



Otoplastia de preservación: *let down* de concha

Conchal *let down*: Preservation otoplasty.

Ricardo Torres Vasconcelos,¹ Viridiana Gastélum Fernández,² Román Rodolfo Garza Castañeda,³ Francisco Leonel Mendoza Hernández,⁴ Clarissa Arizmendi Ramos⁴

¹ Otorrinolaringólogo y cirujano facial. Director General de la Clínica Topmedical Santa Mónica, Tlalnepantla, Estado de México. Profesor de la especialidad de Rinología y Cirugía Plástica Facial, Universidad Autónoma de Querétaro. Profesor del Diplomado en Rinología y Cirugía Facial, Universidad Nacional Autónoma de México.

² Otorrinolaringóloga y cirujana de cabeza y cuello, Universidad de Monterrey, Nuevo León, México.

³ Otorrinolaringólogo y cirujano de cabeza y cuello, Universidad La Salle, Ciudad de México.

⁴ Otorrinolaringólogo y cirujano de cabeza y cuello, Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia

Ricardo Torres Vasconcelos
drtovari@yahoo.com

Recibido: 13 de febrero 2024

Aceptado: 21 de mayo 2024

Este artículo debe citarse como: Torres-Vasconcelos R, Gastélum-Fernández V, Garza-Castañeda RR, Mendoza-Hernández FL, Arizmendi-Ramos C. Otoplastia de preservación: *let down* de concha. An Orl Mex 2024; 69 (2): 65-73.

PARA DESCARGA

<https://doi.org/10.24245/aorl.v69i2.9571>

<https://otorrino.org.mx>

Resumen

OBJETIVO: Describir la técnica de preservación de la concha como alternativa en el tratamiento del tercio medio prominente durante la otoplastia, otorgando evidencia de resultados satisfactorios en la otoplastia del tercio medio asociados con una técnica conservadora y gradual.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo observacional, retrospectivo, efectuado del 1 de enero de 2018 al 31 de octubre de 2022, en el que se incluyeron pacientes con seguimiento fotográfico y medición de la distancia cefaloauricular del tercio medio.

RESULTADOS: Se incluyeron 37 pacientes. Se observó adecuada disminución de la distancia cefaloauricular del tercio medio; en ninguno de los pacientes hubo necesidad de revisión quirúrgica.

CONCLUSIONES: La técnica de dejar caer la concha, además de preservar la integridad del cartílago, es efectiva para el manejo del tercio medio prominente.

PALABRAS CLAVE: Revisión quirúrgica; concha; preservación.

Abstract

OBJECTIVE: To describe a conchal preservation technique as an alternative in the treatment of the prominent middle third, providing evidence of satisfactory results in otoplasty of the middle third associated with a conservative and gradual technique.

MATERIALS AND METHODS: A retrospective, observational, descriptive study carried out from January 1st, 2018 to October 31, 2022; all the patients had photographic follow-up and measurement of the cephaloauricular distance of the middle third.

RESULTS: Thirty-seven patients were included. An adequate decrease in the cephaloauricular distance of the middle third was observed; in none of the patients was there a need for surgical revision.

CONCLUSIONS: The conchal “let down” is a technique that, in addition to preserving the integrity of the cartilage, is effective for the management of the prominent middle third.

KEYWORDS: Surgical revision; Conchal; Preservation.

ANTECEDENTES

La oreja prominente es un padecimiento frecuente, con prevalencia de hasta un 5% en la raza blanca¹ que suele conllevar un efecto emocional en el paciente, principalmente en los niños que son víctimas de estrés psicológico, trauma emocional y acoso,¹ por lo que la otoplastia no solo mejora estéticamente las orejas, también contribuye a la tranquilidad emocional de la persona.

Existe una gran cantidad de técnicas descritas para la corrección de la oreja prominente,² desde las descripciones de Dieffenbach en 1845³ hasta la técnica de los pilares descrita por Neves y su grupo,⁴ aunque todas tienen en común utilizar técnicas de corte o resección del cartilago. El cirujano facial actual está envuelto en un sinfín de posibilidades quirúrgicas que lo hacen preguntarse ¿cuál es la técnica ideal para mi paciente?

