

VIDEOS DE CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

Injerto de cartílago en la reconstrucción del pabellón auricular

Cartilage Graft in the Reconstruction of the Pinna of the Ear

Descripción

La extirpación completa de una lesión tumoral en el pabellón auricular puede incluir el esqueleto cartilaginoso (fig. 1). A diferencia de lo que ocurre con otras estructuras faciales, en la oreja las repercusiones funcionales son poco frecuentes. Son comunes, sin embargo, las alteraciones estéticas debido a la contracción tisular durante el proceso de cicatrización.

Para la sustitución del cartílago podemos utilizar materiales aloplásticos o injertos de cartílago autólogo.

Los injertos de cartílago pueden ser de cartílago elástico (concha auricular y antehélix) o de cartílago hialino (septo nasal o cartílago costal). El primero es ideal para la reconstrucción auricular por su memoria, ya que permite mantener

la forma original tras el proceso de cicatrización¹. El cartílago hialino es más consistente y resistente pero menos maleable, por tanto menos adecuado en esta localización.

El injerto de cartílago debe ser similar al defecto en forma, y de un tamaño ligeramente mayor. Si es posible se fija el pericondrio. En caso contrario el injerto de cartílago se introduce en unos «bolsillos» dérmicos anclándolo con sutura reabsorbible (fig. 2). Se utiliza en combinación con colgajos locales para la cobertura cutánea.

La supervivencia del injerto de cartílago es excelente, en torno al 95% a los 20 años. Depende de varios factores: la vascularización del lecho receptor, el tamaño del injerto, la manipulación del cartílago, el trauma posquirúrgico y la presencia de pericondrio supra y subyacente².

Técnica

Puede verse la realización de la técnica quirúrgica en el vídeo de procedimiento.



Figura 1 Defecto quirúrgico con afectación de cartílago en antitrago.



Figura 2 Injerto de cartílago fijado con sutura reabsorbible en antitrago.

Indicaciones

- Defectos cartilagosos del pabellón auricular, sobre todo del hélix, que causen asimetría o alteraciones funcionales², por ejemplo, la ausencia de soporte para las gafas. Ocasionalmente puede utilizarse para dar mayor consistencia en distintas subunidades anatómicas, como en la reconstrucción del lóbulo auricular.
- También está indicado en otras localizaciones como el párpado inferior o las narinas. En aquellos defectos quirúrgicos en los se hayan extirpado tejidos de soporte (tarso, cartílago), para evitar el riesgo de ectropión o colapso de las narinas durante la inspiración.

Contraindicaciones

- Se debe evitar su uso sobre un lecho quirúrgico pobremente vascularizado, ya que la nutrición del cartílago proviene del mismo, por ejemplo, sobre tejido cicatricial.
- No es adecuado en defectos superiores a 1,5 cm, debido a que limita su viabilidad y pueden producir deformidades en el área donante.

Complicaciones

Generalmente presenta buenos resultados a corto y largo plazo con escasas complicaciones.

Puede presentarse condritis y pericondritis en el área donante, de causa infecciosa, frecuentemente por Pseudomonas; o ésteril, por la manipulación del cartílago³.

La extrusión del injerto, su deformación o su desplazamiento suele estar en relación con una fijación inadecuada del mismo.

Conclusiones

La utilización del injerto de cartílago es una técnica de fácil ejecución con muy buenos resultados. Está indicada

en defectos de pequeño y mediano tamaño que presentan repercusiones funcionales y/o estéticas debido a la ausencia de soporte cartilaginoso. Habitualmente se realiza en un solo tiempo quirúrgico y sin costes adicionales, al no utilizar materiales aloplásticos.

Agradecimientos

A D. Jose Lavigne Pérez, por su inestimable ayuda en la edición de este vídeo.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.02.001>.

Bibliografía

1. Otle CC, Sherris DA. Spectrum of cartilage grafting in cutaneous reconstructive surgery. *J Am Acad Dermatol.* 1998;39:982-92.
2. Adams C, Ratner D. Composite and cartilage grafting. *Dermatol Clin.* 2005;23:129-40.
3. Kaplan AL, Cook JL. The incidences of chondritis and perichondritis associated with the surgical manipulation of auricular cartilage. *Dermatol Surg.* 2004;30:58-62.

B. González-Sixto*, A. Pérez-Bustillo, E. Samaniego y M.A. Rodríguez-Prieto

Servicio de Dermatología, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bgonsix@aedv.es (B. González-Sixto).