

## CORRECCION QUIRURGICA DE LA OREJA EN ASA

Drs. CARLOS AGUIRRE y GUILLERMO ZIEGLER

Cátedra de Cirugía Infantil del Prof. Arnulfo Johow.  
Hospital "Roberto del Río", Santiago.

Hacemos esta presentación con ocasión de haberse reunido 30 casos operados durante los últimos 5 años en el Servicio de Cirugía Infantil del Hospital "Roberto del Río" de esta afección debida a una deformidad congénita que puede ser uni o bilateral por aumento del ángulo normal del pabellón auricular que es de 30° sobre el apófisis mastoide y que en algunos casos puede llegar a ser más que el ángulo recto. Esta deformidad como se comprende es muy visible y provoca en el portador habitualmente un efecto psicológico que puede expresarse por un complejo de inferioridad que se traduce en un retraimiento del niño hacia los demás.

En ocasiones provoca cambios de conducta y estados de ansiedad por la burla y crueldad que todos conocemos en los niños, sintiéndose estos pacientes como presos en una red de la cual no pueden escapar.

Por estas consideraciones encontramos que la corrección debe hacerse en el período pre-escolar y a los 5 años por una razón de desarrollo: el cartílago del pabellón auricular adquiere su forma y consistencia definitiva a esta edad y estimamos de acuerdo con los diversos autores que está totalmente contraindicado antes.

Existen diferentes técnicas quirúrgicas para esta corrección, siendo descrita la primera en 1856 por Guiseppi Martino, más tarde por Trendelenburg y otros. En nuestro Servicio usamos la técnica de Joseph ligeramente modificada por nosotros.

La anestesia que usamos es general con intubación traqueal, porque generalmente no se puede contar con la cooperación del enfermo y además porque nos permite trabajar con éste boca abajo, con lo cual tenemos un campo con visión comparativa de ambas orejas. En los pacientes mayores se puede usar anestesia local que tiene la ventaja de separar los planos y la desventaja de cambiar la forma por la infiltración y tener que hacer los puntos previos de referencia sin anestesia.

*Técnica operatoria.* Se inicia con la medición de lo que es necesario extirpar, trazando un losange en el pabellón y en la piel retroauricular, con un colorante, cuyo vértice superior se encuentra un poco por fuera de la parte superior del pliegue retroauricular y cuyo ángulo inferior llega hasta la inserción del lóbulo. En el pabellón la marca se acerca a 1 1/2 cm. del borde externo y en el lóbulo a un cm. de éste. En el cuero cabelludo se aleja dicha marca 1/2 cm. del pliegue retroauricular. Hay que tener cuidado de no resecar mucha piel en la parte superior por si el enfermo necesita anteojos no le moleste posteriormente la cicatriz y en la parte inferior es necesario acercarse más al borde externo (1 cm.) para que el lóbulo no se distancie del resto de la oreja.

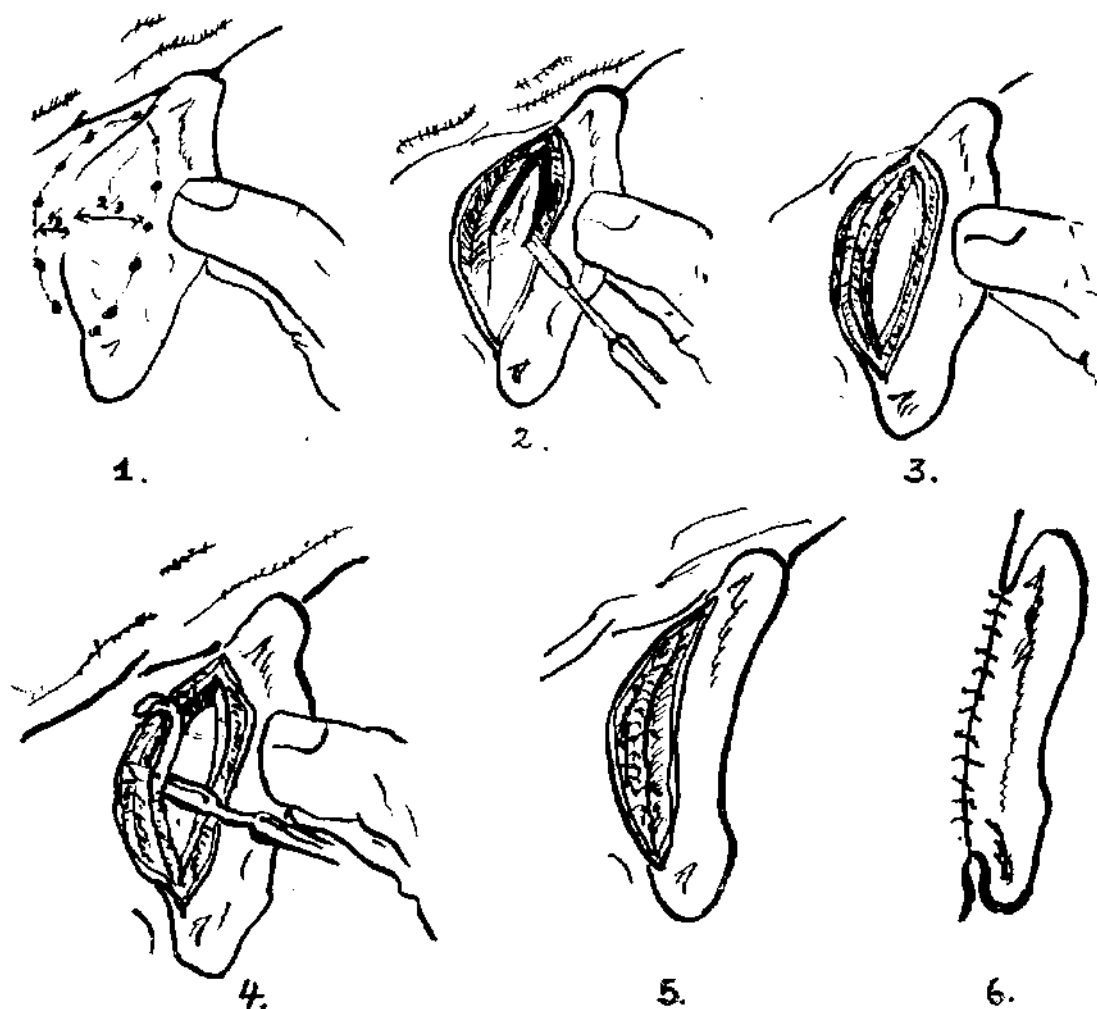
La figura en losanje tiene aproximadamente la proporción de 2/3 en el pabellón y 1/3 en la piel retroauricular y su dimensión es proporcional al defecto (fig. N° 1).