El análisis de la alteración auricular debe conllevar a un diagnóstico topográfico por tercios: superior, medio e inferior, con lo que se establece cuáles son los defectos por manejar. Las principales causas de oreja prominente son:

- Tercio superior: falta de plegamiento de la antihélice.
- Tercio medio: hipertrofia de la concha auricular y ángulo concho-escafoideo mayor a 30°.
- Tercio inferior: desplazamiento antero-lateral de la cauda helicis.
- Combinaciones entre ellas.⁵

En años recientes hemos visto una tendencia hacia las técnicas preservadoras en la cirugía facial y, con el fin de buscar un procedimiento que corrija estas deformidades auriculares y siguiendo la tendencia de preservación, evaluamos la técnica llamada *setback* de concha auricular y el uso de suturas, descrita inicialmente por Elliot en 1990⁶ y más tarde por Adamson en un estudio retrospectivo de 119 orejas,⁷ en la que la concha anida en un bolsillo originado por el retiro del músculo retroauricular y tejido fibroadiposo, fijándolo con suturas para mantener la retroposición (de ahí el término *setback*) para la formación de una oreja estéticamente agradable.

Retirar el músculo auricular posterior y su tejido fibroadiposo permite medializar la concha o dejarla caer en ese nido, a lo que podemos llamarle *let down* de concha. **Figura 1**

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, efectuado del 1 de enero de 2018 al 31 de octubre de 2022, en el que se practicaron 37 otoplastias con un total de 74 orejas. Se dio se-

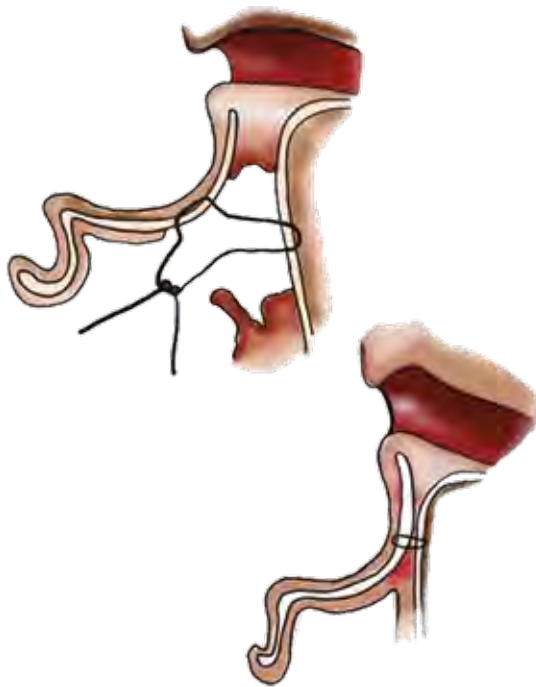


Figura 1

Let down de concha, se retira una porción de músculo auricular posterior, tejido fibroadiposo y la fascia extrínseca auricular supramastoidea.

guimiento a los pacientes durante 3 a 6 meses (promedio de 4.2 meses). Todas las cirugías fueron casos primarios y se distribuyeron equitativamente entre sexos.

Se obtuvieron fotografías clínicas de los pacientes a quienes se les practicó *let down* de concha en vista frontal, lateral y oblicua en condiciones estandarizadas con cámara réflex digital de 24 mpx usando lente de 105 mm, prequirúrgicas y durante la valoración posquirúrgica.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes con hipertrofia de concha auricular, ángulo cefaloconchal mayor a 90° y distancia de la hélice-mastoides mayor a 18 mm en el tercio medio (**Cuadro 1**).⁸ Se excluyeron los pacientes con deformidades auriculares en taza, deformidad en Stahl y con deformidad auricular postraumática.

