

Trabajo del Instituto de Cirugía para Post Graduados
Director: Dr. Eduardo Blanco Acevedo

OREJAS EN ASA

Significación psicológica, clasificación morfológica y tratamiento quirúrgico

Pedro V. PEDEMONTE

Las orejas en asa u orejas en pantalla o desplegadas o separación congénita de los pabellones auriculares es la deformidad más frecuente de este órgano. Son las más comunes después de las del apéndice nasal. Mientras estas últimas se manifiestan en la adolescencia, las orejas en asa aparecen ya en la niñez. Es más frecuente en los varones que en las niñas; además, éstas, ocultando el defecto con el cabello raramente son llevadas al cirujano plástico para corregirlo. En los niños, además de la razón morfológica, hay una razón psicológica poderosa que empuja a los padres a hacer corregir el defecto auricular. Las orejas en asa son de los dimorfismos de la cara que más intensamente repercuten en la esfera psíquica del niño.

En éste, en edad escolar, el juicio de autoestimación comienza ya a aparecer. Pero es principalmente la estima de los demás que obra poderosamente en su personalidad, y ella no es nunca amable para quien presenta un defecto tan visible y llamativo. El niño con orejas en asa se ve entonces en la disyuntiva de aceptar callada y resignadamente las burlas a veces inocentes pero siempre mortificantes de sus compañeros o revelarse contra ellas y estar en continua pelea con quienes se las dirigen.

Estas actitudes espirituales traen sus consecuencias. Los

primeros se defienden negándose a seguir concurriendo a la escuela y alejándose de la rueda de amiguitos, limitándose muchas veces al reducido círculo social de la familia y llegando aún

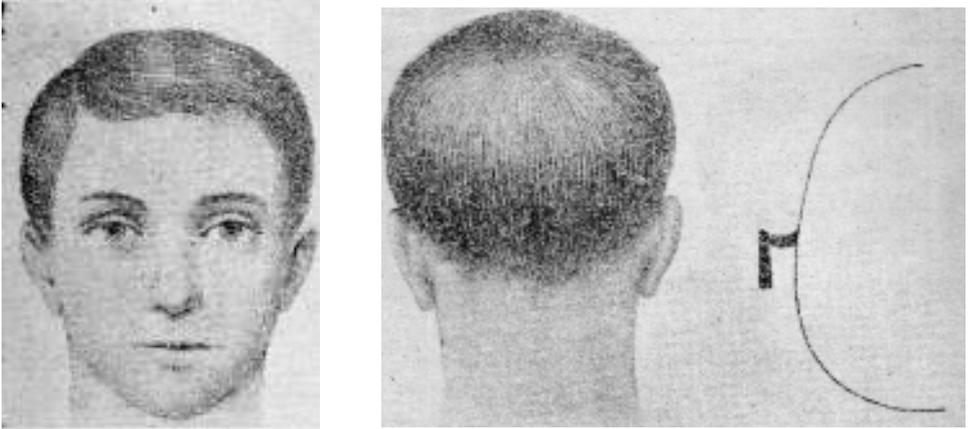


FIG. 1



FIG. 2

como en varios casos nuestros — a no salir a la calle por temor a ser objeto de mofa.

Los segundos, en cambio, revelándose contra sus compañeros y riñendo continuamente con ellos, son considerados por sus maestros, como indisciplinados, díscolos, peleadores y deben sufrir

frecuentes y serias sanciones disciplinarias, que contribuyen aun más a irritar su espíritu y a disponerlo a la respuesta violenta y agresiva a las burlas de sus amigos.

Las orejas en asa suelen aun traer consecuencias a distancia.



