

## Reinserción auricular tras avulsión parcial traumática de pabellón

ALVEDRO RUIZ P; ANDRESEN LORCA B\*; SÁNCHEZ GARCÍA A; HEREDIA ALCALDE I

MÉDICO INTERNO RESIDENTE (M.I.R.) EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y REPARADORA EN HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE – VALENCIA

Autor para correspondencia: [drandresenlorca@gmail.com](mailto:drandresenlorca@gmail.com)

Recibido: 29 de julio de 2022 – Aceptado: 12 de diciembre de 2022

La avulsión auricular se define como una separación traumática, total o subtotal, del pabellón auricular de su inserción craneal. Se trata de una lesión infrecuente, habitualmente causada por traumatismos como accidentes de tráfico, caídas o mordeduras. La frágil vascularización auricular, junto con su compleja arquitectura cartilaginosa y la delicadeza de la piel que la recubre, hacen de la avulsión auricular una entidad de difícil manejo, con potencial importante repercusión estética y psicológica para el paciente.

Presentamos a continuación un caso de avulsión auricular parcial en un paciente varón de 21 años, ocurrida en contexto de accidente de tráfico. A la exploración física, presentaba herida inciso-contusa de 10 cm de longitud, extendida desde el otobasion superior hasta la región temporo-occipital, condicionando así un despegamiento del 1/3 superior del pabellón auricular. Asociaba un segundo trayecto lesional con recorrido desde el trago hasta la raíz del antehélix, avanzando a través de la concha entre la cymba y el cavum de la misma, con respeto del plano cartilaginoso. Su vascularización se encontraba preservada por los pedículos auriculares anterior y posterior, no dañados por el traumatismo. La piel conservaba un buen relleno capilar, sin signos de sufrimiento cutáneo (Figura 1).

Teniendo en cuenta las características de la lesión, se optó por llevar a cabo una reinserción de estructuras anatómicas, previo lavado exhaustivo y revisión minuciosa de las

heridas, tras bloqueo auricular regional con anestesia local (Figura 2). Tras la reparación, se cubrieron las heridas con tul vaselinado, y el pabellón con gasas impregnadas en crema a base de corticoide tópico, con el fin de rellenar las oquedades auriculares e inmovilizar así las estructuras reconstruidas, reduciendo al mismo tiempo la inflamación secundaria al evento traumático. Se pautó antibioterapia oral durante una semana y se revisaron las heridas a los cinco días, observándose buena evolución de las mismas, restitución completa de la anatomía auricular y ausencia de signos de sufrimiento cutáneo u otras complicaciones.

Nuestro caso corresponde al escenario más favorable que podemos encontrar en este tipo de lesión: integridad de estructuras vasculares y ausencia de pérdida de sustancia o lesión cartilaginosa, permitiéndonos resolver de forma sencilla una herida aparentemente compleja. Sin embargo, en ocasiones, las características de estas heridas demandan un manejo mucho más exigente desde el punto de vista quirúrgico.

Las opciones reconstructivas que ofrecen un mejor resultado a largo plazo son el reimplante microquirúrgico, recomendado en aquellos casos en los que se ha producido una avulsión auricular total, o la reinserción simple, indicada cuando el pedículo vascular está preservado, como ocurre en avulsiones parciales como la del caso presentado. ●



Figura 1. Avulsión parcial de oreja derecha. Vista anterior.



Figura 2. Reinserción de tercio superior auricular. Postoperatorio inmediato.