del cartílago auricular.

Resultados. Se consiguió un buen resultado estético en todos los casos. Tres orejas presentaron una erosión cutánea superficial. En 4 ocurrió pérdida parcial de la corrección y en 6 algún nudo fue visible en la cara anterior de la oreja.

Comentarios. La otoplastia por vía anterior es una técnica sencilla para el tratamiento de las orejas prominentes en niños, de buenos resultados estéticos, que evita la necesidad de resección de piel dorsal. En el niño, para evitar la exteriorización del nudo, éstos deben ser colocados en la cara posterior.

PALABRAS CLAVE: Otoplastia; Orejas prominentes; Niño.

ANTERIOR APPROACH OTOPLASTY FOR TREATMENT OF PROMINENT EARS IN CHILDREN. A MINIMALLY INVASIVE TECHNIQUE

ABSTRACT: Introduction. In adult patients, it has been reported that prominent ears can be treated by mattress sutures placed through the anterior aspect of the ear, with a minimally invasive technique. In order to verify the utility of this method in children, we used this technique in our patients.

Material and methods. Twenty-two prominent ears were treated in 12 patients between 8 and 11 years of ages. All were operated under general anesthesia.

Correspondencia: Dr. G. Zambudio Carmona. Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca". Servicio de Cirugía Pediátrica. Ctra. del Palmar s/n, 30120 Murcia.

E-mail: gzambudio@uropediatria.com

Recibido: Mayo 2006

Aceptado: Marzo 2007

The anterior surface of the auricular cartilage is scored with a rasp. The antihelix shape is obtained, and mattress sutures are placed through the anterior surface of the ear.

Results. A good aesthetic result was obtained in all the cases. Superficial skin necrosis happened in three. Partial loss of correction in the superior pole was noted in four ears. In 6, some knots were visible through the skin.

Conclusions. This repair is a simple technique for the treatment of the prominent ears in children, of good aesthetic results, that it avoids the necessity of dorsal skin resection and produces folds of antihelix more naturally curved. In children, to avoid the exteriorization of the suture material, the knots must be placed in the posterior surface of de auricular cartilage.

KEY WORDS: Otoplasty; Prominent ears; Children.

INTRODUCCIÓN

En pacientes adultos ha sido bien establecido que las orejas prominentes pueden ser tratadas de forma poco agresiva mediante el debilitamiento de la cara anterior del cartílago auricular y la aplicación de suturas en colchonero a través de la superficie anterior de la oreja, todo esto sin ninguna resección de piel^(1, 2). Para comprobar la utilidad de este método en el niño, adoptamos esta técnica para el tratamiento de nuestros pacientes.

PACIENTES Y MÉTODOS

Durante 2005, veintidós orejas prominentes fueron tratadas en 12 pacientes mediante otoplastia por vía anterior. Fueron 8 niños y 4 niñas de edades comprendidas entre 8 y 11 años. Todos los pacientes fueron operados bajo anestesia general.

Mediante manipulación de la oreja, el pliegue deseado del antihélix es identificado y marcado con rotulador dermatográfico. Suero fisiológico o bupivacaína al 0,25 con



Figura 1. Mediante aguja recta, se colocan suturas en colchonero horizontales de 4-5/0 a través de pequeñas incisiones practicadas en la cara anterior de la piel auricular.

adrenalina es infiltrada subcutáneamente en la zona marcada. A través de una incisión cutánea transversal de 5 mm en la parte más alta de la raíz superior del antihélix, el plano subcutáneo es disecado en un corto tramo en dirección caudal hasta permitir la entrada de una lima de tamaño y forma adecuados. La cara anterior del cartílago auricular que formará el pliegue del antihélix se debilita por limado hasta conseguir un cartílago flexible.

El lugar donde se colocarán las suturas es marcado con rotulador dermatográfico como se muestra en la figura 1. Se practican tres incisiones adicionales de 1 mm sobre la piel a nivel del vértice medial de los triángulos dibujados; dos en la porción lateral de la concha, y una en la fosita triangular. El modelado del antihélix se consigue mediante la aplicación de suturas en colchonero horizontales de Ethilon 4-5/0 colocadas a través de las pequeñas incisiones (Fig. 1). La sutura discurre siempre subcutáneamente, por la cara posterior del cartílago en su trayecto horizontal cruzando el antihélix, y por la cara anterior en su trayecto vertical en el borde externo del antihélix. Se aconseja el uso de aguja viuda recta triangular porque simplifica la colocación correcta de la sutura. Todas las incisiones son suturadas con material absorbible de 6/0. No se realiza escisión de piel en la cara posterior. Sólo si es necesario se realiza plastia del lóbulo mediante resección de un huso de piel de su cara posterior. Un vendaje formado por algodón y gasas y venda elástica se aplica por una semana.

RESULTADOS

El tiempo de seguimiento fue de 6-12 meses. Una forma suave y estética del antihélix fue conseguida en todos los casos (Fig. 2). No hubo hematoma, sangrado ni infección de las heridas. En tres orejas de diferentes pacientes ocurrió una escara cutánea superficial; en uno de ellos, el cartílago se hizo visible y obligó a sutura del defecto cu-



Figura 2. Tras anudar las suturas se obtiene una forma suave y estética del antihélix.

táneo, el resto curó mediante la aplicación de pomada antibiótica. En cuatro orejas hubo pérdida parcial de la corrección en el polo superior. En seis, el nudo del material de sutura fue visible en la cara anterior de la oreja, con exteriorización de la sutura en 4 casos (Fig. 3).