FIG. 3

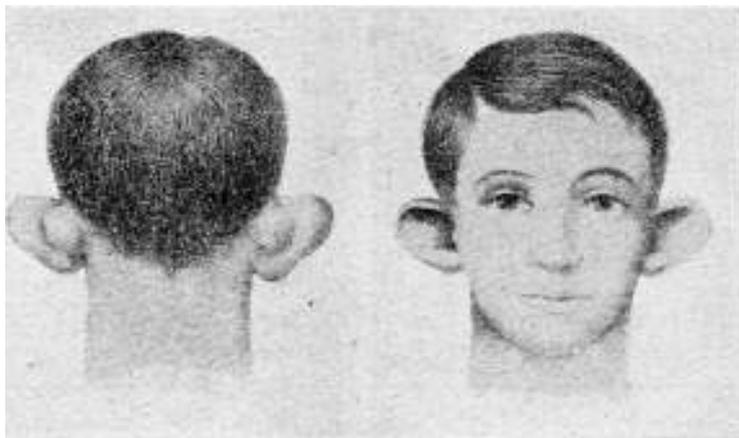


FIG. 4

No es raro que el niño portador de tal dismorfismo y que ha aceptado sin revelarse la desconsiderada estimación ajena sea después un adolescente o un adulto, retraído, tímido, poco sociable, indi-

ferente a toda iniciativa que implique una ampliación de su círculo social. El defecto morfológico lo ha vencido.

No es raro tampoco que el que siempre se reveló contra la opinión poco amable de los demás, riñendo con ellos, sea en el futuro un sujeto irritable, predispuesto a no aceptar de buen grado ninguna broma y hasta cierto punto es un amargado y un descontento consigo mismo y con la sociedad que siempre lo ha recibido tan mal. Se produce en él un relajamiento del sentimiento de comunidad que se traduce, — en sujetos predispuestos y en condiciones especiales, — por falta de respeto por sus leyes y por aberraciones de ética social a veces de magnitud considerable. Son estas razones importantísimas para que las orejas en asa sean corregidas a temprana edad, edad escolar.

El único tratamiento eficaz y seguro es el quirúrgico y es un hecho interesante y que demuestra claramente hasta qué punto los niños tienen conciencia de su deformidad fisonómica, el empeño que ellos mismos ponen en corregir su defecto.

Son ellos, muchas veces, los que piden, e insisten repetidas veces hasta lograr que sus padres los lleven al cirujano plástico. Es admirable aún la complacencia con que aceptan la operación y la tranquilidad con que la soportan a pesar de que ésta es de larga duración, 60, 90 o más minutos. y efectuada con anestesia local que si indudablemente quita todo dolor, no puede evitar el temor, la tensión nerviosa y el cansancio, cosas que en tales intervenciones se ven sólo excepcionalmente.

Habiendo varios tipos de orejas en asa su tratamiento quirúrgico impone un conocimiento exacto de su patogenia morfológica ya que cada uno de ellos se corrige mediante técnica particular.

Es éste un punto claramente definido hace ya varios años por Ivanissevich y Ferrari en un artículo publicado en el Boletín del Instituto de Clínica Quirúrgica de Buenos Aires, tomo III, N° 26, año 1927 y del cual seguiré la clasificación impuesta por los autores y tomaré algunos documentos gráficos para hacer más clara esta exposición.

En la fig. 1 se ve de frente, de atrás y en esquema la implantación normal de la oreja; concha de mediano volumen y ángulo del antélix igual a 90° o en sus proximidades.

En la fig. N° 2 un primer tipo de oreja en asa; el tamaño de

la concha es normal pero el ángulo del antélix es muy abierto, llegando a veces a estar el hélix en la prolongación de la concha.

En la fig. N° 3 otro tipo de oreja en asa; el ángulo del antélix es normal pero el tamaño de la concha exagerado.

En la fig. N° 4 otro tipo aún de oreja en asa; en éste se hallan presente los dos factores anteriormente citados, el volumen aumentado de la concha y la falta del pliegue del antélix.

Como lo establecen los autores mencionados estos distintos tipos de orejas en asa deben ser corregidos por medio de técnicas distintas.

El primero debido a la falta de formación del ángulo del antélix se corrige, haciéndolo, es decir plegando el cartílago hasta un ángulo aproximado de 90°. Los tiempos fundamentales son la anestesia regional con novocaína al 2 % como para cualquiera intervención de esta naturaleza, la resección de un losange de piel de la cara posterior de la oreja al nivel del ángulo del antélix y los puntos en U de seda, que tomando el cartílago de la concha y el del hélix, lo flexionan hacia atrás en la medida que se desee. Otro plano de puntos asegura el primero. Mediante hiladas de puntos superpuestos se puede doblar el cartílago en el grado que se quiera, pero sin embargo no conviene exagerar demasiado, si no se quiere obtener un resultado desagradable.

