

**Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana Vol 24. Núm 2 - Abril-Mayo-Junio 1998. Págs. 133-141**

*Doctores: Bisbal J. \*, del Cacho C\*, Maddinelli L. \*\**

### Resumen

Los autores muestran, en este trabajo, los resultados de una revisión clínica basada en su experiencia de 471 pacientes operados de deformidades del pabellón auricular, confirmando la confianza en la técnica de Mustardé para corrección de las orejas prominentes.

**Palabras clave:** Otoplastia. Orejas prominentes. Orejas en asa.

**Código numérico:** 2546

**Recibido en Redacción:** Enero 1997

**Revisado. Aceptado para publicación:** Mayo 1997

### Introduction

Muchos son los métodos que se han descrito para la corrección de las llamadas "Orejas en Asa" u Orejas Prominentes", algunos realmente complejos que convierten un problema simple y de fácil solución en un problema difícil. No es extraño ver resultados como los de la Fig., 1, consecuencia de malos planteamientos o errores de técnica.

Es evidente que métodos distintos, en manos de cirujanos habituados a ellos pueden conducir a resultados excelentes, pero pensamos que como norma, debemos elegir el método más sencillo que con un mínimo de complicaciones nos lleve al mismo fin.

Esta idea nos ha movido a presentar este estudio sobre otoplastia usando el método de Mustardé con algunas modificaciones. El trabajo se ha basado en las operaciones realizadas por los cirujanos de nuestro Servicio durante un período de diez años, entre enero de 1986 y enero de 1996, aunque la técnica viene empleándose en nuestro Servicio desde hace más de veinte años.

La causa más frecuente de orejas prominentes es la falta de pliegue del antehélix, y en segundo lugar la concha excesivamente grande, si bien pueden combinarse ambas. Cualquiera que sea la técnica de otoplastia que se emplee, creemos, debe cumplir unos requisitos indispensables:

- Máxima simplicidad, con el menor riesgo de complicaciones y aplicable a cualquier edad.
- Conservar un buen surco retroauricular.
- No seccionar el cartilago ya que ello puede motivar dejar ángulos agudos o aristas visibles.
- Debe conseguir fácilmente la simetría de ambos pabellones auriculares.
- El resultado debe ser lo más natural posible.





Figura 1.- Fotografía que muestra un caso de defectuosa corrección de una deformidad del pabellón auricular, probablemente debida a error de técnica.

## PACIENTES - METODOS Y COMPLICACIONES

De entre las técnicas descritas, en nuestra experiencia sólo hemos aceptado dos: La que consigue la curvatura del antehélix por debilitamiento del pericondrio y cara anterior del cartílago, (Stenström 1963) (1) y el método de Mustardé (1963(2) -1967 (3)). El primero consigue al debilitar la cara anterior del cartílago que el pericondrio posterior, tirando a modo de una rienda, doble el cartílago hacia atrás. Esto se logra rayando longitudinalmente el cartílago con bisturí o limándolo. Es un buen método cuando los cartílagos son de consistencia intermedia y elástica (Fig.2), pero tiene gran riesgo en cartílagos finos pues puede romperse y queda una arista aguda de mal pronóstico estético; por otra parte puede ser insuficiente en cartílagos gruesos e inelásticos que no lleguen a curvarse lo necesario, precisando en tales casos de un refuerzo con puntos de plicatura.

El método de Mustardé, con ligeras modificaciones es el que en nuestras manos cumple todos los requisitos que señalábamos antes.

