

## Las orejas despegadas en la consulta de Atención Primaria

D. Alonso Peña<sup>a</sup>, UL. Redondo Pardo<sup>b</sup>, J. Alonso Peña<sup>c</sup>, M. Zaragoza Fernández<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico, Especialista en Cirugía Plástica, Unidad de Cirugía Plástica,  
Hospital Marqués de Valdecilla, Santander

<sup>b</sup>Médico, Especialista en Pediatría, CS Plaza de Argel, Cáceres

<sup>c</sup>Médico, Especialista en Medicina Interna, Servicio de Medicina Interna,  
Hospital Virgen del Puerto, Plasencia, Cáceres

<sup>d</sup>Médico, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria,  
Adjunto del Servicio de Urgencias del Hospital Virgen del Puerto, Plasencia, Cáceres

---

Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8:671-8

David Alonso Peña, dalonsoplastic@telefonica.net

### Resumen

*El pediatra de Atención Primaria es quien primero recibe la consulta de los niños con orejas despegadas. El hecho de no ser él quien realizará el tratamiento y seguimiento de estos pacientes hace que no siempre esté al día de esta patología tan frecuente. Pretendemos dar una visión general de las indicaciones, las recomendaciones y el manejo de este tipo de pacientes.*

**Palabras clave:** Orejas despegadas, Otoplastia.

### Abstract

*General paediatrician is the first who attends the families of children with prominent ears. Since the paediatrician will not treat directly this pathology, he is not always updated of all the surgical possibilities. In the present paper, an overview of the indications, recommendations and handling of these patients is provided.*

**Key words:** Otoplasty, Prominent ear.

### Introducción

Para referirnos a las orejas despegadas existe una amplia terminología: orejas despegadas, orejas de soplillo, orejas en

asa, etc. Existen otro tipo de malformaciones congénitas de las orejas que pueden confundir con estas primeras, como son las orejas en copa (figuras 1 y 2), las crip-

---

*Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.*

Figura 1. Orejas en copa: vista frontal.



Figura 2. Orejas en copa: vista lateral.



totias, las *lop ear*, las orejas de Stahl, las orejas en concha, las microtias, etc. El enfoque terapéutico en estos últimos casos es diferente y desbordaría los límites de este artículo. Nos centraremos únicamente en el manejo de las orejas despegadas.

Existe una amplia variación en lo que se considera una oreja de tamaño, forma y situación normal. La normalidad, a grandes rasgos, se considera en relación con los otros rasgos de la cara y con la forma, el tamaño y la posición de la oreja contralateral. Cuando la forma, la posición o el tamaño de las orejas se aprecian como desproporcionadas o desfigurantes por parte de otros, puede originarse ansiedad o pérdida de la autoestima permanente en quien lo padece<sup>1</sup>. En esta circunstancia, la corrección quirúrgica de

esa alteración puede aportar un gran beneficio a la autoestima y la imagen corporal de los más pequeños.

Las orejas despegadas son la deformidad congénita más frecuente en la cabeza y el cuello, con una incidencia estimada del 5%. Junto con los apéndices preauriculares (figura 3), las orejas prominentes son la malformación auricular más frecuentemente tratada en nuestros hospitales. Así como en el caso de los apéndices preauriculares está fuera de toda duda que se trata de una malformación congénita que precisa tratamiento, en el caso de las orejas de sopillo puede ser un tema más controvertido. El hecho de que no exista una clasificación objetiva de la gravedad de esta patología y que el único criterio de la necesidad de corrección

sea la estimación subjetiva de los padres o los médicos, unido al hecho de ser considerado por algunos como un problema estético más que congénito hace que su cobertura a cargo de los fondos públicos no sea homogénea en todo el territorio nacional y esté sometida a los criterios de los gestores de los hospitales o de los médicos responsables. El efecto psicológico que ocasiona el tener las orejas despegadas y las consecuencias de la mofa que puede generar entre los compañeros de escuela son imposibles de cuantificar, salvo en casos graves. A nuestro modo de ver, no deberían ponerse trabas a la corrección entre pacientes en edad escolar,

y dejaremos a consideración de si es patología estética o no aquellos casos de individuos adultos.

### La oreja normal

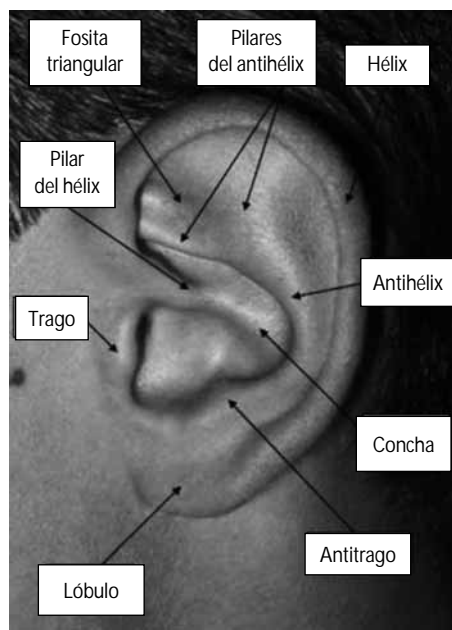
Para poder valorar con mayor rigor qué orejas se desvían de la normalidad, es útil conocer las características de la oreja normal. El pabellón auditivo se compone de piel y cartílago. La consistencia del cartílago es más frágil y moldeable en neonatos que en adultos. Presenta una disposición de pliegues y hendiduras bien definidas como se describe en la figura 4.

