Descargado el: 20-11-2026 ISSN 1727-897X

COMUNICACIÓN BREVE

Resultados de la cirugía reconstructiva del pabellón auricular en Cienfuegos

Results of reconstructive surgery of the auricle in Cienfuegos

Bernardo Canto Vidal[1] Blas Jorge González Manso[1] José Daniel Gil Milá[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Canto-Vidal B, González-Manso B, Gil-Milá J. Resultados de la cirugía reconstructiva del pabellón auricular en Cienfuegos. **Medisur** [revista en Internet]. 2020 [citado 2026 Nov 20]; 18(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4598

Resumen

Fundamento: Los traumatismos del pabellón auricular, producidos por diversas causas, no se presentan con frecuencia, pero siempre son un reto para el cirujano encargado de la reconstrucción.
Objetivo: describir los resultados de la cirugía reconstructiva del pabellón auricular.
Métodos: estudio descriptivo, de serie de casos, realizado en el Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos, en el periodo 2015-2019. Se aplicó anestesia local en todos los casos (5), y las técnicas Tubo de Filatov, y la retro auricular, de Dieffenbach, las cuales fueron ilustradas a través de imágenes de los diferentes casos. Se analizó para cada paciente la edad, sexo y causa del traumatismo.
Resultados: los pacientes presentados fueron relativamente jóvenes, y solo uno fue del sexo femenino. En 4 de ellos la pérdida parcial del pabellón auricular fue causada por traumatismos con armas blancas y mordidas humanas, respectivamente; en el paciente restante la ausencia de la estructura era congénita. En todos se combinaron ambas técnicas (Filatov y Dieffenbach) para la reconstrucción quirúrgica, con un resultado estético favorable.
Conclusión: La serie presentada, aunque no es extensa, evidencia que es posible la rehabilitación de los defectos estructurales del pabellón auricular, ya sea parcial o total, mediante técnicas quirúrgicas sencillas que permiten alcanzar el resultado estético esperado.

Palabras clave: Procedimientos quirúrgicos reconstructivos, pabellón auricular, heridas y traumatismos

Abstract

Background: Injuries to the pinna, caused by various causes, are not frequent, but they are always a challenge for the surgeon in charge of reconstruction.
Objective: to describe the results of reconstructive surgery of the pinna.
Methods: descriptive study, case series, carried out at the Dr. Gustavo Aldereguía Lima Hospital, Cienfuegos, in the period 2015-2019. Local anesthesia was applied in all the cases (5), and the Filatov tube techniques, and the retro auricular, of Dieffenbach, which were illustrated through images of the different cases. The age, sex and cause of the trauma were analyzed for each patient.
Results: the patients presented were relatively young, and only one was female. In 4 of them, the partial loss of the auricle was caused by trauma with sharp weapons and human bites, respectively; in the remaining patient, the absence of the structure was congenital. Both techniques (Filatov and Dieffenbach) for surgical reconstruction were combined in all, with a favorable aesthetic result.
Conclusion: The series presented, although not extensive, shows that it is possible to rehabilitate the structural defects of the auricle, either partially or totally, using simple surgical techniques that allow achieving the expected aesthetic result.

Key words: Reconstructive surgical procedures, auricle, wounds and trauma

Aprobado: 2020-04-01 10:19:26

Correspondencia: Bernardo Canto Vidal. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos canto@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La reparación anatómica y estética del pabellón auricular es un reto para el cirujano que realiza esta acción, tanto para los especialistas en otorrinolaringología, como para los cirujanos maxilofaciales y plásticos.

La reparación del pabellón auricular es una de las cirugías más difíciles en el proceso de reparación de la oreja, ya que, empleando cartílago, hay que realizar una estructura que sirva para mantener la estética, y a la vez lograr obtener piel suficiente, con la textura semejante a la de la piel original.[1] Los primeros intentos de reconstrucción auricular se documentan en el período 380-450 D.C., pasando por los aportes de Tagliacozzi, a finales del siglo XVI; y por los de Dieffenbach, quien dio a conocer, en 1845, la plastia del tercio medio con un colgajo retroauricular de avance, técnica que aún se mantiene vigente; entre otros.[2]

Dentro de los métodos actuales de reconstrucción, los colgajos en dos tiempos constituyen excelentes opciones para el tratamiento de defectos auriculares complejos. Las heridas a lo largo del borde helical, antihélix, concha y lóbulo podrían ser restauradas bien con colgajos preauriculares o retroauriculares. El colgajo retroauricular es el más aplicable y comúnmente usado para reparar defectos grandes del antihélix y del borde helical siendo el surco retroauricular y el área mastoidea los sitios donantes por excelencia.[2,3]

En los últimos cinco años se han atendido, en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Universitario Gustavo Aldereguía Lima (HGAL), numerosos casos de traumatismos parciales del pabellón auricular, producidos por diversas causas, como accidentes, situaciones violentas e inesperadas, y carcinomas de etiología actínica; momento a partir del cual los pacientes comienzan a sufrir por ese defecto, complemento de la estructura facial, por demás.