Técnica quirúrgica

Todas las cirugías se practicaron con anestesia local y sedación oral. Se aplicó la siguiente técnica (**Figura 2**): se administró una tableta de difenidramina 25 mg 20 minutos previos al procedimiento. Se hizo marcaje retroauricular en mancuerna o huella de zapato apoyado por transiluminación, se establecieron los siguientes límites: 1) surco retroauricular (límite

Cuadro 1. Distancias cefaloauriculares normales

Posición auricular	Medidas (mm)
Borde superior de la hélice	10-12
Línea de Frankfort	16-18
Cola de hélice	20-22



Figura 2

Secuencia quirúrgica. **A.** Músculo retroauricular en color naranja. **B.** Retiro del músculo retroauricular. **C.** Descenso de concha mastoidea.

posterior), 2) 1 cm debajo de la raíz de la hélice (límite superior), 3) 2 cm sobre el lóbulo (límite inferior), 4) a nivel de la transiluminación (límite anterior). **Figura 3A**

Tras marcar los límites del lecho quirúrgico, se infiltró con lidocaína al 2% con epinefrina 1:100,000. Se hizo incisión con bisturí núm. 15 sobre la piel. Es importante realizar una cintura (huella de zapato) en el corte de piel a fin de evitar una retracción y deformidad en teléfono posquirúrgica. **Figura 3B**

Se efectuó el retiro de piel retroauricular con tijeras Stevens y hemostasia con cauterio bipolar. Tras la hemostasia se procedió a la disección con tijeras sobre la concha hacia inferior en dirección al sulcus, posteriormente continuamos con la disección sobre la mastoides retirando un colgajo amplio de músculo auricular posterior, tejido fibroadiposo y fascia extrínseca auricular supramastoidea, con disección hasta el periostio. Se efectuó hemostasia con cauterio bipolar o monopolar. **Figura 3C**

Lo anterior crea un “nicho” en el que descenderá la concha auricular (**Figura 3D**). En algunos casos el ponticulum de la concha cavum o la cymba concha puede tener abombamientos irregulares o la mastoides no ser lo suficientemente cóncava para permitir el descenso requerido; en estos casos pueden recortarse lascas ovaladas superficiales del cartílago para facilitar el asentamiento conchal.

Se mide para asegurar que el descenso otorgue la distancia posquirúrgica cefaloauricular deseada (16-18 mm). Debe tenerse cuidado en no estrechar el conducto auditivo externo, suturando en dirección posterosuperior para evitarlo. Recomendamos utilizar nylon 4-0 para fijar la concha cavum desde su área más prominente al periostio mastoideo, utilizando uno a dos colchoneros horizontales, cuidando nuevamente no cerrar el conducto auditivo externo. **Figura 3E y F**

Por último, el cierre de la piel se hace con sutura nylon 5-0 colchonero horizontal para evitar la dehiscencia de la herida y facilitar el retiro parcial de la sutura en caso de hematomas.

Consideraciones éticas

No existe aprobación del comité de ética e investigación. Los pacientes firmaron consentimiento informado.

