

Capítulo 59

Otoplastia

M^º Fe García Reija
José Carlos Moreno Vázquez
Álvaro García-Rozado González

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	807
1.1. Definición del problema	807
1.2. Repercusión social.....	807
1.3. Epidemiología	807
1.4. Gestión sanitaria del problema.....	807
1.5. Objetivos de la Guía de Práctica Clínica	807
2. FACTORES ETIOLÓGICOS	808
3. MEDIDAS PREVENTIVAS	808
4. CLÍNICA. SÍNTOMAS Y SIGNOS	808
5. DIAGNÓSTICO.....	809
5.1. Historia clínica.....	809
5.2. Exploración física	809
5.3. Pruebas complementarias	809
6. INDICADORES PRONÓSTICOS	809
7. MANEJO TERAPÉUTICO	810
7.1. Factores que afectan la decisión terapéutica	810
7.2. Indicaciones para el tratamiento	810
7.3. Objetivos terapéuticos.....	810
7.4. Alternativas terapéuticas	811
7.5. Manejo perioperatorio	812
8. RESULTADOS.....	813
8.1. Seguimiento	813
8.2. Indicadores de resultado favorable.....	813
8.3. Indicadores de resultado desfavorable	813
9. INFORMACIÓN PARA PACIENTES	814
10. COMPLEMENTOS: VÍAS CLÍNICAS. ALGORITMOS	814
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	815

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Definición del problema

Las orejas congénitas en asa o prominentes consisten en una deformidad cosmética del pabellón auricular que puede provocar serias alteraciones psicológicas a cualquier edad. Consideramos que una oreja es prominente cuando se proyecta más de 21-30° (20° en niños, 25° en ancianos y 30° en adultos) del ángulo aurículo-cefálico, el cual está formado por la línea que une la raíz del hélix con su borde lateral y el plano mastoideo.

La otoplastia se define como el conjunto de procedimientos quirúrgicos diseñados para dar al pabellón auricular un aspecto más natural y anatómico.

1.2. Repercusión social

- Los niños comienzan a percatarse de su problema auricular aproximadamente cuando tienen entre cuatro y cinco años. Muchos Cirujanos Maxilofaciales recomiendan la corrección de las orejas en asa antes de que el niño sea escolarizado, para evitar que sean objeto de bromas por sus compañeros.
- Los adultos que solicitan tratamiento de sus orejas prominentes, lo hacen para corregir un problema de mucho tiempo de evolución que han intentado camuflar, por ejemplo, con su peinado.

1.3. Epidemiología

Aproximadamente esta patología afecta al 5% de la población, representando la patología congénita más frecuente del oído externo. Se transmite de manera Autosómica Dominante con penetrancia variable (59% de los individuos afectados presentan historia familiar de orejas en asa).

1.4. Gestión sanitaria del problema

Aunque las orejas en asas son consideradas como una deformidad cosmética del pabellón auricular, no debemos olvidar que pueden provocar problemas psicológicos en los niños y adultos que sufren esta patología. Por ello es importante detectar (Pediatras) y corregir a tiempo (Cirujanos Maxilofaciales) estas malformaciones auriculares. Si es preciso deberán ser remitidos a un Psicólogo infantil.

1.5. Objetivos de la Guía de Práctica Clínica

- Revisión bibliográfica sobre otoplastia en orejas prominentes
- Valoración clínica
- Sistematización en el diagnóstico
- Pautas de tratamiento según el diagnóstico

2. FACTORES ETIOLÓGICOS

Dos teorías:

- Hereditaria (Autosómica Dominante con penetrancia variable): durante el tercer mes de gestación la proyección de la oreja aumenta; al final del sexto mes se ondula el borde del hélix, se pliega el antehélix y aparece su pilar. Cualquier hecho que interfiera con este proceso puede producir las orejas en asa o prominentes. Ésta es la teoría más ampliamente aceptada.
- Matsuo postula que el alto nivel de estrógenos maternos en el neonato, provoca un cartílago auricular blando y maleable. Tras el nacimiento, la musculatura intrínseca de la porción anterior de la oreja, tiende a llevar el pabellón auricular hacia delante. Cuando los niveles estrogénicos bajan, el cartílago se hace más resistente y con memoria, quedando alterada su forma permanentemente.