Luego de extirpada la piel procedemos a extirpar un trozo de cartílago también en losanje aunque más pequeño para evitar las recidivas (fig. N° 2). Se inicia esta incisión en la inserción del pabellón auricular y la otra 1/2 a 3/4 de cm. hacia afuera. En la parte superior e inferior deben quedar zonas más o menos amplias sin resecar para mantener la forma total del pabellón y evitar que la parte superior caiga hacia abajo (fig. N° 3). Debe tratar de evitarse el perforar la piel de la parte externa de la oreja. Luego se despega con una espátula gutaperchera roma esta porción para evitar un pliegue que se formaría al acercar ambos labios del cartílago. Se recortan estos labios en forma oblicua (fig. N° 4).

En algunos enfermos hemos suturado este cartílago para que quede proyectado hacia afuera (fig. N° 5).

Finalizamos luego la operación con una sutura cuidadosa con hilo fino (fig. N° 6)

La curación la hacemos colocando un trozo de gasa seca pequeña detrás de la



Figuras 1 a 6: Esquema de la técnica quirúrgica. (Detalles en el texto).

oreja y luego un apósito perforado para protegerla, encima colocamos otro sujetándolo con tela con la del otro lado y luego vendaje.

El tratamiento postoperatorio es sencillo, casi no usamos analgésicos por quedar relativamente insensibles, como dormidos los pabellones auriculares por la sección quirúrgica de los nervios.

Se cambia al día siguiente la gasa para evitar que éstas endurecidas por la sangre produzcan escaras y molesten. A los 12 días retiramos los puntos y dejamos solamente inmovilizado al niño en las noches, con un gorro, por 15 a 20 días para evitar desplazamientos de las zonas suturadas.

Mostramos a continuación algunos de nuestros resultados operatorios. (Figuras 7, 8 y 9).

#### CASUÍSTICA

Se analiza la casuística de 30 casos operados. De estos enfermos, 2 presentan su deformidad en forma unilateral y los 28 restantes en forma bilateral.

De sexo masculino fueron 28 casos. De sexo femenino únicamente 2. Hacemos hincapié que, aunque este defecto debe existir igual en ambos sexos, las mujeres tienen la ventaja del peinado para ocultarlo; nuestros 2 casos femeninos se operaron después de la pubertad.

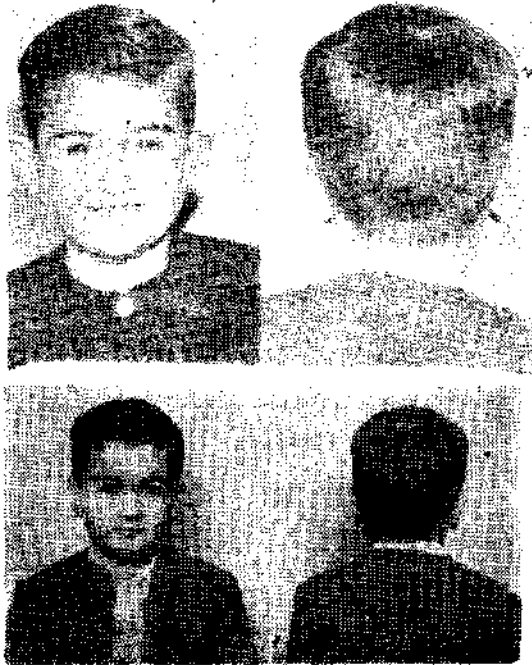


Figura 7: Niño de 6 años. antes y después de operado.

