

## SECUELAS DE LAS QUEMADURAS DEL PABELLON AURICULAR

*Dr. JORGE VERGES IRISARRI*

Llama la atención al profano y al médico general el observar como los cirujanos plásticos que son tan puntillosos al juzgar los resultados de sus tratamientos reparadores y estéticos, se conforman y muestran con orgullo reconstrucciones del pabellón auricular que están por cierto muy lejos de lograr la perfección anatómica y estética del órgano normal.

Es que, todavía no podemos ofrecer a estos pacientes un método que les restituya "ad-integrum" las particularidades anatomofisiológicas de este órgano tan singular que, poco conspicuo cuando existe con sus características normales, tanto resalta cuando se encuentra semidestruido o falta por completo.

Cuando se quema una oreja lo hace, por lo general, integrando un sector regional de la cara o a ésta en su totalidad. Es decir, que la quemadura no es sólo del pabellón auricular (P. A.) en sí, sino de éste y de la piel que lo circunda, lo cual tiene una enorme importancia como veremos más adelante, puesto que condiciona en su tratamiento la posibilidad de traer elementos cutáneos de otros sectores.

Basta observar una oreja normal para caer en la cuenta de la enorme dificultad a que se ve abocado el cirujano reparador que trata de rehacer los pliegues, las curvas, las prominencias y las depresiones que se entrelazan en una superficie de apenas algunos centímetros cuadrados en una profusión como no existe en ninguna otra parte del organismo.

Si a esto se le suma el poco espesor del órgano, su inserción en el cráneo de manera tal que se proyecta formando con la casi totalidad de su superficie un determinado ángulo céfa-

loauricular; y, por último, la flexibilidad del pabellón, comprenderemos porque la reparación de las secuelas, a poco que la quemadura haya sido medianamente importante o mal tratada en su período agudo, se basa en un plan de largo alcance, y con múltiples etapas reparadoras.

Existen algunos detalles anatómicos que deseamos resaltar.

### *La piel*

Es diferente en su cara anterior y en su cara posterior. En la primera se encuentra directamente aplicada contra el cartílago, sin interposición de celular subcutáneo alguno, de manera tal que el dermis cutáneo se confunde con el pericondrio íntimamente. Es decir, que cualquier quemadura de la cara anterior de la oreja que tome todo el espesor de la piel, deja al cartílago desprovisto de su nutrición y, por lo tanto, expuesto a la necrosis que en él se caracteriza por su tendencia a hacerse extensiva por el mecanismo de la pericondritis.

Pese a esa íntima adherencia, las colecciones serosas que se forman en la oreja, en la etapa aguda, decolan el cartílago de la cobertura cutánea sumando un nuevo factor de necrosis cartilaginosa.

La piel de la *cara posterior de la oreja* es también fina, pero se encuentra separada del soporte cartilaginoso por una capa de tejido celular. Se refleja en el ángulo céfaloauricular para ir a formar la piel de la región retroauricular que, por tener sus mismos caracteres de finura y buena nutrición, es auxiliar valiosísimo en los procesos de reconstrucción cuando no se halla afectada por la quemadura.

En la región *preauricular* existe en el nombre una banda de piel comprendida entre la implantación de la oreja y la zona filosa que, precisamente por encontrarse libre de folículos, puede también, en algunos casos, utilizarse a los fines reparadores.

### *El cartílago*

El cartílago de la oreja no tiene igual en ninguna parte del organismo. Es el sostén de la oreja, el que le imprime las características morfológicas y fisiopatológicas a que hemos hecho mención y el destinatario de una abundantísima red vascular que, si bien no lo alimenta directamente, le asegura un aporte por imbibición muy importante.

Cuando es menester suplantarlos, se acude a dos fuentes:

- a) el cartilago costal, el más usado, el más accesible y con el cual se tiene más experiencia desde que Pierce, en 1930, comenzó a usar cartilago en las reconstrucciones de oreja: y
- b) el cartilago meniscal. respecto al cual no hay experiencia en nuestro medio.

El tratamiento de las secuelas de una quemadura de oreja, debería comenzar en el momento en que se trata la quemadura aguda.

La lucha contra la infección, el debridamiento y evacuación de las colecciones serosas, la limitación de la pericondritis, etc., son todas maniobras efectivas de lucha en la faz aguda de la lesión.

Como resultante de este complejo de órgano quemado con tendencia a la progresión de sus lesiones y tratamiento activo tendiente a limitarlo en su expansión lesional, aparecen un cúmulo de lesiones secuelares de imposible sistematización, dado que varían desde la desaparición casi total del órgano, dejándolo reducido a un acúmulo de tejidos que semejan a un orejón hasta la lesión mínima del hélix o de la porción escafoides. Con menos frecuencia se lesiona la concha y por ende el conducto auditivo externo. La lesión de éste en su faz de recuperación, sea en su estado inicial o luego de su reparación, tiene una clara tendencia a la retracción que se mantiene durante mucho tiempo, originando la obstrucción del mismo y sustituyendo el canal auditivo externo por una masa de tejido cicatricial incompatible con la adecuada función de la audición.