3. MEDIDAS PREVENTIVAS

El pabellón auricular está completamente desarrollado al nacimiento. Las orejas en asa constituyen una patología congénita, como hemos dicho anteriormente hereditaria y sin ningún factor externo predisponente.

4. CLÍNICA. SÍNTOMAS Y SIGNOS

Clínicamente las orejas en asa se manifiestan como:

- Antehélix poco desarrollado o plano, o
- Concha auricular muy desarrollada y profunda, o
- La combinación de ambas

Otras alteraciones que pueden acompañar las anteriores son:

- Mastoides prominente
- Raíz del hélix muy marcada
- Proyección excesiva del polo auricular inferior (hélix caudal, lóbulo y cavidad de la concha)
- Protrusión del antitrago
- Hélix insuficientemente plegado o plano (oreja de Shell)
- Tubérculo de Darwin
- Deformidad auricular en teléfono
- Oreja de Stahl
- Macrotia
- Asimetrías en altura de implantación.
- Asimetrías en inclinación antero-posterior.

Puesto que el desarrollo del oído interno y pabellón auricular son independientes, los pacientes con orejas prominentes no suelen tener problemas auditivos, aunque sí pueden asociarse otras deformidades congénitas, sobre todo del tracto genitourinario.

5. DIAGNÓSTICO

5.1. Historia Clínica

- Motivo de consulta: Debemos comprobar que realmente es el niño quien solicita tratamiento de su deformidad auricular y no sus padres.
- Antecedentes personales: alergias conocidas, enfermedades, intervenciones quirúrgicas previas y tipo de anestesia utilizada.
- Antecedentes familiares de orejas en asa

5.2. Exploración física

- Determinación de la forma, tamaño (altura: 5.5-6.5 cm; anchura: 50-60% de la altura) y posición de la oreja (espacio delimitado superiormente por la ceja, inferiormente por la colmuela y lateralmente la base del trago se sitúa a 6.5-7.5 cm del reborde orbitario externo).
- Examen del antehelix. El antehélix debe formar un ángulo de 90° entre la fosa escafoidea y la concha. La alteración más frecuente en las orejas prominentes surge del fracaso del plegamiento del antehélix y determina el ensanchamiento del ángulo entre la fosa escafoidea y la concha (mayor de 90°). Además también se puede producir hipoplasia de la rama superior y/o común del antehelix.
- Determinar la profundidad de la cavidad de la concha (mayor de 1.5 cm en orejas en asa).
- La presencia de mastoides prominente deberá ser registrada, ya que tiende a desplazar la concha hacia delante.
- Valorar si existen alteraciones en el contorno del helix; ya sea a nivel del polo superior, zona media o por encima del lóbulo auricular.
- Examen del lóbulo auricular. En las orejas en asa, el lóbulo auricular puede ser prominente debido a la presencia de tejido conectivo muy denso y entrelazado.
- Valoración de la inclinación antero-posterior del eje cráneo-caudal.
- Valoración de la altura de implantación.
- Registrar las características del cartilago auricular: flexible (más frecuente), rígido, flácido (raro).
- El examen preliminar también deberá incluir la exploración sistemática del canal auditivo externo y la membrana timpánica.

5.3. Pruebas complementarias

- Fotografías preoperatorias en cuatro posiciones: anteroposterior de frente, de perfil, oblicua y de espalda.

6. INDICADORES PRONÓSTICOS

- La otoplastia no se aconseja en paciente con expectativas no realistas o aquellos que se prevé no van a colaborar en el postoperatorio.

- Antecedentes personales de cicatrices hipertróficas.
- Otitis media crónica, otitis externa o infecciones del cuero cabelludo deberán ser tratadas previamente a la intervención quirúrgica. Una simple herida infectada puede provocar la infección del cartílago auricular (condritis).
- Cartílago auricular duro y rígido. Más resistente para dar forma al pabellón auricular. Mayor posibilidad de recidiva.
- Cartílago auricular blando y flácido. Tendencia a la inestabilidad.
- Otras alteraciones acompañantes del pabellón auricular.

