

# Orejas Prominentes

Dr. Diego-Luis Carrillo Blanchar ■

## Resumen

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

Otoplastia para la corrección de las orejas prominentes, separadas o en Abanico. Diferenciamos diversos tipos: En teléfono, en concha, de sátiro, en odre o en tirabuzón.

### 2. Indicaciones de la técnica.

Orejas prominentes: Considero importante hacer un estudio anatómico previo, para decidir el tipo de técnica a realizar. El defecto de las orejas prominentes puede estar en el 1/3 superior, en el 1/3 medio, o en el 1/3 inferior.

### 3. Contraindicaciones de la técnica.

No existen contraindicaciones específicas salvo las propias de toda cirugía.

### 4. Método o descripción abreviada de la técnica.

Para la realización de esta cirugía empleamos la combinación de tres técnicas distintas, dependiendo de la zona anatómica deformada. Utilizamos para el 1/3 superior, raspado anterior y plicatura con puntos nylon tipo Mustardé. Para el 1/3 medio, extirpamos un huso de la concha según la técnica de Skoog y para el 1/3 inferior extirpamos la porción final de la cola del Hélix. La mayoría de intervenciones la realizamos con anestesia local

### 5. Complicaciones.

Después de haber practicado más de 400 intervenciones de "Orejas Prominentes", en ocasiones el resultado obtenido no es el deseado. Quizás sea debido a que se considera esta cirugía, como cirugía menor. La realidad es que nos puede dar tantas satisfacciones o insatisfacciones, como cualquier otra cirugía estética. Entre las complicaciones cabe destacar: Recidiva, Hemorragia postoperatoria, Infección, perforación o decúbito y Cicatriz hipertrófica.

## INTRODUCCIÓN

Los historiadores identifican a Dieffenbach (1845), como el primer autor que describe una técnica para la corrección de las orejas prominentes. Propuso la escisión postauricular de una cuña de piel para reducir el ángulo Céfaló-Conchal. A partir de ese momento hay multitud de autores que nos aportarán distintas técnicas y con resultados más duraderos, entre los que destacan: Luckett, Barsky, Skoog, Tanzer, Converse, Mustardé, Elliott (1), siendo este último el que describe la combinación de varias técnicas para el tratamiento de las orejas prominentes.

Muchas son las técnicas que actualmente se utilizan para la corrección de las orejas prominentes, lo cual quiere decir que no hay una técnica mejor que otra, por lo que creo que cada cirujano debe utilizar la técnica que mejores resultados obtenga. Nosotros, desde hace más de 15 años, realizamos la corrección de las orejas prominentes combinando tres técnicas diferentes, en función de la anomalía que presenten.

Hemos revisado 400 otoplastias estéticas, con el objetivo de analizar los resultados obtenidos con la técnica que nosotros venimos realizando (2). En términos generales, los resultados en cuanto a la forma y la separación otocraneal son satisfactorios, con una recidiva del 5%. Por otra parte se analizan las causas de algunas de las complicaciones que hemos tenido, con el propósito de evitarlas.



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

## MATERIAL Y MÉTODO

**Material:** En esta revisión de 400 orejas prominentes, hemos valorado la relación que existe entre el nivel donde se encuentra la anomalía del pabellón auricular y la técnica que hemos utilizado para su corrección. La edad de los pacientes está comprendida entre 4 y 62 años, siendo la edad media de 17,5 años. La relación de varón-hembra fue de 39/61. De las 400 orejas intervenidas 370 eran bilaterales y 30 unilaterales (7.5%).

**Método:** En el 90% de nuestros pacientes realizamos



Fig. 4

la corrección de las "Orejas Prominentes" con anestesia local, siendo la anestesia general utilizada exclusivamente en pacientes menores de 10 años. Desde el punto de vista anatómico-quirúrgico dividimos al pabellón auricular en tres porciones o tercios: superior, medio e inferior. La alteración de cada una de estas partes viene determinada en el 1/3 superior por el antihélicis, en el 1/3 medio por la concha y en el 1/3 inferior por la cola del hélicis. De las alteraciones de cada uno de estos tercios va a depender en mayor o menor grado la prominencia de las orejas, y en consecuencia también dependerá la técnica quirúrgica que deberemos aplicar.

