

Reconstrucción Parcial de Pabellón Auricular con Colgajo Retroauricular e Injerto. Presentación de 1 caso.

Reconstruction of the earlobe with Retroauricular Flap and Skin Graft. Presentation of 1 case.

Orlando Plaza Heresi¹

RESUMEN:

Se presenta el caso de un paciente varón de 33 años quien fuera agredido a través de una mordida en el Pabellón Auricular Izquierdo, cercenándole aproximadamente un tercio del Hélix y Antihélix, siendo sometido a una cirugía en 2 tiempos operatorios, con un Colgajo Retroauricular y colocación de un Injerto de Piel Parcial en la zona dadora de dicho colgajo. Se presenta la técnica quirúrgica y se discuten las diversas formas de reconstrucción.

Palabras Clave: Colgajo Retroauricular, Injerto de Piel Parcial, Hélix, Antihélix.

ABSTRACT:

The case of a 33 year-old male patient is presented who was attacked through a bite in the left Earlobe reducing him approximately a third of the Hélix and Antihélix, being subjected to a surgery in 2 operative times with a Retroauricular Flap and placement of a Skin Graft in the flap donor area. The surgical technique is presented and discusses the diverse reconstruction forms.

Key Words: Retroauricular Flap, Partial Skin Graft, Helix, Antihelix.

¹ Médico Cirujano. Cirujano Plástico. Docente de la Facultad de Medicina Humana de la USMP.

INTRODUCCIÓN:

La reconstrucción auricular fue descrita por primera vez en el Susruta Samhita, donde se proponía un colgajo de mejilla para la reparación del lóbulo. En 1597 Tagliacozzi describió la plastia de deformaciones superiores e inferiores de la oreja con colgajos retroauriculares. En 1845 Dieffenbach dio a conocer la plastia del tercio medio de la oreja con un colgajo de avance, técnica que aún tiene aplicación⁴. A finales del siglo XIX es cuando se comenzó a tratar las malformaciones congénitas, en particular las orejas en asa (Ely, 1881) (2).

Dentro del campo de la cirugía moderna, Gillies, Pierce y Peer sentaron las bases para el tratamiento de los trastornos auriculares. Recientemente la microcirugía, la expansión tisular y la fabricación de colgajos da muchas alternativas de reconstrucción y mejoran las expectativas en los resultados de la cobertura cutánea (1)

La oreja, conocida también como Pabellón Auricular, conforma el Oído Externo está ubicada en el tercio medio o macizo medio de la cara, llamado también Macizo Sensitivo (3), dado que allí se ubican la Nariz (sentido de la olfacción) y los Globos Oculares (sentido de la vista); y consta una serie de repliegues cartilagosos, como el Hélix (que presente en su trayecto un repliegue conocido como corpúsculo de Darwin), el Antihélix, que precede al anterior el cual, tiene 2 ramas que delimitan la Fosa Navicular, inmediatamente por delante se ubica la Concha Auricular que contiene el ingreso del Conducto Auditivo Externo, por delante de la Concha Auricular están ubicadas 2 estructuras cartilaginosas: el Trago y el Antitrago, que marcan la transición entre la oreja y la región de la mejilla. Las dimensiones normales de una oreja de un adulto es de alrededor de 6 cm y 3 a 4 cm de ancho. La ubicación posterior de la oreja es de 6 cm detrás del borde lateral de la órbita o el equivalente a la altura de la oreja. Es importante saber que la oreja no se encuentra en una posición vertical, sino que se inclina posteriormente en un ángulo de aproximadamente 15 a 20 grados.

La vascularización del Pabellón Auricular, depende fundamentalmente de la Arteria Carótida Externa, la misma que emite dos ramas anastomóticas entre sí, las cuales conforman un sistema de irrigación efectivo a la oreja. La inervación sensitiva está a cargo del Nervio Facial y el Nervio Occipital Menor, que inerva a la parte posterior del pabellón y al lóbulo, mientras que la región inferior y la región preauricular son inervadas por el nervio auricular mayor. La superficie anterior y el trago son inervadas por el trigémino (1)

El presente artículo busca aportar una técnica sencilla y eficiente en la reconstrucción auricular tanto para malformaciones congénitas como para el manejo de las secuelas del trauma, la cual, ha sido un campo de amplio desarrollo y un reto para el cirujano reconstructivo (1) siendo el objetivo reconstruir la oreja de tal manera que se aproxime a una oreja normal, es decir, más que todo con fines estéticos.

