

## CASOS CLINICOS

# RECONSTRUCCIÓN PARCIAL DEL PABELLÓN AURICULAR CON COLGAJO RETROAURICULAR

Dra. Brenda Santander \*

Dra. Mildred García \*\*

Dr. Augusto Aliaga \*\*\*

## RESUMEN

El pabellón auricular por su situación anatómica se encuentra susceptible a una serie de lesiones traumáticas y/o patológicas, por lo que su reconstrucción es un verdadero desafío para el área quirúrgica encargada de mantener la simetría con el pabellón contralateral como su compleja estructura. Presentamos el caso clínico de un paciente con pérdida del borde helical, posterior a mordedura humana, reconstrucción del daño mediante colgajo retroauricular, una técnica versátil, sencilla que requiere siempre cumplir con todos los requisitos de orden técnico-quirúrgicos de tratamiento de movilización de colgajos.

### Palabras claves:

Rev. Cuadernos 2006; 51 (2): 70-72 Reconstrucción pabellón auricular. Colgajo retroauricular.

## ABSTRACT

The earlobe, due to its exposed situation, is susceptible to a variety of traumatic and/or pathologic lesions, therefore its reconstruction is a real challenge for surgery in order to maintain symmetry with the earlobe on the opposite side as its complex structure. Therefore we present the case of a patient with loss of the posterior helical border after a human bite. The damage was cured by retroauricular skin graft, a versatile, simple technique which requires always the fulfilment of all surgical technical requirements of treatment by mobilization of skin grafts.

### Key words;

Reconstruction of the earlobe - retroauricular skin graft

## 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 plastía de deformaciones superiores e inferiores de la oreja con colgajos retroauriculares. En 1845 Dieffenbach dió a conocer la plastía del tercio medio de la oreja con un colgajo de avance, técnica que aún tiene aplicación<sup>4</sup>. A finales del siglo XIX es cuando se comenzó a tratar las malformaciones congénitas, en particular las orejas en asa<sup>1,2</sup>.

La reconstrucción auricular tanto para malformaciones congénitas como para el manejo de las secuelas del trauma, ha sido un campo de amplio desarrollo y un reto para el cirujano reconstructivo.

Dentro del campo de la cirugía moderna, Gillies, Pierce y Peer sentaron las bases para el tratamiento de los trastornos auriculares<sup>2,3</sup>. 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<sup>2,4</sup>.

\* Médico Residente Tercer Año Dermatología - Hospital de Clínicas Universitario

\*\* Médico Residente Primer Año Otorrinolaringología - Hospital de Clínicas Universitario

\*\*\* Cirujano Plástico y Jefe de Servicio Unidad de Cirugía Plástica y Quemados - Hospital de Clínicas Universitario

La inadecuada posición de la oreja, con una anatomía normal será un defecto más sobresaliente que una oreja con su forma alterada pero correctamente localizada y orientada, lo que hace vital un análisis antropométrico básico preoperatorio de la oreja a reconstruir. 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<sup>1,2</sup>.

La altura normal 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<sup>1</sup>.

Existen dos redes arteriales intercomunicadas que irrigan el pabellón auricular derivadas de la carótida externa; la sensibilidad del oído externo deriva de varias ramas craneales y extracraneales, en tanto que dan sensibilidad a la parte posterior del pabellón y al lóbulo los nervios cervicales y el nervio occipital menor, 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<sup>1,2,4</sup>.

El objetivo de la reconstrucción auricular se basa en la reconstrucción de la forma y topografía de una oreja para hacerla "imperceptible" a la vista, más que el afán estético. Es por esta razón que el cirujano debe realizar un delineado preoperatorio para tener una aproximación del resultado final<sup>1,2,3,4</sup>.

## CASO CLÍNICO

Paciente varón de 21 años, que acude a la Unidad de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital de Clínicas, por presentar avulsión traumática parcial del pabellón auricular izquierdo, posterior a una mordedura humana en una pelea callejera, la misma que fue suturada en un centro de salud del lugar.

