

Reconstrucción parcial del pabellón auricular por herida traumática contundente

Partial reconstruction of the auricle due to blunt traumatic injury

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

Gladys Pérez López¹ <http://orcid.org/0000-0002-0068-3388>

María Cristina Molina Mesa^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-6654-5589>

Mayelin Marisol Romero Portorreal ¹<https://orcid.org/0000-0001-9006-7070>

¹Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Manuel Fajardo”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: mariacristinamolnmesa@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El pabellón auricular por su situación anatómica se encuentra susceptible a diferentes lesiones traumáticas y 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 caso de reconstrucción parcial del pabellón auricular por herida traumática contundente.

Métodos: Revisión y selección de artículos en los idiomas inglés y español en Cumed, Lilacs, Medline, PubMed, Researchgate Publication.

Caso clínico: Paciente masculino atendido en el cuerpo de guardia del Hospital Universitario “General Calixto García” en septiembre de 2021, con pérdida del borde helical, posterior a una riña, sufriendo trauma contundente con herida avulsiva del pabellón auricular. Se le realizó la reconstrucción mediante técnica versátil y sencilla que requiere siempre cumplir con todos los requisitos de asepsia, adecuada sutura y reparación anatómica para esperar buenos resultados postoperatorios y estéticos del paciente.

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

Palabras clave: reconstrucción del pabellón auricular; pérdida parcial auricular traumática; avulsión del pabellón auricular.

ABSTRACT

Introduction: Due to its anatomical situation, the ear pavilion is susceptible to a series of traumatic and pathological injuries, so its reconstruction is a real challenge for the surgeon in charge of maintaining symmetry with the contralateral pavilion as its complex structure.

Objective: To present a case of partial reconstruction of the auricle due to blunt traumatic injury.

Methods: Articles in Cumed, Lilacs, Medline, PubMed, Researchgate Publication (in English and Spanish) are reviewed and selected.

Clinical case: Patient male, treated at the emergency room of the "General Calixto García" University Hospital in September 2021, with loss of the helical edge, after a fight, suffering blunt trauma with an avulsive injury to the auricle, on which reconstruction was performed; a versatile and simple technique that always requires compliance with all the requirements of asepsis, adequate suture and anatomical repair to expect good postoperative and aesthetic results for the patient.

Conclusions: The importance of early care and in conditions of asepsis and antisepsis, with surgical technique according to the Weerda classification to achieve aesthetic results without complications, should be highlighted.

Keywords: reconstruction of the pinna; partial traumatic atrial loss; avulsion of the pinna.

Recibido: 14/03/2022

Aprobado: 09/04/2022

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 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.

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

La reconstrucción auricular tanto para malformaciones congénitas como para el manejo de las secuelas del trauma, ha sido un campo de amplio desarrollo. La demanda de reconstrucciones auriculares ha aumentado en los últimos años debido a una mayor incidencia de lesiones como resultado de accidentes de tránsito, violencia interpersonal y guerra entre grupos armados.^(3,4,5) El tratamiento temprano de este tipo de lesiones previene la cicatrización defectuosa de las mismas y por tanto la pérdida de tiempo en su reconstrucción estética.

De acuerdo a la Clasificación de *Weerda* las lesiones del pabellón auricular pueden clasificarse en: desgarros y lesiones por avulsión.⁽⁶⁾

- 1- Primer grado: abrasiones o heridas sin compromiso cartilaginoso.
- 2- Segundo grado: desgarro con separación de un colgajo pediculado de tejido.
- 3- Tercer grado: avulsión sin pérdida del segmento.
- 4- 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 el proporcionar antibióticos al paciente cuando el mecanismo de lesión incrementa el riesgo de infección, como es el caso de mordedura o laceración con algún objeto contaminado.^(7,8,9)

Por la escasa ocurrencia de este tipo de proceder quirúrgico en nuestro medio, se presentó este caso clínico al que se realizó la reconstrucción de una pérdida parcial del pabellón auricular por trauma.

Caso clínico

Paciente masculino de 42 años de edad, residente de la Habana, sin antecedentes patológicos, 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 min previo al ingreso. Al examen físico se observa la existencia de una pérdida parcial del pabellón auricular de la oreja izquierda en su tercio superior y medio; con sangrado moderado y exposición de cartílago auricular (Fig. 1).



Fig. 1 - Herida del pabellón auricular izquierdo en su tercio superior y medio.