TÉCNICA QUIRÚRGICA:

Se presenta el caso de un paciente de 33 años con que acudió a nuestro Servicio, por presentar un problema en el Pabellón Auricular Izquierdo como consecuencia de una agresión por mordedura humana, la cual le seccionó el tercio medio del Hélix y Antihélix, como se aprecia en la Imagen 1.

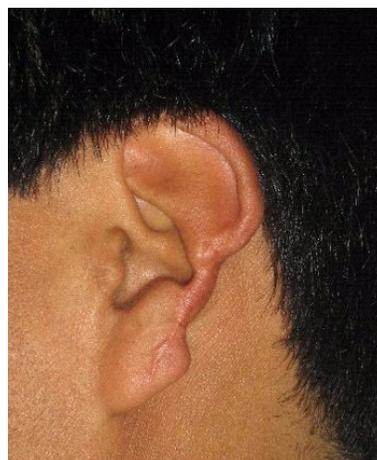


Imagen 1. Vista preoperatoria

Luego de solicitarle los exámenes pre quirúrgicos, se planificó la operación en 2 tiempos claramente definidos con un intervalo de tiempo de 21 días entre uno y otro, con la finalidad de facilitar la formación de neovasos entre el colgajo y el lecho receptor.

Primer Tiempo Operatorio: Este consistió en hacer el diseño del colgajo retroauricular acorde al tamaño de la lesión, el cual se hizo en forma romboidea como se muestra en la Figura 1.

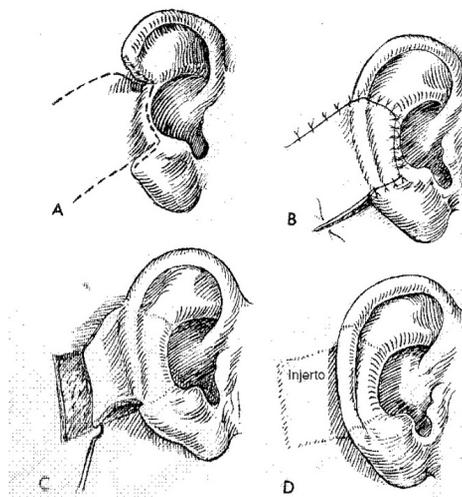


Figura 1. Técnica quirúrgica utilizada

Aquí se puede apreciar, el diseño del colgajo que como se observa debe tener una base de pedículo ancha (4) para garantizar una buena irrigación del mismo.

Una vez elevado el colgajo, se trabajó el lecho cruento dador mediante un Injerto de Piel Parcial, con el propósito de cubrir el defecto dejado por el colgajo desde su posición de origen. Posteriormente se procedió a avivar los bordes de la lesión vista en Imagen 1 para así practicar una sutura con hilos no absorbibles Nylon 5/0 entre el lecho receptor y el colgajo, como se aprecia en las Imágenes 2 y 3. Luego se dejaron gasas vaselinadas para proteger el injerto y un vendaje elástico protector para el colgajo. Hay que resaltar que durante el período intermedio entre los 2 tiempos operatorios, se realizaron curaciones tópicas con Yodopovidona en solución, para así evitar cualquier tipo de infecciones que pudieran atentar contra el mantenimiento tanto del colgajo, como del injerto que cubre la zona dadora.



Imagen 2. Avivamiento de bordes y elevación del colgajo

Segundo Tiempo Operatorio: Este fue mucho más sencillo que el anterior, ya que, solo consistió en seccionar la base del pedículo del colgajo, para así darle la forma a la Oreja simulando un Hélix y realizar las suturas de fijación definitiva de la cobertura de piel y así dando fin al tratamiento quirúrgico, como se puede apreciar en la Imagen 4. Sin embargo quedó pendiente y sería motivo para otro estudio el realizar un injerto de cartílago para conferirle una mayor rigidez al colgajo.



Imagen 3. Fijación del colgajo en la lesión mediante puntos simples no absorbibles



Imagen 4. Imagen postoperatoria

DISCUSIÓN:

Con el propósito de efectuar una correcta reconstrucción, es útil categorizar los defectos basándose en la localización y extensión del daño. Debemos entender que la oreja se puede dividir en tres niveles de medial a lateral: complejo conchal, complejo hélixantihélix y el lóbulo auricular. Esta distinción es útil porque el complejo conchal contribuye en escasa cuantía en la forma y tamaño global de la oreja y no necesita ser reemplazado cuando se reseca. Esta apreciación está en franco contraste con los defectos cartilagosos de los otros dos niveles periféricos, ya que pequeños defectos pueden causar importantes irregularidades en el contorno (5).

