

**Guía De Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Orejas Prominentes****GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y  
TRATAMIENTO DE OREJAS PROMINENTES****UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL ESPECIALIZADA****SUB UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL ESPECIALIZADA DEL  
PACIENTE DE ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS - CIRUGÍA PLÁSTICA**

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas – Cirugía Plástica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Unidad de Atención Integral Especializada</li><li>• Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas</li><li>• Unidad de Gestión de la Calidad</li></ul>	<b>Dra. Elizabeth Zulema Tomas Gonzales de Palomino</b>  Directora General del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja



## Guía De Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Orejas Prominentes

**Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de  
Orejas Prominentes (Prominauris)**

## Índice

I	<u>Finalidad</u> .....	4
II	<u>Objetivo</u> .....	4
III	<u>Ámbito de Aplicación</u> .....	4
IV	<u>Diagnóstico y Tratamiento de Orejas Prominentes</u> .....	4
4.1.-	Nombre y Código.....	4
V	<u>Consideraciones Generales</u> .....	5
5.1	Definición .....	5
5.2	Etiología.....	5
5.3	Fisiopatología.....	5
5.4	Aspectos Epidemiológicos.....	5
5.5	Factores de Riesgo Asociado.....	5
5.5.1	Medio Ambiente.....	6
5.5.2	Estilos de Vida.....	6
5.5.3	Factores hereditarios.....	6
VI	<u>Consideraciones Específicas</u> .....	6
6.1	Cuadro Clínico .....	6
6.1.1	Signos y Síntomas.....	6
6.1.2	Interacción Cronológica.....	6
6.1.3	Gráficos, diagramas o fotografías.....	7
6.2	Diagnóstico.....	7
6.2.1	Criterios de diagnóstico.....	8
6.2.2	Diagnóstico Diferencial.....	8
6.3	Exámenes Auxiliares.....	9
6.3.1	De Patología clínica.....	9
6.3.2	De imágenes.....	9
6.3.3	De exámenes especiales complementarios.....	9
6.4	Manejo según nivel de Complejidad y Capacidad Resolutiva.....	9
6.4.1	Medidas Generales y Preventivas.....	9
6.4.2	Terapéutica.....	10
6.4.3	Efectos adversos o colaterales del tratamiento.....	10
6.4.4	Signos de alarma.....	10
6.4.5	Criterios de Alta.....	10



### Guía De Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Orejas Prominentes

6.4.6 Pronósticos.....	10
6.5 Complicaciones .....	11
6.6 Criterios de Referencia y Contrarreferencia.....	11
6.7 Fluxograma.....	12
<u>VII Anexos .....</u>	<u>13</u>
<u>VIII Referencias Bibliográficas o Bibliografía .....</u>	<u>13</u>



## I.-Finalidad

La Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Orejas Prominentes, tiene como finalidad contribuir con un instrumento de apoyo de nivel nacional que oriente la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas con la mejor evidencia disponible, estandarizando acciones sobre la prevención, criterios diagnósticos y tratamiento oportuno e integral para mejorar el aspecto estético de las orejas de la población infantil que presentan orejas prominentes (Prominauris).

Así como definir criterios de referencia para el tratamiento quirúrgico y del alta, en el marco de la mejora continua de efectividad, seguridad y calidad de la atención integral en salud.

## II.-Ojetivo

El objetivo de esta guía clínica es orientar la toma de decisiones en relación con lo siguiente:

- Establecer los criterios para el Diagnóstico de Orejas Prominentes en pacientes pediátricos.
- Establecer los criterios para el tratamiento integral quirúrgico (Otoplastia).
- Establecer las secuelas más frecuentes

## III.-Ámbito de Aplicación

La presente Guía es de aplicación en la Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas - Cirugía Plástica y Reconstructiva del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.

Adicionalmente, puede ser usado por las demás instituciones públicas de salud a nivel nacional que cuenten con la especialidad.

## IV.-Diagnóstico y Tratamiento de Orejas Prominentes

### 4.1. NOMBRE Y CODIGO

**NOMBRE:** OREJA PROMINENTE

**CÓDIGO CIE 10:** Q17.5

Fecha: Julio 2020	Código : GPC-004/INSN-SB/SUAIEPEQ-CP- V.01	Página: 4 de 13
-------------------	--	-----------------



## V.-Consideraciones Generales

### 5.1. DEFINICIÓN

Las orejas congénitas en asa o prominentes consisten en una deformidad cosmética del pabellón auricular que puede provocar serias alteraciones psicológicas a cualquier edad.

