

Corrección de las orejas prominentes mediante la Otoplastia de Chongchet. Ventajas e inconvenientes

Dr. Francisco José Escudero Nafs ■

Resumen

1. Definición y diferentes nombres con los que se denomina la técnica.

- La otoplastia es una técnica de cirugía estética empleada para aproximar las orejas prominentes, llamadas también orejas en asa o en soplillo, a una posición más normal con respecto a la cabeza. Se han descrito numerosas técnicas de otoplastia.
- La otoplastia de Chongchet está basada en la capacidad del cartílago auricular para plegarse hacia atrás cuando su superficie anterior es debilitada mediante incisiones o ralladuras superficiales.

2. Indicaciones de la técnica.

- Corrección de las orejas prominentes debidas principalmente a un pliegue inadecuado del antihélix. El hélix es el borde prominente curvo de la oreja y el antihélix es la prominencia curva situada en paralelo y por delante del hélix.

3. Contraindicaciones de la técnica.

- Pacientes inestables psicológicamente, o con expectativas no realistas.
- Inflamación o infección de la zona.

4. Método o descripción abreviada de la técnica.

- A través de una incisión de espesor total en el cartílago de la oreja, siguiendo el borde posterior del pliegue deseado del antihélix, se expone la cara anterior del cartílago y se realizan en ésta múltiples incisiones o rayaduras superficiales, que la debilitan y permiten que se pliegue hacia atrás.
- Si la concha, que es la cavidad que rodea el antihélix, es demasiado grande y no se estrecha suficientemente con el empleo de dicha técnica, se puede reducir mediante una resección semilunar, empleando el abordaje descrito.

5. Complicaciones.

Aunque son infrecuentes, se pueden presentar las complicaciones siguientes:

- Hematoma.
- Infección.
- Necrosis cutánea.
- Irregularidades del cartílago.
- Plegado excesivo del antihélix.

INTRODUCCIÓN

La oreja prominente, llamada también oreja en asa o en soplillo, es la deformidad estética auricular más frecuente y a menudo se asocia a problemas psicológicos durante la infancia. La causa más común es el desarrollo insuficiente del pliegue del antihélix, lo cual se traduce en un ángulo escafoconchal (entre el antihélix y la concha) excesivamente grande, por encima de los 90°. Otra causa de prominencia es una concha grande y profunda, con pared posterior excesivamente elevada. La concha puede estar también rotada anterolateralmente. Estas anomalías se pueden presentar de forma aislada o asociadas en grados variables (Fig. 1). Otras alteraciones incluyen diversas deformidades del hélix y la prominencia del lóbulo auricular. La afectación suele ser bilateral y puede diferir entre ambas orejas.

Los niños afectados presentan a menudo trastornos emocionales como consecuencia de las burlas de los compañeros de escuela. La corrección se llama otoplastia y suele indicarse alrededor de los seis años; después de esta edad apenas se produce crecimiento del cartílago. Es un procedimiento que también solicitan adultos acomplejados por la prominencia.

Numerosas técnicas se han utilizado para corregir el pliegue insuficiente del antihélix. Un grupo se basa en las investigaciones de Gibson y Davis, los cuales publicaron en 1958 que el cartílago tiende a doblarse espontáneamente en sentido opuesto a la superficie que es



Fig. 1. Causas principales de la oreja prominente. A: Desarrollo insuficiente del pliegue del Antihélix. B: Concha grande o rotada antero-lateralmente. C: Ángulo estafo-conchal excesivamente grande.



Fig. 2. Marcaje del borde posterior del nuevo pliegue del antihélix.

rayada, al liberarse fuerzas entrelazadas (1). El cartílago de la oreja mantiene su forma gracias a las fuerzas equilibradas de sus dos superficies, anterior y posterior. Chongchet publicó en 1963 una técnica de otoplastia en la que practicaba múltiples incisiones paralelas, de espesor parcial, en la superficie anterior del cartílago. La tensión en dicha cara era liberada, permitiendo que el

cartílago se doblara espontáneamente hacia atrás, formándose el pliegue del antihélix (2). Stenström también publicó en 1963 otra técnica basada en el principio de Gibson y Davis, pero aplicando múltiples raspaduras en la superficie anterior del cartílago (3). En el presente artículo se describe la otoplastia de Chongchet, analizando sus ventajas e inconvenientes.