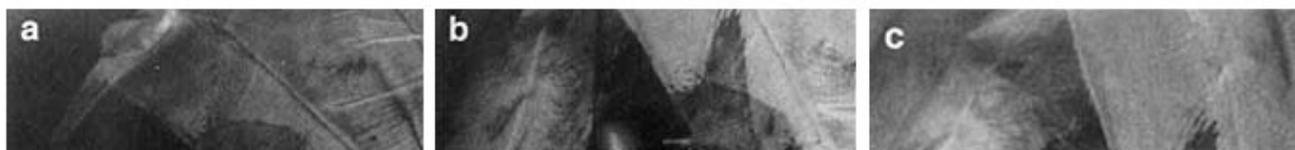
Hemos recogido aquí, 471 pacientes operados por defectos bilaterales o unilaterales, con un total de 786 orejas operadas, que consideramos con resultados estéticos excelentes y con un mínimo de complicaciones, que exponemos a continuación.

Pequeñas hemorragias cutáneas postoperatorias, en las primeras 24 horas, que requirieron hemostasia mediante la aplicación de puntos cutáneos, NUEVE casos. Hematomas que requirieron drenaje, que se presentaron en el segundo y el séptimo día de postoperatorio, CUATRO casos. Infección, TRES casos. Casi siempre en conjunción con un hematoma, a excepción de un caso asociado a una dermatitis alérgica recurrente del lóbulo. En dos casos el germen causal fue el estafilococo aureus, y en el otro la pseudomona aeruginosa. Además de tratamiento antibiótico y del drenaje, en dos de estos casos fue necesario retirar las suturas, por lo que la deformidad no se corrigió y fue preciso reintervenir unos meses después. Granuloma por intolerancia de algún punto de sutura interna, CINCO casos. Todos se manifestaron a largo plazo, entre cuatro meses y dos años después de la intervención. En todos ellos se procedió a la extirpación de los puntos causantes del granuloma sin dejar secuelas; incluso en un caso en que esto se presentó repetidas veces, hasta un total de cuatro puntos en una oreja y dos en la otra. Esto nos indica que a los dos o tres meses de la operación el cartílago ha consolidado perfectamente en su nueva posición, con lo cual el riesgo de recidiva de la deformidad queda limitado al postoperatorio reciente. Transcurridos dos o tres meses el espacio creado en la plicatura del cartílago se rellena con un tejido fibroso que une las dos paredes cartilaginosas de la plicatura, haciendo innecesaria la acción de los puntos de sutura, por lo que si se retiran ya no se modifica la forma. Recidiva unilateral de causa desconocida DOS casos.

### Técnica quirúrgica.

Utilizamos preferentemente anestesia local con sedación, administrando una hora antes de la operación, 25 mg de clorozepato, y media hora antes prometazina y petidina a la dosis idónea según el peso del paciente. El anestésico local empleado es la Lidocaina al 2% con Adrenalina al 1/200.000.

La reconstrucción del antehélix se realiza mediante una simple plicatura del cartílago, desde su cara posterior. Para ello extirpamos una tira de piel, estrecha y longitudinal en la cara posterior del pabellón, centrada en el pliegue que quedará al doblar el cartílago. Expuesto el cartílago se disecciona la piel adyacente hasta el pericondrio realizando una cuidadosa hemostasia. Con agujas transfixiantes marcamos los puntos de pliegue del cartílago. Las agujas se pasarán desde una línea dibujada previamente en la cara anterior de la oreja y marcarán los puntos de inflexión o eje de pliegue del cartílago para la formación del antehélix. Normalmente damos cinco o seis puntos. Empleamos material no reabsorbible, calibre 3-0 o 4-0 (fig.3). Los puntos se colocan de modo que queden centrados en el punto de inflexión con el nudo en el interior del pliegue. Tienen gran importancia lo que se aplican en el extremo superior donde el hélix debe curvarse en dirección a la cruz. No es estético que el pliegue siga recto hacia arriba, y para conseguir su curva deberán colocarse los puntos en una posición y tensión correctas.