Hemos dividido a nuestros clientes en tres categorías o grupos, según la anatomía de sus pabellones auriculares:

- **Grupo A.** Antihélix mal definido y Concha alta (Fig. 1).
- **Grupo B.** Antihélix mal definido y Concha normal (Fig. 2).
- **Grupo C.** Antihélix normal y Concha alta (Fig. 3).

A los pabellones auriculares del grupo "A" les llamamos "formas mixtas de las orejas prominentes" siendo su corrección la más complicada y deberemos realizar:

- 1º Raspado anterior del antihélicis con la raspa de Digman.
- 2º Plicatura del antihélicis con puntos tipo Mustarde (3).
- 3º Disminución de la altura de la concha con la ex-



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7

...continuación

tirpación de una elipse según la técnica de Skoog (4) (Fig. 4).

Las "formas mixtas de las orejas prominentes" representan el 35 % de todas las intervenciones de otoplastia estética.

Para los pacientes del grupo "B" sólo haremos la plicatura del antihélicis, según la técnica de Mustardé. Ello va a representar el 60 % de las intervenciones.

Para los pacientes del grupo "C" reduciremos sólo la altura de la concha según la técnica de Skoog. Este grupo

representa únicamente el 5% de las intervenciones.

Cuando hay rotación anterior del lóbulo de la oreja, extirpamos la porción más distal de la cola del Hélicis, y en ocasiones extirpamos también un huso de piel por la cara posterior del propio lóbulo.

## RESULTADOS Y COMPLICACIONES

**Resultados:** En cuanto a los resultados creo que debemos valorar lo que son las recidivas y lo que son las formas indeseables del pabellón auricular.

- *Recidivas:* Tenemos una recidiva parcial del 1/3 superior en el 5% de los pacientes, pero con la técnica que utilizamos en las formas mixtas (reducción de la altura de la concha), aunque halla una recidiva del 1/3 superior, siempre va a ser menos evidente que sino extirpamos parte de la concha. Por lo tanto recomendamos que en aquellos pabellones auriculares que sobresalga claramente el 1/3 medio, practicar la reducción de la altura de la concha.
- *Formas indeseables:* Existen básicamente dos zonas donde podemos obtener formas indeseables o resultado insatisfactorios del pabellón auricular. La primera zona sería en el 1/3 superior pudiendo obtenerse orejas de sátiro (fig. 7), orejas en odre (fig. 8), orejas en tirabuzón (fig. 9), etc. Todo ello



Fig. 8



Fig. 9

sería debido a una actuación incorrecta sobre el antihélicis. La segunda zona sería sobre el 1/3 medio, son los casos (40%) en que la concha es alta y sin embargo no se ha reducido la altura de la misma. Ello produce una protusión antiestética en la parte media de la oreja dando lugar a "orejas en teléfono" (fig. 5) y "orejas en concha" (fig.6).

**Complicaciones:** 1-Hemorragia postoperatoria: 5%; 2-Infección: 5%; 3-Perforación o decúbito: 1%; 4-Cicatriz hipertrófica: 0,5 %.

## CONCLUSIONES

Es importante hacer un estudio preoperatorio de los pabellones auriculares, observando por separado cada uno de los tres tercios que lo forman, y así hacer una valoración conjunta final y poder determinar cuál va a ser la cirugía más apropiada para cada caso.

En nuestra casuística, el 40% de nuestros pacientes precisaron resección parcial de la Concha. Ello nos va a garantizar una reducción parcial y duradera del ángulo otocraneal. También es importante reconstruir el antihélix de una forma suave y armónica, evitando formas grotescas que pueden ser una de las causas de pacientes descontentos ■



autor

### Dr. Diego-Luis Carrillo Blanchar

Especialista en Cirugía Plástica Reparadora y Estética

Miembro de la Sociedad Española de Cirugía Plástica

C/ París 209, 6º ,2

08008 Barcelona

E-mail: 8547dcb@comb.es

Tel.: 932371832

fax: 932188170

## BIBLIOGRAFIA

1. Elliott-RA. *Otoplasty: a combined approach*. Clin-Plast-Surg.;17(2): 373-81, 1990.
2. Carrillo DL. *Orejas en Asa*. Cir-Plast-Iberolatinoamericana. Vol.XII n.2 1986.
3. Mustarde JC. *The treatment of prominent ears by buried mattress sutures: a ten-year survey*. Plast Reconstr Surg. 39:382, 1967.
4. Skoog T.; *Atlas de Cirugía Plástica*. Ed. Salvat, Barcelona 1976.