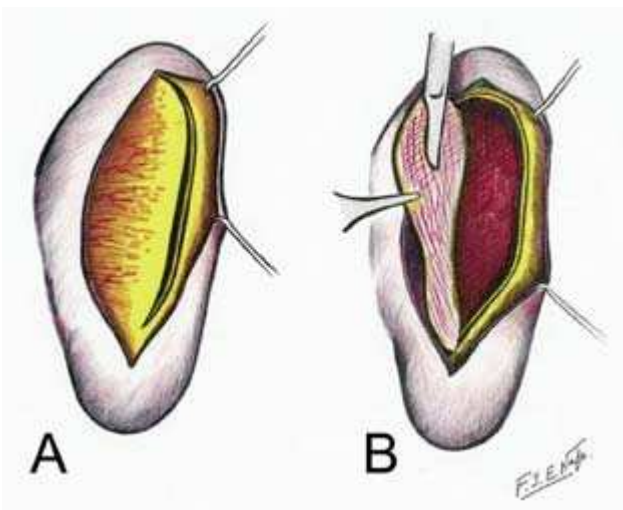


Fig. 3. A: Incisión cartilaginosa de espesor total, sin atravesar la piel anterior, que sigue los puntos marcados en el borde posterior del nuevo pliegue del antihélix. B: Incisiones o rayaduras de espesor parcial, paralelas a la incisión de espesor total; y también perpendiculares en la cruz superior.

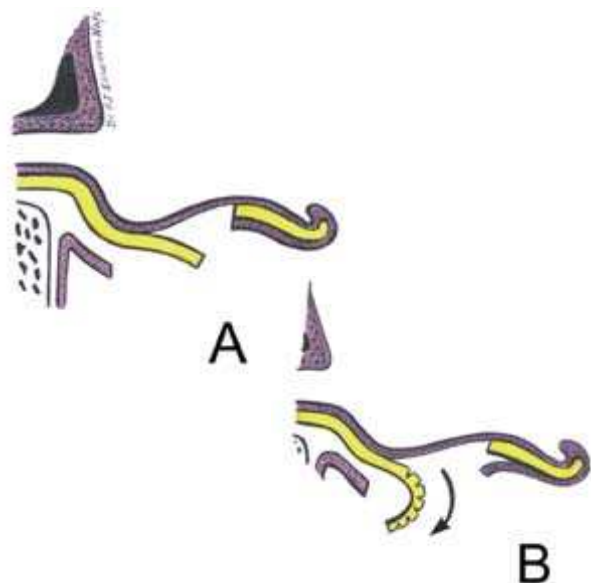


Fig. 4. El antihélix se pliega progresivamente hacia atrás, de una forma controlada, a medida que realizamos las incisiones en la cara anterior.

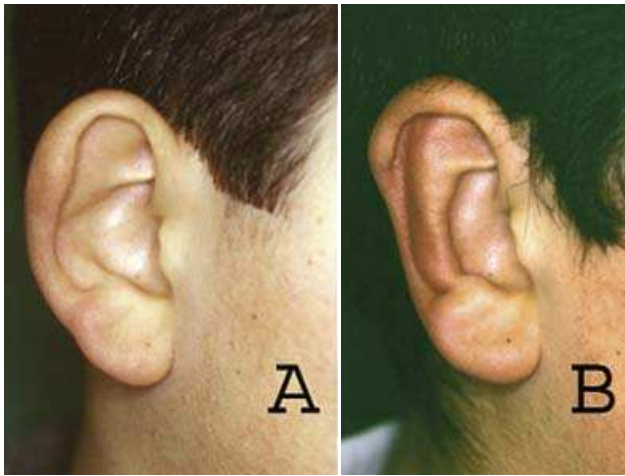


Fig. 5
Otoplastia de Chongchet. Al aumentar el pliegue del antihélix se suele lograr también reducir la altura de la concha.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

...continuación

La intervención se realiza bajo anestesia general en niños y con local en adultos. La piel del pliegue del antihélix y de la cara posterior de la oreja es infiltrada con una solución anestésica conteniendo adrenalina, lo cual facilita la disección del cartílago auricular y controla el sangrado. La oreja es plegada hacia atrás, para producir el pliegue deseado del antihélix. Su borde posterior se marca mediante punciones transfixantes, utilizando agujas impregnadas con azul de metileno (Fig. 2). Se extirpa una elipse cutánea en la cara posterior de la ore-

