



## **Reconstrucción de concha con colgajo retroauricular - mastoideo, a propósito de un caso**

Auricular shell reconstruction with retroauricular - mastoid flap, about a case

Jorge Palacios Martínez  
Cristina Almeida Betty  
Freddy Mariscal Tapia

**Fecha de recepción:** 06 de enero del 2015

**Fecha de aceptación:** 11 de abril del 2015

## Reconstrucción de concha con colgajo retroauricular - mastoideo, a propósito de un caso

Auricular shell reconstruction with retroauricular - mastoid flap, about a case

Jorge Palacios Martínez<sup>1</sup>, Cristina Almeida Betty<sup>2</sup>, y Freddy Mariscal Tapia<sup>3</sup>

**Como citar:** Palacios, J., Almeida, C., Mariscal, F. (2015). Reconstrucción de concha con colgajo retroauricular – mastoideo, a propósito de un caso. *Revista Universidad de Guayaquil*. 121(3), 55-62. DOI: <https://doi.org/10.53591/rug.v121i3.390>

### Resumen

Hemos realizado la descripción detallada de la técnica del colgajo retroauricular — mastoideo como alternativa de elección para la reconstrucción de la concha auricular. Siendo el defecto provocado por la escisión de la lesión, podemos escoger el ancho y espesor del colgajo que va a realizar la cobertura de tal defecto. Para la selección del pedículo vascular se realiza la marcación previa respectiva

El reporte de este caso se lo ha llevado a cabo con datos de un paciente que acudió a la consulta privada por una lesión tumoral de 2 cm de diámetro de 1 mes de evolución en la cara anterior de la concha auricular izquierda. Este tipo de casos son frecuentes en el área de consulta, lo que nos permite hacer un mejor seguimiento del mismo, con diagnóstico histopatológico, y los controles post quirúrgicos

Palabras clave: concha, colgajo, retroauricular - mastoideo, tumor

### Summary

We have made a detailed description of the technique of the retroauricular — mastoid flap as an alternative choice for the reconstruction of auricular shell. As the defect is caused by the excision of the injury, we can choose the width and thickness of the flap which will bring cover to this defect. For the selection of the vascular pedicle, respective pre — marking is made.

The report of this case has been conducted using data from a patient in the private practice, with a tumor of 2 cm diameter, and one month of evolution, located in the anterior aspect of the auricular shell. Such cases are frequent in the area of consultation, allowing us to keep better tracing of it, with histopathological diagnosis and post — surgical checks

Keywords: shell, flap, retroauricular — mastoid, tumor

<sup>1</sup> Doctor - MD - RH, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador. Correo electrónico: [revistaug@ug.edu.ec](mailto:revistaug@ug.edu.ec)

<sup>2</sup> Doctor – MD, Hospital General Luis Vernaza, Ecuador. Correo electrónico: [revistaug@ug.edu.ec](mailto:revistaug@ug.edu.ec)

<sup>3</sup> Doctor - MD, Hospital General Luis Vernaza, Ecuador. Correo electrónico: [revistaug@ug.edu.ec](mailto:revistaug@ug.edu.ec)

## Introducción

Las heridas de la concha auricular o de la fosa triangular que no implican una pérdida de pericondrio se reconstruyen mejor con un injerto cutáneo de espesor total o se les permite curar por segunda intención. En muchos casos se puede utilizar un colgajo creativo en isla volteado para reparar tales heridas.

Para este caso hemos utilizado un colgajo retroauricular en donde el colgajo en la superficie posterior de la oreja pasa transfiectivamente a través de una incisión cutánea cubrir el lecho cruento; en este caso, la concha auricular.

Nuestro pedículo se encuentra ricamente vascularizado por las ramas de la arteria postauricular. El colgajo entonces pasa a través de la concha y cubrirá el defecto anterior, que se produjo por la resección de la lesión.

