OTOPLASTIA (CIRUGÍA DE LAS OREJAS PROMINENTES)

Revisor del texto: **Dr. Alberto Sánchez García** (Nº de colegiado 464624929). Miembro de la **SECPRE**.

Aviso Legal: Material redactado con un enfoque educativo. Le rogamos evite el autodiagnóstico; los datos de este documento no suplen ni eliminan la obligación de una evaluación física individualizada por un cirujano plástico.

1. Introducción y definición

Las **orejas prominentes** (conocidas popularmente como "orejas de soplillo" o en asa) constituyen la malformación congénita más frecuente de la cabeza y el cuello, afectando aproximadamente al 5% de la población. Aunque no suponen ningún déficit auditivo ni funcional, suelen generar un importante impacto psicológico y social desde la infancia o en la edad adulta, condicionando el peinado o el uso de recogidos.

La **otoplastia** es la intervención quirúrgica destinada a reposicionar los pabellones auriculares más cerca de la cabeza, remodelar los pliegues naturales del cartílago y, si es preciso, reducir el tamaño de la oreja o del lóbulo, logrando unas orejas simétricas, proporcionadas y con contornos suaves y naturales.

2. Fase Preoperatoria: Valoración, planificación y preparación

2.1. Diagnóstico anatómico de la deformidad

Una oreja prominente rara vez se debe a una sola causa; en consulta se analizan tres componentes anatómicos que pueden presentarse aislados o combinados:

1. **Falta de definición del pliegue del antihélix:** En una oreja normal, la parte superior del cartílago se pliega hacia atrás formando una "Y" suave (el antihélix). Cuando este pliegue no se forma durante el desarrollo embrionario, el tercio superior de la oreja queda liso y proyectado hacia fuera. Se corrige mediante suturas internas permanentes que doblan el cartílago suavemente (**técnica de Mustardé**).
2. **Hipertrofia o exceso de la concha auricular:** La "cazoleta" central de la oreja es demasiado profunda, separando todo el pabellón del cráneo (con un ángulo superior a 30°). Se corrige anclando la concha a la fascia mastoidea detrás de la oreja (**técnica de Furnas**) o resecando una fina medialuna de cartílago.
3. **Protrusión del lóbulo auricular:** El lóbulo inferior se proyecta hacia delante, requiriendo un ajuste específico de la cola del hélix y de la piel posterior.

2.2. Pruebas médicas y preparación

- **Estudio preoperatorio:** Analítica sanguínea completa con pruebas de coagulación (y electrocardiograma en adultos o si se emplea anestesia general).
- **Preparación previa:** Evitar aspirina, antiinflamatorios no esteroideos y suplementos anticoagulantes 10 días antes. Lavar el cabello y los pabellones auriculares con jabón antiséptico la mañana de la intervención. En fumadores, suspender el tabaco al menos 2–3 semanas antes para proteger la cicatrización del cartílago.

3. Fase Intraoperatoria: ¿Cómo se desarrolla la cirugía?

- **Anestesia:** En **adultos y adolescentes** a partir de 12–14 años se realiza cómodamente bajo **anestesia local** (o local con sedación suave). En **niños pequeños** (entre 6 y 11 años) se emplea **anestesia general** o sedación profunda para evitar que el niño se mueva o pase miedo en el quirófano.
- **Duración:** Entre **60 y 90 minutos** (para ambas orejas).
- **Técnica quirúrgica:** La incisión se realiza exclusivamente en el **surco retroauricular** (el pliegue oculto detrás de la oreja), por lo que la cicatriz resulta invisible desde delante o de perfil. A través de este acceso se debilita suavemente la resistencia del cartílago, se dan los puntos internos de plegamiento (Mustardé) y de acercamiento a la mastoides (Furnas), y se cierra la piel con sutura reabsorbible.
- **Estancia:** Procedimiento **100% ambulatorio**. El paciente regresa a casa tras 1 hora de observación con un vendaje acolchado tipo turbante que protege las orejas.

4. Fase Postoperatoria y Cronograma de Recuperación

Durante las primeras 24–48 horas es normal sentir dolor moderado o palpitación en las orejas, que cede bien con los analgésicos y antiinflamatorios pautados.