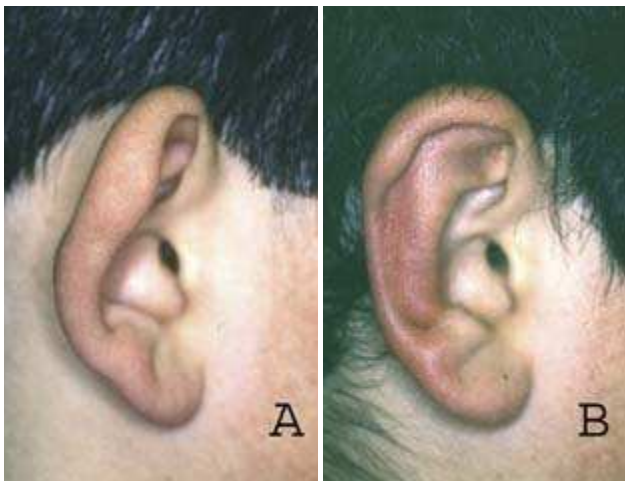


Fig. 6.
Otoplastia de Chongchet. Se obtiene habitualmente un pliegue del antihélix de contorno suave y natural.

ja, de forma y anchura variables dependiendo del caso (en forma de "ocho de extremos agudos", o bien ampliando la extirpación en el polo superior y estrechándola progresivamente en sentido caudal). Los bordes cutáneos son despegados, exponiendo las marcas de azul de metileno en la cara posterior del cartílago. Para exponer la cara anterior del cartílago se realiza una incisión de espesor total, sin atravesar la piel anterior, que sigue los puntos marcados en el borde posterior del nuevo pliegue del antihélix (Fig. 3A). A través de dicha incisión se despega la piel y se expone la cara anterior del antihélix, e incluso la pared posterior de la concha, si es necesario.

La formación del nuevo pliegue del antihélix se realiza mediante incisiones o ralladuras de espesor parcial, con hoja de bisturí del nº 15, paralelas a la incisión de espesor total. En la porción o crus superior se añaden incisiones superficiales transversales, perpendiculares al eje vertical de la oreja, para favorecer la aproximación del polo superior a la cabeza (Fig. 3B). El antihélix se pliega progresivamente hacia atrás, de una forma controlada, a medida que realizamos las incisiones descritas (Fig. 4). Si el antihélix caudal es grueso o duro, puede debilitarse resecaando una pequeña cuña de cartílago prominente. La formación del nuevo pliegue se puede facilitar también mediante uno o dos puntos transfixantes reabsorbibles de 4-0 ó 5-0, aplicados a través de la zona más caudal del pliegue del antihélix. Éste mantiene su nueva posición tras realizar las modificaciones descritas, pero para reforzar su fijación durante el período de cicatrización se pueden aplicar uno o dos puntos reabsorbibles de 4-0 ó 5-0 entre el pericondrio posterior y los tejidos blandos retroauriculares.

Al aumentar el pliegue del antihélix se suele lograr también reducir la altura de la concha (Fig. 5). Si ésta es demasiado grande y no se estrecha suficientemente mediante dicha técnica, se realiza una resección semilunar, empleando el abordaje descrito. La técnica de Chongchet puede requerir otros procedimientos asociados en el caso de que la raíz del hélix esté excesivamente separada de la cabeza, el lóbulo sea prominente o existan otras anomalías que contribuyan a la deformidad.

Tras la sutura de la herida se aplican apósitos de algodón humedecido, moldeados cuidadosamente dentro de las concavidades de la oreja. La herida se protege