Se termina por sutura subcutánea con catgut y de la piel con intradérmica con seda fina.

En las orejas en asa del segundo tipo, por aumento exagerado de la concha, es necesario reducir su tamaño al normal resecando parte de su cartílago.

La resección de la piel, siempre en forma losángica, se coloca en el ángulo céfalo auricular, de manera que el borde interno de la resección quede sobre la región mastoidea y el externo sobre la cara posterior de la concha, más o menos cerca del ángulo del antélix, según sea el grado de la deformidad. Se reseca el cartílago en la misma forma que la piel, teniendo cuidado al desprenderlo de la piel que cubre su cara anterior de no herirla. Se fija luego a lo que ha quedado del cartílago adherido a la región mastoidea y al periostio de ésta, el borde libre, cruento del cartílago de la concha por puntos en U de seda. Una segunda hilada de puntos del mismo material hace más segura la sutura. La piel de la cara anterior queda entonces demasiado grande, se arruga y

más tarde se adaptará a las nuevas condiciones. Se termina como el anterior.

En el tercer tipo de oreja en asa, por aumento exagerado del tamaño de la concha y por falta del pliegue del antélix hay que hacer las dos cosas a la vez, resecar una porción del cartílago de la concha y doblar el cartílago entre ésta y el hélix para hacer el ángulo del antélix.

Un solo punto de esta técnica se presta a consideracione . El pliegue del antélix puede hacerse a través de la brecha dejada por la resección de la piel colocada en el ángulo céfalo auricular como en el tipo anterior y decolando la piel hacia afuera hasta alcanzar el punto correspondiente al ángulo del antélix. Sin embargo este tiempo resulta en general dificultoso y preferimos rehacer al ángulo del antélix a través de una incisión independiente de la que corresponde a la resección del cartílago de la concha.

En resumen, los tiempos fundamentales serían los siguientes :

- 1º Anestesia regional, igual que siempre.
- 2º Resección de un losange estrecho de piel de la cara posterior de la oreja al nivel del ángulo del antélix.
- 3º Puntos en U de seda y formación de este ángulo como en el tipo primero de oreja en asa.
- 4º Sutura del tejido celular subcutáneo y de la piel.
- 5º Resección de otro losange de piel, como en el tipo 2º de oreja en asa.
- 6º Resección del cartílago de la concha, igual también que en ese tipo de deformidad.
- 7º Sutura del cartílago.
- 8º Sutura del tejido celular subcutáneo y de la piel.

Expondré ahora algunas consideraciones derivadas de la experiencia personal que alcanza a 15 casos.

Las orejas en asa es un defecto morfológico frecuente en los niños y de intensa repercusión psíquica. El niño en edad escolar tiene conciencia de la deformidad, sufre sus consecuencia y busca el remedio, solicitando a sus padres le sea corregida. El acto quirúrgico técnicamente resulta sencillo en ellos, dada la débil resistencia del cartílago y su gran maleabilidad. Sin embargo, lleva.

bastante tiempo, una hora, hora y media y aun dos horas. La anestesia regional con novocaína al 2 % quita seguramente todo dolor. El inconveniente mayor está en el cansancio y la intranquilidad del niño que aparecen después que un tiempo bastante largo ha transcurrido. Un poco de paciencia y unas palabras tranquilizadoras de parte del cirujano son suficientes para dominar ese pequeño inconveniente. En los adolescentes y adultos no hay dificultades anestésicas ni de orden general como en el niño. Hay, en cambio, una dificultad técnica a veces de bastante calibre, derivada de la presencia de un cartílago muy duro, poco flexible y fácilmente quebradizo de manera que hay que hacer los puntos cuidadosamente sino se quiere romperlo.

Este cartílago difícilmente se flexiona y es necesario para hacer el ángulo del antélix seccionarlo a nivel de éste y aun todavía a veces, hacer una doble sección paralela comprendiendo una faja estrecha, de 2 ó 3 mm. de cartílago que constituirá el lomo del antélix.

