

# Orejas valgas: estabilización mediante colgajo dermo-graso-pericóndrico retroauricular

## Prominent ears: stabilization with a retroauricular dermal-fat-perichondrium flap



Amorrrortu, J.

Amorrrortu, J.\*, González de Vicente, R.\*\*, Gallo, S.\*\*\*,  
González Martínez, R.\*\*\*\*, Folch, J.\*\*\*\*\*

### Resumen

El tratamiento quirúrgico para la corrección de las orejas prominentes o valgas se basa en crear una distancia de entre 17-21 mm entre el hélix y la mastoides, así como recrear unos pliegues auriculares anteriores bien definidos. Desde finales de 1800 hasta la actualidad se han descrito muchas técnicas para corregir las orejas despegadas, prominentes o valgas, cada una de ellas con sus propias características.

En el presente trabajo describimos una técnica para estabilizar el resultado quirúrgico cuando se corrige esta entidad y evitar su recidiva. Se trata de un procedimiento de fijación mastoidea de la oreja mediante un colgajo dermo-graso-pericóndrico de sencillo diseño, útil, seguro y fácilmente reproducible. Hemos empleado esta técnica durante más de 15 años y creemos que ha resistido la prueba del tiempo.

### Abstract

The treatment for the correction of prominent or valgus ears, is to create a normal distance (17-21 mm) between the mastoid and the helix and a normal appearance of the anterior auricular folds. From late 1800 to the present, many surgical techniques for correcting prominent or valgus ears have been described, each one with its own characteristics.

We describe a technique to stabilize the result and prevent recurrence. This technique stabilizes the correction of the ear fixing it to the mastoid fascia using a dermal-fat-perichondrium flap of simple design, useful, safe and easily reproducible. We have used it over 15 years, and that makes us believe that has stood the test of time.

**Palabras clave** Otoplastia, Orejas prominentes,  
Orejas en asa, Orejas valgas.

**Código numérico** 2546

**Key words** Otoplasty, Prominent ears,  
Valgus ears.

**Numeral Code** 2546

\* Cirujano Plástico Clínica Dual y Clínica Quirón, Valencia, España. Profesor de Cirugía Plástica, Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia.

\*\* Cirujano Plástico Clínica Dual, Valencia, España.

\*\*\* Profesor de Tecnología Sanitaria, Instituto de formación profesional "Tierno Galván", Moncada, Valencia, España.

\*\*\*\* Cirujano Plástico Clínica Dr. González, Castellón, España.

\*\*\*\*\* Especialista en Medicina Laboral. Medicina Estética Clínica Dual, Valencia, España.

## Introducción

La posición anómala de la oreja con respecto al cráneo ha recibido a lo largo de la historia de la Cirugía Plástica diversos nombres tales como: orejas salientes, colgantes, separadas, en asa, en abducción, protuyentes, valgas, prominentes, etc. El término más aceptado en la bibliografía y usado en la mayor parte de las comunicaciones es el de orejas prominentes. A nosotros el término más adecuado nos parece el de orejas valgas ya que sugiere unas orejas con ángulos abiertos (obtusos) en la unión céfaloconchal y/o escafoconchal.

La mayor o menor apertura del ángulo céfaloconchal o ángulo de la implantación de la oreja, es lo que produce su mayor o menor separación del cráneo y esta separación es lo que se ve como altura excesiva o no de la concha. La apertura mayor o menor del ángulo escafoconchal aplanar la forma anterior del antehelix, desdibujándolo en mayor o menor medida (antehelix más o menos conformado o aplanado). Las alteraciones en estos dos ángulos, sobre un patrón de más o menos 90°, es lo que produce la mayor o menor aceptación de las orejas y sus implicaciones psicológicas.

Los objetivos de las técnicas quirúrgicas de otoplastia estética son fundamentalmente la corrección y estabilización de los dos ángulos antes citados en una posición menor de 90°. A la necesidad de tener que corregir los ángulos cefalo y escafoconchal (posición de la oreja), el cirujano plástico tiene que añadir la dificultad de conseguir en la cara anterior del pabellón auricular formas onduladas o redondeadas, evitando los tránsitos bruscos de un plano a otro, que se manifiestan como bordes demasiado lineales o cortantes en vez de lo que deberían ser suaves pliegues auriculares.

