

Reparación quirúrgica de doble elongación del lóbulo de la oreja y cambio de la clasificación actual

Surgical repair of double elongation of the earlobe and change of the current classification.

Miguel Ángel Cardona-Hernández,¹ Leonel Fierro-Arias,² Karla Viridiana López-Ortíz,³ Luisa Fernanda Baldassarri-Ortego⁴

Resumen

ANTECEDENTES: La oreja es una estructura cosmética importante. Los defectos traumáticos adquiridos del lóbulo auricular pueden dividirse en completos e incompletos. Ante el incremento de perforaciones y uso de expansores ocurren desgarrs o elongaciones notorias que ameritan reparación con técnicas quirúrgicas especiales.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 48 años con doble elongación completa unilateral del lóbulo de la oreja, tratada satisfactoriamente con M-Z-plastias.

CONCLUSIONES: No encontramos ningún caso reportado de un defecto con doble elongación del lóbulo auricular; por ello, proponemos una modificación a la clasificación actual con integración del tipo V, que correspondería al caso descrito.

PALABRAS CLAVE: Lóbulo de la oreja; reconstrucción; cirugía dermatológica.

Abstract

BACKGROUND: The ear is an important cosmetic structure. Acquired traumatic defects of the earlobe can be classified into two categories: complete and incomplete. Because of the recent increase in perforations and earlobe expanders, wide tear lobe or elongation defects need proper reconstruction with special surgical techniques.

CLINICAL CASE: A 48-year-old female patient with complete double unilateral earlobe tear, successfully treated with M-Z-plasty.

CONCLUSIONS: We did not find any reported case of a defect with double elongation of the atrial lobe; for this reason, we propose a modification to the current classification with integration of type V, which corresponds to the case described.

KEYWORDS: Earlobe; Reconstruction; Dermatologic surgery.

¹ Cirujano dermatooncólogo.

² Cirujano dermatooncólogo, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

³ Residente de quinto año de la subespecialidad de Dermatopatología.

⁴ Residente de cuarto año de la especialidad de Dermatología. Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, Ciudad de México.

Recibido: abril 2020

Aceptado: mayo 2020

Correspondencia

Miguel Ángel Cardona Hernández
drmiguelcardona08@gmail.com

Este artículo debe citarse como:

Cardona-Hernández MA, Fierro-Arias L, López-Ortíz KV, Baldassarri-Ortego LF. Reparación quirúrgica de doble elongación del lóbulo de la oreja y cambio de la clasificación actual. Dermatol Rev Mex. 2021; 65 (suplemento 1): S185-S189.
<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v65id.5443>

ANTECEDENTES

Los defectos del lóbulo auricular son frecuentes en la población general y un motivo constante de consulta en los adultos.¹ Pueden clasificarse dentro de dos grupos: de causa congénita o adquirida (principalmente traumática) y que a su vez originan defectos estructurales completos o incompletos.^{2,3}

La mayor parte de los defectos completos suelen ser unilaterales y ocasionados por una tracción abrupta del lóbulo auricular con segmentación de la misma, que se genera frecuentemente con el uso de aretes y *piercings*. La primera propuesta de reparación de estos casos la describió McLaren en 1954,⁴ pero en la actualidad existen distintos métodos quirúrgicos para tal efecto, con diferentes resultados estéticos y funcionales.

Epidemiología

Aproximadamente el 34% de la población entre 18 y 50 años en Estados Unidos tiene una perforación en las orejas.¹ De éstas, la colocación de expansores para establecer mayor área de manera paulatina (perforación de Gauge)⁵ ha cobrado popularidad en las últimas décadas provocando defectos considerables incluso mayores de 5 mm. Esto ha llevado al incremento del 81% de la necesidad de establecer técnicas quirúrgicas para su corrección. En 2013, se llevaron a cabo más de 40,000 intervenciones quirúrgicas para reparar estos defectos.¹

Causa

El lóbulo auricular sufre cambios significativos con el paso del tiempo, con la edad puede aumentar su tamaño hasta un 35% entre los 20 y 60 años. Los principales factores que contribuyen a su elongación son el uso de expansores, aretes de gran peso, dormir con ellos y malas técnicas

de perforación.^{6,7} Además, es común que se identifiquen adelgazamiento y atrofia.³

Según la propuesta original de Blanco-Dávila y Vásconez,⁸ modificada por Covarrubias en 2013, los defectos del lóbulo de la oreja pueden dividirse de la siguiente manera:

Tipo I: los límites de la perforación son menores a la mitad de la distancia de la perforación original y el margen inferior del lóbulo.