En todos los casos la hemostasis debe ser muy cuidadosa. A pesar de esto se produce en el post operatorio hematomas más o menos grandes que se colectan en la cámara limitada por la piel decolada de la concha y la región temporal. La mejor manera de evitarlo es colocando un colchonzillo de algodón en este punto y comprimirlo fuertemente por un vendaje circular de la cabeza que se mantendrá apretado 48 horas.

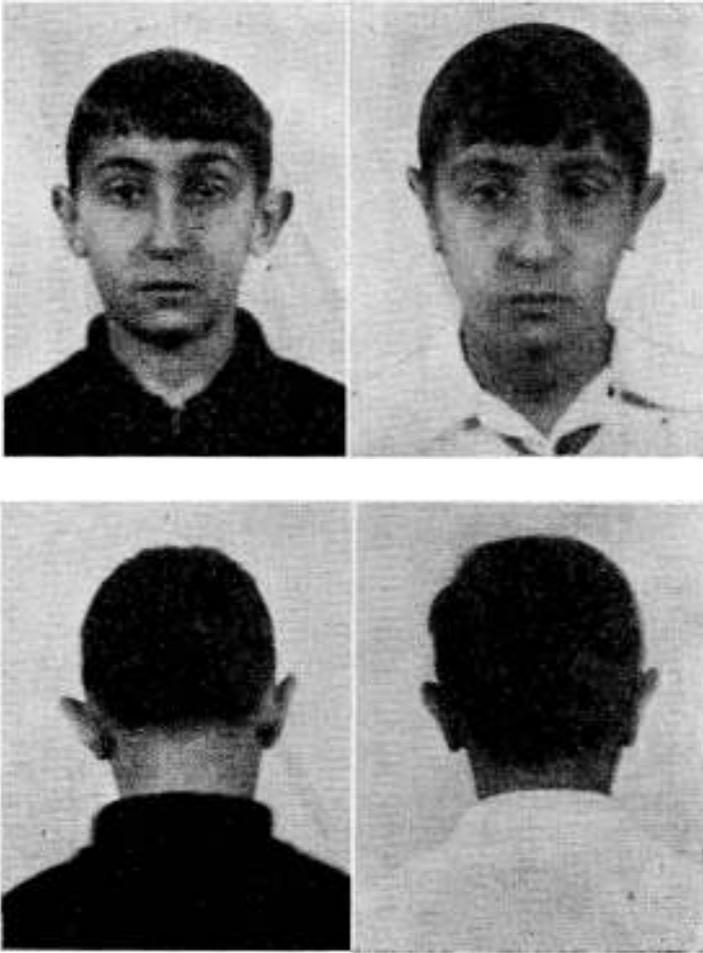
Tomando las habituales precauciones de asepsia no hemos tenido una sola complicación infecciosa. Aunque el tiempo de observación no es muy largo, un año más o menos, no contamos hasta ahora con ninguna recidiva, cosa que no es excepcional aunque generalmente se oculta.

La oreja en asa se combina a veces a otras deformidades del mismo órgano, falta del hélix, presencia del tubérculo de Darwin, lóbulo de volumen exagerado o de forma cuadrangular o adherido a la cara, o aumento regular pero exagerado del tamaño de las orejas.