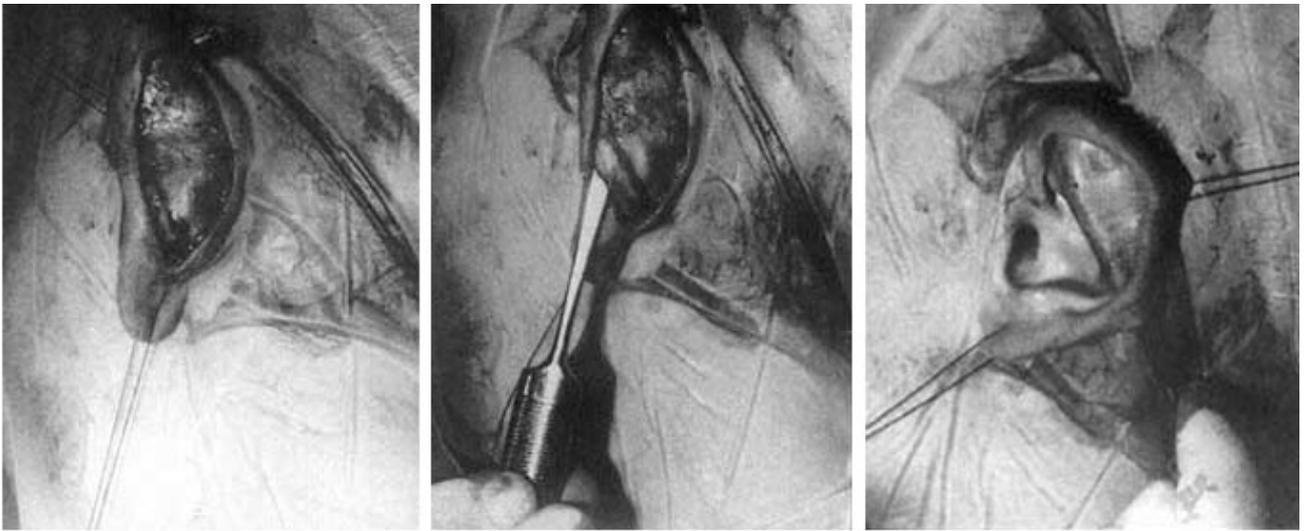
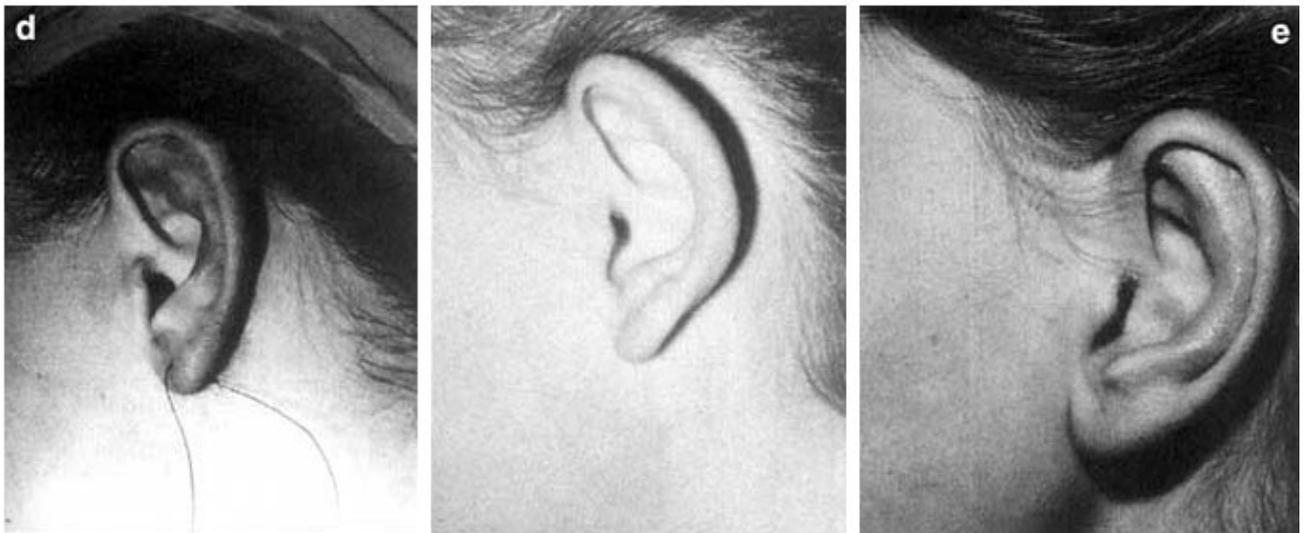


Figura 2.- Técnica quirúrgica. a) Resección del huso cutáneo longitudinal. b) Disección de la línea de pliegue del cartílago. c) Limado de la línea de pliegue.



d) Incisión cutánea suturada. e) Vista pre y postoperatoria.