Consideramos que una oreja es prominente cuando se proyecta más de 21°-30° (20° en niños, 25° y 30° en adultos) del ángulo aurículo-cefálico, el cual está formado por la línea que une la raíz del hélix con su borde lateral y el plano mastoideo.

Algunos cirujanos plásticos utilizan el nombre de **prominauris** en latín, para referirse a las **orejas prominentes**<sup>1</sup>.

### 5.2. ETIOLOGÍA

**Hereditaria** (Autosómica Dominante con penetrancia variable): durante el tercer mes de gestación la proyección de la oreja aumenta; al final del sexto mes se ondula el borde del hélix, se pliega el antehélix y aparece su pilar. Cualquier hecho que interfiera con este proceso puede producir las orejas en asa o prominentes. Ésta es la teoría más ampliamente aceptada.

### 5.3. FISIOPATOLOGÍA

Conformación anómala en la plicatura del cartílago auricular durante su formación.

### 5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Aproximadamente esta patología afecta al 5% de la población, representando la patología congénita más frecuente del oído externo.

Se transmite de manera Autosómica Dominante con penetrancia variable (59% de los individuos afectados presentan historia familiar de orejas prominentes o en asa).

### 5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADO

Los factores de riesgo asociado son:

- Antecedente familiar de orejas prominentes

<sup>1</sup> NTS 101/MINSA/DGSP-V.01 de Establecimientos de Salud que realizan Cirugía Ambulatoria y/o Cirugía de Corta Estancia.



## GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OREJAS PROMINENTES

- Demora en la corrección de esta patología, que puede acarrear problemas psicológicos, la edad adecuada es desde los 6 años

**5.5.1. Medio ambiente**

Matsuo (1), postula que el alto nivel de estrógenos maternos en el neonato, provoca un cartílago auricular blando y maleable. Tras el nacimiento, la musculatura intrínseca de la porción anterior de la oreja, tiende a llevar el pabellón auricular hacia delante. Cuando los niveles estrogénicos bajan, el cartílago se hace más resistente y con memoria, quedando alterada su forma permanentemente

**5.5.2. Estilos de vida**

No interfiere en esta patología.

**5.5.3. Factores hereditarios**

Herencia autosómica dominante

**VI.-Consideraciones Específicas****6.1. CUADRO CLINICO****6.1.1. Signos y síntomas**

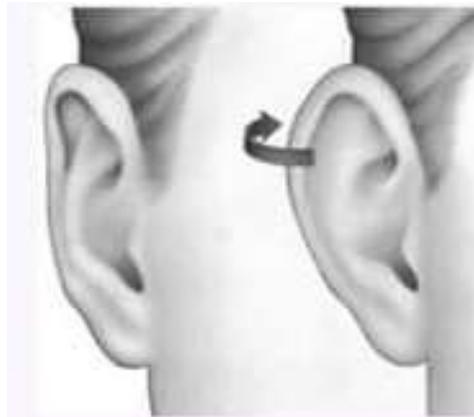
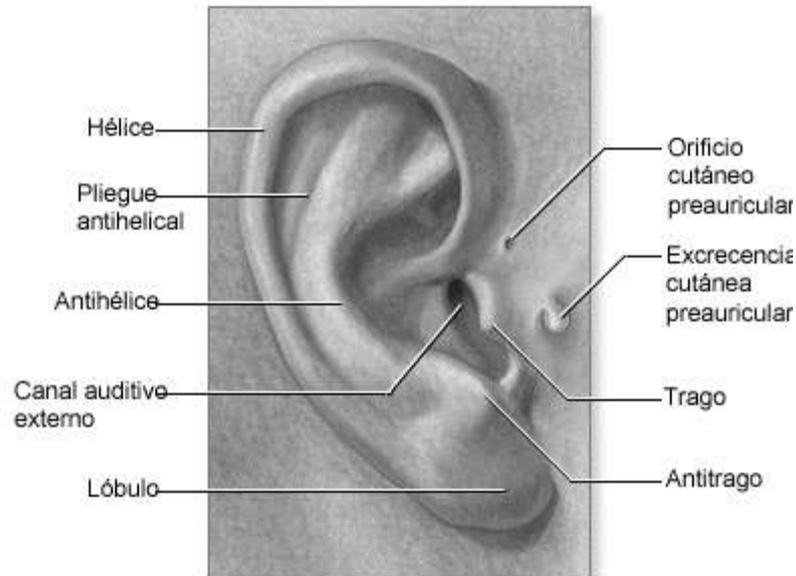
Clínicamente las orejas en asa se manifiestan como: Antehélix poco desarrollado o plano, o concha auricular muy desarrollada y profunda, o La combinación de ambas.

