

## Cirugía reconstructiva del desgarro completo del lóbulo auricular

### *Reconstructive surgery of complete tear of the ear lobe*

**Octavio Small-Arana<sup>1</sup>**

#### RESUMEN

*Se presenta el caso de una mujer de 51 años de edad, que presenta una fisura irregular completa del lóbulo auricular izquierdo, con bordes cicatrizados, con un tiempo de evolución de cinco años, ocasionado por el uso de aretes pesados. La fisura principal, presenta otra accesoria pequeña en el borde anterior ocasionado por el uso de otros aretes, que terminó originando otra fisura que desemboca en la principal, razón por la cual el trayecto fue irregular. El tratamiento consistió en una cirugía reparadora, seguimiento posterior, con un buen resultado estético. Se presenta este caso para ver el manejo quirúrgico efectuado, en el campo de la cirugía dermatológica.*

*PALABRAS CLAVE. Desgarro del lóbulo de oreja. Cirugía reconstructiva del lóbulo de oreja. Lobuloplastia.*

#### ABSTRACT

*A case of a woman 51 years old, presenting a full irregular fissure left ear lobe, with healed edges, with a duration of 5 years, caused by the use of heavy earrings. The main fissure presents another small accessory on the leading edge caused by the use of other earrings, which ended causing another rift that leads to the main reason why the trip was irregular. The treatment consisted of surgical repair, follow up, with a good aesthetic result. We present this case for surgical management made in the field of dermatological surgery.*

**KEY WORDS.** *Tear earlobe, reconstructive surgery, lobuloplasty, earlobe clefts.*

#### INTRODUCCIÓN

Por lo general, el desgarro o fisuración del lóbulo de la oreja, es originado por un trauma crónico debido al uso de aretes pesados, que poco a poco van agrandando el orificio por donde pasa el soporte de los pendientes y dan como resultado la separación del lóbulo auricular total o parcialmente. El agrandamiento progresivo del orificio es debido a que el peso de los pendientes hace que los tejidos que se encuentran por debajo ceden hasta lograr una fisura longitudinal que separa el lóbulo de la oreja en dos segmentos separados. Se observa con más frecuencia en mujeres mayores de edad.<sup>1</sup>

Algunos desgarros son originados por traumatismo del lóbulo, como los arrancamientos accidentales de los aretes, que producen desgarros agudos parciales o totales. En los desgarros agudos hay dolor y el sangrado siempre es importante, debido a la buena vascularización de la zona. Pero, en los que se forman lentamente no existe sintomatología. El tratamiento siempre es quirúrgico y consiste en la reparación estética del defecto, con la resección de los bordes del desgarro seguida de sutura.<sup>2,3</sup> En el presente caso, el seguimiento se efectuó hasta los 60 días después de la operación, con un resultado muy estético.

1. Profesor Asociado de la Cátedra de Dermatología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.  
Miembro Permanente del Instituto de Investigaciones Clínicas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.  
Dermatólogo de Clínica Universitaria de San Marcos y de las Clínicas Maison de Santé. Lima, Perú.



Figura 1. Lóbulo auricular izquierdo desgarrado.

### CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 51 años de edad, raza mestiza. Buen estado general. Antecedentes: operada hace dos años de una hernia inguinal. Acude a la consulta por presentar un desgarramiento completo en el lóbulo auricular izquierdo. Refiere que desde hace cinco años, nota agrandamiento progresivo del orificio para el pase de aretes. Siempre le ha gustado usar pendientes de metal con distintos diseños y



Figura 3. Lóbulo desgarrado resecado.

pesos, en especial uno de plata que fue el más pesado. Hace cuatro años el orificio agrandado terminó por desgarrarse por completo, motivo por el cual opta por usar aretes en un nuevo orificio cercano al tercio inferior del borde anterior del desgarramiento, que también terminó desgarrándose hace cuatro meses; lo que le da a este sector un aspecto lobulado. La sintomatología fue nula en las dos oportunidades, en que los aretes se cayeron al dormir originando el desgarramiento completo.

