

Escaras tras otoplastia de Mustardé: importancia de las curas y seguimiento postoperatorio de los pacientes

G. González-Álvarez*, L. Fernández-Rico*, J. Pisón-Chacón, L. Ayuso González, A. Pérez-Martínez, L. Bento-Bravo

*Servicio de Cirugía Pediátrica y *Cirugía General. Hospital Virgen del Camino. Pamplona*

RESUMEN

Introducción. En el protocolo de tratamiento de los pacientes con otoplastias de Mustardé incluimos la colocación de cintas elásticas durante 2 meses (el primer mes debe llevarse permanentemente y el segundo mes solo para dormir) para proteger la corrección obtenida y evitar traumatismos.

Material y métodos. Describimos los casos de 3 enfermos sometidos a otoplastia de Mustardé que presentaron escaras en el borde anterior del antehelix, secundarias a compresión del vendaje de sujeción.

Resultados. En un enfermo intervenido en la oreja derecha aparecieron escaras en la oreja no intervenida, lo que demuestra que las lesiones fueron secundarias al vendaje y no a la intervención. En dos pacientes, las escaras evolucionaron a la formación de cicatrices nodulares hipertróficas que se corrigieron lentamente con apósitos siliconados, corticoides tópicos y cremas hidratantes en uno y debieron ser reseadas en otro.

Conclusiones. Es imprescindible explicar detenidamente a los padres la misión y características de las cintas elásticas, así como revisar frecuentemente su colocación, para evitar una complicación que, sin estropear el resultado final de la otoplastia, reduce la satisfacción del paciente y prolonga el tiempo de recuperación.

PALABRAS CLAVE: Otoplastia; Cicatriz hipertrófica; Cinta elástica; Pediatría.

SCARRING AFTER MUSTARDE OTOPLASTY: IMPORTANCE OF CURES AND POST-OPERATIVE FOLLOW-UP OF THE PATIENTS

ABSTRACT

Introduction. In the treatment protocol for patients with Mustardé otoplasties we use tennis head sweatbands for 2 months (to be worn all the time in the first month and only at night in the second month) to protect the correction obtained and to avoid traumatismos.

Material and methods. We describe the cases of 3 patients who underwent Mustardé otoplasty and presented sloughs in the anterior edge of the antehelix that are secondary to the pressure of the compression bandage.

Correspondencia: Dr. D. Alberto Pérez Martínez. C/ Teodoro Ochoa 18, apto 15. 31009 Pamplona (Navarra). E-mail: aperezma@navarra.es

Presentado como póster oral en el XLVIII de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica. Sevilla 20 al 23 de mayo de 2009.

Recibido: Mayo 2009

Aceptado: Mayo 2010

Results. One patient operated for unilateral malformation suffered bilateral scars (in the operated ear and in the healthy one). This prove that the scars are secondary to the dressings not to surgery. In two patients the sloughs evolved into the formation of nodular hypertrophic scars, which were slowly corrected with silicone dressings and externally applied corticosteroids and moisturising creams in one patient and had to be resected in the other.

Conclusions. It is important to give a detailed explanation to the parents about the mission and characteristics of the sweatbands, and also about the need to frequently check their correct placing. This is to avoid a complication that, without spoiling the final result of the otoplasty, reduces patient satisfaction and extends the recovery period.

KEY WORDS: Otoplasty; Hypertrophic scar; Tennis head sweatband; Pediatrics.

INTRODUCCIÓN

Son conocidas las complicaciones que pueden producirse en el postoperatorio de una otoplastia. La infección con necrosis del cartílago y las deformidades auriculares residuales son las más temidas. Presentamos una complicación poco habitual pero fácilmente evitable con unos controles postoperatorios frecuentes.

MÉTODO

La técnica habitual de otoplastia en nuestro servicio es la de Mustardé, a la que asociamos un leve fresado posterior del cartílago para reducir su grosor y flexibilizarlo. El pliegue del antehelix queda fijado con puntos sueltos de Goretex de 2/0 o 3/0. Utilizamos el mismo material para suturar la parte posterior de la Concha al periostio de la mastoides y reducir el ángulo concha-escafoideo (técnica de Furnas). No realizamos resecciones del cartílago o incisiones para conformarlo, y no actuamos sobre el espacio subcutáneo anterior.

Tras la intervención, aplicamos un molde de gasa impregnada en povidona yodada modelando los pliegues anteriores



Figura 1. Escara con costra en el borde anterior del antehelix al mes de la intervención, curada con Mercromina a iniciativa de su madre (color enrojecido de la lesión) en la paciente de 10 años.



Figura 2. Cicatriz hipertrófica nodular tras la curación de la escara. 6 meses tras la otoplastia del paciente de 11 años.

y posteriores de la oreja y un suave vendaje compresivo que se levanta y revisa a las 24 horas en busca de hemorragias o hematomas.

Mantenemos las orejas protegidas con bandas elásticas de tenis durante dos meses. Durante el primer mes solo se retira la cinta para la ducha y las curas. Durante el segundo mes se coloca solo para dormir. Los pacientes acuden cada mes a consulta hasta el momento del alta.