Su tamaño varía en función de la edad, aunque es una de las estructuras corpora-

Figura 3. Apéndices preauriculares.



Figura 4. Anatomía externa de la oreja.



les que más precozmente logra un desarrollo similar al de la edad adulta. Su anchura está desarrollada al 93,5% al año de edad, al 97% a los 5 años de edad y alcanza su tamaño definitivo a los 6 años en niñas y a los 7 años en niños, mientras que la longitud definitiva se alcanza a los 12 años en niñas y a los 13 años en niños<sup>2</sup>. La relación normal entre anchura/longitud es de un 50 a 65%. En términos generales, se considera normal entre 6,5 y 7,5 centímetros de largo por 3,0 a 4,5 centímetros de ancho<sup>3</sup>. La localización normal de la oreja está sujeta a enormes variaciones, pero puede resumirse que en condiciones normales tiene su polo superior a la altura de la ceja y su polo inferior a nivel de la columela o ligeramente por debajo. En la dimensión antero-posterior, se localiza a una distancia similar a su ancho del reborde orbitario externo. Una angulación de 20° respecto del eje centro-facial es estéticamente aceptable aunque, de igual modo que para los parámetros precedentes, sujeto a enormes variaciones. Esa angulación considerada normal se traduce en una separación de 1,5-2 centímetros de distancia entre la oreja y el cráneo<sup>4</sup>.

### La oreja despegada

Cuando la oreja aparece excesivamente despegada, suele deberse a uno de estos motivos:

1. Deficiente definición del antihélix (figura 5).
2. Exceso de concha (figura 6).
3. Una combinación de los dos anteriores (figura 7).

La valoración preoperatoria deberá ir dirigida a determinar los factores causantes para así poder corregirlos adecuadamente. En esa valoración se tendrá en cuenta la relación con la otra oreja así como con el resto de los rasgos faciales, para buscar la mayor simetría y armonía de la cara.

### Consideraciones preoperatorias

1. Opción de corrección no quirúrgica. Durante el periodo neonatal precoz es posible, mediante técnicas conservadoras, la corrección de las orejas despegadas<sup>5</sup>. En los días inmediatamente posteriores al nacimiento, las orejas son blandas y carecen de elasticidad, propiedad que van ganando rápidamente con cada día que pasa. Mediante el empleo de pequeñas férulas y esparadrapos, se puede "moldear" la oreja en esa fase temprana de la vida. Otros trabajos recientes defienden la posibilidad de corrección de las deformidades de la oreja mediante técnicas conservadoras entre los 15 días y los 5 años<sup>6</sup> e incluso durante los primeros 14 años de vida<sup>7</sup>.
2. Momento de la cirugía. El momento ideal para la corrección quirúrgica de esta

**Figura 5.** Ausencia de antihélix en ambas orejas.



**Figura 6.** Oreja derecha despegada con pliegue de antihélix correcto y exceso de concha.



**Figura 7.** Oreja izquierda con exceso de concha y pobre definición del antihélix.



malformación es entre los 3 y los 5 años<sup>8</sup>. Esta elección de fechas se fundamenta en:

- A los 5 años de edad, la oreja ya tiene una anchura del 97% de la que será definitiva, y su desarrollo global es del 87%.
- Antes de los 5 años de edad, los niños no tienen conciencia de su propia imagen corporal y no asignan a la forma de sus orejas ningún atributo negativo.
- Con el inicio de la escolarización es cuando pueden comenzar los comentarios maliciosos de los compañeros que puedan afectarles psicológicamente.

- Entre los 3 y los 5 años, el niño no tendrá recuerdo de su situación preoperatoria y no se verá afectado negativamente.

La edad de 3 años es considerada por muchos como la ideal para la corrección, aunque ampliando el margen hasta los 5 años, el grado de cooperación del niño es mayor y el curso postoperatorio puede ser más llevadero.

3. Tipo de anestesia. En los márgenes de edad comentados no hay duda de que la única posibilidad es la anestesia general. Si, por unos u otros motivos, la operación se realiza a partir de los 7-9 años, puede considerarse la opción de anestesia local con sedación. El niño debe estar bien informado de lo que se le va a hacer para obtener de él la máxima colaboración.

4. Cicatrices. La mayoría de las técnicas de corrección de las orejas despegadas se realizan a través de abordajes posteriores, realizando una incisión a lo largo del pliegue retro-auricular. Este abordaje permite un buen acceso a la concha y al antihélix, que son los puntos donde suelen localizarse los problemas de estos pacientes. La cicatriz suele ser bien tolerada, poco visible y con escasa tendencia a la hipertrofia, por carecer de tensión.

