



Reconstrucción parcial del pabellón auricular por herida traumática contundente

Partial reconstruction of the pinna due to blunt traumatic injury

Andrés Peláez Echavarría¹ <https://orcid.org/0000-0001-8569-2429>

Gladys Pérez López¹ <https://orcid.org/0000-0002-7997-8217>

María Cristina Molina Mesa¹ <https://orcid.org/0000-0001-6654-5589>

Scarlet Hilda Del Mes Luis^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-9564-181X>

Mayelin Marisol Romero Portorreal¹ <https://orcid.org/0000-0001-9006-7070>

¹Hospital “Comandante Manuel Fajardo Rivero”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: delmesluisscarlet@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El pabellón auricular por su situación anatómica se encuentra susceptible a una serie de lesiones traumáticas o patológicas, por lo que su reconstrucción es un verdadero desafío para el cirujano encargado de mantener la simetría con el pabellón contralateral como su compleja estructura.

Objetivo: Presentar un paciente a quien se realizó reconstrucción parcial del pabellón auricular por herida traumática contundente.

Caso Clínico: Paciente atendido en el cuerpo de guardia con pérdida del borde helical, posterior a una riña, sufrió trauma contundente con herida avulsiva del pabellón auricular. Se realizó la reconstrucción con una técnica versátil y sencilla, que requiere cumplir con todos los requisitos de asepsia, adecuada sutura y reparación anatómica, para esperar buenos resultados postoperatorios, incluyendo desde el punto de vista estéticos.



Conclusiones: Es importante la atención precoz, las condiciones de asepsia y antisepsia, con una técnica quirúrgica según la clasificación de Weerda, para lograr resultados estéticos adecuados, sin complicaciones.

Palabras clave: pabellón auricular; pabellón auricular, lesiones; pabellón auricular, cirugía.

ABSTRACT

Introduction: The pinna, due to its anatomical situation is susceptible to a series of traumatic or pathological injuries, making its reconstruction a real challenge for the surgeon in charge of maintaining symmetry with the contralateral pinna as its complex structure.

Objective: To present a patient who underwent partial reconstruction of the pinna due to blunt traumatic injury.

Case Report: Patient attended in emergency with loss of the helical border, after a fight, suffered blunt trauma with avulsive injury of the pinna. Reconstruction was performed with a versatile and simple technique, which requires compliance with all the requirements of asepsis, adequate suturing and anatomical repair, to expect good postoperative results, including from the aesthetic point of view.

Conclusions: Early care, aseptic and antisepsis conditions, with a surgical technique according to Weerda's classification, are important to achieve adequate aesthetic results, without complications.

Keywords: ear auricle; ear auricle, injuries; ear auricle, surgery.

Recibido: 01/04/2022

Aprobado: 08/06/2023

INTRODUCCIÓN

La oreja es un elemento complejo del rostro humano. Cuenta con puntos de referencia anatómica y topografía específica. La posición expuesta del pabellón auricular la hace vulnerable a muchos tipos de lesiones que incluyen traumas con abrasión, desgarro y avulsión auricular con pérdida de piel y

<http://scielo.sld.cu>

<https://revmedmilitar.sld.cu>



pericondrio.⁽¹⁾ El campo reconstructivo auricular es todavía un gran reto para los cirujanos y otorrinolaringólogos ya que requiere una visión amplia de las diversas técnicas existentes, con el fin de encontrar el mejor tratamiento para cada paciente.

Los defectos y deformidades auriculares incluyen no solo los adquiridos, atribuibles a traumatismos, quemaduras, tumores y cicatrices, sino también malformaciones congénitas.⁽²⁾

La reconstrucción auricular tanto para malformaciones congénitas como para el tratamiento de las secuelas del trauma, ha sido un campo de amplio desarrollo y un reto para el cirujano. La demanda de reconstrucciones auriculares ha aumentado en los últimos años, debido a la mayor incidencia de lesiones como resultado de accidentes de tránsito, violencia interpersonal y guerras entre grupos armados.^(3,4,5)

El tratamiento temprano de este tipo de lesiones previene la cicatrización defectuosa y por tanto, la pérdida de tiempo en su reconstrucción estética. De acuerdo con la clasificación de Weerda, las lesiones del pabellón auricular pueden clasificarse en desgarros y lesiones por avulsión,⁽⁶⁾ y estas a su vez en:

- Primer grado: abrasiones o heridas sin compromiso cartilaginoso.
- Segundo grado: desgarrado con separación de un colgajo pediculado de tejido.
- Tercer grado: avulsión sin pérdida del segmento.
- Cuarto grado: avulsión con pérdida del segmento, amputación total, que suele deberse a herida por arma blanca, resección quirúrgica o arrancamiento franco (por mordedura).

