
Deformidades del pabellón auricular, oreja contraída u oreja en copa

Deformities of the ears' lobe, contracted ear or cupped ear

Sagia Cabello Morán *

Resumen

La mayoría de las variantes en las estructuras de las orejas son congénitas, la oreja en copa o contraída, es una de ellas.

Esta es una patología poco frecuente y por tanto a veces olvidada, pero que afecta psicológicamente de manera importante al pequeño paciente.

Haremos una revisión de la anatomía de la oreja, su clasificación, diagnóstico, tratamiento y técnicas otoplasticas correctivas para este defecto.

El objetivo de este tratamiento y de la otoplastia es la reconstrucción del pabellón auricular y brindarle al paciente, bienestar y armonía en su estética facial.

Palabras claves: oreja contraída, otoplastia, armonía estética facial.

Summary

The great majority of variants in structure of the ears are congenital; Cupped ear is one of them.

This is an unusual and forgotten pathology but it produces psychological effects that are very important for a young patient.

We present the anatomy of the ear, classification, diagnosis, treatment and techniques of corrective otoplasty for this pathology.

The objective of the treatment and the otoplasty is the reconstruction of the ear and to give the patient, comfort and harmony in his esthetics face.

Introducción

Al considerar la armonía estética facial, son frecuente los comentarios respecto a la belleza de los ojos, los labios, la nariz, el cabello, el perfil, pero no suelen existir alusiones a las orejas.

Estas estructuras solo merecen atención cuando por razones congénitas o adquiridas, en su forma, localización o proporción se encuentran distorsionadas, generando muchas veces traumas en los pacientes.

El conocimiento exhaustivo de la anatomía de las orejas nos permitirá realizar otoplastias correctivas exitosas.

Anatomía

La oreja es de difícil reproducción quirúrgica, porque esta constituida por un complejo formado por cartílago, y piel muy fina (8).

El pabellón de la oreja está formado por una lámina delgada fibrocartilaginosa, elástica, cubierta por un revestimiento cutáneo bien vascularizado, que no solo forma el pabellón de la oreja sino también forma parte del conducto auditivo externo (3, 6, 7, 8).

Esta constituida por **la concha**: que constituye la parte media, que forma una concavidad profunda y una especie de embudo que se continua con el conducto auditivo externo.

Alrededor de la concha tenemos 4 eminencias:

HELIX: es el borde de la oreja que nace en la concavidad de la concha y se contornea en semicírculo para descender y se encorva dando por debajo lugar aun surco llamado escafa.

ANTEHELIX: esta entre el helix y la concha, es un reborde que se origina por encima y delante de la cola del helix, se dirige hacia arriba y se divide en dos ramificaciones, en medio de estas esta la fosita navicular.

TRAGO: es una eminencia en la parte anterior de la oreja, es una continuación del conducto auditivo externo y lo oculta. En su porción anterior se continua con la piel de la cara. Esta destinado a proteger el conducto auditivo externo.

ANTITRAGO: esta al frente del Trago, en la porción inferior y posterior de la concha

LOBULO DE LA OREJA: es una parte blanda no cartilaginosa, muy importante en la reconstrucción auricular.

La cara interna mira hacia el interior y hacia atrás y es la concavidad de la concha y tiene como limite el surco cefaloauricular (3, 5, 6, 7, 8).

Embriología y etiología

La oreja es producto de la proliferación, fusión y crecimiento de seis pequeñas protuberancias mesenquimiales que se encuentran alrededor de la primera hendidura branquial, tres pertenecen al primer arco branquial o arco mandibular y tres al segundo arco branquial o hioideo.

La región dorsal de la hendidura branquial se invagina y se forma el conducto auditivo externo.

La iniciación de este proceso es aparentemente a la 6ta semana de vida intrauterina, y culmina alrededor del 5to mes de vida intrauterina.

Muchas de las malformaciones congénitas de las orejas son dominantes desde el punto de vista hereditarios, acompañadas de sordera en algunos casos, asociadas con fisura de paladar en otros y en otras ocasiones no se acompañan de ninguna otra anomalía (3, 4).

Clasificación

Los defectos auriculares se pueden clasificar en adquiridos y congénitos; los adquiridos generalmente se deben a traumas en las orejas por accidentes, quemaduras etc.

Los defectos congénitos se pueden clasificar en:

- **Anotia**
- **Hipoplasia Completa o Microtia**
 - a) Con atresia del conducto auditivo externo.
 - b) Sin atresia del conducto auditivo externo.