Desde Dieffenbach (1), que en 1845 corrige el ángulo céfaloconchal fijando la concha a la mastoides (no por razones estéticas), a Ely (2) que en 1881 presenta "una operación para las orejas prominentes" reseca piel y cartilago (¿la primera comunicación en este sentido?) o a Luckett (3), que en 1910 trabaja sobre el pliegue del antehelix corrigiendo el ángulo escafoconchal, todas las técnicas de otoplastia combinan en mayor o menor grado el corregir y estabilizar estos ángulos en una posición adecuada (+/- 90°) reseca y/o remodelando el cartilago y la piel.

Pierce (4) en 1947 es, probablemente, el pionero en debilitar o adelgazar la cara posterior del cartilago auricular buscando una doblez o plicatura suave por enrollamiento más que por quiebre o angulación. Desde entonces, pero con más regularidad desde los años 60, se han presentado técnicas como las de Tanzer (5), Mustarde (6), Chongchet (7), Stenstrom (8,9), Furnas (10), Davis (11,12), etc., que intentan evitar la formación de bordes de aspecto cortante o ángulo muy marcado en la cara anterior de la oreja.

Corregida la posición y la forma, el siguiente pro-

blema es la estabilización del procedimiento, y esto se resuelve, en la mayoría de las ocasiones, mediante suturas de conformación o, en las técnicas de escarificación y debilitamiento del cartilago, estabilizando la remodelación con algodón y vendaje.

El objeto de este trabajo es presentar una técnica de estabilización de los ángulos céfaloconchal y escafoconchal, especialmente de este último, en la posición en que los hayamos dejado después de las modificaciones quirúrgicas estructurales hechas en el cartilago durante la otoplastia. Esta estabilización es independiente de la técnica de reconformación auricular utilizada.

## Material y método

Para esta intervención quirúrgica, como para cualquier otoplastia, utilizamos anestesia local o general en función primordialmente de la edad y de la colaboración del paciente, siendo excepcional la anestesia general por encima de los 12 años de edad. Realizamos un bloqueo circunferencial de la oreja mediante infiltración de anestésico local con adrenalina (lidocaina al 1% con adrenalina 1:200000). Se dibujan en la cara anterior de la oreja los pliegues auriculares de la concha, antehelix y *crus*, que se trasfieren a la cara posterior de la oreja mediante agujas y azul de metileno, dejando marcas mediante puntos trasfixiantes en el cartilago y en la piel (Fig. 1). En la cara posterior y sirviendo de guía el reborde de la concha, se dibuja una elipse cutánea simple o modificada, englobando el excedente de piel calculada.

Infiltramos con la anestesia local descrita el área de la elipse cutánea, sobrepasando la infiltración unos milímetros de los bordes. El objetivo de esta infiltración es efectuar una disección hídrica de los tejidos blandos al mismo tiempo que evitar el sangrado. A continuación se desepitealiza la elipse cutánea (Fig. 2) y luego se biselan 1 o 2 mm sus bordes y se transfixia el borde inferior hasta alcanzar el cartilago auricular. Sobre el plano del cartilago e inclu-



Fig. 1. Dibujo en la cara anterior.



Fig. 2. Desepidermización posterior.

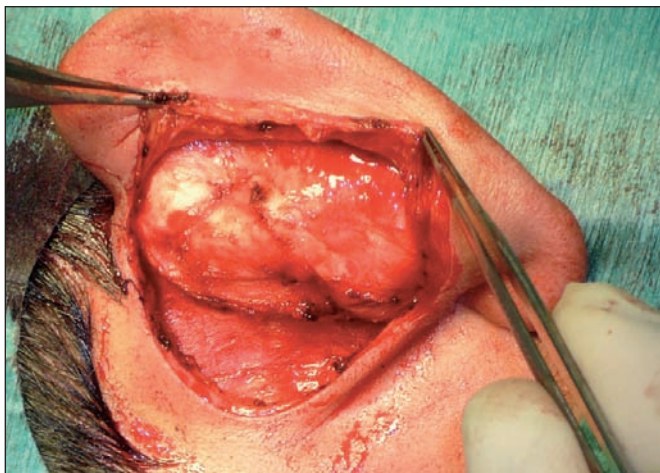


Fig. 3. Colgajo dermo-graso-pericóndrico levantado.

yendo el pericondrio, se realiza un levantamiento en dirección póstero-anterior del área desepitelizada, quedando un colgajo elíptico dermo-graso-pericóndrico con base en el borde anterior de la elipse (Fig. 3 y 4).