DISCUSIÓN

Las orejas prominentes son causadas por la ausencia total o parcial de la raíz superior y cuerpo del antihélix. El tratamiento es quirúrgico y suele realizarse después de los 6 años de edad, cuando la oreja alcanza el 90% del tamaño que tendrá en la edad adulta. La forma que consigamos dar al antihélix es el principal factor que determinará la estética del resultado en la cirugía de las orejas prominentes. Durante la otoplastia, la mayor parte de los cirujanos debilitan la cara anterior del cartílago mediante erosión por limado según la técnica de Stenström⁽³⁾. La aplicación de múltiples suturas, colocadas en forma radial en la cara posterior del cartílago tras la resección de un huso de piel posterior se conoce como técnica de Mustardè⁽⁴⁾, y suele completar el procedimiento.



Figura 3. Material de sutura visible a través de la piel.

En ocasiones, en la técnica de Mustardè es difícil conseguir una localización y tensión apropiada de los puntos dorsales que condicione un antihélix estético, lo que obliga a la recolocación de las suturas hasta que se consigue el resultado estético deseado. Robiony⁽¹⁾ presentó en 2001 su experiencia con 50 otoplastias en pacientes adultos empleando el método de Stenström más el uso de suturas de Kaye⁽⁵⁾ colocadas a través de mínimas incisiones en la piel de la superficie anterior de la oreja.

En el origen de la técnica de Stenström, la cicatrización de las heridas que crea la erosión de la cara anterior del cartílago debe bastar, por sí sola, para mantener estable la forma de la oreja. La aplicación de suturas no absorbibles estabiliza la forma de la oreja, pero la recidiva es frecuente y previene la recidiva. La colocación de los puntos por vía anterior evita la necesidad de realizar resección de piel dorsal. Los puntos se colocan con más facilidad en el lugar ideal, y la tensión que aplicamos a la sutura es fácilmente ajustable para conseguir un antihélix más natural. En los primeros casos utilizamos agujas curvas, pero la colocación de los puntos resultó más sencilla y rápida cuando utilizamos una aguja viuda recta triangular.

En una serie de Robiony⁽¹⁾ de 29 pacientes adultos tratados con la misma técnica, 5 presentaron una necrosis cutánea superficial que no precisó tratamiento quirúrgico. Tres

de nuestros pacientes presentaron una úlcera cutánea superficial que se trató con la aplicación de una crema antibiótica. En uno de los tres casos que presentaban la escara cutánea en la parte más baja del pliegue del antihélix, el cartílago fue visible unas semanas después y el defecto cutáneo fue suturado. En este caso el cartílago se encontraba fracturado, probablemente por exceso de limado. La presión que el vendaje ejerce sobre los bordes agudos del cartílago fracturado debió contribuir a la aparición de úlcera en este caso.

La pérdida de la corrección, que afecta con más frecuencia al polo superior de la oreja, ocurre hasta en un 30% de los casos operados mediante otras técnicas como la de Mustardè⁽⁶⁾. La hipercorrección leve a ese nivel es aconsejada por muchos autores para prevenir esta recidiva. La pérdida parcial de la corrección del polo superior que ocurrió en 4 orejas en nuestros pacientes mantuvo, sin embargo, un buen resultado estético global y no precisó revisión quirúrgica.

Una complicación, que no hemos encontrado referida en los trabajos sobre intervenciones similares realizadas en el adulto, fue la visualización de los nudos de sutura en la cara anterior de la oreja, debido posiblemente al menor espesor de la piel del niño a ese nivel. Este fenómeno se observa en las primeras semanas tras la operación y tiene tendencia a mejorar, porque con el paso del tiempo, el nudo de sutura se interioriza y se hace menos patente. Nosotros no hemos retirado ninguna de estas suturas en nuestros pacientes. Actualmente, nosotros modificamos la técnica pasando, al final del procedimiento, los extremos de la sutura a la cara posterior del cartílago donde son anudados, desde entonces no hemos vuelto a observar esta complicación.

Nosotros pensamos que la técnica de Mustardè realizada por vía anterior es una cirugía poco agresiva, simple y rápida, de resultados estéticos excelentes, que consigue crear un pliegue natural en la mayoría de los casos. La técnica es aplicable en niños, pero creemos que debe modificarse respecto a la técnica del adulto con la colocación de los nudos en la cara posterior para evitar el fenómeno de visualización y exteriorización de los nudos de la sutura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Robiony M, Costa F, Politi M. A technique for remodeling the antihelix to correct the prominent ear. *J Oral Maxillofac Surg* 2001;**59**:9-13.
2. Connolly A, Bartley J. External Mustardè suture technique in otoplasty. *Clin Otolaryngol* 1998;**23**:97-99.
3. Stenström SJ. A natural technique for correction of congenitally prominent ears. *Plast Reconstr Surg* 1963;**32**:283-293.
4. Mustardè JC. The correction of different types of prominent ears. *Aesthetic Plast Surg* 1983;**7**:163.
5. Kaye BL. A simplified method for correcting the prominent ear. *Plast Reconstr Surg* 1967;**40**:44.
6. Messner A, Crysdale WS. Otoplasty clinical and long-term results. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1996;**122**:773-777.