Se administra una dosis de Cefazolina (1 g) endovenosa como profilaxis. Se inyecta analgesia (Dipirona 1 gramo + Diclofenaco 75 mg intramuscular dosis única). Se realizó asepsia y antisepsia del sitio operatorio. Se realiza lavado de la herida con suero fisiológico (Solución salina al 0,9 % con 1500 cc.). Con previa infiltración de anestesia local (Lidocaína al 2 % sin epinefrina) se infiltra un total de 7 cc de anestesia. Se reparó el esqueleto cartilaginoso y fijación del pabellón auricular a la fascia temporal con sutura discontinua reabsorbible (cromado 3,0), realizándose hemostasia (Fig. 2 y 3).



Fig. 2 - Reconstrucción pabellón auricular (vista lateral).



Fig. 3 - Reconstrucción pabellón auricular (vista posterior).

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

La duración de la cirugía menor fue de 50 m. El paciente es dado de alta 4 h posterior a la intervención quirúrgica sin complicaciones. No presentó zonas de necrosis, infección, ni requirió procedimientos adicionales. El seguimiento a las 72 h, a la semana y al mes no mostró defectos que requirieran reintervenciones o procedimientos quirúrgicos adicionales. El paciente refiere total satisfacción con el resultado y no presenta disminución de la audición ni cicatrices patológicas que afecten la armonización y estética facial.

Discusión

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

Además, es fundamental considerar el espesor total del defecto y clasificarlo según el grado del daño utilizando la clasificación de *Weerda*, y que no haya 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.⁽¹²⁾

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 esta revisión en la cual solo se hizo reparo primario simple con resultados exitosos, sin complicaciones.

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 dinámicas. Las heridas complejas necesitan ser desbridadas, los bordes contundidos deben de ser remodelados.^(13,14,15)

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

Se concluye que debe resaltarse la importancia de la atención precoz y en condiciones de asepsia y antisepsia con técnica quirúrgica según la clasificación de *Weerda* para lograr resultados estéticos sin complicaciones.

Referencias bibliográficas

1. Caldeira A. Respuesta al comentario del Dr. Aquero. Cir. Plást. Iberolatinoam. 2018;44(3):279-89. DOI: <https://doi.org/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. *Rev. Piel.* 2021;36(5):291-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.piel.2020.08.002>
3. Franco-Muñoz M. Reconstrucción de defectos auriculares mediante el «colgajo en isla en puerta giratoria». Serie de casos. *Actas Dermo- Sifiliográficas.* 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.03.002>
4. López-Delgado D. Colgajo de Limberg en la región auricular: una solución quirúrgica en una localización anatómica complicada. *Rev. Piel (Barcelona).* 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.piel.2017.11.011>
5. Pérez-Paredes M.G, Cucunubo-Blanco H.A, González-Sixto B, Rodríguez Prieto M.Á. Chondrocutaneous Island Flap for Reconstruction of an Antihelix Defect. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2015;106(6):503-4. DOI: <https://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. *Rev. Piel.* 2018 [acceso 12/04/2021];33(4):257-58. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6410401>
7. Barrera J, Acosta Á. Madiado de Hart Antia-Buch Flap for a Large Upper-Pole Defect of the Ear. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2021;112(6):558-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.10.010>
8. Baldin V. Reconstrucción auricular traumática con colgajo retroauricular. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM.* 2018 [acceso 12/04/2021];61(4). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80984>
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):123-28. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922007000200007&lng=es
10. González-Sixto B, Pérez-Bustillo A. Injerto de cartílago en la reconstrucción del pabellón auricular. *Actas Dermo-sifiliografica.* 2013;104(7):633-4. DOI: <https://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):111-8.

Disponible

en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000100012&lng=es

12. Canto B, González B, Gil J. 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?script=sci_arttext&pid=S1727897X2020000300469&lng=es

13. Gantz T. 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;75:265-9. DOI:

<https://10.4067/S0718-48162015000300012>

14. Schulz M, Salem C. Reconstrucción auricular. Cuadernos de Cirugía. 2003;17(1):75-85. DOI: <https://10.4206/cuad.cir.2003.v17n1-13>

15. Bauzá A. Cirugía reconstructiva de la región auricular. Rev. Piel. 2004;19(6):335-43. DOI: [https://S021392510472866X%20\(1\)](https://S021392510472866X%20(1))

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses de ningún tipo.