Al examen preferencial, se aprecia el lóbulo auricular izquierdo totalmente desgarrado, su parte anterior presenta otra fisura pequeña, ya referida, que le da un aspecto mamelonado e irregular (Figura 1).

Los exámenes hematológicos, bioquímicos, factores de coagulación y serológicos practicados antes de la operación, fueron normales. Como paso siguiente se efectuó el procedimiento quirúrgico que se detalla.

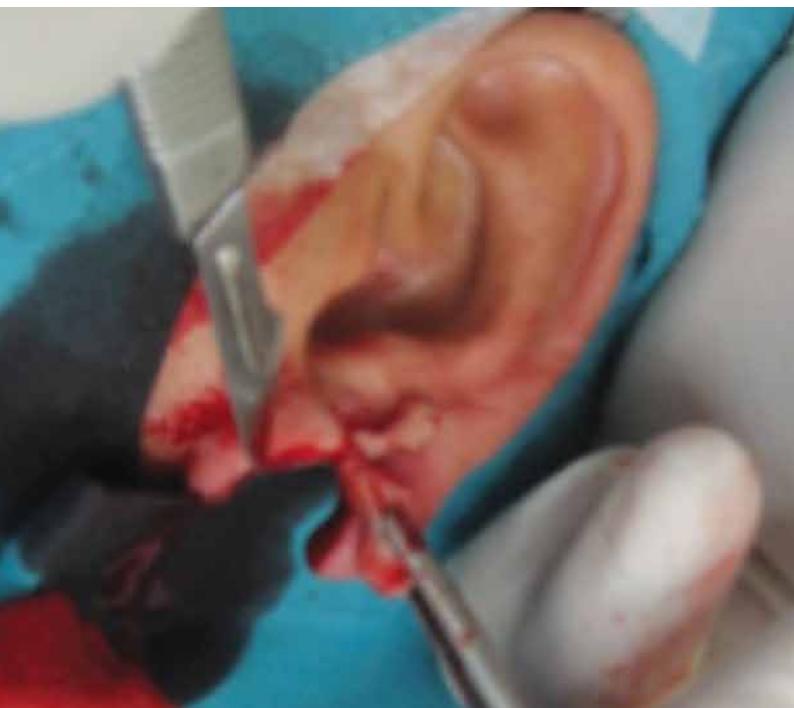


Figura 2. Resección de la piel y desprendimiento completo del área desgarrada.





**Figura 4.** Colocación del primer punto en el extremo distal.



**Figura 6.** Sutura de la parte posterior del lóbulo.

### TÉCNICA QUIRÚRGICA

Esta cirugía consiste en una lobuloplastia y se efectúa en forma ambulatoria, sin necesidad de hospitalización y con anestesia local,<sup>(4,5)</sup> y debe ser efectuado por dermatólogos que tengan formación y entrenamiento quirúrgico para efectuar este procedimiento. El paciente debe suspender la ingesta de aspirina y anticoagulantes por lo menos cinco días antes. La cirugía reparadora se efectuó de la siguiente manera:

1. Limpieza meticulosa del lóbulo auricular con agua y jabón, luego aplicación de solución antiséptica yodada.

2. Se preparó la zona operatoria, con campo fenestrado y material quirúrgico apropiado.
3. Se anestesió los bordes del desgarro, con lidocaína al 2% sin epinefrina, en forma de herradura en ambas caras, con una jeringa de insulina.
4. Se reseco la piel de los bordes del desgarro en forma precisa, tanto en la parte anterior como la posterior (Figura 2), logrando desprenderla por completo (Figura 3).
5. Se inició sutura de los bordes con hilo poliglactina 5/0. El primer punto se hizo en el extremo distal (Figura 4).