Nunca resecamos cartílago, salvo en casos de conchas excepcionalmente grandes, ya que la concha aparentemente grande se transformará en antehélix al doblarse por acción de las suturas. Cuando se reseca la concha, esta debe quedar en la base de implantación de la oreja de modo que no sea visible. Nunca realizar otro tipo de resección por cuanto la sección del cartílago comporta la formación de dos aristas libres que se ven visibles a través de la piel. En los casos en que el lóbulo es también prominente damos un punto desde el extremo del hélix al extremo de la concha, para evitar la deformidad en "teléfono". Para el cierre cutáneo hacemos sutura intradérmica y recomendamos que durante cuatro o cinco días lleven un vendaje modelante semi-compresivo.

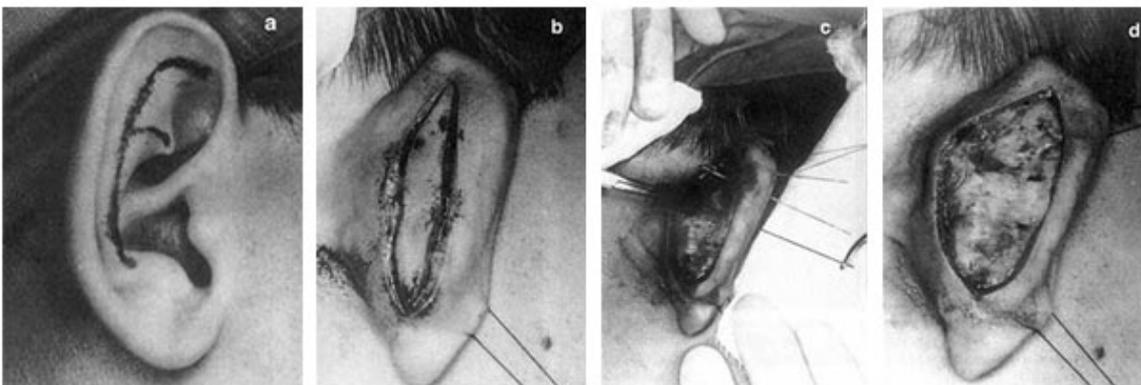


Figura 3.-Técnica de Mustardé. a) Dibujo de la situación del nuevo antehélix. b) Resección del huso cutáneo. c) Marcado de los puntos de pliegue, con agujas transfixiantes. d) Puntos ya marcados.

## Conclusión

Este es un método de gran simplicidad y eficacia (Fig 6) y puede aplicarse a cualquier tipo de deformidad de orejas en "asa" independientemente de las características de su cartílago. Sus excelentes resultados y su baja morbilidad hacen que sea nuestro método de elección.