Otras alteraciones que pueden acompañar las anteriores son: Mastoides prominente, raíz del hélix muy marcada, proyección excesiva del polo auricular inferior (hélix caudal, lóbulo y cavidad de la concha), protrusión del antitrago, hélix insuficientemente plegado o plano (oreja de Shell), tubérculo de Darwin, deformidad auricular en teléfono, oreja de Stahl, macrotia, asimetrías en altura de implantación, asimetrías en inclinación antero-posterior.

**6.1.2. Interacción Cronológica**

No aplica.

### 6.1.3. Gráficos diagramas o fotografías



## 6.2. DIAGNÓSTICO

### En la Historia Clínica:

- Motivo de consulta: Debemos comprobar que realmente es el niño quien solicita tratamiento de su deformidad auricular y no sus padres.
- Antecedentes personales: alergias conocidas, enfermedades, intervenciones quirúrgicas previas y tipo de anestesia utilizada.
- Antecedentes familiares de orejas en asa



### 6.2.1. Criterios de diagnóstico

Los criterios de diagnóstico son los elementos que se mencionan al realizar el examen físico, en pacientes de 0 días a 17 años 11 meses 29 días.

#### Exploración física:

- Determinación de la forma, tamaño (altura: 5.5-6.5 cm; anchura: 50-60% de la altura) y posición de la oreja (espacio delimitado superiormente por la ceja, inferiormente por la columnela y lateralmente la base del trago se sitúa a 6.5-7.5 cm del reborde orbitario externo).
- Examen del antehelix. El antehélix debe formar un ángulo de 90° entre la fosa escafoidea y la concha. La alteración más frecuente en las orejas prominentes surge del fracaso del plegamiento del antehélix y determina el ensanchamiento del ángulo entre la fosa escafoidea y la concha (mayor de 90°). Además también se puede producir hipoplasia de la rama superior y/o común del antehelix.
- Determinar la profundidad de la cavidad de la concha (mayor de 1.5 cm en orejas en asa).
- La presencia de mastoides prominente deberá ser registrada, ya que tiende a desplazar la concha hacia delante.
- Valorar si existen alteraciones en el contorno del helix; ya sea a nivel del polo superior, zona media o por encima del lóbulo auricular.
- Examen del lóbulo auricular. En las orejas en asa, el lóbulo auricular puede ser prominente debido a la presencia de tejido conectivo muy denso y entrelazado.
- Valoración de la inclinación antero-posterior del eje cráneo-caudal.
- Valoración de la altura de implantación.
- Registrar las características del cartílago auricular: flexible (más frecuente), rígido, flácido (raro).
- El examen preliminar también deberá incluir la exploración sistemática del canal auditivo externo y la membrana timpánica.

### 6.2.2. Diagnóstico diferencial

No aplica.



### 6.3. EXÁMENES AUXILIARES

#### 6.3.1. De Patología Clínica

Se solicitan los siguientes exámenes de laboratorio:

- Hemograma
- Glucosa
- Urea
- Creatinina
- Perfil de coagulación (TC, TS, TTP, TTPa, INR)
- Serológicos (Elisa VIH, Antígeno de superficie para VHB)
- Grupo sanguíneo y factor Rh
- Examen completo de orina

#### 6.3.2. De imágenes

Radiografía de tórax, para la valoración de su Riesgo Quirúrgico.

#### 6.3.3. De exámenes especiales complementarios

Fotografías preoperatorias en cuatro posiciones: anteroposterior de frente, de perfil, oblicua y de espalda.