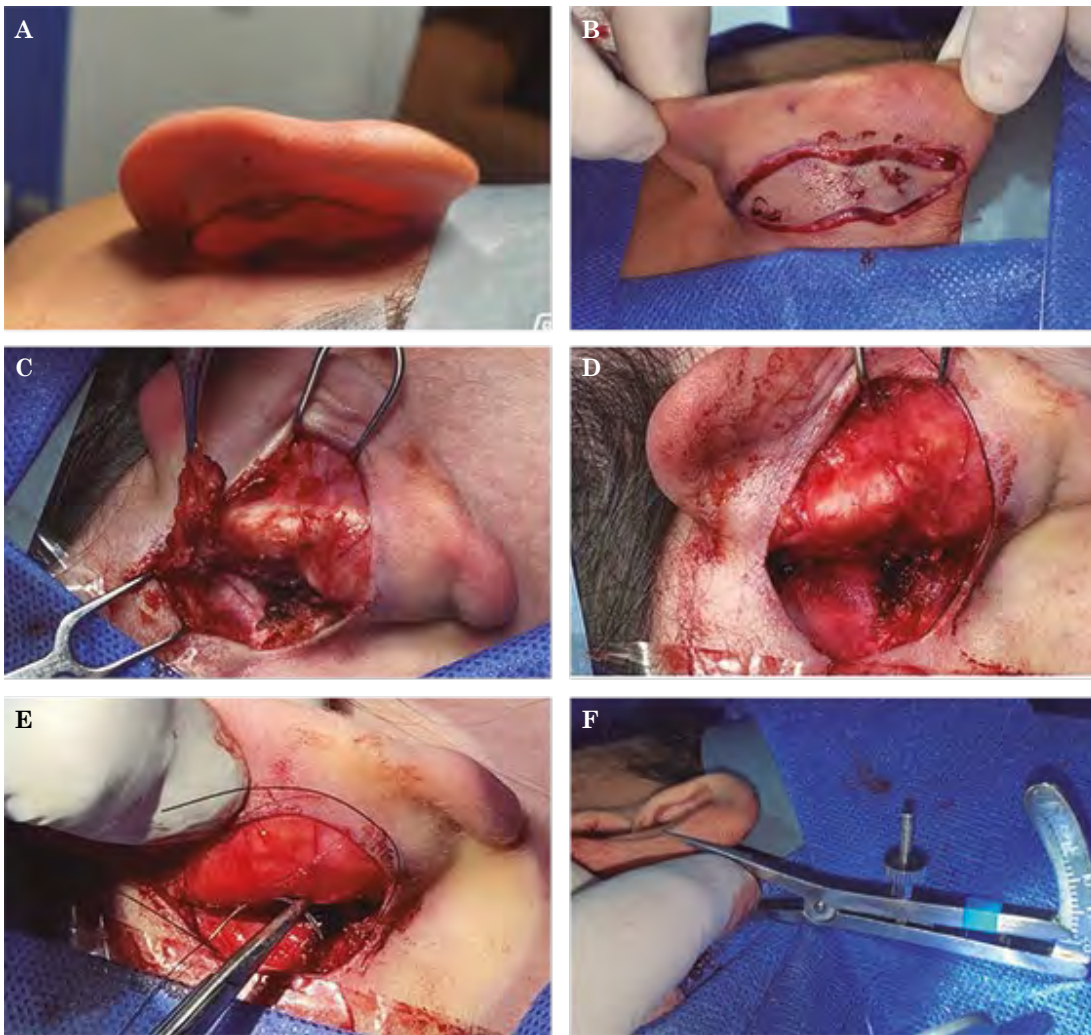


Figura 3

A. Marcaje con transiluminación. **B.** Incisión en huella de zapato. **C.** Retiro de colgajo. **D.** Nicho donde descenderá la concha auricular. **E.** Cierre con colchoneros horizontales. **F.** Distancia cefaloauricular de tercio medio en 18 mm.

RESULTADOS

Se practicaron 37 otoplastias, con un total de 74 orejas en las que se hizo *let down* de concha. Fueron 20 hombres y 17 mujeres, con límites de edad de 16 y 41 años. En 8 pacientes fue necesario rebajar el nivel del ponticulum de la concha cavum para permitir un mejor asentamiento y descenso auricular. Los pacientes tuvieron un seguimiento máximo de 6 meses (promedio de 4.2 meses). El intervalo de edad fue de 12 a 41 años con promedio de 26.6 años.

Los resultados muestran una corrección promedio de 10 mm en el tercio medio auricular, logrando las medidas estéticamente deseables. En caso de necesitarse corrección del tercio superior se utilizaron suturas de Mustardé⁹ combinadas con desgaste anterior de la antihélice con limas de Dingman. En alteraciones del tercio inferior se utilizó técnica de cola de pez, lo que sobrepasa los objetivos de esta revisión.

