

Corrección de las orejas procidentes mediante un abordaje mínimamente invasivo

M. García Palacios, I. Somoza, A. Lema, M.E. Molina, J. Gómez Veiras, M. Tellado, J. Ríos, T. Dargallo, E. Pais, D. Vela

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil Teresa Herrera. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

RESUMEN

Introducción. El hélix valgus u orejas procidentes es un problema común que afecta a un 5% de la población. Las alteraciones anatómicas del pabellón que más frecuentemente se encuentran son el defecto en el desarrollo de los pliegues de antehélix y el sobredesarrollo de la concha. Esta patología en los niños suele causar ansiedad y un trauma emocional que puede interferir en su desarrollo.

Material y métodos. Existen múltiples técnicas descritas para la corrección del hélix valgus. Describimos la técnica realizada en nuestro servicio durante los últimos siete años analizando los resultados. Realizamos la otoplastia mediante un abordaje anterior puntiforme que nos permite realizar de una manera poco agresiva varios cortes parciales del cartílago por vía anterior. Por vía posterior realizamos la plicatura del antehelix y el enterramiento de la concha.

Resultados. Revisamos 7 años de aplicación de esta técnica y presentamos 87 otoplastias realizadas en 44 pacientes. El 97% de nuestros pacientes presentaban la alteración de manera bilateral. No se han observado complicaciones precoces tras la cirugía. En ningún caso se produjo recidiva. En un caso (2,2%) se presentó una cicatriz hipertrofica que precisó exéresis y en 2 casos (4,5%) se apreció una ligera hipercorrección. Todos los pacientes se encontraron satisfechos con el resultado estético.

Conclusiones. Consideramos que esta técnica mínimamente invasiva proporciona resultados estéticos muy satisfactorios siendo inapreciable la cicatriz puntiforme anterior a los 15 días. El tiempo de ingreso es de 24-48 horas y las complicaciones son muy poco frecuentes no habiéndose descrito ninguna recidiva en nuestra serie.

Las orejas procidentes son un problema que pueden ocasionar importantes complejos estéticos que afectan al área psicosocial del niño ya en edades tempranas, por eso recomendamos tener en cuenta para su corrección esta técnica con baja comorbilidad y buenos resultados estéticos.

PALABRAS CLAVE: Orejas procidentes; Otoplastia mínimamente invasiva; Afectación psicosocial.

Correspondencia: Dra. María García Palacios. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil Teresa Herrera. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. As Xubias 84. 15006 A Coruña
E-mail: maria.garcia.palacios@sergas.es

Trabajo presentado en el IV Congreso Ibérico de Cirugía Pediátrica. Zaragoza, 2008

Recibido: Marzo 2009

Aceptado: Mayo 2009

CORRECTION OF LOP EAR USING MINIMALLY INVASIVE APPROACH

SUMMARY

Introduction. Helix valgus or procident ears is a common problem that affects about 5% of the population. The folds of the antehelix and the overdevelopment of the concha are the most commonly found anatomic alterations of the ear pavilion. In children this pathology usually causes anxiety and an emotional trauma that may interfere in their normal development.

Materials and methods. There are a few types of techniques to correct helix valgus. We present the application of the technique in our service. We conduct the otoplastia with an outer puntiform technique which allows us to cut the cartilage partially from the outside. Next we fold from the rear the antehelix and hide the concha.

Results. We analysed 7 years of the application of this technique and we now present 87 otoplastias conducted to 44 children. The 97% of them were bilateral. No precocious complications have been observed after the surgery. All cases except for one of them have been bilateral. All the patients were satisfied with the aesthetic results. None of them showed relapse. In one case there was a hypertrophic scar that required cutting and in 2 of the cases there was a slight hypercorrection.

Conclusions. Procident ears may occasion a psychological trauma in children. We believe that this technique, which is minimally invasive, provides very satisfactory aesthetic results, the puntiform scar being hardly noticed fifteen days before surgery. The patients need to stay in hospital for a short period, 24-48 hours, and complications are very rare, recidiva has not been described. We strongly recommend this technique for the correction of procident ears.