### 6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

La otoplastia está indicada para la corrección de orejas que presentan un ángulo aurículo-cefálico mayor de 30°-35° y/o se proyectan más de 20 mm entre la mastoides y el borde del hélix.

Sin embargo, aunque debemos tener en cuenta unos valores de referencia, la decisión final vendrá determinada por el estudio individualizado del paciente en el contexto de su estructura facial.

#### 6.4.1. Medidas generales y preventivas

Las medidas generales y preventivas están relacionadas y definidas como:

- La otoplastia no se aconseja en paciente con expectativas no realistas o aquellos que se prevé no van a colaborar en el postoperatorio.
- Antecedentes personales de cicatrices hipertróficas.



## GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OREJAS PROMINENTES

- Otitis media crónica, otitis externa o infecciones del cuero cabelludo deberán ser tratadas previamente a la intervención quirúrgica. Una simple herida infectada puede provocar la infección del cartílago auricular (condritis).
- Cartílago auricular duro y rígido. Más resistente para dar forma al pabellón auricular. Mayor posibilidad de recidiva.
- Cartílago auricular blando y flácido. Tendencia a la inestabilidad.
- Otras alteraciones acompañantes del pabellón auricular.

**6.4.2. Terapéutica****Alternativas terapéuticas :**

- **Tratamiento conservador:**  
En neonatos (dos primeros meses de vida) con orejas prominentes, constreñidas o criptotia.
- **Tratamiento quirúrgico:**  
Otoplastia de acuerdo a la técnica de Mustarde.

**6.4.3. Efectos adversos o colaterales del tratamiento**

- No aplica.

**6.4.4. Signos de alarma**

- Hematoma
- Signos de infección

**6.4.5. Criterios de Alta**

- Hemodinámicamente estable
- Signos vitales en valores normales
- Tolera vía oral

**6.4.6. Pronóstico**Indicadores de resultado favorable

- Satisfacción del paciente
- Conseguir los objetivos terapéuticos programados
- Ausencia de complicaciones intra y/o postoperatorias



## GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OREJAS PROMINENTES

Fracaso en la obtención de los objetivos terapéuticos previstos

- Corrección incompleta de las orejas.
- Sobrecorrección (puede provocar obliteración del surco postauricular).
- Asimetría
- Recidiva

**6.5. COMPLICACIONES**

Complicaciones intra o postoperatorias

- Hematomas o seromas. Tratamiento: drenaje urgente.
- Infección. Ante la sospecha deberemos comenzar con tratamiento antibiótico para prevenir una posible condritis. Una vez establecida la infección del cartílago auricular (condritis), se requiere antibioterapia intravenosa y drenaje.
- Cicatrices hipertróficas o queloides.
- Exposición del material de sutura. Si se produce, generalmente es tras varios meses de la intervención quirúrgica, por lo que puede ser retirado.

**6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

- **Criterios de referencia**

El INSN SB es centro de referencia nacional de esta patología en pacientes pediátricos

- **Criterios de contrarreferencia**

Una vez concluido el tratamiento se contrarrefiere al paciente a su centro de origen

**6.7. FLUXOGRAMA**

**VII.-Anexos**

No Aplica

**VIII.-Referencias Bibliográficas o Bibliografía**

1. Dudley WH, Peet AL, Flaggert JJ 3rd. Otoplasty for correction of the prominent ear. J Oral Maxillofac Surg 1995 Dec;53(12):1386-91.
2. Furnas DW. Otoplasty for prominent ears. Clin Plast Surg 2002 Apr;29(2):273-88.
3. Gosain AK: Correction of prominent ears in children less than age four years: What should we tell the families? Plast Surg Forum 2000; 23: 267-269.
4. Kelley P, Hollier L, Stal S. Otoplasty: evaluation, technique, and review. J Craniofac Surg 2003 Sep;14(5):643-53.
5. Lavy J, Stearns M. Otoplasty: techniques, results and complications--a review. Clin Otolaryngol Allied Sci 1997 Oct;22(5):390-3.
6. Madzharov MM: A new method of auriculoplasty for protruding ears. Br J Plast Surg 1989; 42:285-90.
7. Matsuo K, Hayashi R, Kiyono M, et al: Nonsurgical correction of congenital auricular deformities. Clin Plast Surg 1990 Apr; 17(2): 383-95.