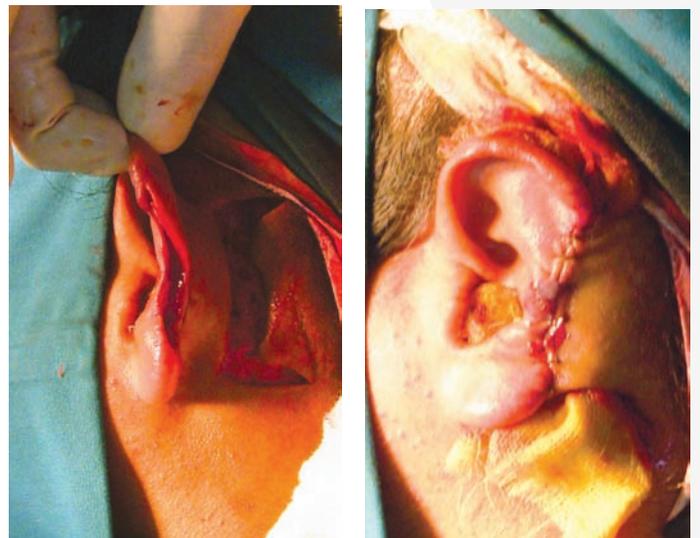
El defecto incluía la pérdida de sustancia de hélix, el tubérculo auricular y el borde helical, completamente cicatrizado. (Figura 1).



Figura 1. Iconografía de ingreso: Lesión traumática por mordedura humana

La técnica quirúrgica se llevo a cabo en dos tiempos: el primero, en quirófano bajo sedación previo diseño del colgajo, basando la vascularización en las ramas occipitales de la arteria auricular posterior, rama de la arteria carótida externa; se identificó la fascia temporal superficial y su plexo vascular, determinando los vasos, el sitio y la dimensión del colgajo con disección por debajo del plano muscular, por encima del periostio de la región mastoidea, llegando así la piel al defecto sin tensión. Se realizó síntesis de los bordes libres de colgajo y área recreada receptora; posteriormente se interpuso gasas con yodopovidona tras la oreja para evitar que la piel se integre<sup>2,3,4,5,6,7,8</sup>. (Figura 2).

(Figura 2. Aspecto del colgajo retroauricular (1er tiempo).



Segundo tiempo: bajo sedación se realizó liberación del colgajo, síntesis de área donante y remodelación de hélix. (Figura 3)



Figura 3. Liberación colgajo retroauricular, A quince días. (2do tiempo).

## CONCLUSIÓN

Con el propósito de efectuar una correcta reconstrucción, fue útil categorizar los defectos basándose en la localización y extensión del daño<sup>5,6</sup>.

Se plantearon diversas técnicas quirúrgicas, aplicables para la reconstrucción de la zona helical, ya que en este tipo de lesiones no se tiene una técnica estándar sino más bien la imaginación y habilidad del cirujano<sup>1,4,7</sup>.

Por esto se realizó un colgajo en dos tiempos de piel retroauricular, tomando en cuenta la gran vascularización de la fosa temporal, su viabilidad, movilidad, espesor y coloración del colgajo a fin de recrear la falta helical, que hacen que sea un colgajo ideal para realizar este tipo de reconstrucciones parciales de 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<sup>1,2,4,7,8</sup>.

Es así que 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<sup>2,3</sup>.

## REFERENCIAS

1. Schulz M, Salem C: Reconstrucción auricular. Cuadernos de Cirugía 2003;17: 75-85.
2. Crespo A, Rivas J, Cuenca R: Colgajo temporal prefabricado en reconstrucción auricular; Cirugía Plástica, Vol 9 N° 1 enero-abril 1999.
3. Brent B. Reconstruction of the auricle. In: McCarthy JG. Plastic Surgery. Philadelphia: Saunders 1989; pp.2094-2152
4. Granizo G, Gonzáles A; Caso Clínico: Reconstrucción parcial de la oreja con colgajo retroauricular de avance en dos tiempos: Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Sociedad Española de Maxilo Facial. [www.secom.org/casosclinicos/premio2003/caso20030512](http://www.secom.org/casosclinicos/premio2003/caso20030512)
5. Hospital Clínico San Carlos, Madrid. Revista Cirugía Plástica; 1990; N°20; Vol 12; 75-78.
6. Carti, Carrera et al; Vascularización cutánea y clasificación de los colgajos; Revista SECPRE; 2000-2001.
7. López B et al; Colgajos cutáneos y fasciocutáneos; Revista SECPRE; 2000-2001.
8. Sorando E, Domingo A. y cols; Reconstrucción del borde helical mediante colgajo de Antia - Buch modificado; ORL Aragón; 2003;6 (2): 27-8.
9. Bologna. J y col; Dermatología: Mosby; Vol II; Madrid España; 2004: 2003.