

OREJAS EN ASA

Dra. Silvana Acosta V.
Instructora Adjunta, Sección Cirugía Plástica
Escuela de Medicina – Pontificia Universidad Católica de Chile

I. DESCRIPCIÓN

La oreja es una compleja estructura de piel y cartílago que presenta muchos relieves y profundidades. En ocasiones, algunos niños nacen con una alteración anatómica del pabellón auricular como consecuencia de una afección intrauterina.

Los portadores de orejas en asa pueden presentar diversos problemas: inseguridad y baja autoestima, trastornos en la relación con sus pares, menoscabo de sus capacidades de sociabilidad, *bullying*, entre otros.

II. FRECUENCIA

No existe información estadística respecto de cuántos niños nacen en nuestro país con esta afectación.

Estudios a nivel internacional, aunque bastante antiguos, señalan que se presenta en el 5% de la población de raza blanca.

Es una causa frecuente de consulta en cirugía plástica.

III. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las alteraciones anatómicas más frecuentes son la incompleta formación del pliegue (*antehélix*), la profundización exagerada de la fosa (*concha*) y, con menor frecuencia, la posición horizontalizada del lóbulo auricular.

Asimismo, en la mayoría de los pacientes hay un aumento importante de la separación entre la oreja y el cráneo.

Estas características, cada una de ellas presente en mayor o menor medida, determina que el pabellón auricular se vea “grande”, como suelen describir los padres.

En rigor, el tamaño es normal, pero su forma alterada provoca el efecto de una oreja aumentada de volumen.

IV. ESTUDIO COMPLEMENTARIO

El diagnóstico es meramente clínico: el examen físico permite identificar alguno, o más, de los elementos mencionados. No se requiere ningún estudio complementario. La audición no está afectada.

V. TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en la reparación quirúrgica (*otoplastia*), bajo anestesia general. Puede realizarse en forma ambulatoria.

El tipo de corrección es individualizado, según las características anatómicas de cada paciente. El abordaje es por la cara posterior del pabellón auricular, para así ocultar (o minimizar) la cicatriz operatoria.

Se reconstruye la anatomía alterada y se reposiciona la oreja a una distancia adecuada, y simétrica, del cráneo.

Las complicaciones más frecuentes son: hematomas, resultado no favorable, crecimiento exagerado de la cicatriz (queloide). En nuestra experiencia, sobre 228 otoplastias en 122 pacientes, la tasa de queloide alcanzó el 2,6%.

VI. EVOLUCIÓN Y/O COMPLICACIONES

Tras la cirugía, el paciente deberá permanecer en reposo una semana, y limitar las actividades deportivas y acuáticas durante 3-4 semanas. Es recomendable el uso de cintillo durante un mes para evitar roces o tracciones, y facilitar la re-posición auricular.

En general, la cirugía tiene excelentes resultados, corrigiendo en forma inmediata y definitiva la condición asimétrica o socialmente invalidante.

La tasa de recidivas (reproducción del defecto) es bajísima.