7. MANEJO TERAPÉUTICO

7.1. Factores que afectan la decisión terapéutica

Existe cierta controversia acerca del momento adecuado para corregir las orejas prominentes:

- Una vez cumplidos los cinco años (el crecimiento de la oreja a partir de esta edad ya no es significativo), cuando el niño es consciente de su problema y solicita una solución, muchas veces a raíz de la burla de sus compañeros de colegio.
- A una edad más temprana, antes de que el niño perciba su problema, y así evitar posibles alteraciones psicológicas. Está demostrado que el operar las orejas prominentes antes de terminar el periodo de crecimiento del cartílago auricular no altera su posterior desarrollo.

7.2. Indicaciones para el tratamiento

La otoplastia está indicada para la corrección de orejas que presentan un ángulo aurículo-cefálico mayor de 30° - 35° y/o se proyectan más de 20 mm entre la mastoides y el borde del hélix. Sin embargo, aunque debemos tener en cuenta unos valores de referencia, la decisión final vendrá determinada por el estudio individualizado del paciente en el contexto de su estructura facial.

7.3. Objetivos terapéuticos

- El hélix debe ser visible por detrás del cuerpo del antehélix
- Obtener una forma del antehélix tanto estética como anatómicamente correcta. Debe presentar un contorno liso y redondeado, con una curvatura apropiada.
- El surco postauricular no debe ser distorsionado
- Proyección de la oreja. Distancia del hélix a la mastoides: 10-12 mm al hélix superior, 16-18 mm a la porción central del hélix y 20-22 mm al lóbulo; el ángulo aurículo-cefálico deberá ser menor de 30° , entre 21° y 25° .
- Simetría entre ambas orejas, tanto en la forma como en el tamaño (+/- 3 mm).

7.4. Alternativas terapéuticas

7.4.1. Tratamiento conservador

- En neonatos (dos primeros meses de vida) con orejas prominentes, constreñidas o criptotia.
- Se emplean moldes de un material maleable (plástico) para conformar el pabellón auricular y así modificar su forma con el crecimiento.
- El tiempo necesario para corrección de orejas en asa con este método varía de días a meses.

7.4.2. Tratamiento quirúrgico

7.4.2.1. Otoplastia en orejas prominentes con cartílago flexible

- Corrección del antehelix: suturas de Mustarde (suturas de colchonero a través del cartílago que van desde la fosa escafoidea a la concha auricular). Generalmente son necesarias entre tres y siete suturas, la superior va desde la fosa triangular a la concha y la inferior del helix caudal a la concha.
- Corrección de la concha: suturas de colchonero que van desde la pared posterior de la concha al periostio de la mastoides.
- Corrección del polo superior prominente: generalmente las suturas de Mustarde que van de fosa triangular a concha corrigen el polo superior prominente, pero si el cartílago es fuerte o el helix está contraído pueden ser insuficientes. En este caso, debemos emplear una o dos suturas de colchonero horizontales que unan el polo auricular superior con la fascia profunda del músculo temporal.
- Corrección de lóbulos prominentes. Si el lóbulo de la oreja presenta un protrusión estéticamente inaceptable tenemos dos opciones válidas para su corrección: 1) anclaje del lóbulo a la fascia mastoidea o fibras del esternocleidomastoideo con suturas percutáneas o 2) efectuar una plastia V-Y como parte del cierre de la piel, a nivel de la cara posterior del lóbulo auricular.
- Combinación de suturas

7.4.2.2. Otoplastia en orejas prominentes con cartílago rígido

- Debilitar la porción anterior del cartílago auricular (ya sea con múltiples cortes paralelos, con limas o con fresas de diamante a nivel de la cara anterior del antehelix). Suturas de Mustardé.
- Adelgazar parcialmente el cartílago de la concha para así disminuir su rigidez. También se puede corregir la amplitud exagerada de la concha con la resección de una elipse de cartílago y piel. Suturas de concha a mastoides.

7.4.2.3. Otoplastia en orejas prominentes con cartílago blando

- Múltiples suturas de colchonero asimétricas a lo largo del antehelix (en el punto de colchonero, la distancia longitudinal será menor que la transversa). Las suturas se situarán muy próximas entre si.