## Fundamento teórico

Haciendo una descripción anatómica de la oreja, encontramos tres piezas de cartílago contorneado denominados complejo de la concha, complejo antihélix —antitrageo y complejo hélix — lóbulo. Ya que nuestro caso se centra en el estudio de la concha, hablaremos específicamente de la misma

*“La concha se asemeja a una copa hemisférica con bordes bien definidos, el complejo raíz del antehélix — cruz inferior constituyen su límite posterior y la raíz del hélix — trageo el anterior. El plegamiento del antehélix define la proyección de la escafa — hélix respecto a la concha.”*

*“La irrigación está dada por la arteria temporal superficial y auricular posterior. Estas forman dos redes se- paradas: una para la fosa triangular — escafa y otra para la concha.*

*La superficie auricular anterior es suplida en su mayoría por la arteria auricular anterior, que envía perforantes en la fosa triangular, cymba concha, cavum concho, raíz concha, raíz del hélix y lóbulo.*

*El drenaje venoso se hace a través de las venas auriculares posteriores y de ésta a la yugular externa y por las venas temporal superficial y retromandibular.”.*

*“La inervación sensorial de la oreja proviene de tres fuentes. La mayoría de la oreja es inervada por el nervio auricular mayor que se origina de los segundos y terceros nervios cervicales y pasa sobre el esternocleidomastoideo para llegar a la oreja justo en la base del lóbulo.*

*Ciertas porciones de la superficie anterior de la oreja; y la oreja superior son inervados por el nervio auricular temporal, el cual es una rama directa del nervio o mandibular del V nervio craneal. La concha auricular interna y el canal externo derivan la entrada sensorial de los nervios craneal es VII, lx y x.”*

*“Embriológicamente, la aurícula se origina del primer y segundo arco branquial. La prominencia aparece en estos arcos durante la sexta semana de gestación. La prominencia anterior da origen al trageo, a la raíz del hélix y al hélix superior; mientras que la prominencia posterior se convierte en el anti hélix, el antitrageo, y el lóbulo. El primer surco branquial forma el meato auditivo externo y la concha.”*

## Reporte de caso clínico

Paciente masculino de 63 años de edad que presenta, lesión pápulo — ulcerosa de bordes irregulares, de aproximadamente 2 cm de diámetro, de 1 mes de evolución, con características muy sugestivas, de lesión espinocelular, localizada en cara anterior de concha auricular izquierda.

Como antecedentes patológicos, el paciente presenta hipertensión arterial, arritmias, diabetes mellitus tipo I, dislipidemia, patologías que cursan controladas, con medicación selectiva

El paciente también presentó

- Carcinoma escamocelular infiltrante en tórax posterior (2004)
- Çuiste de inclusión epidérmica en (2004)
- Çueratosis seborreica, inflamación crónica + Pápiloma escamoso; en ... (2006)

## Plan quirúrgico

El paciente es preparado médicamente para reducir medicación anticoagulante, previamente al día de su cirugía.

El plan quirúrgico consistió en el diseño de un colgajo de piel mastoideo retroauricular, para proceder en dos tiempos: primer tiempo; extirpación y cierre con el colgajo retromastoideo, y el segundo tiempo; al término de la tercera se- mana, sección de pedículo y revisión de cicatriz retroauricular.

### Preoperatorio



Fig. 1: Pabellón auricular izquierdo  
Vista lateral.



Fig. 2: Pabellón auricular izquierdo  
Vista posterior.



Fig. 3: Marcación de lesión en  
pabellón auricular  
izquierdo



Fig. 4: Marcación e infiltración

### DESCRIPCIÓN DEL PRIMER ACTO QUIRÚRGICO

Fecha: 12/02/2015

Tiempo: 2h20m

1. Bajo efectos de anestesia general se realiza asepsia de región quirúrgica, y antisepsia y previa colocación de campos quirúrgicos.
2. Se procede a realizar marcación de lesión tumoral a escindir, contemplando dicha marcación un margen de 7 mm, en área segura
3. Se hace marcación y diseño del colgajo retroauricular — mastoideo, de 8 cm de largo x 2.5 cm de ancho. (Fig. 3)
4. Se infiltra con Xilocaina al 1% con Epinefrina. 1.5 cc. en cara anterior de concha, y Xilocaina sin Epinefrina, subcutánea en área de concha retroauricular, (Fig. 4)
5. Luego de esperar 5 minutos para permitir una apropiada vasoconstricción, procedemos a la incisión para extirpación de la tumoración, incidiendo sobre las líneas previamente de-

marcadas, y haciendo la exéresis del tumoración, excluyendo el cartílago, y observando muy cuidadosamente, si acaso hubiese tejido sospechoso retrocutáneo, o en superficie del cartílago correspondiente.