Tras estos pasos, se continúa con la técnica de tratamiento del cartílago que se haya elegido (Mustarde, Furnas, Stenstrom, Davis, etc.), siendo imprescindible un despegamiento posterior del cartílago de la concha hasta algo más allá de su apoyo en la mastoides (Fig. 5). Una vez terminada la técnica de conformación o corrección de la oreja, y utilizando una pinza de disección, mediante tracción y aposición del colgajo dermo-graso-pericóndrico en dirección a la mastoides, se efectúa la fijación del mismo a la aponeurosis mastoidea (si el colgajo es demasiado ancho se elimina el excedente). Esta fijación se realiza con sutura no absorbible (nylon de 3/00) con nudos invertidos (Fig. 6-9).

Terminamos la intervención suturando la piel, que en la práctica queda afrontada por la tracción y fijación del colgajo (Fig. 10-13). Una cinta elástica de contención es suficiente como vendaje, si bien en ocasiones colocamos un vendaje a la manera tradicional.

En nuestra práctica habitual venimos utilizando este pro-

cedimiento de estabilización del pabellón auricular mediante colgajo dérmico desde los años 90 sin complicaciones y sin recurrencias. En la figura 14 presentamos un caso pre y postoperatorio a modo de ilustración de resultados, si bien hemos preferido que, puesto que nuestro artículo va dirigido principalmente a la presentación de una maniobra quirúrgica aplicable a cualquiera de las técnicas de otoplastia al uso para optimizar sus resultados y evitar recidivas, la mayor parte de imágenes estén dedicadas a la visualización paso a paso del procedimiento que describimos.

## Discusión

Creemos que en Cirugía Plástica no existe una técnica universal para ninguna alteración morfoestética y que el



Fig. 4. Colgajo dermo-graso-pericóndrico.

cirujano debe individualizar cada técnica quirúrgica para cada paciente.

El primer firmante de este trabajo aprendió a efectuar otoplastias de la mano del Dr. González Fontana en Valencia (España), allá por el final de los años 60 y los años 70; básicamente, la técnica de la otoplastia estética que realizábamos en aquellos años era la de Dufourmentel

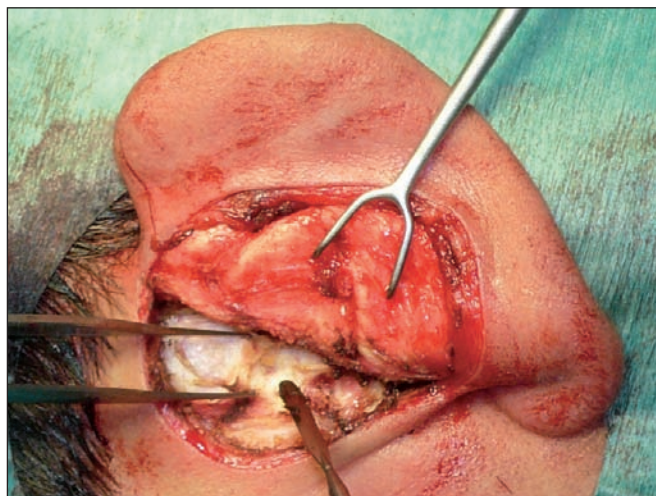


Fig. 5. Extirpación premastoidea.



Fig. 6. Comprobación de reposicionamiento.



Fig. 7. Fijación superior.



Fig. 8. Fijación inferior.