- **Hipoplasia del tercio medio de la oreja**
- **Hipoplasia del tercio superior de la oreja**
 - a) Orejas contraída o en copa
 - b) Criptotia (en la que el polo superior de la oreja esta cubierto de cuero cabelludo).
- **Orejas prominentes (3, 6) (figura 1).**

Figura 1

La oreja contraída o en copa

Se aplicó el término de oreja contraída o en copa a un grupo de anomalías auriculares, que se caracterizan por poseer un helix de apariencia descendida anteroinferior, ausencia de la rama del Antehelix y alteración de la concha. Cuando estos defectos se presentan de manera más grave son conocidas como microtias atípicas (figura 2) (3, 6, 7).

Aunque existe una clasificación para las deformidades de las orejas, en términos prácticos cada cirujano plástico necesita establecer la factibilidad de la reparación necesaria para cada caso. Así son numerosas las técnicas descritas para este tipo de deformidad.

Lo más importante es diferenciar si la deformidad se puede corregir modificando el pabellón existente o si hay un déficit de cartilago y piel y se requeriría de una reconstrucción mayor, parecida a una microtia, con injerto de cartilago y piel (1, 2, 3).

Para anomalías leves y moderadas se recomienda: se inicie con una incisión por la parte interna de la oreja (figura 2 A-B).

Figura 2 A-B

Figura 4 E

Se disecciona el cartílago deformado de su recobertura blanda (Figura 3 C).

Figura 3 C

El surco del helix se conserva mediante puntos perforantes ajustados sobre tapones de gasa, lo que también ayuda a la vasoconstricción y evita el sangrado (figura 4F).

Figura 4 F

Se calcula y se secciona el cartílago deformado, que apoyado en un pedículo de base interna se rota hacia atrás en posición más vertical (figura 3D).

Figura 3 D

Las deformidades severas, se aconseja una reconstrucción más agresiva que ya entraría en las reconstrucciones a microtias (3, 6).

Complicaciones

Una buena asepsia puede evitar una de las complicaciones más comunes que es la infección, que se acompaña de dolor intenso luego de la cirugía que no cede ni con analgésicos, en estos casos se debe volver a intervenir y realizar una limpieza.

- Hematomas si es de proporciones importantes, también producirá dolor.
- Necrosis de piel.- Se produce más en casos de reconstrucción de microtias con injerto de cartílago.
- Que la oreja reconstruida si es unilateral el defecto, no que de tan parecida a la oreja sana (3, 6).

El cartílago movilizado, se sutura a la escafa, y el área cruenta se recubre nuevamente con piel (figura 4 E) (1, 2, 3, 5).

Conclusiones

Los casos de malformaciones congénitas del pabellón auricular y su tratamiento exitoso van a depender, muchas veces de la consulta inicial y hacer conocer al paciente y sus familiares las limitaciones que en algunas ocasiones presentan las técnicas de otoplastia, en el caso de oreja contraída o en copa, las limitaciones son mucho menores que en casos de microtias acentuadas.

En el caso de la técnica descrita anteriormente para orejas gachas o en copas, leves y moderadas es muy eficiente que da al paciente una mejoría muy marcada, y al final del período de desinflamación una equidad en ambas orejas. A parte de la facilidad de la técnica, cuando el cirujano conoce a la perfección la anatomía auricular e incluso muchas veces se puede realizar con anestesia local. Sin olvidar que cada deformidad se debe de tratar de manera individual.

Esta técnica tiene como propósito el bienestar del paciente, especialmente psicológico, y tratar de brindarle una armonía en su estética facial. En la cual las orejas pasen inadvertidas, como suelen pasar.

Referencias bibliográficas

1. Barinka L: Congenital malformations of the auricule and their reconstruction by new method. Acta Plastic, Praga 8 (53): 1-4, 1966
2. Brent B: Plastic surgery. Reconstruction of the ear. 3a ed, Mc Graw Hill, Boston-USA 230-250, 1979
3. Coiffman F: Tratado de cirugía plástica. 3ª ed, Ed Interamerica, Barcelona - España I: 2047-2074, 1990
4. Langman J: Embriología Médica. 3ª ed, Ed Interamericana, Madrid - España 344-352, 1976
5. Lewis JR: Atlas of Aesthetic Plastic Surgery. 1a ed, Mc Graw Hill 181-197, 1979
6. McCarthy JG: Cirugía Plástica. 3ª ed, Ed Panamericana, Argentina II: 1197-1250, 1990
7. Tanzer RC: Reconstructive Plastic Surgery. 2ª ed, W. Saunder, Filadelfia - USA 1-7, 1977
8. Testut-Latarjet: Tratado de Anatomía humana. 9ª ed, Ed Salvat, Barcelona - España I: 731-744, 1980

Dra. Sagia Cabello Morán

Teléfono: 593-04-2203794; 097402039



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL