



Técnicas de reparación de las pérdidas de sustancia del pabellón auricular

D. Vertu-Ciolino, F. Disant

La reconstrucción auricular es un reto quirúrgico, porque la oreja es una estructura con una arquitectura y geometría complejas. Su visibilidad en la cara participa en la imagen corporal del paciente, lo que explica la gran demanda de reparación después de un traumatismo o de un déficit congénito. La reparación de las pérdidas de sustancia del oído externo abarca numerosas situaciones muy diferentes. Los tumores cutáneos del oído externo son muy frecuentes y provocan déficits que oscilan de los más superficiales a los más completos, mientras que los casos de malformación grave congénita son raros. Siempre debe darse prioridad a la reparación mediante tejidos cutáneos de calidad idéntica en la cara, y los colgajos de recubrimiento o injertos de piel deben movilizarse de la región cefálica. En este artículo se describe la reparación de las pérdidas de sustancia parciales auriculares, penetrantes y no penetrantes, tras lo que se aborda la problemática de las reparaciones totales postraumáticas o en los casos de hipoplasia o de aplasia congénita. Las técnicas desarrolladas por Tanzar, Brent y Nagata se han perfeccionado en la actualidad por sus alumnos, con resultados muy satisfactorios en manos de cirujanos especializados.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Oído externo; Reconstrucción auricular; Otopoyesis; Epíttesis; Pérdida de sustancia del oído externo

Plan

■ Introducción	1
■ Pérdidas de sustancia parciales	1
No penetrantes	1
Penetrantes	4
■ Aplasia auricular y pérdidas de sustancia totales del oído externo	6
Otopoyesis por introducción de una estructura de cartílago costal en un bolsillo subcutáneo	7
Otopoyesis por la técnica de la fascia temporal superficial	10
Epíttesis	11
■ Pérdidas de sustancia traumáticas con conservación del fragmento	11
Injerto compuesto	11
■ Conclusión	12

■ Introducción

Las pérdidas de sustancia del oído externo son raras, pero provocan una gran demanda de reparación. El carácter expuesto de las orejas es un factor de riesgo para los traumatismos y para el desarrollo de tumores relacionados con la exposición solar. La microtia o la aplasia congénita del oído externo son situaciones parecidas a la amputación del pabellón desde el punto de vista de la reparación quirúrgica.

■ Pérdidas de sustancia parciales

No penetrantes

Estas pérdidas de sustancia respetan el borde libre, pero afectan a la cara anterior o posterior del pabellón. La piel está adherida al pericondrio en la cara anterior y no ofrece ninguna elasticidad. Por el contrario, la piel de la cara posterior es flexible y elástica, con un tejido subcutáneo laxo. Las pérdidas de sustancia cutáneas o cutaneocartilaginosas que son únicamente centrales sin interrumpir el borde libre del cartílago del oído externo no modifican la forma del pabellón. En tal caso, se puede realizar una reparación exclusivamente cutánea.

En la concha

Es posible dejar que la pérdida de sustancia cierre por cicatrización dirigida bajo un apósito graso. Los cuidados pueden prolongarse durante 3-4 semanas. Esta actitud debe reservarse a superficies limitadas.

El uso de un injerto de piel es una solución que permite reducir el plazo de cicatrización. En los pacientes jóvenes, es posible injertar sobre el pericondrio del cartílago subyacente, pero la cara cruenta de la piel retroauricular ofrece una vascularización de mejor calidad, por lo que proporciona fiabilidad. Por consiguiente, se debe reseca el cartílago de la concha subyacente a la pérdida de sustancia cutánea. Se puede realizar una

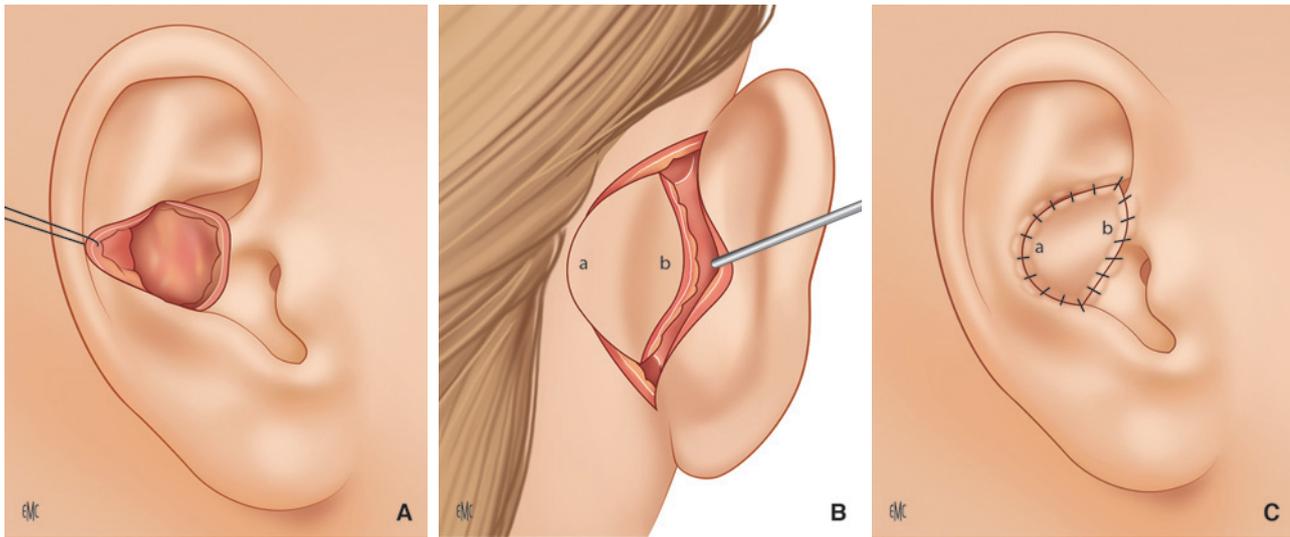


Figura 1. Pérdida de sustancia de la concha: colgajo retroauricular en isla bipediculado.
A. Pérdida de sustancia de la concha.
B. Vista posterior. Incisión de un colgajo en isla pediculada arriba y abajo.
C. Basculación del colgajo 180° sobre la concha.

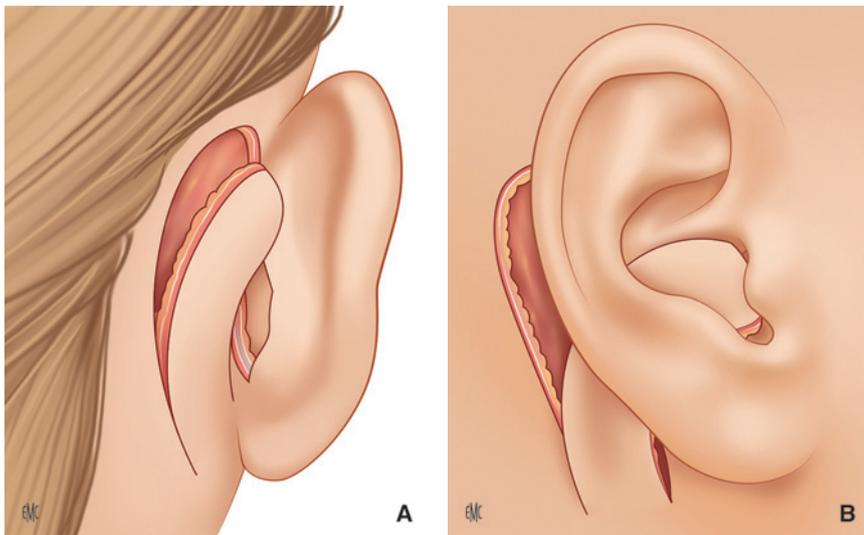


Figura 2. Pérdida de sustancia de la concha: colgajo retroauricular de pedículo inferior (A, B).

resección cutaneocartilaginosa de entrada en caso de tumor maligno de la concha, porque la ablación del cartílago bajo el tumor mejora los márgenes de seguridad, de modo que reduce el riesgo de recidiva local. El injerto de piel total proporciona resultados de buena calidad. Puede mobilizarse en el hueco supraclavicular, en la zona pretraguiana, o en el surco retroauricular contralateral. El sitio donante se cierra directamente tras la aproximación de los bordes. No se debe utilizar el surco retroauricular homolateral si existe una pérdida de sustancia de la concha, para no crear una solución de continuidad entre ambos sitios y dañar el lecho del injerto.

Se puede utilizar un colgajo cutáneo local. La solución más elegante es realizar un colgajo movilizado en isla en el surco retroauricular homolateral y transpuesto a la concha después de haber atravesado el oído externo en profundidad respecto al antihélix [1] (Fig. 1). El cartílago de la concha debe sacrificarse. También se puede diseccionar un colgajo de piel retroauricular con pedículo superior o inferior, transpuesto en la concha después de su tunelización bajo el antihélix. En este caso, la parte del colgajo que pasa por el túnel debe researse en un segundo tiempo quirúrgico 3-5 semanas después. Se desaconseja la desepidermización de esta parte del colgajo

en un solo tiempo, porque conlleva un riesgo vascular y expone a la formación de quistes sebáceos si es incompleta (Fig. 2).

Al nivel del antihélix y del hélix

El injerto de piel total sobre el pericondrio o sobre la cara profunda de la piel posterior después de la resección cartilaginosa es la solución de elección. Lo ideal es movilizar la piel de la región cefálica o del cuello, para respetar la calidad y la coloración de la piel de la oreja.

Se puede movilizar un colgajo preauricular con pedículo superior del surco pretraguiano. Se transpone 90° en la pérdida de sustancia, después de su tunelización bajo la piel prehelicina y a través del cartílago del hélix. Hay que procurar no comprimir el colgajo en el túnel, lo que conllevaría un riesgo de causar un sufrimiento distal. Lo ideal es autonomizar el colgajo en un segundo tiempo, con resección de la parte situada en el túnel, porque desepidermizar el colgajo en su parte tunelizada en un solo tiempo conlleva riesgos. El sitio donante se cierra directamente tras una disección subcutánea en dirección a la mejilla (Fig. 3).

Si la pérdida de sustancia afecta a las dos ramas del antihélix y la escafa, se puede utilizar un colgajo de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8805816>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8805816>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)