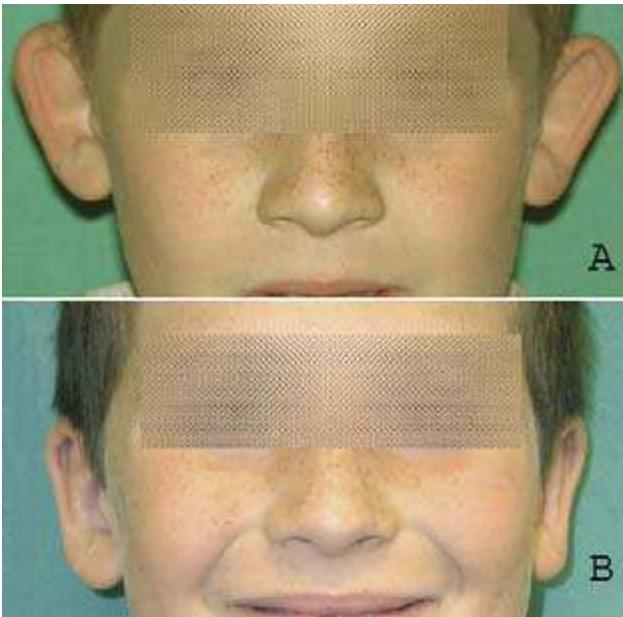


Fig. 7.
Vista frontal preoperatoria y postoperatoria.

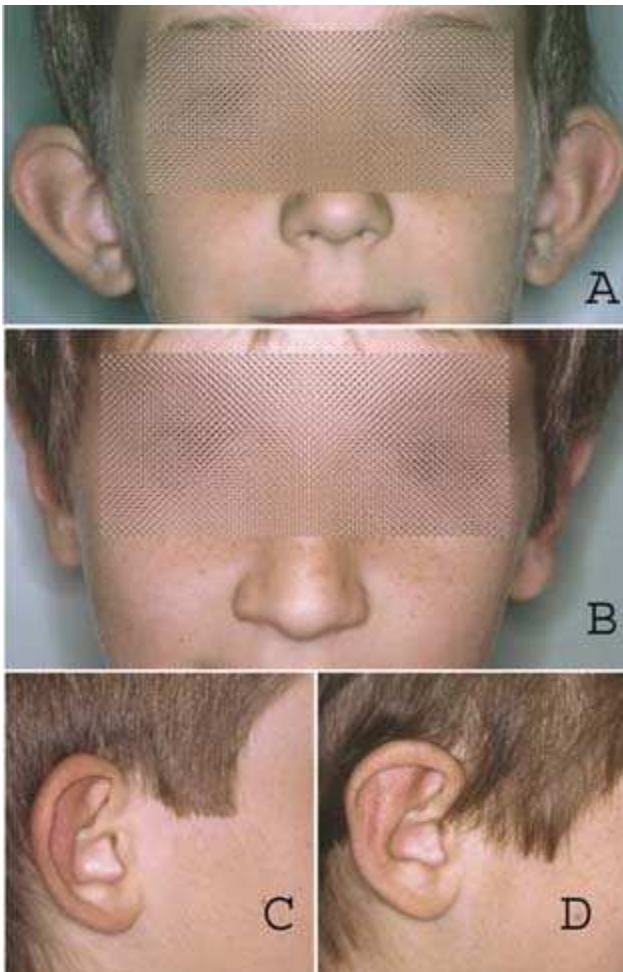


Fig. 8.
Vista frontal y lateral derecha preoperatoria y postoperatoria.

con gasas, y finalmente se aplica un almohadillado de algodón en la cara anterior, que se mantiene con venda o banda elástica alrededor de una semana, retirándolo sólo para las curas. Posteriormente se coloca una banda elástica solamente por la noche durante dos semanas más.

RESULTADOS

Los resultados con esta técnica suelen ser satisfactorios, obteniéndose habitualmente un pliegue del antihélix de contorno suave y natural (Fig. 6). Suele apreciarse un edema ligero que dura alrededor de dos semanas. A pesar del despegamiento cutáneo, a veces amplio, no suelen presentarse hematomas, probablemente debido a una hemostasia intraoperatoria y compresión postoperatoria adecuadas, ni infección o necrosis cutáneas. Sin embargo, en pacientes adultos fumadores, el autor ha tenido experiencia con algunos casos de necrosis cutáneas bilaterales, que podrían estar relacionadas con el efecto del tabaco; dichas lesiones han cicatrizado lentamente mediante tratamiento tópico. La recidiva de la prominencia es muy poco frecuente, debido a las modificaciones realizadas directamente en la estructura del cartílago. Aunque infrecuentemente, se han descrito algunas deformidades secundarias a la ejecución de la técnica, como un pliegue del antihélix de contorno irregular, falta de curvatura normal o un plegado excesivo dando lugar a estrechamiento de la oreja. Generalmente, los resultados obtenidos agradan a la mayoría de los pacientes (Figs. 7 a 10).