KEY WORDS: Procident ears; Minimally invasive otoplastia; Psychosocial affectation.

INTRODUCCIÓN

El hélix valgus u orejas procidentes es una patología relativamente frecuente. Presenta una incidencia aproximada del 5% no estableciéndose una diferencia en cuanto a la distribución entre ambos sexos^(1,2).

Para muchos niños las orejas procidentes les supone un problema psicológico ya en edades tempranas que les influye en su desarrollo social.



Figura 1. Incisión puntiforme anterior con bisturí de hoz.



Figura 2. Trayecto de la disección para realizar la condrotomía anterior a lo largo del antehelix con el bisturí de hoz.

Las alteraciones anatómico - morfológicas del pabellón que más frecuentemente se presentan son la falta de desarrollo en la formación del pliegue del antehélix y el sobrecrecimiento de la concha.

Para la corrección de las orejas procidentes existen descritas numerosas técnicas quirúrgicas sin ser ninguna de ellas la de elección. En este trabajo presentamos una técnica quirúrgica mínimamente invasiva que realizamos en nuestro servicio desde el año 2001 con el objetivo de evaluar los resultados estéticos a la hora de corregir esta alteración.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos una técnica mínimamente invasiva que aplicamos en nuestro Servicio de Cirugía Pediátrica desde el año 2001.

La técnica se realiza bajo anestesia general y con un bloqueo regional del nervio auricular mayor.

Tomamos medidas de la altura del pabellón auricular a nivel apical, medio y caudal en el momento previo y posterior a la cirugía para comparar ambas orejas. También se realiza a cada paciente fotografías pre y postoperatorias.

Mediante una incisión puntiforme en el antehélix tunelizada con la ayuda de un abbocath realizamos la condrotomía anterior a través de varias incisiones longitudinales con un bisturí de hoz (Figs. 1 y 2). El bisturí de hoz realiza cortes parciales del cartílago por su cara anterior permitiendo así obtener un adecuado plegamiento posterior del antehelix sin necesidad de cortar totalmente el cartílago.

En la parte retroauricular se infiltra anestésico local con adrenalina para disminuir el sangrado (Bupivacaína 0,25% con adrenalina a dosis de 2,5-3 mg/Kg). Se extirpa una porción de piel en forma elíptica y se procede a la disección del cartílago por vía posterior. Con el cartílago disecado por su cara posterior se dan puntos de material no reabsorbible (goretex 4/0) de manera transversal que se anudan ajustando la fuerza según el pliegue que obtenemos en el antehélix⁽⁴⁾ (Fig. 3).

La concha se aproxima a la mastoides con el mismo material suturándola a la fascia premastoidea (Fig. 3).

El defecto de piel de la parte posterior auricular se cierra con sutura continua extradérmica de monofilamento reabsorbible.

En este momento se toman medidas de la altura del pabellón auricular para objetivar los cambios obtenidos con la cirugía.

Con algodón empapado en parafina se realiza un molde que se fija con un vendaje compresivo que llevará el paciente los primeros días postoperatorios.

Aplicamos un protocolo preoperatorio que consiste en la administración profiláctica de antibiótico para prevenir la

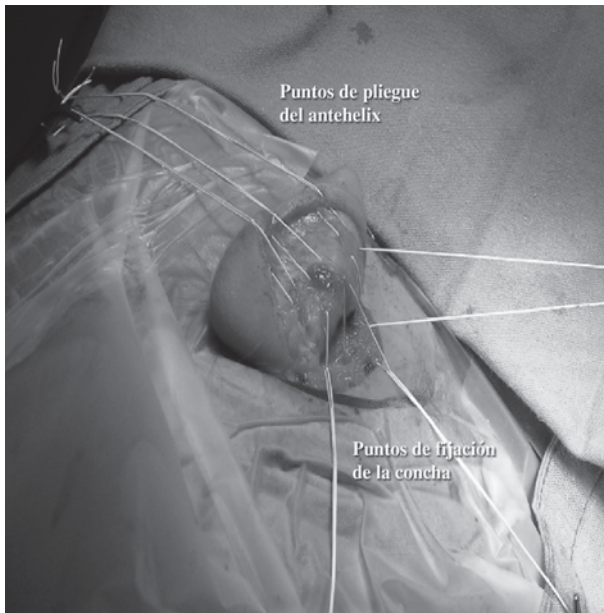


Figura 3. Sutura goretex para realizar la plicación del helix y entrar la concha auricular.

infección del cartílago y de antieméticos ya que es una intervención donde se manipula el conducto auditivo y esto es potencialmente emetógeno.