Una laceración en el pabellón auricular aumenta el riesgo de infección, por lo que debe ser prioritario el desbridamiento de la herida y proporcionar antibióticos cuando el mecanismo de la lesión incrementa el riesgo de infección, como es el caso de mordedura o laceración con algún objeto contaminado.^(7,8,9)

Por la escasa realización de este tipo de procedimiento quirúrgico en Cuba, se presenta este caso clínico, al que se realizó la reconstrucción de una pérdida parcial del pabellón auricular, debido a un trauma.



CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 42 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude al cuerpo de guardia de otorrinolaringología del Hospital Universitario “General Calixto García”, refiriendo haber presentado una herida del pabellón auricular, en una riña ocurrida 20 minutos antes (Fig. 1).



Fig. 1 – Herida en el pabellón auricular.

Al examen físico se observa pérdida parcial del pabellón auricular de la oreja izquierda, en su tercio superior y medio; se evidencia además sangrado moderado y exposición del cartílago auricular.

Se indicó administrar una dosis de cefazolina, 1 g i.v., como profilaxis. Se aplicó analgesia (dipirona, 1 g + diclofenaco, 75 mg i.m., dosis única). Se realizó asepsia y antisepsia del sitio operatorio, lavado de la herida con suero fisiológico (solución salina al 0,9 %, con 1 500 mL). Se infiltró anestesia local (lidocaína al 2 %, sin epinefrina); se infiltraron en total, 7 mL de anestésico. Se reparó el esqueleto cartilaginoso, se fijó el pabellón auricular a la fascia temporal, con sutura discontinua reabsorbible (cromado 3.0) y se realizó hemostasia (Fig. 2).



Fig. 2 – Vista lateral y póstero-lateral, luego de la reparación del pabellón auricular.

La piel fue suturada con puntos separados, de material no reabsorbible. Se obtuvo un resultado similar en proyección, posición y tamaño, al pabellón contralateral.

La duración de la cirugía menor fue de 50 minutos. El paciente fue dado de alta 4 horas después de la intervención, sin complicaciones; no presentó zonas de necrosis, infección, ni requirió procedimientos adicionales. El seguimiento a las 72 horas, a la semana y al mes, no mostró defectos que requirieran reintervenciones o procedimientos quirúrgicos adicionales.

El paciente refiere satisfacción completa con el resultado, no presenta disminución de la audición ni cicatrices que afecten la armonización y estética facial.

COMENTARIOS

Para realizar la reconstrucción auricular de manera correcta, se debe determinar con base en el defecto que presente el paciente, de acuerdo con la localización y extensión del daño. Para este fin se puede dividir la oreja en varios niveles topográficos, de medial a lateral, en concha, hélix, antihélix y lóbulo.^(10,11)



Es fundamental considerar el espesor total del defecto y clasificarla según el grado de daño, según Weerda, y que no hayan transcurrido más de 3 horas de la avulsión del pabellón. De acuerdo al grado de compromiso se determinará la conducta y tratamiento final del paciente.

Las lesiones traumáticas que involucran únicamente a la piel deben ser tratadas de forma diferente a las que involucran el cartílago; tal cual como se hizo en este caso, en el cual solo se hizo reparación primaria simple, con resultados exitosos, sin complicaciones.⁽¹²⁾

Las heridas complejas, extensas, con compromiso del cartílago, asociadas con avulsión y pérdida del segmento deben tener consideraciones especiales, como reconstrucción auricular con colgajo e injerto del pabellón auricular. Cabe resaltar que no fue el caso de este paciente.

De acuerdo con el defecto se plantean diferentes técnicas quirúrgicas, ya que en este tipo de lesiones no existe un algoritmo específico de reconstrucción, por tratarse de lesiones muy variadas. Las heridas complejas necesitan ser desbridadas y los bordes contundidos, remodelados.^(13,14,15)

La técnica quirúrgica utilizada en este caso proporciona los requerimientos para una reconstrucción auricular exitosa, desde el tratamiento inicial, con adecuada asepsia, buena cobertura cutánea, definición cartilaginosa, además de ser reproducible por otorrinolaringólogos o médicos residentes con entrenamiento en la especialidad.