CASOS CLÍNICOS

Presentamos tres casos; dos varones de 8 y 11 años con otoplastia bilateral y un niña de 10 años con corrección unilateral, sometidos a la técnica quirúrgica y cuidados postoperatorios descritos anteriormente. Sus padres dieron su consentimiento a su inclusión en el estudio. En los dos primeros enfermos, las escaras aparecieron entre uno y dos meses tras la intervención y fueron diagnosticadas en la cita previa al alta definitiva (al tercer mes). Estaban siendo tratadas con Betadine® tópico. La paciente de 10 años presentaba a la semana de la otoplastia una zona eritematosa en el borde anterior del antehelix de las dos orejas (la intervenida y la sana) a la que no dimos ninguna importancia en ese momento. Sobre esas zonas aparecieron sendas escaras en unos 15 días. Por iniciativa de la familia fue tratada con Mer-

cromina® (Fig. 1) y ante la falta de mejoría acudió de nuevo a nuestra consulta.

En todos los casos, la cicatrización cursó con gran lentitud precisando curas diarias tópicas con antiséptico e hidratante hasta su completa epitelización entre el cuarto y sexto mes de postoperatorio. No administramos antibióticos al no existir signos de pericondritis. En los dos primeros casos, las cicatrices produjeron nódulos hipertróficos (Fig. 2) que precisaron tratamiento con apósitos de silicona y corticoide tópico hasta su resolución en un enfermo, mientras en el otro fue precisa la resección quirúrgica de los nódulos. En el último caso (la paciente de 10 años), suprimimos la cinta elástica en cuanto diagnosticamos la lesión y su causa. Aunque la cicatrización fue lenta, concluyó sin secuelas.

Tanto los pacientes como sus familias están satisfechos con el resultado final obtenido en la corrección y no han precisado retoques de la otoplastia.

DISCUSIÓN

Existen más de 200 técnicas quirúrgicas descritas para la corrección de las deformidades auriculares⁽¹⁾. Esto indica que no hay ninguna que destaque sobre las demás y la elección depende de las preferencias del cirujano y de la deformidad concreta de la oreja. Cada equipo tiene un hábito esta-

blecido, fruto de las enseñanzas recibidas durante su formación y la experiencia acumulada.

La técnica de Mustardé^(2,3) nos parece la más completa, siendo adaptable a la mayoría de los pacientes. Al no secionar ni reseca el cartílago, permite nuevas intervenciones y retoques estéticos con simplicidad. El riesgo de devascularización del cartílago y de pericondritis es bajo al no manipular su cara anterior, y la utilización de suturas irreabsorbibles reduce al mínimo las recidivas⁽⁴⁾. La fijación de la concha a la mastoide reduce la prominencia de la parte superior de la oreja en los pacientes que lo precisan⁽⁵⁾.

La utilización de cintas elásticas en el postoperatorio, en nuestra opinión, reduce la tensión sobre la corrección recién creada, proporciona protección ante golpes y roces y oculta discretamente la reciente cirugía de las miradas de los compañeros de colegio, lo cual evita tirones y burlas maliciosas.

Cuando el primer enfermo acudió a la consulta con la zona eritematosa y posterior escara cutánea sobre el antehelix, nuestro primer razonamiento fue el de atribuir la lesión al calor del fresado del cartílago (aunque se realiza a bajas revoluciones y con irrigación permanente de suero fisiológico) o bien por la tensión de la piel traccionada por el pliegue recién creado en el cartílago subyacente. Aplicamos curas tópicas con povidona yodada y un apósito suave y mantuvimos la cinta elástica según el protocolo habitual.

Fue la última enferma, intervenida solo de la oreja derecha, la que nos dio la clave del origen de las escaras, ya que

esta niña desarrolló úlceras en ambas orejas y no solo en la sometida a corrección.

En el resultado final de cualquier intervención quirúrgica influye tanto la técnica utilizada como la habilidad y experiencia del cirujano, pero hay que prestar atención a las curas y cuidados postoperatorios que pueden arruinar una intervención bien planificada y ejecutada.

Existen referencias en la literatura de esta complicación asociadas a un vendaje postoperatorio muy apretado⁽³⁾, pero no al uso de cintas elásticas en las semanas siguientes a la intervención. Su descripción puede contribuir a evitarlas en otros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yugueros P, Friedland JA. Otoplasty: the experience of 100 consecutive patients. *Plast Reconstr Surg.* 2001; 108(4): 1045-51.
2. Bull TR. Otoplasty: Mustardé technique. *Facial Plast Surg.* 1994; 10(3): 267-76.
3. Bull TR, Mustardé JC. Mustardé technique in otoplasty. *Facial Plast Surg.* 1985; 2(2): 101.
4. Hilger P, Khosh MM, Nishioka G, Larrabee WF. Modification of the Mustardé otoplasty technique using temporary contouring sutures. *Plast Reconstr Surg.* 1997; 100(6): 1585-6.
5. Sevin K, Sevin A. Otoplasty with Mustarde suture, cartilage rasping, and scratching. *Aesthetic Plast Surg.* 2006; 30(4):437-41.