RESULTADOS

Revisamos siete años de aplicación de esta técnica mínimamente invasiva para la corrección de las orejas procidentes.

Presentamos 87 otoplastias realizadas en 44 pacientes. El 66% de ellos son niños y el 34% niñas. La edad media de la intervención quirúrgica es de 9 años (R: 6-14 años).

El 97% de nuestros pacientes tienen esta alteración de forma bilateral. El motivo de consulta en todos ellos siempre es el problema psico-social que ocasiona esta patología en nuestros pacientes. El ingreso medio de nuestra serie tras la cirugía es de 36 horas.

La primera cura se realiza a los 3-4 días en nuestras consultas externas tras permanecer con un vendaje compresivo que se coloca en el mismo tiempo quirúrgico sobre un molde de algodón y parafina. Después de esta primera cura se aconseja emplear una cinta del pelo de manera permanente durante el primer mes y solamente por la noche el mes siguiente.

En ningún caso se han registrado complicaciones intraoperatorias ni precoces tras la cirugía.

La cicatriz puntiforme anterior que nos da acceso para realizar la condrotomía es inapreciable a los 15 días postoperatorios.

En dos pacientes (4,5%) se describe una hipercorrección auricular y en uno (2,2%) una cicatriz hipertrófica retroauricular que necesitó exéresis.

Se emplea una sutura no reabsorbible blanda que es el goretex sin observarse extrusión ni rechazo de los puntos en ningún caso.

La valoración estética que realizan los pacientes es muy satisfactoria en todos los casos.

DISCUSIÓN

El hélix valgus u orejas procidentes es un problema muy frecuente con una incidencia aproximada del 5%. Su etiología es desconocida y se describe una asociación con un patrón de herencia de autosómica dominante. Aunque no está descrita ninguna diferencia en cuanto a su distribución por sexos, en nuestra serie existe un mayor número de pacientes varones. Este dato lo relacionamos con que las niñas suelen tener el pelo largo lo cual ayuda a disimular la alteración estética. Por esto no suelen sufrir tanta afectación psicosocial y demandan en menor medida su corrección.

En nuestra serie todos los pacientes demandaban la intervención quirúrgica debido a los problemas psicosociales que la alteración estética les generaba en su entorno⁽⁵⁻⁸⁾.

Las alteraciones anatómicas más frecuentes encontradas son la falta de desarrollo de los pliegues del hélix y el hiperdesarrollo de la concha.

El desarrollo del cartílago auricular se completa alrededor de los siete años. Es por esto por lo que esta fecha la establecemos como límite inferior de edad a la hora de indicar su corrección quirúrgica⁽⁹⁾. En nuestro estudio la edad media al momento de la cirugía es de 9 años (R: 6-14 años). En varios estudios se refleja la controversia de qué edad es la adecuada para intervenir las orejas procidentes. Si bien no se encontraron diferencias significativas, se recomienda realizar la corrección del hélix valgus a los 7 años dado que habrá una mayor colaboración por parte del paciente⁽¹⁰⁾. Niños más pequeños todavía no se ven afectados en su esfera psicosocial por su problema. Esto es otro punto más que apoya la indicación de la intervención quirúrgica a los 7 años.

Desde la clásica técnica de Mustardé, múltiples técnicas, tanto quirúrgicas como no quirúrgicas, han sido descritas para la corrección de este problema por lo que se concluye que ninguna es considerada como técnica de elección.