Tipo II: los límites de la perforación se extienden a más de la mitad la distancia de la perforación original y el margen inferior del lóbulo.

Tipo III: apertura del lóbulo en su porción inferior, y

Tipo IV: defectos por lóbulos expandidos.²

Esta clasificación resulta útil para la comprensión del mecanismo del defecto y de las posibilidades de corrección del mismo.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 48 años sin antecedentes de importancia para su padecimiento actual, que acudió a valoración quirúrgico-dermatológica por un defecto de dos años de evolución con doble elongación completa del lóbulo izquierdo (**Figura 1**). Tenía el antecedente de dos reconstrucciones: la primera, mediante cierre por sacabocados, un año después se realizó la segunda por desepitelización simple con cierre directo y con recurrencia del problema en ambas ocasiones. Con base en el estado actual, se realizó exposición quirúrgica cruenta de los bordes y reconstrucción con técnica en M-plastia superior más Z-plastia del borde inferior (**Figura 2**). En el seguimiento posoperatorio se identificó buena evolución, sin recidiva de la elongación tras dos años de la intervención.



Figura 1. Doble elongación completa del lóbulo auricular.

DISCUSIÓN

En la actualidad existen varias alternativas terapéuticas descritas en la bibliografía para la reparación de los defectos estructurales del lóbulo, con diferente grado de dificultad y distintos resultados estéticos.⁹ En general, este tipo de técnicas quirúrgicas son poco costosas, relativamente sencillas de realizar, bien tolera-

das por los pacientes y con buenos resultados funcionales.¹⁰

Entre las técnicas de reparación tras desgarro del lóbulo, pueden considerarse las técnicas de cierre directo o aquellas en las que se instalan colgajos locales. Las primeras representan un método rápido y simple de reparación; en los desgarros pequeños, ésta suele ser una buena opción terapéutica. Las técnicas con colgajo, aunque son más complejas, se prefieren para desgarros medianos o grandes, pues preservan el lóbulo con mejores resultados estéticos.^{3,6,7,11,12}

Mantener la reperfusión es otro tema a considerar, en donde el tiempo de realización, así como la técnica resultan importantes para prevenir un segundo desgarro y separación del lóbulo de la oreja.¹¹ Distintos autores mencionan el uso de cánulas, palillos y suturas no absorbibles (nylon) como espaciadores temporales con resultados variables. Eyal y colaboradores proponen el uso de sutura calibre 2-0 a través del defecto, seguida de una aguja hipodérmica, sin necesidad de aplicación de anestésico local para la instalación definitiva del arete.^{1,10}



Figura 2. Técnica quirúrgica: **A.** M-plastia. **B.** Exposición de los bordes. **C.** Cierre del defecto.

La técnica de Hersh consiste en utilizar un sacabocado para desgarrar menores de 4 mm, con un corte perpendicular al lóbulo de la oreja, desepitelizando el defecto en su entorno realizando entonces un cierre directo primario.¹ Avenaboli, Miller-Eisbach y Narasimhan proponen el uso de la Z-plastia media o inferior, demostrando que para tratar desgarrar completos es un método simple y muy efectivo a largo plazo.^{11,13}

Respecto a las técnicas de colgajos para reparación de defectos pequeños o parciales, se pueden usar diseños en paralelo¹⁴ o L-plastias en espejo en caso de defectos mayores.¹¹

Los procedimientos con este tipo de técnicas quirúrgicas pueden tener complicaciones habituales, como sangrado, dehiscencia de la herida, infección, cicatrización queloide, necrosis en la reparación del defecto o recurrencia del defecto.^{3,7,15} Los seguimientos reportados en la bibliografía han mostrado un adecuado resultado estético después de las diversas técnicas utilizadas, por lo que el pronóstico se considera generalmente favorable.

La limitación reportada con mayor frecuencia es la necesidad de realizar una nueva perforación,

que no se recomienda hacer en los primeros seis meses posteriores a la intervención, para así no interferir con el proceso normal de cicatrización, tampoco se sugiere utilizar aretes de presión o colgantes durante ese periodo.^{2,12}

Las reparaciones en el sitio del defecto pueden mostrar elongación nuevamente. Esto puede evitarse con la colocación de puntos de sutura intradérmicos con polipropileno.¹²

COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Con base en lo expuesto y tras la revisión de la bibliografía actual, no encontramos ningún caso reportado de un defecto con doble elongación del lóbulo auricular; por ello, proponemos una modificación a la clasificación actual con integración del tipo V, que correspondería al caso descrito. **Figura 3**

Respecto a la técnica quirúrgica utilizada y debido al antecedente de recurrencia con técnicas convencionales, se eligió la corrección con M-plastia con instalación de puntos intradérmicos y Z-plastia inferior para evitar un fenómeno de escalonamiento, modificando así la fuerza tensil en la cicatriz definitiva.