## La intervención quirúrgica

“Otoplastia” es el nombre con el que se conoce al procedimiento quirúrgico que se realiza para modificar el tamaño o la forma de las orejas, o para disminuir su proyección. Las primeras intervenciones destinadas a corregir esta deformidad datan de 1845 a cargo de Dieffenbach, quien realizaba la extirpación de la piel retroauricular y la fijación de la concha a la mastoides<sup>10</sup> (muy semejante a lo que se preconiza en nuestros días...).

1. Objetivos de la cirugía. La corrección de la malformación tiene como objetivos los siguientes:

- Conseguir una forma y una situación correctas para cada oreja y simetría entre ellas, de manera que formen un conjunto armonioso con el resto de las facciones de la cara.
- Evitar hipercorrecciones que pudieran llevar a ángulos demasiado marcados en el antihélix, demasiada exéresis de piel retroauricular o a orejas demasiado pegadas en las que en visión frontal no se vea el helix.
- Evitar cicatrices visibles o de mala calidad.
- No crear yatrogenia (meato auditivo demasiado estrecho, lesión de ramas nerviosas sensitivas, etc.) y evitar complicaciones.

2. Técnicas quirúrgicas. Se han descrito más de 200 técnicas quirúrgicas destinadas a la corrección de las orejas despegadas<sup>9</sup>. A grandes rasgos, se pueden agrupar en cuatro modalidades que pueden combinarse entre sí, que son:

- Eliminar parte del cartílago de la concha.
- Plegar la oreja a la altura del antihélix para conseguir la forma adecuada.
- Pegar la concha a la mastoides.
- Raspar el cartílago para debilitarlo y hacerlo más moldeable.

### Cuidados postoperatorios

En función de la edad, el tipo de anestesia y otros condicionantes, el niño podrá ser dado de alta en el mismo día o tendrá que esperar a reiniciar la dieta y la micción.

Habitualmente, una banda elástica protege las orejas en su nueva posición al salir del quirófano. Esa protección se mantendrá, como media, una semana tras la cirugía. El retorno al colegio es rápido, debiendo tener precaución de no realizar actividades que pudieran comprometer el resultado.

Las suturas se retiran entre la primera y la segunda semana, en caso de no haber empleado suturas reabsorbibles.

Es recomendable emplear la banda elástica por la noche durante unos meses como protección frente a movimientos involuntarios durante el sueño.

Lo habitual es que se trate de una cirugía muy agradecida, que no sólo se transmite por los comentarios de los padres sino por la sonrisa que lucen los niños (figuras 8 y 9) y el frecuente cambio de peinado que se observa (pelo corto en niños y coletas y recogidos en niñas).

### Conclusión

El pediatra de Atención Primaria es quien mejor puede y debe aconsejar a sus pacientes sobre el momento más idóneo para corregir las orejas despegadas. El mayor conocimiento de aspectos de la pediatría que lindan con otros especialistas nos va a permitir afrontar todas las dudas de los padres con mayor seguridad.

Dejando a un lado los condicionamientos políticos, económicos o de estrategia sanitaria, los niños que lo deseen deberían ser propuestos para otoplastia entre los 3 y los 5 años, para así minimizar los posibles efectos psicológicos. La corrección de las orejas despegadas se realiza mediante técnicas quirúrgicas sencillas y que pueden ofrecer resultados altamente satisfactorios.

**Figura 8.** Preoperatorio de otoplastia con sutura a la mastoides y plicatura del antihélix.



**Figura 9.** Resultado a los seis meses



## Bibliografía

1. Mac Gregor FC. Ear deformities: social and psychological implications. *Clin Plast Surg.* 1978; 5:347-50.
2. Farkas LG. Anthropometry of normal and anomalous ears. *Clin Plast Surg.* 1978;5:401.
3. Tolleth H. Artistic anatomy, dimensions and proportions of the external ear. *Clin Plast Surg.* 1978;5:337.
4. Tolleth H. A hierarchy of values in the design and construction of the ear. *Clin Plast Surg.* 1990;17:193.
5. Matsuo K, Hayashi R, Kiyono M, Hirose T, Netsu Y. Nonsurgical correction of congenital auricular deformities. *Clin Plast Surg.* 1990;17:383.
6. Miravet M, Tos M. Nonsurgical treatment of prominent ears with the Auri method. *Arch*

*Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002;128:1369-76.

7. Yotsuyanagi T, Yokoi K, Urushidate S, Sawada Y. Nonsurgical correction of congenital auricular deformities in children older than early neonates. *Plast Reconstr Surg.* 1998;101:907-14.
8. Gosain AK, Kumar A, Huang G. Prominent ears in children younger than 4 years of age: what is the appropriate timing for otoplasty? *Plast Reconstr Surg.* 2004;114:1042-54.
9. Yugueroa P, Friedland JA. Otoplasty: the experience of 100 consecutive patients. *Plast Reconstr Surg.* 2001;108:1045-51.
10. Bauer BS, Patel PK. Congenital deformities of the ear. In: Bentz M, ed. *Pediatric Plastic Surgery.* Los Angeles, Appleton Lange: Paramount Publishing; 1997. p. 359.