Resaltar la importancia de la atención precoz y en condiciones de asepsia y antisepsia con la técnica quirúrgica según la clasificación de Weerda, para lograr resultados estéticos sin complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caldeira Alberto ML. Respuesta al comentario del Dr. Aquero. Cir. Plást. Iberolatinoam. 2018; 44(3):279. DOI: 10.4321/s0376-78922018000300007
2. González S, Giudic G, Magliano J, Bazzano C. Reconstrucción auricular mediante fenestras y curación por segunda intención con apósitos hidrocoloides después de una cirugía micrográfica de Mohs. Piel. 2021; 36(5): 291-5. DOI: 10.1016/j.piel.2020.08.002
3. Franco-Muñoz M, Romero-Aguilera, Flores-Terry M, González Ruíz L, Rogel Vence L, Sánchez Caminero MP, et al. Reconstrucción de defectos auriculares mediante el «colgajo en isla en puerta



giratoria». Serie de casos. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2020; 111(7): 590-9. DOI:

10.1016/j.ad.2020.03.002

4. López-Delgado D, Cuenca-Barrales C, Saenz-Guirado S, Ruiz-Villaverde R. Colgajo de Limberg en la región auricular: una solución quirúrgica en una localización anatómica complicada. Piel. 2018; 33(9): 604-5. DOI: 10.1016/J.PIEL.2017.11.011

5. Pérez-Paredes MG, Cucunubo-Blanco HA, González-Sixto B, Rodríguez Prieto MÁ.

Chondrocutaneous Island Flap for Reconstruction of an Antihelix Defect. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2015; 106(6):503-4. DOI: 10.1016/j.adengl.2015.05.004

6. García-Morales I, Pérez-Tato B, Cases-Mérida S, Zamora-Martínez E. Pabellón auricular agrandado, mamelonado y con lesiones vesículo-costrosas. Piel. 2018; 33(4): 257-8. DOI:

10.1016/j.piel.2017.11.002

7. Barrera Gamboa JC, Acosta ÁE. Madiedo de Hart Antia-Buch Flap for a Large Upper-Pole Defect of the Ear. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2021; 112(6): 558-9. DOI: 10.1016/j.ad.2019.10.010

8. Baldin AV, Osnaya Moreno H, Chávez Pérez G, Telich Tarriba JE, Carrillo Córdova JR.

Reconstrucción auricular traumática con colgajo retroauricular. Revista de la Facultad de Medicina (México). 2018 [acceso: 05/02/2022]; 61(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000400026&lng=es&nrm=iso&tlng=es

9. Iwanyk P, Iacouzzi S. Innovación en la reconstrucción del pabellón auricular disgenésico con tejido expandido e implante. Cir. Plást. Iberolatinoam. 2007 [acceso: 05/02/2022]; 33(2):123-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922007000200007&lng=es

10. González-Sixto B, Pérez-Bustillo A, Samaniego E, Rodríguez-Prieto MA. Injerto de cartílago en la reconstrucción del pabellón auricular. Actas Dermo-Sifiliografica. 2013; 104(7):633-4. DOI:

10.1016/j.ad.2013.02.001

11. Morales Navarro D, Quisilema Cadena M, Oropesa Collado L. Reconstrucción de una pérdida parcial del pabellón auricular por trauma. Rev Cubana Estomatol. 2016 [acceso: 05/02/2022];

53(1):111-18. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000100012&lng=es

<http://scielo.sld.cu>

<https://revmedmilitar.sld.cu>



12. Canto Vidal B, González Manso BJ, Gil Milá JD. Resultados de la cirugía reconstructiva del pabellón auricular en Cienfuegos. Medisur. 2020 [acceso: 05/02/2022]; 18(3): 469-77. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2020000300469&script=sci_arttext&tlng=en
13. Gantz JT, de la Cerda T, Salvador V, González R. Reconstrucción en un tiempo del pabellón auricular en amputación parcial traumática con preservación del pedículo inferior: Revisión de la literatura y presentación de dos casos. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello. 2015; 75(3): 265-9. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162015000300012
14. Schulz M, Salem C. Reconstrucción auricular. Cuadernos de Cirugía. 2003; 17(1): 75-85. DOI: 10.4206/cuad.cir.2003.v17n1-13
15. Bauzá Alonso A, Redondo Bellón B. Cirugía reconstructiva de la región auricular. Piel. 2004; 19(6):335-43. Disponible en: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S021392510472866X&r=40>

Conflictos de interés

Los autores plantean que no tienen conflictos de interés.