Figura 3. Clasificación actual y propuesta de agregar el tipo V que corresponde a doble elongación completa del lóbulo de la oreja.

El lóbulo del pabellón auricular es una zona cosmética importante, que está expuesta constantemente a eventos traumáticos por distintos factores. Éstos pueden modificar su conformación anatómica ideal, por lo que es necesario conocer técnicas de reparación especializadas para su correcto afrontamiento. Consideramos importante la comunicación de este caso y su abordaje terapéutico, para aumentar las opciones de tratamiento y el bienestar de los pacientes.

REFERENCIAS

1. Zeiderman MR, Kelishadi SS, Tutela JP, Chowdry S, et al. Double opposing perpendicular linear repair of gauge ear-piercing deformity: a new technique and literature review. *Eplasty* 2014; 14: e31.
2. Covarrubias PA, Galindez L, Guerrerosantos J, Cárdenas-Camarena L, et al. Nuevo enfoque para el tratamiento del lóbulo auricular expandido: técnica quirúrgica y clasificación. *Cir Plast Ibero-Latinoamericana* 2013; 39 (2): 163-6. <http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922013000200008>.
3. Chiummariello S, Iera M, Arleo S, Alfano C. L-specular plasty versus double-round plasty: Two new techniques for earlobe split repair. *Aesthetic Plast Surg* 2011; 35 (3): 398-401. doi. 10.1007/s00266-010-9596-5.
4. McLaren LR. Cleft ear lobes: A hazard of wearing ear-rings. *Br J Plast Surg* 1954; 7 (C): 162-5. doi. 10.1016/s0007-1226(54)80019-1.
5. Lechien JR, Filleul O, Costa de Araujo P, Hsieh JW, et al. Chronic maxillary rhinosinusitis of dental origin: a systematic review of 674 patient cases. *Int J Otolaryngol*. 2014; 2014: 465173. doi. 10.1155/2014/465173.
6. Collins J, Harvey J, Hilinski JM. Reconstructing the gauge earlobe defect. *JAMA Facial Plast Surg* 2015; 17 (2) :144-8. doi. 10.1001/jamafacial.2014.1249.
7. Yadav S, Sarangal R, Dogra S. One-step technique for esthetic earlobe repair. *J Cosmet Dermatol* 2012; 11 (4): 307-9. doi. 10.1111/jocd.12005.
8. Blanco-Dávila F VH. The cleft earlobe: A review of methods of treatment. *Ann Plastic Surg* 1994; 677-80. doi. 10.1097/0000637-199412000-00023.
9. Sreekar H, Reddy R, Raghunath N, Raghunath N, et al. Did Sushruta first describe ear lobe repairs? A peep into the Samhita. *Our Dermatology Online* 2015; 6 (4): 475-6. doi.10.7241/ourd.20154.130.
10. Eyal N, Har-Shai L, Gil T, Gal-Or N, et al. A method for maintaining the earring tract during the replacement of a temporary earring to a permanent one following repair of a cleft earlobe. *Eur J Plast Surg*. 2014;37(3):167-70.
11. Narasimhan K, Jackson IT. A long-term review of Z-plasty technique for repair of split earlobes. *Eur J Plast Surg* 2010; 33 (3): 125-8.
12. Berghaus A, Braun T. Porous polyethylene for the reconstruction of severe Cosman cleft ear deformities. *Eur J Plast Surg* 2012; 35 (7): 547-50.
13. Dessy LA, Buccheri EM, Anniboletti T. Modified punch technique for incomplete earlobe cleft repair. *Aesthetic Plast Surg* 2006; 30 (6): 731-2. doi. 10.1007/s00266-006-0047-2.
14. Reiter D, Alford EL. Torn earlobe: A new approach to management with a review of 68 cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1994; 103 (11): 879-84. doi. 10.1177/000348949410301109.
15. Altintas A, Celik M, Yegin Y, Kayabasoglu G. Auricular lobuloplasty. *Turk Arch Otorhinolaryngol* 2017; 55 (4): 172-6. doi. 10.5152/tao.2017.2675.