DISCUSIÓN

Se han publicado numerosas técnicas para plegar el antihélix. Una de las más populares es la de Mustardé, que mantiene indemne la integridad del cartílago y dobla el antihélix mediante varias suturas permanentes en su base. A veces, dichas suturas se intoleran o son motivo de recidiva si se colocan demasiado próximas a la cúspide del pliegue. En un estudio comparativo entre las técnicas de Mustardé y Chongchet, Tan encontró una incidencia mayor de reintervenciones con el primer método (4). Las técnicas de Chongchet y Stenström

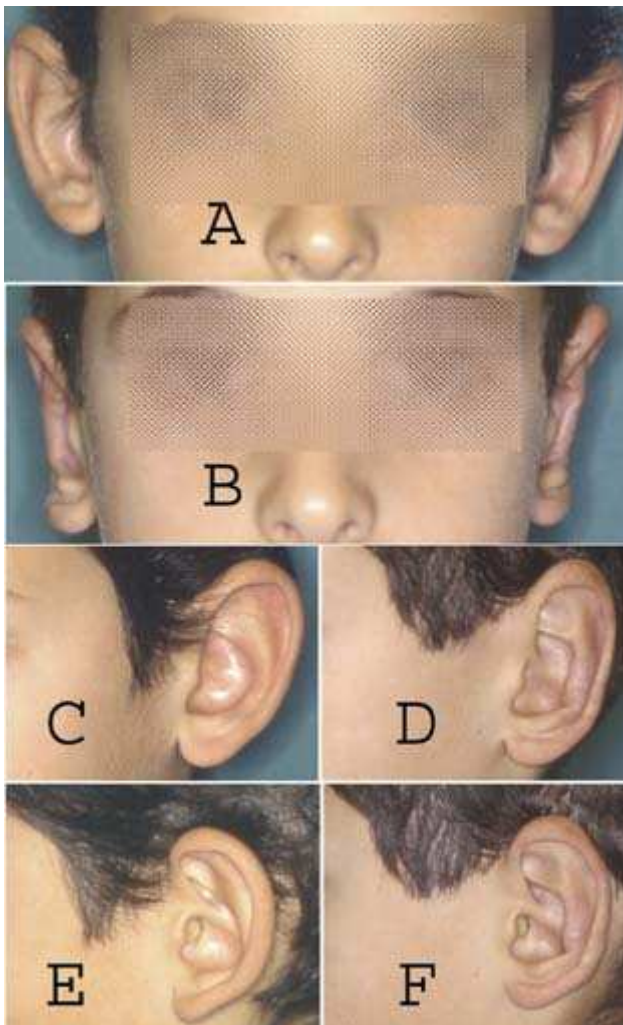


Fig. 9.
Vista frontal oblicua y lateral izquierda preoperatoria y postoperatoria.

debilitan la cara anterior del cartílago, el cual se pliega siguiendo el principio de Gibson y Davis (1). En la de Stenström se emplea un instrumento raspador introducido por vía posterior, a través de una fisura natural cerca de la cola del hélix. Este abordaje limita la exposición del cartílago y el control de los cambios realizados. Sin embargo, la técnica de Chongchet permite desarrollar el pliegue bajo visión directa, controlando el resultado con mayor precisión (5). Para favorecer el plegado de la oreja se han descrito diversas modificaciones de esta técnica, como añadir una incisión cartilaginosa de espesor total caudal y horizontal (6), o entre el antihélix y la concha (7); y ralladuras o escarificaciones entrecruzadas, paralelas (longitudinales) y perpendicu-