Es también poco común encontrar quemaduras de la porción conchal. No sucede lo mismo con la porción escafoidea y con el hélix que a menudo desaparecen o pierden sus prominencias y depresiones quedando una oreja afinada y papirácea.

Con relativa frecuencia aparecen también dos lesiones a menudo asociadas:

- a) la desaparición parcial o total del hélix: y
- b) cuando se ha quemado la piel retroauricular, la fusión del cartilago contra al región mastoidea desapareciendo así el ángulo céfaloauricular.



Dos son las soluciones que se han esgrimido para solventar este difícil problema. Por un lado, los procedimientos quirúrgicos y, por otro, las prótesis.

Los procedimientos quirúrgicos son de una gran variedad, pero pueden esquematizarse en una serie de etapas, a saber:

- a) Balance lesional.
- b) Toma y preparación de elementos cutáneos y cartilagosos.
- c) Su adaptación al nuevo ambiente
- d) Reestructuración de la oreja.
- e) Un conjunto de etapas complementarias.

#### *Balance lesional*

Inicia, naturalmente, cualquier procedimiento quirúrgico y a la vez que indica la magnitud de la lesión, muestra los elementos anatómicos aún aprovechables, permitiendo preveer con cierta aproximación los resultados de la plastia.

#### *Toma y preparación de elementos cutáneos y cartilagosos*

Para la provisión de piel se emplean dos tipos de maniobras:

- 1<sup>º</sup>) El injerto de piel libre que es insustituible para suplantar la piel quemada, el cuero cabelludo o para colocar en la porción retroauricular y mastoidea cuando se rehace el ángulo céfaloauricular. En este último caso se suele utilizar piel total tomada de la misma región contralateral o de la región supra-escapular.
- 2<sup>º</sup>) *Los tubos.* Estos pueden provenir de las zonas vecinas, como se muestra en la figura 1.

Se destinan fundamentalmente a reconstruir las pérdidas del hélix o a darles relieve en las reconstrucciones totales, como se muestra en las figuras 2 y 3.

Cuando se utiliza piel de otras regiones, se prefiere la de los huecos supraclaviculares, trazándose los tubos siguiendo la línea del cuello de la camisa en el hombre y el límite entre cuero cabelludo y piel en la mujer, y llevándose por estadios sucesivos hasta su posición definitiva.

#### *Toma y preparación del cartílago*

Ya hemos indicado su fuente. Se talla y da forma en la mesa de instrumentos y la prominencia del hélix se logra colocando una banda de cartílago de algunos milímetros de espesor sobre la plancha cartilaginosa a la que se le ha dado la forma definitiva de la oreja y asegurándola con algunas puntadas de alambre fino.

#### *Su adaptación al nuevo ambiente*

Así configurado el que va a ser nuevo cartílago auricular, se le sepulta bajo la piel de la región auriculomastoidea y comienza entonces una larga etapa de espera en la cual el cartílago trasplantado se adapta al nuevo ambiente y logra su nutrición del nuevo lecho.

#### *Reestructuración de la oreja*

Una vez conseguido esto, se procede a "levantarlo" desprendiéndolo del cráneo en un block conjuntamente con la piel que lo recubre y con una delgada capa de celular retroauricular, dejándolo en la posición que se calcula que ha de ser definitiva.

La cara posterior se recubre con piel, generalmente tomada como injerto libre de piel total y se le da el tiempo necesario para que las condiciones circulatorias de la nueva oreja se readapten y a que el injerto de piel prenda.

#### *Etapas complementarias*

La oreja así formada suele resultar tosca en su forma y tamaño, por lo que son necesarias una serie de etapas complementarias destinadas a afinar los resultados y conseguir una oreja lo más parecida posible a una oreja normal y a la contralateral.

Afinar la piel de la cara anterior, acentuar el nuevo hélix, corregir la tendencia al cierre del ángulo céfaloauricular, construir un nuevo lóbulo, son todas etapas complementarias fundamentales en la consecución de un buen resultado y en las cuales la experiencia y la multiplicidad de recursos del cirujano tratante se pone de manifiesto.

Por último, diremos algunas palabras sobre las prótesis.

Se han usado y se siguen usando, siendo en algunos casos insustituíbles (ancianos).

Se han usado gran variedad de materiales en su confección; desde el metal, pasando por el marfil, hasta los más modernos materiales sintéticos.

Se pueden usar como elementos de sostén recubiertos por un bolsillo de piel, pero suelen ser mal tolerados y con el tiempo eliminados.

Se les utiliza como único elemento para simular la oreja o, como se tiende a hacerlo actualmente, rodeados de un tubo de piel conformado a la manera de un hélix que lo mantiene con más facilidad en su sitio.

Pese a que el resultado inmediato es bueno, con el tiempo aparecen cambios, sea en el color de la tez del paciente por el sol, o en la propia neooreja (color, textura, etc.) que invalidan estos resultados.

Por otra parte, los pacientes prefieren como regla general, recorrer el largo camino que el cirujano les ofrece y conseguir una oreja parecida a la normal, pero que sea "propia", a llevar una prótesis.

En suma. Hemos pretendido poner de manifiesto las dificultades que se suman cuando se pretende reconstruir una oreja y de exponer las bases fundamentales de la fisiopatología de una oreja quemada y de su tratamiento.