No tuvimos pérdidas de corrección en el tercio medio auricular que necesitaran cirugía de revisión durante el seguimiento, por lo que podemos concluir que la otoplastia conservadora con *let down* de concha otorga resultados satisfactorios de manera consistente. **Figuras 4, 5 y 6**



Figura 4

Fotografías pre (A y C) y posquirúrgicas (B y D) a 6 meses de evolución.



Figura 5

Fotografías pre (A y C) y posquirúrgicas (B y D) a 6 meses de evolución.

DISCUSIÓN

Los primeros en utilizar suturas para la corrección del exceso de concha fueron Owens y Delgado, penetraban solamente el pericondrio conchal posterior y la fascia, pero no el perios-



Figura 6

Fotografías pre (**A y C**) y posquirúrgicas (**B y D**) a 3 meses de evolución.

tio.¹⁰ Posteriormente Furnas modificó la técnica utilizando puntos colchoneros a través del pericondrio y cartílago conchal para asegurarlo en el periostio mastoideo.¹¹ En 1990 Elliot describió el *set back* de concha como parte del abordaje combinado de otoplastia.⁶

Las técnicas actualmente más populares para el tercio medio auricular consisten en resección de cartílago de concha y suturas hacia la mastoides, produciendo redundancia de la piel anterior de la concha, que tendría que ser reseçada por vía anterior, lo que agregaría otra cicatriz.

Con esta revisión de casos y resultados proponemos la técnica de *let down*, que evita una conchotomía dolorosa, posibles irregularidades en el cartílago y la necesidad de resección de piel redundante anterior, lo que prolonga el procedimiento.¹²

CONCLUSIONES

El *let down* de concha es una alternativa útil, técnicamente sencilla y conservadora, digna de tomarse en cuenta debido a sus resultados consistentes y adecuados, que puede fácilmente volverse la más utilizada y sustituir a las técnicas resectivas que a la fecha predominan.

REFERENCIAS

1. Georgiade GS, Riefkohl R, Georgiade NG. Prominent ears and their correction: A forty-year experience. *Aesthetic Plast Surg* 1995; 19 (5): 439-43. doi:10.1007/bf00453877
2. Shiffman MA. History of otoplasty: Review of literature. *Adv Cosmetic Otoplast* 2013; 43-64. doi:10.1007/978-3-642-35431-1_5
3. Dieffenbach JE. *Die operative Chirurgie*. Leipzig: FA Brockhause, 1845.
4. Gantous A, Tasman AJ, Neves JC. Management of the prominent ear. *Facial Plastic Surg Clin North Am* 2018; 26 (2): 181-92. doi:10.1016/j.fsc.2017.12.010
5. Janis JE, Rohrich RJ, Gutowski KA. Otoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2005; 115 (4). doi:10.1097/01.prs.0000156218.93855.c9
6. Elliott RA Jr. Otoplasty: a combined approach. *Clin Plast Surg* 1990; 17 (2): 373-381.
7. Adamson PA, McGraw BL, Tropper GJ. Otoplasty: Critical review of clinical results. *Laryngoscope* 1991; 101 (8): 883-888. doi:10.1288/00005537-199108000-00013
8. McDowell AJ. Goals in otoplasty for protruding ears. *Plast Reconstr Surg* 1968; 41 (1): 17-27. doi:10.1097/00006534-196801000-00004
9. Mustardé JC. Results of otoplasty by the author's method. In: RM Goldwyn (Ed.). *Long-Term Results in Plastic and Reconstructive Surgery*. Boston: Little Brown, 1980: 139-144.
10. Owens N, Delgado DD. The management of outstanding ears. *South Med J* 1965; 58: 32-33. doi:10.1097/00007611-196501000-00010
11. Furnas DW. Correction of prominent ears by conchamastoid sutures. *Plast Reconstr Surg* 1968; 42 (3): 189-193. doi:10.1097/00006534-196809000-00001
12. Walter C, Nolst Trenite GJ. Revision otoplasty and special problems. *Facial Plast Surg* 1994; 10 (3): 298-308. doi:10.1055/s-2008-1064580