El objetivo de este trabajo es describir los resultados de la cirugía reconstructiva del pabellón auricular.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, de serie de casos, de 5 pacientes con defectos en pabellón auricular por diversas causas, atendidos en el servicio de Cirugía Maxilofacial del HGAL, de Cienfuegos, desde 2015 hasta 2019. Los defectos presentados por estos pacientes fueron rehabilitados mediante técnicas quirúrgicas de reconstrucción, a base de injertos y colgajos; siempre con anestesia local.

Para la confección del Tubo de Filatov fue necesario hacer dos incisiones, que dependieron del tamaño del tubo que se necesitaba (el largo debe ser tres o cuatro veces el ancho), dejando los extremos para su irrigación. Se suturó el tubo confeccionado, y la superficie cruenta de las dos incisiones. Pasados 21 días, un segundo momento consistió en la gimnasia vascular, que puede ser a base de masaje, o mediante hemisección del extremo distal; se suturó nuevamente, con el propósito de garantizar la irrigación sanguínea.

La técnica de Dieffenbach consistió en la incisión de base ancha en la parte retroauricular, y disección de la piel estirando el colgajo hasta cubrir el defecto. Igualmente, luego de 21 días se llevó a cabo el paso final; cuando fue necesario se colocó lámina de cartílago de la parte donante.

El trabajo fue debidamente aprobado por el Consejo Científico de la institución.

RESULTADOS

De los 5 pacientes estudiados, 4 fueron del sexo masculino y uno del sexo femenino. Así mismo, 4 de ellos fueron afectados por pérdida parcial del pabellón auricular, causadas por armas blancas y mordidas humanas respectivamente; y en un paciente la ausencia de pabellón auricular fue de causa congénita.

Caso 1

Edad y sexo: 28 años; masculino.

Causa del defecto: congénita.

Técnica quirúrgica: combinación de ambas. (Figura 1, 2).



Figura 1. Paciente durante el acto quirúrgico, donde se aprecia la confección del Tubo de Filatov.



Figura 2. Vista del pabellón auricular reconstruido con buen resultado.

Caso 2

Edad y sexo: 30 años; femenino.

Causa del defecto: mordida humana.

Técnica: retroauricular de Dieffenbach. (Figura 3).



Figura 3. Vista posoperatoria a los tres meses de la reparación de pérdida parcial del pabellón auricular.

Caso 3

Edad y sexo:31 años; masculino.

Causa del defecto: mordida humana.

Técnica: Tubo de Filatov. (Figura 4, 5, 6).



Figura 4. Vista de la pérdida parcial tercio inferior del pabellón auricular.



Figura 5. Reconstrucción mediante tubo de Filatov.



Figura 6. Vista del pabellón auricular reconstruido al concluir la cirugía.

Caso 4

Edad y sexo: 35 años; masculino.

Causa del defecto: mordida humana.

Técnica: Tubo de Filatov. (Figura 7, 8).



Figura 7. Reconstrucción del hélix del pabellón auricular izquierdo mediante Tubo de Filatov.



Figura 8. Vista del resultado postoperatorio a los seis meses.

Caso 5

Edad y sexo: 22 años; masculino.

Causa del defecto: herida por arma blanca.

Técnica: retroauricular de Dieffenbach. (Figura 9, 10).



Figura 9. Vista de la pérdida parcial del tercio superior del pabellón auricular.



Figura 10. Vista postoperatoria de la reconstrucción.

DISCUSIÓN

Los pacientes con ausencia total del pabellón auricular no se encuentran con frecuencia en consulta, debido la existencia de mejores sistemas de vigilancia, y al desarrollo de estudios genéticos. Uno de los pacientes, ya adulto, presentó el defecto congénito en el pabellón auricular, el cual fue tratado tardíamente. Aunque se aplicaron ambas técnicas, también se puede utilizar tejido expandido e implante.[4]

Existen pacientes con pérdida parcial del pabellón auricular que han sido tratados de forma inmediata, en un solo tiempo quirúrgico, lo cual depende de que puedan llegar a tiempo al Servicio especializado.[1,5] Cuatro de los casos presentados acudieron al cuerpo de guardia del hospital, donde se atendió la urgencia, quedando para un segundo momento la restauración definitiva del defecto.