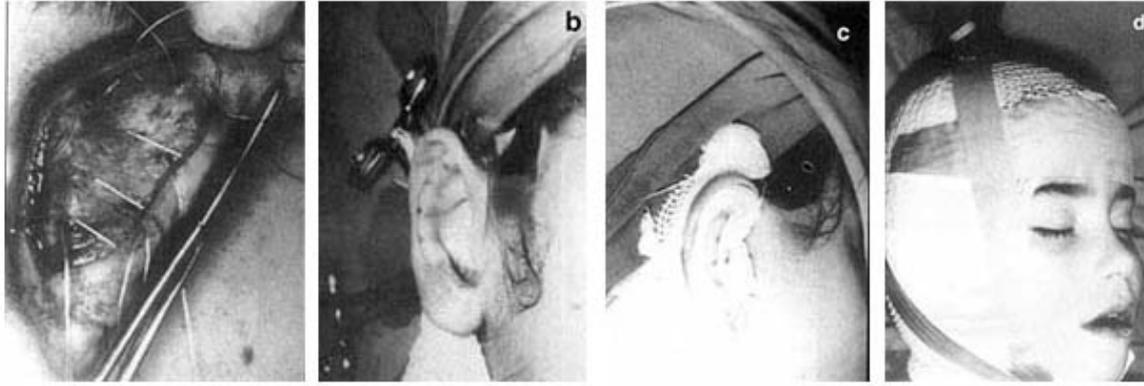


Figura 4.- Técnica de Mustardé (continuación).

a) Se muestran los puntos de plicatura cuyos nudos van a quedar enterrados. b) Resultado inmediato. c-d) Colocación del vendaje.

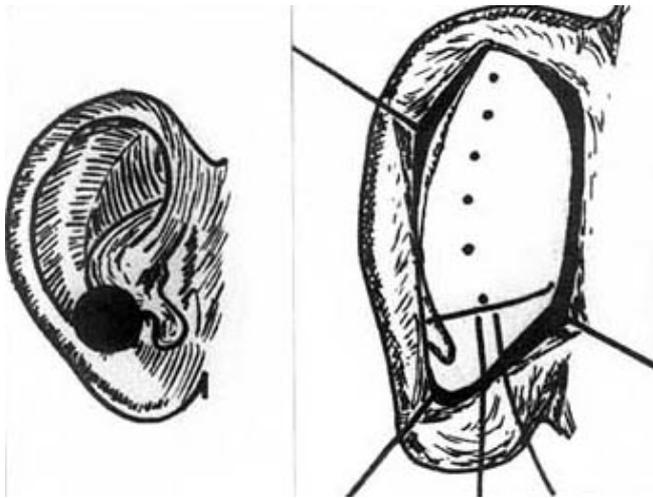


Figura 5.- Esquema mostrando la forma de aplicar el punto de plicatura del lóbulo.



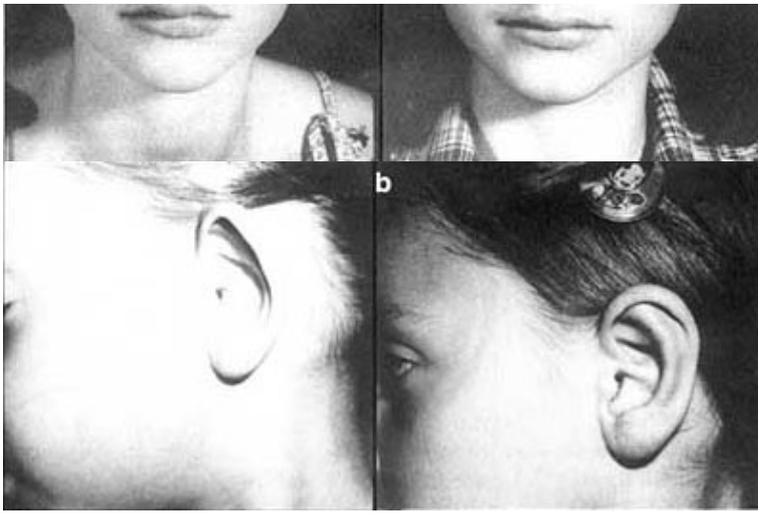


Figura 6.- Resultado final a largo plazo. a) Vista de frente. b) Vista de perfil.