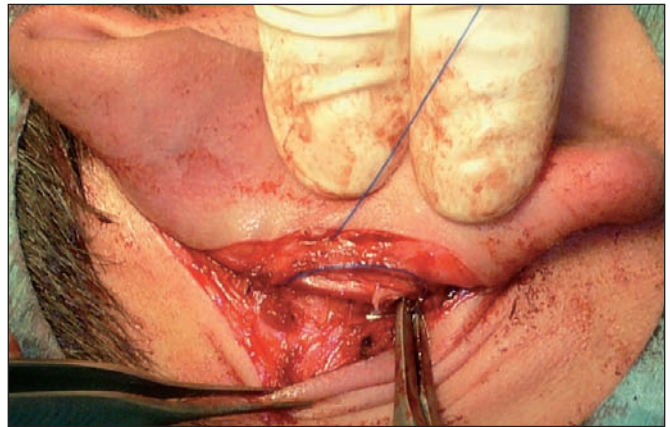


Fig. 9. Fijación media.



Fig. 10. Oreja estabilizada.



Fig. 11. Cierre cutáneo.

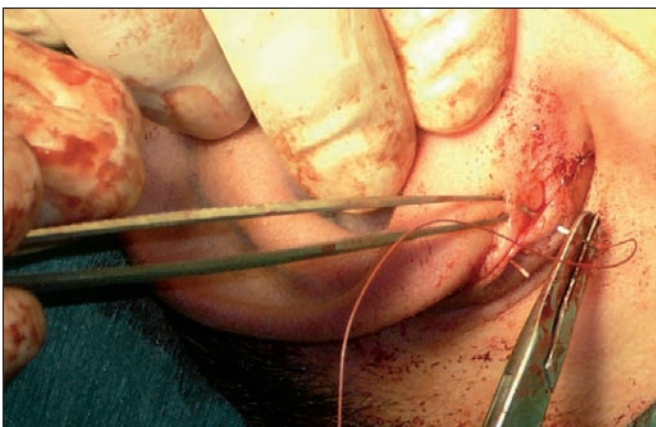


Fig. 12. Cierre Cutáneo.



Fig. 13. Otoplastia finalizada.



Fig. 14. Arriba: preoperatorio: vista frontal y lateral. Abajo: postoperatorio al año.

(13), que reducía la altura de la concha escisionalmente, marcaba con pequeñas incisiones el cartílago en la parte posterior del antehelix intentando no transfixiarlo si no era necesario, efectuaba una reducción cutánea elíptica en la parte posterior y suturaba la piel. Los resultados de la técnica de Dufourmentel eran, o nos parecían, bastante buenos; sin embargo, en un 40 % de los casos los bordes anteriores eran demasiado marcados, diríamos que cortantes y en más o menos un 5-8 % teníamos un cierto despegamiento de la oreja a medio plazo que terminaba en una reintervención en el 50 % de estos pacientes

Desde mediados de los 80 hemos ido individualizando la técnica de otoplastia en función de las modificaciones más o menos importantes que creemos necesita la oreja y la demanda o preocupación del paciente. Desde el año 82, hicieramos la técnica que hicieramos, fuimos introduciendo cada vez más este colgajo dérmico o dermo-graso-pericóndrico retroauricular, con una eliminación total de ese 5-8% de recidivas que teníamos anteriormente.

En la revisión de la bibliografía que hemos llevado a cabo para esta comunicación, reencontramos un trabajo

de Horlock y col. (14) publicado en el *Plastic and Reconstructive Surgery* de noviembre del 2001 en el que describe un colgajo subcutáneo para cubrir las suturas de la cara posterior del cartílago auricular cuando se utilizan las técnicas de Mustarde o de Furnas. El objetivo de Harlock era prevenir la extrusión de los puntos de las suturas cartilagosas cuando se efectúan las técnicas de los autores antes citados (*"The fascial flap is advanced and covers the sutures to prevent suture extrusion"*). Las diferencias fundamentales que lo hacen totalmente distinto de nuestro colgajo son: 1) el de Harlock es un colgajo subcutáneo con base en la mastoides, mientras que el nuestro es un colgajo dermo-graso-pericóndrico de base en el borde anterior de la elipse cutánea retroauricular; 2) el objetivo de Harlock es proteger las suturas cartilagosas avanzando el colgajo de mastoides hasta cubrir el cartílago retroconchal, mientras que nuestro objetivo es reforzar o asegurar la posición de la oreja fijando el colgajo a la fascia pre-mastoidea.