Iwanyk, reportó en el 2007 una innovación en la

reconstrucción del pabellón auricular disgenético, utilizando tejido expandido e implante.[6] Es una técnica compleja y difícil, porque en su reconstrucción se necesita una armazón cartilaginosa, que puede ser de cartílago costal, envuelta por una capa de piel expuesta, con riesgo de no lograr un resultado favorable. Por tal motivo, se utilizó la técnica retroauricular de Dieffenbach, combinada con un colgajo de tubo de Filatov,[4,7] que resultó menos propensa al fallo, y que, finalmente tuvo los resultados esperados por especialista y pacientes. Para la primera, se puede utilizar también cartílago de la oreja contralateral, o del septum, o de la séptima y octava costillas.[1,8,9,10]

La serie presentada, aunque no es extensa, evidencia que es posible la rehabilitación de los defectos estructurales del pabellón auricular, ya sea parcial o total, mediante técnicas quirúrgicas sencillas que permiten alcanzar el resultado estético esperado.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Contribución de autores: Idea conceptual: Bernardo Canto Vidal; revisión bibliográfica: Blas Jorge González Manso; escritura del trabajo: Bernardo Canto Vidal, José Daniel Gil Milá; revisión crítica: Bernardo Canto Vidal, Blas Jorge González Manso.

Financiación: Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gantz VJ, De la Cerda AT, Salvador UV, González R. Reconstrucción en un tiempo del pabellón auricular con amputación parcial traumática con preservación del pedículo inferior: Revisión de la literatura y presentación de dos casos. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello [revista en Internet]. 2015 [cited 12 Nov 2019] ; 75 (3): [aprox. 10p]. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162015000300012.

2. Adán L. Reconstrucción parcial del complejo hélix-antihélix con la auriculoplastia de Dieffenbach. Informe de caso. Acta Médica del Centro [revista en Internet]. 2019 [cited 12 Nov 2019] ; 13 (2): [aprox. 14p]. Available from: http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/964/1299.

3. Victor A, Osnaya H, Chávez G, Telich JE, Carrillo JR, Apellaniz AG. Reconstrucción auricular traumática con colgajo retroauricular. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM [revista en Internet]. 2018 [cited 12 Nov 2019] ; 61 (4): [aprox. 8p]. Available from: https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un184e.pdf.

4. Iwanik P, Lacouzzi S. Innovación en la Reconstrucción del Pabellón Auricular Disgenético con tejido expandido e implante. Cir Plast Iberolatinoam [revista en Internet]. 2007 [cited 12 Nov 2019] ; 33 (2): [aprox. 12p]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922007000200007.

5. Chulz SM, Salem ZC. Reconstrucción auricular. Cuad Cir [revista en Internet]. 2003 ; 17 (1): [aprox. 28p]. Available from: http://revistas.uach.cl/pdf/cuadcir/v17n1/art13.pdf.

6. Morán K, Cabrera MA, Armando B, Alcera D, Trejo JR, González MA. Técnicas de reconstrucción básicas del pabellón auricular por padecimiento dermatológico. Dermatol Rev Mex [revista en Internet]. 2015 [cited 12 Nov 2019] ; 59 (4): [aprox. 14p]. Available from: https://biblat.unam.mx/es/revista/dermatologia-mexico-d-f/articulo/tecnicas-de-reconstruccion-basicas-del-pabellon-auricular-por-padecimiento-dermatooncologico.

7. Fierro AL, Peniche CA, Ponce ORM. Cirugía dermatológica básica de la oreja. Dermatología Rev Mex. 2013 ; 57 (1): 64-72.

8. Plaza O. Reconstrucción del pabellón auricular con colgajo retro auricular e injerto. Presentación de un caso. Rev Horiz Med [revista en Internet]. 2012 [cited 12 Nov 2019] ; 12 (4): [aprox. 12p]. Available from: https://medicina.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2012_4/Art8_Vol12_N4.pdf.

9. Alí Ebrahimi, Kasenu A, Resouli HR, Kazemi M, Hosein M. Reconstructive Surgery Of Auricular Defect. An Overview. Trauma Mon [revista en Internet]. 2015 [cited 12 Nov 2019] ; 20 (4): [aprox. 10p]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4727475/.

10. Morales D, Quintana XM, Oropesa L. Reconstrucción del pabellón auricular por trauma. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet]. 2016 [cited 13 Nov 2019] ; 53 (1): [aprox. 10p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000100012.