6. Pudimos apreciar, que aparentemente, no había compromiso del cartílago, sin embargo, hicimos exéresis, de área de cartílago de 1 cm de diámetro, por extremar seguridad
7. Se realiza hemostasia cuidadosa, y luego procedemos a fabricación del colgajo retroauricular mastoideo
8. Previa infiltración con Xilocaina al 2% con Epinefrina, y el tiempo prudencial de espera para vasoconstricción, procedemos al levantamiento del colgajo cutáneo de pedículo superior.
9. Hemostasia cuidadosa y luego anclamos en el extremo caudal, del colgajo con dos puntos de seda 3 — 0, para un manejo cuidadoso de la colgajo. (Fig. 10, 11, 12)
- 10 Se hace incisión transcurricular, para permitir el paso del colgajo, y la sutura del mismo,

en cara anterior de la concha, suturando con nylon 5 — 0 cuidadosamente. (Fig. 13)

1 1. Luego procedemos a la aproximación, y cierre piel en región mastoidea, en forma cuidadosa,

para no disminuir la base del colgajo. (Fig 14)

1 2. Se envía lesión extirpada a estudio histopatológico.

### Transoperatorio



Fig. 5: *Incisión y disección por planos*



Fig. 6: *Escisión de cartílago de concha auricular*



Fig. 7: *Escisión de cartílago de concha auricular*



Fig. 8: *incisión de colgajo retroauricular sobre trazos marcatorios previamente establecidos*



Fig. 9: *Levantamiento de colgajo retroauricular*



Fig. 10: *Fijación del extremo del colgajo con seda*

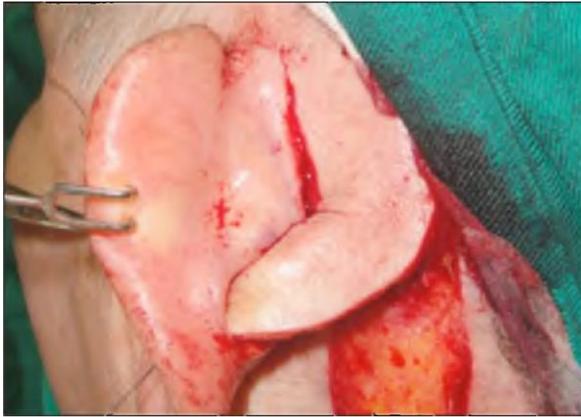


Fig. 11: Cobertura del defecto anterior con colgajo retroauricular. Vista posterior



Fig. 12: Cobertura del defecto anterior con colgajo retroauricular. Vista lateral



Fig. 13: Sutura con Nylon 5/0



Fig. 14: Colgajo retroauricular cubriendo defecto anterior. Vista posterior

## DESCRIPCIÓN DEL SEGUNDO ACTO QUIRÚRGICO

### Preoperatorio



Fig. 15: Colgajo retroauricular. Vista posterior



Fig. 16: Colgajo retroauricular. Vista posterior



Fig. 17: *Colgajo Retroauricular.*  
*Vista inferior Peai'culo*



Fig. 18: *Colgajo Retroauricular.*  
*Vista posterior Pedículo*

**SEGUNDO TIEMPO QUIRÚRGICO  
SECCIÓN DE PEDÍCULO**

Fecha: 27/ 03/ 2015Tiempo:  
1 hora

1. Bajo sedación y bloqueo con anestesia local

(X iIOC áUE ál 2% con E pinef rina), se procede a la secci ón del pedículo, y reposici ón de colgajo de piel residual, d su lecho OriginóI

- 2 LA SLJturd se realizó con Vycril 4 — 0 su bdérmico y piel con Nylon 5 — 0
- 3 Se dejó cUraoclusiva

**Postoperatorio inmediato**



Fig. 19: *Colgajo Retroauricular.*  
*Vista posterior Pedículo seccionado Sutura*

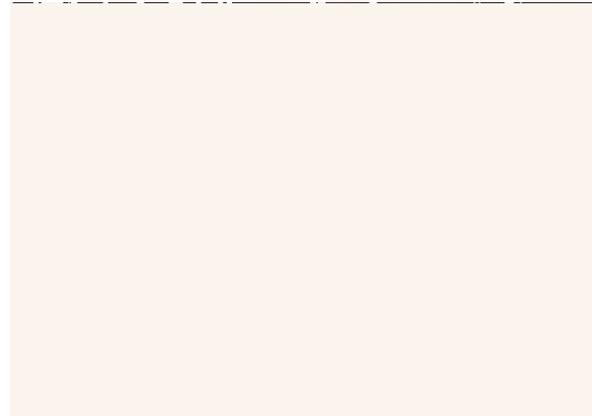


Fig. 20: *Colgajo Retroauricular.*  
*Vista posterior Peai'culo seccionado Sutura*