Incluso en la actualidad, en muchas ocasiones tenemos la sensación de que no necesitamos el colgajo

dermo-graso-pericóndrico, pero también tenemos la sensación de que nos asegura el resultado al estabilizar la posición de la oreja y la sutura cutánea.

Algunas veces modificamos el colgajo y lo empleamos a modo de pilar de 5-7 mm de ancho para traccionar la parte superior del pabellón auricular hacia la mastoide, con un efecto que nos piden algunos pacientes.

En base a una experiencia de más de 15 años empleando el procedimiento técnico que hemos descrito creemos que resulta de gran utilidad para estabilizar cualquiera de los múltiples técnicas existentes de otoplastia estética y evitar resultados poco estéticos y recidivas.

## Conclusiones

A lo largo del tiempo se han descrito muchas técnicas quirúrgicas para corregir las orejas prominentes o valgas, desde técnicas simples hasta las más sofisticadas, todas y cada una de ellas sin lugar a dudas útiles y eficaces en las manos adecuadas. Nosotros no presentamos una técnica de otoplastia, pero sí una técnica sencilla, reproducible y segura de estabilización del resultado de nuestra otoplastia, con el convencimiento de que cualquier Cirujano Plástico puede obtener resultados favorables con ella.

## Dirección del autor

Dr. Jorge Amorrortu Velayos.  
Clínica Dual  
C/ Colón, 4, 2º  
46004 Valencia, España  
e-mail: jorgeamorrortu@hotmail.com

## Bibliografía

1. **Dieffenbach, J.F.:** Die operative Chirurgie. Leipzig, F.A. Brockhaus, 1945. (citado por Stenstrom, S.J. "Deformidades estéticas de las orejas" en: Grabb, W.C. and Smith, J.W. (Ed.), *Cirugía Plástica*. Barcelona, Salvat 1977, Pp: 511-522).
2. **Ely, E.T.:** An operation for prominence of the auricles. *Arch. Otolaryngol.* 1881; 10: 97-99.
3. **Lucket W.H.:** A new operation for prominent ears based on anatomy of the deformity. *Surg Gynecol Obstet.* 1910; 10: 635-637.
4. **Pierce, G.W., Klabunde, E.H., and Bergeron, V.L.:** Useful Procedures in plastic surgery. *Plast. Reconstr. Surg.* 1947; 2: 358-361.
5. **Tanzer, R.C.:** The correction of prominent ears. *Plast. Reconstr. Surg.* 1962; 30:236-246.
6. **Mustardé, J.C.:** The correction of prominent ears using simple mattress sutures. *Br J Plast Surg.* 1963;16: 170-176.
7. **Chongchet V.:** A method of antihelix reconstruction. *Br J Plast Surg* 1963; 16: 268-272.
8. **Stenstrom, S.J.:** A "natural" technique for correction of congenitally prominent ears. *Plast. Reconstr. Surg.* 1963; 32:509-518.
9. **Stenstrom, S.J.:** Deformidades estéticas de las orejas. En Grabb, W.C. and Smith, J.W. (Ed.), *Cirugía Plástica*. Barcelona: Salvat, 1977, Pp: 511-522.
10. **Furnas D.W.:** Correction of prominent ears by concha-mastoid sutures. *Plast Reconstr Surg.* 1968; 42:189-193.
11. **Davis, J.:** Prominent Ears. *Clin. Plast. Surg.* 1978; 5 (3): 471- 477.
12. **Davis, J.:** Aesthetic and reconstructive otoplasty, *Springer-Verlag*. New York, 1987, Pp:1-10.
13. **Dufourmentel, C.:** Les oreilles décollées. *Ann. Chir. Plast.* 1956; 1:65-68.
14. **Horlock, N., Misra, A., Gault, and David T.:** The Post-auricular Fascial Flap as an Adjunct to Mustardé and Furnas Type Otoplasty. *Plast. Reconstr Surg* 2001,108 (6): 1487-1490.