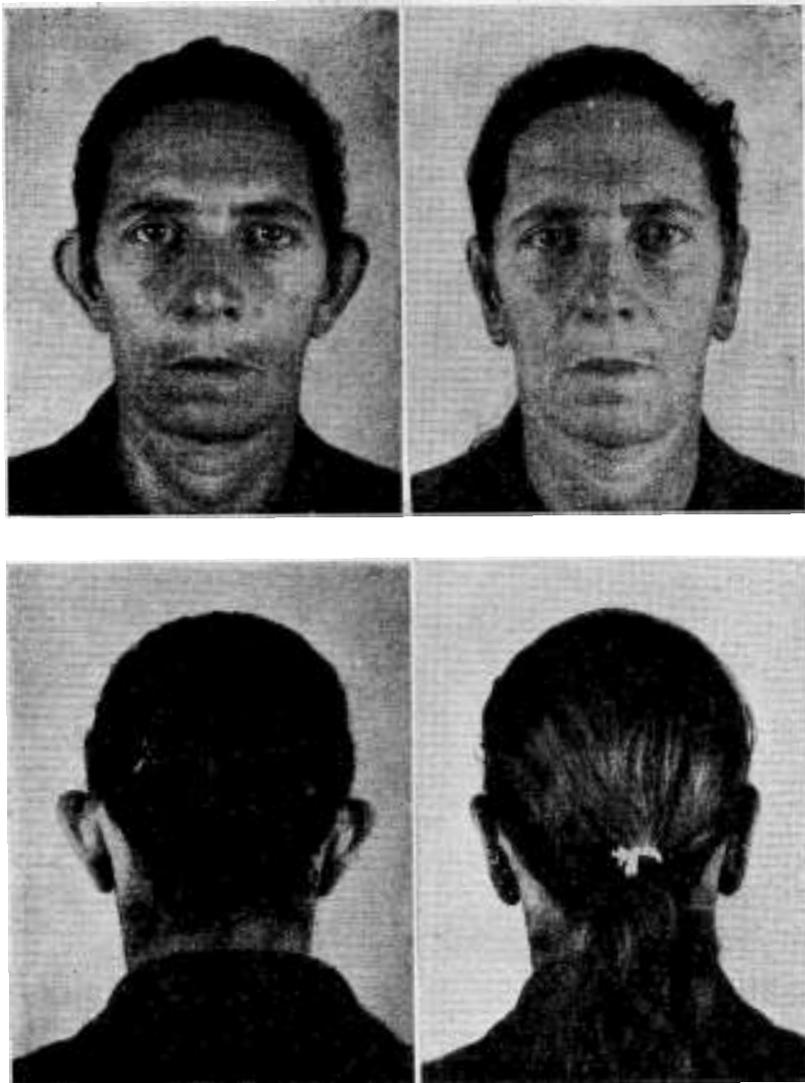
Es necesario conocer bien todas estas deformidades, hacer un prolijo balance del caso a operar y corregir si es posible todos los defectos si se quiere obtener un resultado perfecto.



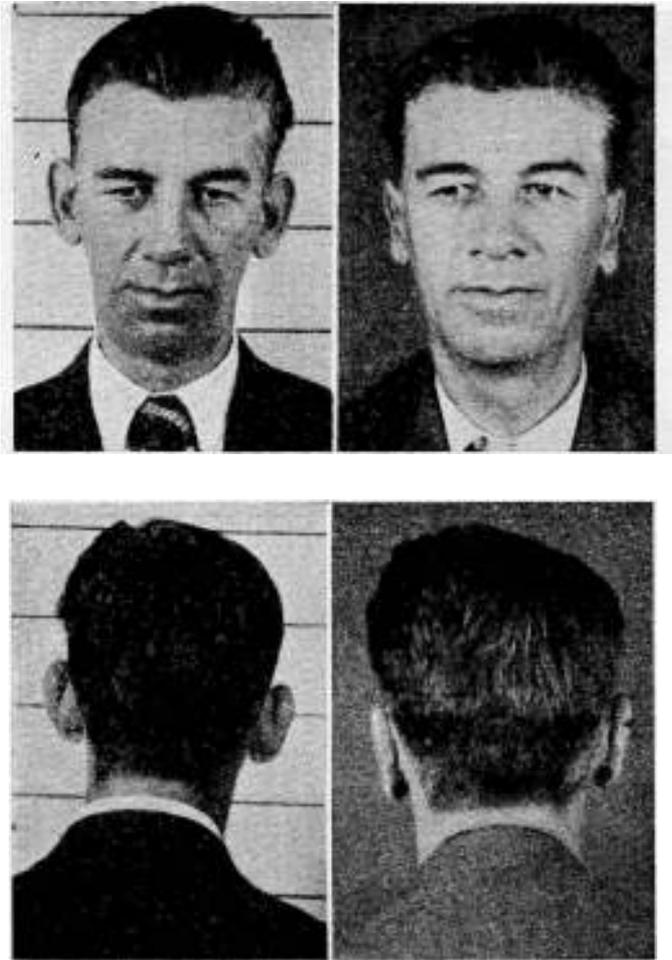
FOTOG. N° 1. — Oreja en asa del primer tipo, corregida mediante la formación del pliegue del antélix