- Adelgazamiento cuidadoso (es fundamental no perforar el cartílago auricular) a lo largo del antehelix.
- Vendaje auricular utilizando moldes de un material maleable que den forma al pabellón auricular.

7.5. Manejo perioperatorio

7.5.1. Anestesia y manejo preoperatorio

- Anestesia general – Niños menores de 10 años
 - Tras la inducción anestésica se coloca un tubo orotraqueal en la línea media.
 - Administrar una única dosis de antibiótico intravenoso, según protocolo hospitalario.
 - Lavar el pelo con jabón quirúrgico.
 - Desinfectar la cara, cuello y ambas orejas con povidona iodada (Betadine).
 - Preparar campos quirúrgicos dejando ambas orejas expuestas aunque la otoplastia sea unilateral.
 - Infiltrar la región postauricular con bupivacaina al 0.25% con epinefrina 1:200,000.
- Anestesia local + sedación i.v. - niños mayores y adultos no colaboradores.
- Anestesia local – Niños mayores y adultos colaboradores
 - Administrar un antibiótico vía oral una hora antes de la cirugía (según protocolo).
 - Preparación del campo quirúrgico igual que anterior.
 - Infiltrar con lidocaina al 1% con epinefrina (1:1000,000), distribuidos en la cara posterior de la oreja, empezando por el surco retroauricular. Si es preciso se infiltrará también la concha pero por vía anterior. Podrán infiltrarse, además, las ramas sensitivas del nervio vago y del nervio auriculotemporal.
 - Posteriormente infiltrar la región postauricular con bupivacaina al 0.25% con epinefrina 1:100,000.

7.5.2. Medicación postoperatoria

- Analgésicos (Paracetamol).

7.5.3. Hospitalización

- No precisa si anestesia local. Por consiguiente, el paciente puede volver a casa pasado un periodo de observación de unas horas.
- 1 día si anestesia general, se le da el alta una vez haya probado tolerancia vía oral, tras retirar vendaje, valoración y nuevo vendaje.

7.5.4. Cuidados postoperatorios

El vendaje juega un importante papel en el remodelado auricular y para evitar complicaciones.

- Se colocarán tiras de gasa impregnadas de vaselina a nivel de la concha, fosa escarfoidea y pliegue retroauricular.
- Posteriormente se cubrirán las orejas con unas compresas adaptadas al contorno del pabellón auricular.
- Finalmente se pondrá un vendaje mastoideo bilateral.

8. RESULTADOS

8.1. Seguimiento

- El primer día postoperatorio se levanta el vendaje. Se inspeccionan las orejas para descartar signos de hematoma. Se vuelve a colocar el mismo tipo de vendaje que en el postoperatorio inmediato.
- A los tres días se retira el vendaje. A partir de aquí llevará una banda elástica continuamente (día y noche) durante 1 a 3 semanas y por la noche durante un periodo mínimo de un mes, variable en función del tipo de deformidad y la técnica empleada.
- Tras retirar el vendaje, el paciente podrá ducharse con mucho cuidado, procurando no doblar la oreja ni manipular la herida quirúrgica.
- El material de sutura se retira a los siete días.
- Revisiones posteriores a los 3, 6 y 12 meses tras la intervención quirúrgica, con fotografías postoperatorias.

8.2. Indicadores de resultado favorable

- Satisfacción del paciente
- Conseguir los objetivos terapéuticos programados
- Ausencia de complicaciones intra y/o postoperatorias

8.3. Indicadores de resultado desfavorable

8.3.1. Complicaciones intra o postoperatorias

- Hematomas o seromas. Tratamiento: drenaje urgente.
- Infección. Ante la sospecha deberemos comenzar con tratamiento antibiótico para prevenir una posible condritis. Una vez establecida la infección del cartílago auricular (condritis), se requiere antibioterapia intravenosa y drenaje.
- Cicatrices hipertróficas o queloides.
- Exposición del material de sutura. Si se produce, generalmente es tras varios meses de la intervención quirúrgica, por lo que puede ser retirado.

8.3.2. Fracaso en la obtención de los objetivos terapéuticos previstos

- Corrección incompleta de las orejas.
- Sobrecorrección (puede provocar obliteración del surco postauricular).
- Asimetría
- Recidiva.