Fig. 21: *Colgajo Retroauricular.*  
*Vista lateral Sutura*



Fig. 22: *Colgajo Retroauricular.*  
*Vista lateral Sutura*

Diagnóstico histopatológico

**Piel biopsia auricular izquierda; biopsia escisional:**

Carcinoma de células escamosas bien diferenciado queratoacantomoso  
Bordes laterales libres  
Lecho quirúrgico coincide con lesión

Tejido cartilaginoso, cartílago auricular; biopsia:

Sin cambios patológicos



Fig. 23: *Colgajo Retroauricular.*  
*Vista posterior*

**Evolución**

Durante el control postquirúrgico tanto en el primer tiempo como en el segundo tiempo, la cirugía evolucionó, sin contratiempos, y la cicatriz tuvo un comportamiento excelente (fig. 22, 23, 24, 25)

El paciente acude a consulta por seguimiento del caso, después de 4 semanas de haberse realizado el segundo procedimiento quirúrgico, correspondiente a la sección del pedículo del colgajo; con

resultados favorables tanto reconstructivos como estéticos, y con buena aceptación por parte del paciente.



Fig. 24: *Colgajo Retroauricular.*  
*Vista lateral*

Casi 3 meses después de la última visita, nuestro paciente acude nuevamente a la consulta. Sin presentarnovedades. (Fig. 24, 25)



Fig. 25: *Colgajo Retroauricular.*  
*Vista posterior*



Fig. 26: *Colgajo Retroauricular.*  
*Vista lateral*

Resultados

Piel biopsia auricular izquierda; biopsia escisional:  
Carcinoma de células escamosas bien diferenciado queratoacantomoso.

Bordes laterales libres  
Lecho quirúrgico coincide con lesión

Tejido cartilaginoso, cartílago auricular; biopsia

Sin cambios patológicos

**Discusión**

El objetivo de este trabajo es presentar una modificación al colgajo retroauricular, utilizado para la reconstrucción de concha auricular. La seguridad

vascular de este colgajo dermocutáneo dependiente del plexo subdérmico, alimentado por las arterias temporal superficial y auricular posterior, nos permite utilizarlo, con toda la seguridad, para la reconstrucción, de cualquier lesión, que comprometa la concha auricular, y otros segmentos del pabellón

Luego de analizar la literatura, no hemos encontrado trabajos investigativos similares al nuestro.

Además, podemos agregar que en el transcurso de un año no se ha observado ninguna infección de celulitis necrotizante, por lo que sería necesario realizar el estudio integral y definir que no presente una celulitis necrotizante a partir de una infección ubicada en faringe o en orina por las patologías asociadas que el paciente presenta, como es la Diabetes Mellitus II y la Dermatitis crónica perivascular superficial

## Bibliografía

- Masson JK. "A simple island flap for reconstruction of concha — hélix defect." *British Journal Plastic Surgery* 1972; 25: 399 — 403
- Fader DJ, Johnson T "Ear reconstruction utilizing the subcutaneous island pedicle graft (flip —flop) flap. *Dermatology Surgery* 1999; 25: 94 — 96
- Coiffman, *Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética*. Tercera Edición — Tomo II. *Cirugía Estética y Reconstructiva de la cara y cuello*. 2007. 3era Edición. Capítulo 195; 1719 — 1721
- Glenn D Goldman, MD. "Colgajos Faciales 2015; 8: 157 — 158.
- Adamson JE, Horton CE, Crawford HH: the growth pattern of the external ear. *Plastic Reconstructive Surgery*. 36: 466



Dr. Jorge Palacios Martínez, MD. RH.

*Director de Postgrado de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil*

Dra. Cristina Almeida Betty, MD.

*Médico graduada en la Universidad de Guayaquil. Residente del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital General Luis Vernaza.*

Dr. Freddy Mariscal Tapia, MD.

*Médico graduado en la Universidad de Guayaquil. Adscrito del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital General Luis Vernaza.*