Edad.	De 4 a 6 años se operaron	3
	De 6 a 8 años se operaron	7
	De 8 a 10 años se operaron	10
	De 10 a 12 años se operaron	4
	De más de 12 años se operaron	6

El menor de nuestros casos presentaba la edad de 4 años. Llama la atención que



Figura 8: Niño de 8 años. arriba aspecto anterior a la operación y abajo después de operado.

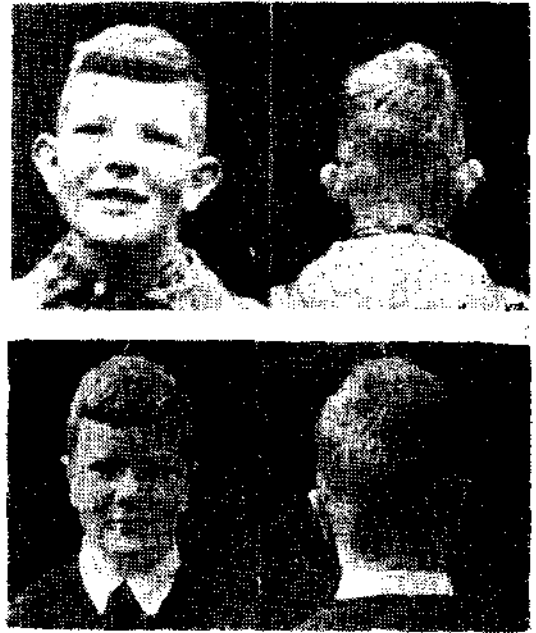


Figura 9: Niño de 10 años. En la parte superior antes de la operación y en la parte inferior después de la intervención quirúrgica.

la mayoría se encuentra agrupado entre los 8 y 10 años, época escolar en la que tienen que sufrir las burlas de sus compañeros. El número de operados en la época de la pubertad se debería al aumento de la pretensión en el niño a esta edad.

La mayor parte de la casuística es de clientela particular (70% - 21 casos). Esto se debe tal vez a la idiosincrasia de nuestra clientela hospitalaria que le da poca importancia al aspecto estético, aunque en el último tiempo hemos observado un cambio en este sentido.

#### RESULTADOS

Los resultados post-operatorios están condicionados al tamaño del pabellón auricular. Si el pabellón es de tamaño normal estos resultados son excelentes, en cambio si el pabellón es de tamaño mayor que lo normal los resultados operatorios son buenos, aunque en estos casos recomendamos para un perfeccionamiento, de acuerdo con Langer que cita a Lexer, un achicamiento del pabellón auricular.

Los pabellones auriculares quedan fuertemente pegados al cráneo entre el 12º al 14º día, de acuerdo con la literatura, lo hemos comprobado personalmente por un traumatismo que sufrió uno de nuestros enfermos en el 14º día que no le produjo arrancamiento del pabellón ni dehiscencia de la sutura.

El pabellón auricular tiende a separarse ligeramente con la edad, sin influir en su resultado estético final.

## RESUMEN

Se presentan los resultados de treinta casos operados de oreja en asa. Se hacen consideraciones sobre sus indicaciones, época de intervención y técnica de la misma.

## SUMMARY

## SURGICAL CORRECTION OF PROMINENT EAR.

The results of 30 operated cases of prominent ear are presented: Considerations are made about their indication, age of intervention and technique of same.

## ZUSAMMENFASSUNG

## CHIRURGISCHE KORREKTUR DES HENKELOHRS.

Die Resultate bei dreissig Henkelohrs operierten Fällen werden dargestellt. Ueber die Indikationen, den Zeitpunkt und die Technik des Eingriffs werden Betrachtungen angestellt.

## BIBLIOGRAFÍA

1. DAVIS, J. S. and KITLOWSKI, E. A. — Abnormal Prominence of the Ears: A Method Readjustment. *Surgery*. 2:835, 1937.
2. DEMEL, R. and FEIGL, E. — The Correction of Prominent Ears. *Deutsche Ztschr. f. Chir.* 233:453, 1931.
3. JOSEPH, J. — Korrektive Nasen und Ohren Plastik In: *Handbuch der Speziellen Chirurgie des Ohres* (ed. Katz y Blumfeld, Leipzig, C. Kabitzsch), 1921-1925.
4. LANGE, MAX. — Orthopädisch-Chirurgische Operations Lehre München. Pág. 153-155, 1931.
5. MALEEC, E. F. — Deformidades del Pabellón Auricular, Orejas en Asa. *El Día Médico* (Buenos Aires). Año XXIX, Nº 67, 1957.
6. MORTON, I. B. — M. D. Atlas of Plastic Surgery. Grune & Stratton, New York. Pág. 174-178, 1948.
7. PADGETT, E. C. — Plastic and Reconstructive Surgery. Springfield, Illinois. C. Thomas. Pág. 528-533, 1948.
8. NELATON, C. et OMBREDANNE, L. — Les Autoplasties, Levres, Joues, Orelles, Tronc, Membres. *Traité de Med. Operat. et de Therap. Chir.* Paris. G. Steinnell. 1907.

\*  
\*   \*  
\*