Todas tienen un objetivo en común que es el obtener unos pabellones auriculares simétricos y naturales. Esa simetría que se busca entre ambos pabellones en nuestra técnica la intentamos conseguir mediante mediciones en diferentes puntos de la oreja previa y posteriormente a la cirugía.

Destacamos en nuestra técnica la importancia de realizar la condrotomía por vía anterior para permitir una adecuada plicatura posterior del antehélix. Otras técnicas realizan la condrotomía por vía posterior, creemos que estas técnicas debilitan el cartílago en su parte posterior pero no permiten una plicatura tan adecuada aumentando el riesgo de recidiva con respecto a las condrotomías anteriores.

Las complicaciones de la cirugía más frecuentes descritas son dolor, infección, recurrencia de la procidencia y problemas relacionados con el material de sutura⁽¹¹⁻¹³⁾. En nuestra serie no se ha descrito ninguna complicación intra ni postoperatoria inmediata. Si se ha descrito sin embargo dos casos de hipercorrección y un caso de cicatriz hipertrófica que precisó su exéresis. En cuanto al material de sutura empleado, el goretex, se trata de un material no reabsorbible y de consistencia blanda. Con este tipo de sutura no se ha establecido ninguna complicación de extrusión o rechazo del punto, como sí ocurre en otras series que cuentan con una tasa en torno al 10%⁽³⁾.

Concluimos que esta técnica debe de ser tenida en cuenta a la hora de corregir la procidencia auricular debido a que exige poco tiempo de ingreso hospitalario y no se han descrito complicaciones intra ni postoperatorias inmediatas. Es una técnica sencilla con unos buenos resultados estéticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Scuderi N, Tenna S, Bitoni A, Vonella M. Repositioning of posterior auricular muscle combined with convencional otoplasty: a personal technique. *Aesth Plast Surg.* 2007; 60: 201-204.
2. Yugueros P, Friedland J. Otoplasty: The experience of 100 Consecutive Patients. *Plast Reconstr Surg.* 2001; 108(4): 1045-1051.
3. Aguilar R, Soto C, Barrena S, Díaz M, López JC, Ros Z, Tovar J. Estudio de la evolución de 238 otoplastias mediante encuesta de satisfacción. *Cir Pediatr* 2008; 21(2): 104-106.
4. Sevin K, Kevin A. Otoplasty with Mustarde Suture, Cartilage Rasping, and Scratching. *Aesth Plast Surg.* 2006; 30: 437-441.
5. Campobasso, P.A; and Belloli, G. Protuding ears: The indications for surgical treatment. *Pediatr. Med. Chir.* 1993; 15(2): 151-4.
6. Adamson, J.E., Horton, C.E., and Crawford, H.H. The growth pattern of the external ear. *Plast Reconstr. Surg.* 1965; 36(4): 446-70.
7. Bradbury, E. T., Hewison, J., and Timmons, M.J. Psychological and social outcome of prominent ear correction in chikdren. *Br. J. Plast. Surg.* 1992; 45 (2):97-100.
8. Macgregor, F. C. Ear deformities: social and psychological implications. *Clin. Plast. Surg.* 1978; 5(3): 347-50.
9. Farkas,L. G., and Hreczko, T.M. Antropometric growth study of the ear. *Cleft Palate Craniofac. J.* 1992; 29(4): 324-9.
10. Gosain A, Kumar A, Huang G. Prominent Eras in Children Younger than 4 years of age: What is the apropiate timing for otoplasty? *Plast Reconstr Surg.* 2004; 115(5): 1042-1054..
11. Calder JC, Naasan A. Morbidity of otoplasty: a review of 562 consecutive cases. *Br J Plast Surg* 1994; 47(3): 170-4.
12. Elliot,. R.A., Jr. Complications in treatment of prominent eras. *Clin Plast. Surg.* 1978; 5: 479
13. N.W. Bulstrode, S. Huang and D.L. martin. Otoplasty by percutaneous anterior scoring. Another twist to the story: a long-term study of 114 patients. *Br J Plast Surg* 2003; 56: 145-149.