**Figura 5.** Sutura de la parte anterior del lóbulo.



6. Se procedió a suturar por separado, primero, la cara anterior y, luego, la cara posterior del lóbulo. El segundo punto de sutura se efectúa en la parte media del desgarro; después, se suturó los espacios restantes, hasta terminar de juntar totalmente la parte anterior (Figura 5).
7. De la misma forma que en la parte anterior se procedió a suturar completamente la parte posterior del lóbulo (Figura 6).
8. Una vez concluido el acto operatorio, se hizo la limpieza correspondiente, para eliminar los restos de sangre, y, finalmente, se colocó unguento antibiótico, apósito con gasa y esparadrapo.
9. Se le prescribió meloxicam, 7,5 mg, cada 12 horas, durante cuatro días.
10. Se indicó descanso médico domiciliario por cuatro días.

## CONTROL POSTOPERATORIO

- ▲ El primer control postoperatorio se efectuó a las 24 horas. La Figura 7 muestra el apósito con el que se concluyó la curación; se puede apreciar signos de un leve sangrado y en la Figura 8 se ve la imagen operatoria a las 24 horas.
- ▲ Se efectuó limpieza de la herida, aplicación del unguento antibiótico y se puso un apósito similar al día de la operación.
- ▲ Desde el tercer día, el paciente se hizo las curaciones diarias después de su baño, aplicándose el unguento antibiótico y cubriendo la herida con una gasa más pequeña fijada con esparadrapo.
- ▲ A los 10 días se retiraron los puntos de sutura.
- ▲ Al mes se le puso un arete liviano a presión.
- ▲ A los 60 días la cicatriz operatoria fue muy aceptable (Figura 9) y la paciente recién decidió que se le ponga un arete perforante, que luce en la Figura 10.

## DISCUSIÓN

El desgarro auricular es una fisura que aparece en el orificio por donde pasan los aretes, en los lóbulos auriculares, son de distintos tamaños, siendo lo más comunes los pequeños; pero en otras ocasiones el peso de los aretes producen progresivamente el agrandamiento de este agujero y terminan por desgarrar por completo el lóbulo auricular, como es el caso que se presenta. También los traumatismos accidentales, como tirón de los aretes o los arranchamientos con fines de robo, causan desgarros completos o parciales. En estos casos agudos, se ve una herida sangrante, dolorosa y con peligro de una infección bacteriana.<sup>(1-3)</sup>

En los casos en que los orificios se van agrandando lentamente, los bordes de la fisura se encuentran cicatrizados y la causa es, el uso de aretes pesados por muchos años, que originan que el tejido auricular lobular ceda lentamente a este peso, ayudado por una predisposición estructural de la piel y del tejido celular subcutáneo, con una disminución de las fibras colágenas, reticulares y elásticas, que conforman el sostén lobular.<sup>(4,5)</sup> Los desgarros se observan de preferencia en personas mayores de 50 años, haciéndose más frecuentes en mujeres entre los 60 y 70 años de edad.<sup>(4,7)</sup> Los desgarros del lóbulo de la oreja se pueden clasificar según su magnitud en:

- ▲ Tipo I. Desgarro incompleto, en el que los límites del agujero no alcanzan la mitad de la distancia entre el agujero original y el borde inferior del lóbulo.
- ▲ Tipo II. Desgarro incompleto en los que los límites del agujero se extienden más allá de la distancia entre el orificio original y el borde inferior del lóbulo.
- ▲ Tipo III. Desgarro completo, que hace que el lóbulo se fisure y se parta en dos.

El tratamiento es quirúrgico y busca la reconstrucción estética del lóbulo fisurado.<sup>(8-10)</sup> Requiere precisión en los cortes que se efectúen para el refrescamiento de los bordes y entrenamiento para que el procedimiento resulte estético.<sup>(11-13)</sup>

El tratamiento de los desgarros incompletos tipos I y II. Se efectúa previa anestesia con refrescamiento de los bordes utilizando para el corte hoja de bisturí N° 11 o si de dispone con un punch de 4 mm seguido de sutura con hilo de seda 5/0 en ambas caras.<sup>(14)</sup> En el tipo III, donde el desgarro es completo, se debe efectuar la técnica descrita en este presentación. Los cortes que se efectúen en los bordes de la fisura para el refrescamiento de la herida, deben ser precisos, para esto es necesario apoyar el lóbulo de la oreja sobre una superficie dura y plana un poco más grande que el lóbulo a operar, para evitar el movimiento del órgano,<sup>(9,12,15)</sup> lo más recomendado es usar una placa de acero quirúrgico. En cuanto a los hilos de sutura se pueden utilizar los hilos de seda<sup>(7,9,13)</sup> o poliglactina 5/0, con buenos resultados como el usado en este caso.