9. INFORMACIÓN PARA PACIENTES

Las alteraciones en la forma o el tamaño de la orejas pueden crear una sensación de gran incomodidad al paciente, que incluso optará por esconderlas debajo del peinado. Es frecuente que niños de corta edad planteen a sus padres la operación, ya que sus compañeros de escuela se burlan de ellos.

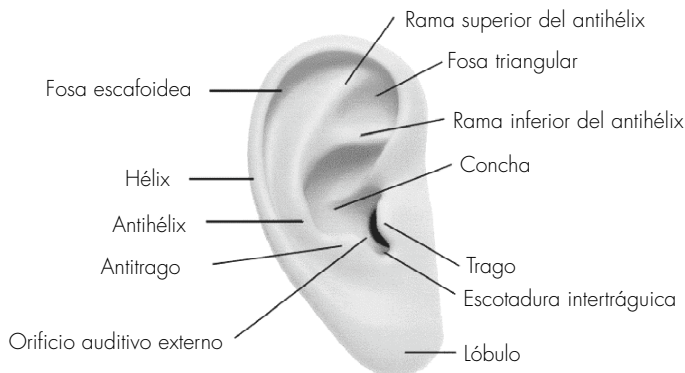
La otoplastia o cirugía de la orejas puede ser efectuada a una edad temprana, sin esperar el desarrollo del niño. Existen técnicas no quirúrgicas que se pueden aplicar a recién nacidos, en los que mediante la aproximación de las orejas al cráneo mientras el bebé duerme, se llega a conseguir que unas orejas demasiado separadas de la cabeza se sitúen en una posición más adecuada.

En orejas demasiado grandes, es posible efectuar quirúrgicamente una reducción del tamaño de toda la oreja; y las orejas que están despegadas con respecto a la cabeza ("orejas en soplillo", "orejas en asa") pueden ser situadas correctamente.

La otoplastia en adultos se efectúa generalmente con anestesia local más sedación, pero en niños suele efectuarse con anestesia general. Para aproximar las orejas a la cabeza, la incisión se sitúa detrás de la oreja, junto al pliegue que forma la oreja con la cabeza, por lo que pasa desapercibida.

Existen diferentes técnicas para efectuar la otoplastia, algunas de las cuales se basan en el debilitamiento del cartílago de la oreja, que permite modificar su forma, y otras se basan en la aplicación de unos puntos de sutura para aproximar las estructuras. El objetivo de ambas técnicas es producir una oreja anatómicamente proporcionada y natural, restaurando o manteniendo los surcos (hélix y antehélix) y ángulos normales. Después de la intervención es frecuente aplicar un apósito durante unos 3-5 días, pasados los cuales se retirará, aunque las orejas puedan presentar aún restos de hinchazón o moratones. Durante el post-operatorio es frecuente la utilización de bandas o cintas de tenista, que mantienen las orejas junto a la cabeza, durante las horas de sueño y al mismo tiempo evitan que el paciente, al dormir, pueda movilizar la zona.

10. COMPLEMENTOS: VÍAS CLÍNICAS. ALGORITMOS



11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dudley WH, Peet AL, Flaggert JJ. 3rd. Otoplasty for correction of the prominent ear. *J Oral Maxillofac Surg* 1995 Dec;53(12):1386-91.

Furnas DW. Otoplasty for prominent ears. *Clin Plast Surg* 2002 Apr;29(2):273-88.

Gosain AK: Correction of prominent ears in children less than age four years: What should we tell the families? *Plast Surg Forum* 2000; 23: 267-269.

Kelley P, Hollier L, Stal S. Otoplasty: evaluation, technique, and review. *J Craniofac Surg* 2003 Sep;14(5):643-53.

Lavy J, Stearns M. Otoplasty: techniques, results and complications—a review. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 1997 Oct;22(5):390-3.

Madzharov MM: A new method of auriculoplasty for protruding ears. *Br J Plast Surg* 1989; 42:285-90.

Matsuo K, Hayashi R, Kiyono M, et al: Nonsurgical correction of congenital auricular deformities. *Clin Plast Surg* 1990 Apr; 17(2): 383-95.