Domicilio del autor  
 Dr. Javier Bisbal  
 Clínica Planas  
 Pedro II de Moncada 16-18  
 08034 Barcelona (España)

---

## Bibliografía

1. Stenström S.L.: "A natural thecnique for correction of congenitally prominent ears". *Plast.Reconstr.Surg.*1963;32:509-518.
2. Mustardé J.C.: "The correction of prominent ears using simple mattress sutures".*Brit.J.Plast.Surg.*1963; 16:170-176.
3. Mustardé J.C.: "The treatment of prominent ears by buried mattress sutures". *Plast.Reconstr.Surg.* 1967;4:382-386.

---

**Nota de la Redacción:** Para más información pueden consultarse los siguientes trabajos:

- García Padrón J.:** "Orejas en Asa. Técnica basada en el empleo de hebras de tendón". *Rev.Esp.Cir.Plást* 1970;3:123-128.
- Bermúdez Piernagorda M.y cols.:** "Nueva técnica de Otoplastia para la corrección de orejas prominentes" *Cir.Plást.Iberlatinamer.* 1979; 5:183-189.
- Ginsbach G., Mindejahn A.:** "Resultados precoces y tardíos después de Otoplastia usando la técnica de Mustardé, y descripción de otra técnica". *Cir.Plást.Iberlatinamer.* 1979;5:325-334.
- Parejo González, L., Soto Matos R.:** "Otoplastia bilateral". *Cir.Plást.Iberlatinamer.*1979;5:369-375.
- Oroz Torres J., Pelay Ruata M.J.:** "Corrección quirúrgica de las Orejas en Asa". *Cir.Plást.Iberlatinamer.*1 10:263-272.
- Carrillo Blanchar D.L., y cols.:** "Orejas en Asa". *Cir.Plást.Iberlatinamer.* 1986;12:151-154.
- García Padrón J.:** "El tejido subconchal en el tratamiento de las orejas prominentes".*Cir.Plást.Iberlatinamer.*1996;22(1);31-36.

## Comentario al trabajo "Otoplastia" de los doctores J.Bisbal y colaboradores

Básicamente estoy totalmente de acuerdo con los autores del trabajo.

Desde la publicación del primer trabajo del Dr. Mustardé sobre la corrección de orejas en asa con puntos de colchonero nos declaramos sin reservas entusiastas seguidores de este método que por su simplicidad y rela seguridad venía a resolver un problema que en nuestras manos parecía muy complejo, pues los diferentes métodos que empleamos hasta 1963 nos permitían sentirnos orgullosos de los resultados.

Pero el método de Mustardé también nos dio problemas muy pronto, fundamentalmente porque el espacio creado al formar el antehélix era ocupado por la piel retroauricular ocasionando la intolerancia de los punto colchonero los cuales se exteriorizaban formando el correspondiente granuloma. Intentando buscar una

solución a este problema ideamos una técnica en la que sustituíamos el material de sutura por hebras de ten tomados del propio paciente o conservado de sobrantes de operaciones de cirugía de la mano. Los resultados fueron muy buenos pero resultaba muy laborioso lo cual nos hizo abandonarlo y seguir con la técnica original de Mustardé.

Cuando apareció la publicación de Stenström nos pareció una gran aportación para resolver el problema de formación del antehélix en las orejas de cartílago grueso o muy rígido.

En casos de concha grande lo resolvíamos con sencillez resecando el tejido retroconchal con lo que seccionábamos todas las estructuras de fijación de la oreja a la mastoidea lo cual nos permitía fijarla en otra posición más estética. No tardamos mucho en darnos cuenta de que ese tejido retroconchal debidamente movilizado era un material ideal para rellenar el espacio que quedaba al formar el pliegue del antehélix. Ese tema de otro trabajo nuestro.

Este método tenía el inconveniente de distorsionar el pliegue auricular posterior. Pero hasta el presente no hemos tenido la menor queja por este motivo.

Felicito a los autores del trabajo; técnicas simples y relativamente libres de complicaciones como la de Mustardé, merecen ser divulgadas y que se les dé el crédito que les corresponde. Con este comentario sólo quiero llamar la atención sobre sus limitaciones y la prevención de sus posibles complicaciones.

**Dr. Juan García Padrón**