Los pacientes que reciben medicación anticoagulante deben suspender las tomas cinco días antes y tres días después de la operación, para evitar sangrados. Los controles posoperatorios deben efectuarse a las 24 horas, 48 o 72 horas. Los puntos de sutura pueden retirarse entre los ocho y diez días.<sup>(7,8,13)</sup> No debe haber mucho apuro para retirar los puntos más antes, ya con los movimientos al dormir en la cama algunas veces la herida se puede abrir.

Para colocar de nuevo los aretes en la oreja operada, algunos optan por ponerlos con poco peso desde el primer día de



**Figura 7.** Apósito colocado después de la curación en el primer control postoperatorio.

la operación, otros recomiendan después de un mes. Lo recomendable es que los tejidos del lóbulo cicatricen bien. Para que haya un buen sostén, es mejor hacerlo después de los 30



**Figura 8.** A las 24 horas poscirugía.



**Figura 9.** Cicatriz a los 60 días poscirugía.

a 60 días. Otros no recomiendan hacer un nuevo orificio hasta pasado los 90 días.<sup>(13,15,16)</sup> Mientras tanto, la paciente puede usar después de los 15 días, aretes a presión y de poco peso.



**Figura 10.** A los 60 días poscirugía, con arete perforante.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brown JS. Should general practitioners perform minor surgery. *Br J Hosp Med.* 1998;39:103.
2. Parra A, Sada F, Urdanoz MJ. Reparación del lóbulo de la oreja desgarrado. En: Arribas JM (editor.) *Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia.* Madrid: Jarpyo Editores; 2000. p.450-456.
3. Foulkes A. Minor surgery in general practice. *Br Med J.* 1993; 307:685.
4. Agarwal R, Chandra R. The anatomy of the split ear lobe. *JPRAS.* 2008;61:114.
5. Caballero F, Gómez O. Cirugía en atención primaria. En: Martín A, Cano JF, editores. *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica.* 4.ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999. p.1530-55.
6. Watson D. Torn earlobe. *Otolaryngologic Clin N America.* 2002; 35:187-205.
7. Boo-Chai K. The cleft ear lobe. *Plast Reconstr Surg.* 1961;28:681-688.
8. Hamilton R, La Rossa D. Method for repair of cleft earlobes. *Plast Reconstr Surg.* 1975;55:99-101.
9. Blanco-Davila F, Vasconez HC. The cleft earlobe: a review of methods of treatment. *Ann Plast Surg.* 1994;33:677-680.
10. Apesos J, Kane M. Treatment of traumatic earlobe cleft. *Aesthetic Plast Surg.* 1993;17:253-255.
11. Walike J, Larrabee Jr WF. Repair of de cleft earlobe. *Laryngoscope* 1985; 95:877-878.
12. Zoltie N. Split earlobes: a method of repair preserving the hole. *Plast Reconstr Surg.* 1987;80:619-621.
13. Apesos J, Kane M. Treatment of traumatic earlobe clefts. *Aesthetic Plast Surg.* 1993;17:253-255.
14. Tan EC. Punch technique: an alternative approach to the repair of pierced earlobe deformities. *J Dermatol Surg Oncol.* 1989;15:270-272.
15. Fayman MS. Split earlobe repair. *Br J Plast Surg.* 1994;47:293.
16. Boo-Chai K. The cleft ear lobe. *Plast Reconstr Surg.* 1961;28:681.

Correspondencia: Dr. Octavio Small Arana  
octaviosmall@hotmail.com

Fecha de recepción: 16-6-2011  
Fecha de aceptación: 22-6-2011