Todo cirujano se verá enfrentado en algún momento a una lesión del pabellón auricular, sea traumática, oncológica o congénita. Es importante tener claros los conceptos que se refieren a la reconstrucción auricular de los diferentes defectos para adoptar conductas adecuadas la técnica a utilizar, en busca de un mejor resultado estético para el paciente. Siempre hay que tener presente que el objetivo en la reconstrucción auricular es priorizar la imperceptibilidad de la oreja por sobre una recreación exacta de su forma y relieve.

Se plantearon diversas técnicas quirúrgicas, aplicables para la reconstrucción de la zona helical, ya que en este de tipo de lesiones no se tiene una técnica estándar sino más bien la imaginación y habilidad del cirujano (5), sin embargo, nosotros utilizamos la técnica del colgajo retroauricular en una combinación de las técnicas de Dieffenbach y Padgett (2)

Sin embargo existen una infinidad de técnicas utilizadas según la comodidad del cirujano acorde con la tecnología, así Andrea y cols. realizaron una reconstrucción en un paciente con compromiso del pabellón auricular ocasionado por una patología neoplásica (6). El objetivo de este artículo es dar a

conocer una técnica de reconstrucción versátil, sencilla, que requiere siempre cumplir con todos los requisitos de orden técnico-quirúrgicos de tratamiento de movilización de colgajos

Según la necesidad del caso, y de la magnitud de la lesión, los tiempos operatorios pueden ser de 1, 2, 3 ó 4, acorde con la patología y las preferencias del cirujano, el factor etiológico y las técnicas que tengan a la mano, así se presenta un estudio de microtia en 4 tiempos operatorios (7), en nuestro estudio solo utilizamos 2, dada la extensión de la lesión y las posibilidades de las que se dispone para realizarlo.

Otros métodos más sofisticados hablan de utilizar Polietileno Poroso para la reconstrucción parcial o total del Pabellón Auricular (8). Se destacó que la causa más frecuente de reconstrucción fue la ausencia total del pabellón auricular, de causa adquirida traumática. En la mayoría de los casos se obtuvo buen resultado estético, con adecuada simetría, un buen marcado del relieve auricular y una adecuada proyección. En nuestro caso, se prefirió la técnica del colgajo retroauricular dada la lesión que comprometía parcialmente la arquitectura de la oreja, más no la totalidad.

Concluimos que la mejor forma y la más cómoda para el cirujano plástico para la reconstrucción de defectos congénitos o adquiridos parciales es la del colgajo en dos tiempos de piel, retroauricular, su viabilidad, movilidad, espesor y coloración del colgajo a fin de recrear la falta helical, hacen que sea un colgajo ideal para realizar este tipo de reconstrucciones del pabellón auricular, ejemplo, la concha, el hélix y el lóbulo que hicieron "imperceptible" el defecto, hecho que se debe tomar muy en cuenta, ya que una anatomía anormal sería mucho más evidente que una oreja en su forma alterada, sin descartar otras técnicas quirúrgicas más laboriosas para reconstruir este tipo de lesiones.

Correspondencia:

Orlando Plaza Heresi

Av. Alameda El Corregidor 1531. La Molina.

Lima – Perú

Teléfonos: (51 1) 365-2300, 365-0483, 365-2574 Anexo 172.

Correo electrónico: orlando_plaza@yahoo.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Santander B, García M, Aliaga A. Reconstrucción del Pabellón Auricular con Colgajo Retroauricular. Rev. Cuadernos, 2006; 51 (2): 70-72.
2. McCarthy, J. Cirugía Plástica La Cara. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1992.
3. Espinoza Granda, E. Lecciones de Anatomía. Lima: Universidad de San Martín de Porres Fondo Editorial; 2007.
4. Lizaraso, F. Borra, N. Colgajo en Voltereta 20 años de experiencia. Rev Horizonte Médico. 1995; 1(1):2-7.
5. Schulz, M. Salem, C. Reconstrucción auricular. Cuadernos de Cirugía, Vol. 17 N° 1, 2003, pp. 75-85.
6. Andrea, L. Constance, M. Peter, G. Jatin P. Microvascular Reconstruction of the Skull Base: A Clinical Approach Defect Classification and Flap Selection. Skull Base, 2007; 17(1): 5 – 15.
7. Mantilla, M. Reconstrucción auricular: experiencia de 24 años. Cir. plást. Iberolatinoam, 2008; 34 (2): 34-39.
8. Oztürk S, Sengezer M, Zor F. Reconstruction of acquired partial auricular defects by porous polyethylene implant and superficial temporoparietal fascia flap in adult patients. Plast Reconstr Surg. 2006;118 (6):1349-57.

Recibido: 5 de octubre 2012
Aceptado: 14 de noviembre 2012