FOTOG. N° 2. — Semejante a la anterior, más pronunciada a izquierda que a derecha



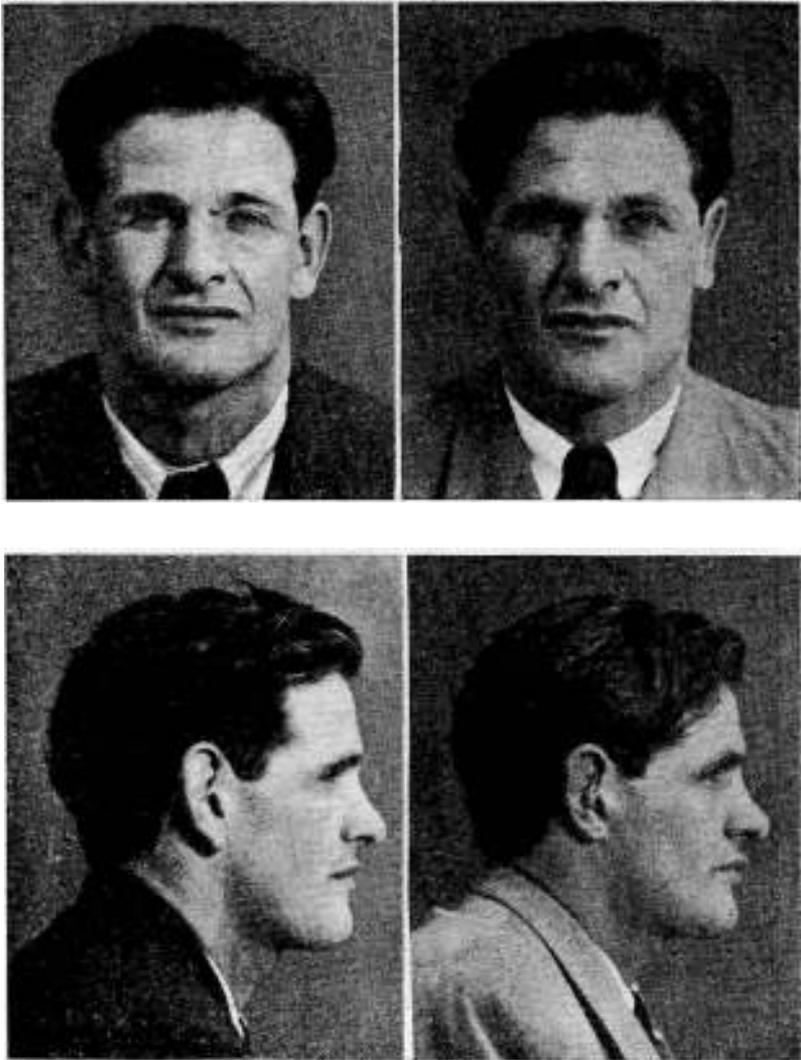
FOTOG. N° 3. — Igual que las anteriores



FOTOG. N° 4. — Oreja en asa del 2° tipo. Discreta oreja en asa, por discreto aumento del tamaño de la concha. Corregida por resección parcial de ésta.



FOTOG. N° 5. — Semejante a la anterior



FOTOG. N° 6. — Semejante a la anterior con el agregado de presentar un lóbulo hipertrófico, pendiente. Corregida por resección parcial de la concha y resección parcial del lóbulo.



FOTOG. N° 7. — Oreja en asa del tercer tipo, corregida por resección parcial de la concha y formación del pliegue del antélix. El cartílago tenía una considerable dureza y el acto operatorio resultó sumamente dificultoso. El resultado aunque bueno, dista mucho de ser perfecto.



FOTOG. N° 8. — Oreja en asa del tercer tipo, corregida mediante la técnica descrita en el texto