Periodo	Evolución clínica y cuidados	Actividad permitida
Primeras 48–72 horas	Revisión en consulta para retirar el vendaje compresivo inicial y sustituirlo por una **cinta elástica tipo tenista/diadema**. Lavado normal del cabello a partir del 3.º día.	Reposo relativo en casa, dormir con dos almohadas evitando apoyar el peso de la cabeza de lado sobre las orejas.
Semana 1	Orejas inflamadas y con algún moratón violáceo que va desapareciendo. Uso de la cinta elástica día y noche durante la primera semana.	Reincorporación al colegio o al trabajo de oficina entre el 3.º y 7.º día.
Semanas 2 a 4	Uso de la cinta elástica **únicamente para dormir** (para evitar que al girar la cabeza en la almohada la oreja se doble hacia delante).	A las 2 semanas: ejercicio aeróbico suave. Evitar deportes de contacto o casco apretado durante el primer mes.
Meses 2 a 6	Desaparición del edema residual y pérdida gradual de la hipersensibilidad al frío o al tacto.	Vida deportiva y cotidiana sin restricciones.

5. Riesgos potenciales y signos de alarma

- **Hematoma auricular (1–2%):** Acúmulo de sangre entre la piel y el cartílago en las primeras 48 horas. Se manifiesta como un dolor intenso y punzante que no cede con analgésicos en uno de los lados. Requiere drenaje inmediato en consulta para evitar daño al cartílago.
- **Infección o condritis (< 1%):** Prevenida mediante profilaxis antibiótica.
- **Recidiva parcial o asimetría (3–5%):** El cartílago auricular tiene "memoria elástica" y tiende a volver hacia su forma original; por ello se emplean suturas permanentes. Ocasionalmente algún punto puede aflojarse, requiriendo un pequeño reajuste con anestesia local.
- **Extrusión de sutura:** Con los meses, algún nudo interno puede palparse o asomar detrás de la oreja; si ocurre, se retira en consulta sin que la oreja pierda ya su forma cicatrizada.

Signos de alarma en las primeras 48 horas: Dolor unilateral agudo, pulsátil y creciente que no mejora con los calmantes pautados, sangrado activo que mancha el vendaje por fuera o fiebre mayor de 38 °C.

6. Preguntas frecuentes de los pacientes

¿A qué edad se puede operar a un niño de otoplastia?

El pabellón auricular alcanza aproximadamente el **85–90% de su tamaño adulto a los 6 años de edad**. Por tanto, a partir de los **6 o 7 años** la cirugía puede realizarse sin interferir con el crecimiento de la oreja, coincidiendo además con el inicio de la etapa escolar primaria. Como regla médica, se aconseja operar al niño cuando sea él mismo quien exprese incomodidad con sus orejas y desee corregirlas, lo que garantiza su colaboración en las curas.

¿Pueden volver a despegarse las orejas con el tiempo?

Una vez transcurridos los primeros 2 a 3 meses, el tejido fibroso interno consolida el cartílago en su nueva posición y el resultado es definitivo. Solo un traumatismo directo en las primeras semanas (antes de que cicatrice el cartílago) podría soltar algún punto interno, motivo por el cual es tan importante llevar la cinta nocturna el primer mes.

¿Puedo llevar gafas después de la operación?

Durante las primeras 2 semanas debe evitarse que las patillas rígidas de las gafas presionen directamente sobre el surco retroauricular recién operado. Si el paciente necesita gafas para ver, puede apoyar las patillas por encima de la cinta elástica o utilizar lentes de contacto temporalmente.

7. Referencias bibliográficas

1. **Mustardé JC.** The correction of prominent ears using simple mattress sutures. *British Journal of Plastic Surgery*. 1963;16:170-178.
2. **Furnas DW.** Correction of prominent ears by conchamastoid sutures. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 1968;42(3):189-193.
3. **Janis JE, Rohrich RJ, Gutowski KA.** Otoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2005;115(4):60e-72e.
4. **Gosain AK, Kumar A, Becker G.** Objective analysis of aesthetic otoplasty outcome. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 1999;104(5):1314-1323.
5. **Sadhra SS, Motahariasad A, Mohamed S, Mein E.** Complications after prominent ear correction: A systematic review of the literature. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2017;70(9):1220-1230.

Dr. Alberto Sánchez García (Alsaga Cirugía Plástica®) — Cirujano Plástico en Valencia (Col. ICOMV 464624929)

Consulta 1 (Clínica Anubis): Av. de Francia, 19, Camins al Grau, 46023 Valencia, España (Ver en Google Maps)

Consulta 2 (Clínica Premium Medical): C. del Palleter, 4, Planta 1, Pta 2, Extramurs, Extramurs, 46008 Valencia, España (Ver en Google Maps)

Teléfono / WhatsApp: +34 601 58 15 42 (Tel. secundario sede Palleter: +34 960 55 04 55)

Email: info@alsagacirujanoplastico.com

Web: https://alsagacirujanoplastico.com