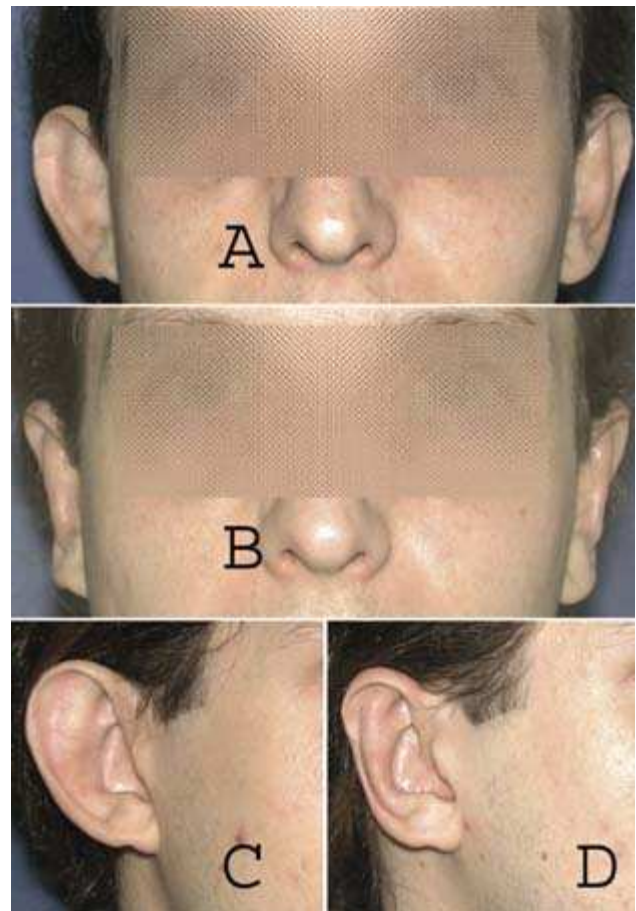


Fig. 10.
Vista frontal y oblicua derecha preoperatoria y postoperatoria.

lares (transversales) al nuevo pliegue del antihélix, para producir un mayor acercamiento del polo superior de la oreja (7,8). Varios cirujanos asocian diversos puntos de sutura para mantener el plegado del antihélix (5,6).

CONCLUSIONES

Las principales ventajas de la otoplastia de Chongchet, con sus diversas modificaciones, son las siguientes:

- Exposición excelente del defecto anatómico causante de la deformidad, lo que facilita realizar modificaciones directamente sobre el cartílago, de una forma

controlada y precisa.

- Formación de un pliegue del antihélix bien definido, de contorno suave y natural.
- Reducción de la altura de la concha, sin resección de ésta; y en casos de concha muy acentuada el abordaje permite fácilmente una resección semilunar.
- Evita suturas permanentes.
- Las modificaciones intrínsecas del cartílago previenen la recidiva.
- Resultados estéticos satisfactorios, sin complicaciones frecuentes.

Con respecto a sus inconvenientes, se pueden considerar los siguientes:

- Despegamiento cutáneo extenso.
- Posibilidad de necrosis cutánea, cuyo riesgo debe considerarse en fumadores.
- Posibilidad de irregularidades por rotura del cartílago.
- Posibilidad de un plegado excesivo del antihélix. ■



autor

Dr. Francisco José Escudero Nafs

Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora

Alfonso el Batallador, 14 - 1º B. 31007, Pamplona (España)

Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Virgen del Camino
Irunlarrea, 4. 31008 Pamplona (España)

Tel.: 948 250 022 – 948 260 646

E-mail: drescuderonafs@secre.org

BIBLIOGRAFIA

1. Gibson T, Davis WB. The distortion of autogenous cartilage grafts: its cause and prevention. Br J Plast Surg 1958; 10: 257-74.
2. Chongchet V. A method of antihelix reconstruction. Br J Plast Surg 1963; 16: 268-72.
3. Stenström SJ. A "natural" technique for correction of congenitally prominent ears. Plast Reconstr Surg 1963; 32: 509-18.
4. Tan KH. Long-term survey of prominent ear surgery: a comparison of two methods. Br J Plast Surg 1986; 39: 270-3.
5. Escudero FJ, Castro J, Oroz J et al. Orejas prominentes. Corrección mediante la técnica de Chongchet modificada. Cir Ped 1991; 4: 150-6.
6. Bozdogan MN, Velidedeoglu HV, Coskunfirat OK et al. Chongchet's otoplasty: not only a method of antihelix reconstruction. Eur J Plast Surg 1997; 20: 231-5.
7. Caouette-Laberge L, Guay N, Bortoluzzi P et al. Otoplasty: anterior scoring technique and results in 500 cases. Plast Reconstr Surg 2000; 105: 504-15.
8. Chamosa M. Escarificación entrecruzada del antihélix: modificación de la técnica Stenström-Chongchet. XV Congreso de la FILACP. XXXIX Congreso de la SECPRE. Sevilla 2004; libro de resúmenes: pág. 470.