

DOI: 10.26820/reciamuc/9.(2).abril.2025.666-674

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1612>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 666-674








Reconstrucción del pabellón auricular por microtia y trauma: Rol complementario de la cirugía plástica y la dermatología en el tratamiento y seguimiento

Ear auricle reconstruction for microtia and trauma: Complementary roles
of plastic surgery and dermatology in treatment and follow-up

Reconstrução da orelha em casos de microtia e traumatismos: papéis
complementares da cirurgia plástica e da dermatologia no tratamento e
acompanhamento

**Martha Valeria Orellana Bustillos¹; Yasmin Yucely Cuzco San Andrés²; Erika Mishell Davila Aguirre³;
Ariel Matheus Barragán Cisneros⁴; Pamela Nicole Ocapana Taco⁵**

RECIBIDO: 05/01/2025 **ACEPTADO:** 15/03/2025 **PUBLICADO:** 28/08/2025

1. Médico General; Investigadora Independiente; Quito, Ecuador; morellana.cerit@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0003-6720-1050>
2. Especialista en Salud y Seguridad Ocupacional con Mención en Salud Ocupacional; Médico Cirujana; Investigadora Independiente; Portoviejo, Ecuador; jucelycuzco@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0006-0567-4348>
3. Magíster en Seguridad y Salud Ocupacional Mención en Prevención de Riesgos; Médica; Médica Residente en el Hospital de Especialidades FF.AA N°1 en la Especialidad de Cirugía Plástica; Quito, Ecuador; emda90@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0007-7685-2487>
4. Médico; Investigador Independiente; Ibarra, Ecuador; arielbarragancisneros12@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0004-8900-272X>
5. Magíster en Nutrición y Dietética; Médica Cirujana; Investigadora Independiente; Quito, Ecuador; pamelanicole1999@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0009-7299-5127>

CORRESPONDENCIA

Martha Valeria Orellana Bustillos

morellana.cerit@gmail.com

Portoviejo, Ecuador

RESUMEN

La reconstrucción del pabellón auricular por microtia y trauma es un proceso quirúrgico complejo que busca restaurar la forma y la función de la oreja afectada. Generalmente, se realiza en varias etapas y puede incluir técnicas como la auto-implantación con cartílago costal, la utilización de implantes o técnicas de reconstrucción con injertos y tejido autólogo. Para la elaboración de esta revisión bibliográfica, se realizó una búsqueda sistemática en bases de datos como PubMed, Scopus y Web of Science. La selección de artículos se basó en los criterios de inclusión de estudios publicados en los últimos 10 años, que abordaran la reconstrucción auricular en pacientes con microtia o trauma, y que discutieran el manejo complementario entre cirugía plástica y dermatología. La reconstrucción del pabellón auricular es una tarea que trasciende los límites de una sola especialidad. El manejo exitoso y sostenible de estos casos requiere una colaboración estrecha y continuada entre el cirujano plástico, que diseña y ejecuta la reconstrucción, y el dermatólogo, que se encarga del cuidado, mantenimiento y seguimiento de la piel del neo-pabellón. Este enfoque multidisciplinario no solo maximiza los resultados estéticos y funcionales, sino que también mejora la calidad de vida de los pacientes, permitiendo una integración social y psicológica más completa. Futuras investigaciones deberían enfocarse en protocolos de seguimiento estandarizados que integren ambos roles para optimizar aún más los resultados a largo plazo en esta compleja y gratificante área de la cirugía reconstructiva.

Palabras clave: Reconstrucción pabellón auricular, Microtia, Trauma auricular, Cirugía plástica, Dermatología.

ABSTRACT

The reconstruction of the ear auricle for microtia and trauma is a complex surgical process that seeks to restore the shape and function of the affected ear. It is generally carried out in several stages and can include techniques such as autologous costal cartilage implantation, the use of implants, or reconstruction techniques with grafts and autologous tissue. For the preparation of this literature review, a systematic search was carried out in databases such as PubMed, Scopus, and Web of Science. The selection of articles was based on inclusion criteria of studies published in the last 10 years that addressed ear reconstruction in patients with microtia or trauma and that discussed the complementary management between plastic surgery and dermatology. The reconstruction of the ear auricle is a task that transcends the limits of a single specialty. The successful and sustainable management of these cases requires close and continuous collaboration between the plastic surgeon, who designs and executes the reconstruction, and the dermatologist, who is in charge of the care, maintenance, and follow-up of the skin of the new auricle. This multidisciplinary approach not only maximizes aesthetic and functional results but also improves the quality of life of patients, allowing for more complete social and psychological integration. Future research should focus on standardized follow-up protocols that integrate both roles to further optimize long-term results in this complex and gratifying area of reconstructive surgery.

Keywords: Ear auricle reconstruction, Microtia, Ear trauma, Plastic Surgery, Dermatology.

RESUMO

A reconstrução da orelha para microtia e traumatismos é um processo cirúrgico complexo que visa restaurar a forma e a função da orelha afetada. Geralmente é realizada em várias etapas e pode incluir técnicas como implante de cartilagem costal autóloga, uso de implantes ou técnicas de reconstrução com enxertos e tecido autólogo. Para a elaboração desta revisão da literatura, foi realizada uma pesquisa sistemática em bases de dados como PubMed, Scopus e Web of Science. A seleção dos artigos baseou-se em critérios de inclusão de estudos publicados nos últimos 10 anos que abordavam a reconstrução da orelha em pacientes com microtia ou traumatismo e que discutiam o manejo complementar entre a cirurgia plástica e a dermatologia. A reconstrução da orelha é uma tarefa que transcende os limites de uma única especialidade. O tratamento bem-sucedido e sustentável desses casos requer uma colaboração estreita e contínua entre o cirurgião plástico, que projeta e executa a reconstrução, e o dermatologista, responsável pelos cuidados, manutenção e acompanhamento da pele da nova orelha. Essa abordagem multidisciplinar não apenas maximiza os resultados estéticos e funcionais, mas também melhora a qualidade de vida dos pacientes, permitindo uma integração social e psicológica mais completa. Pesquisas futuras devem se concentrar em protocolos de acompanhamento padronizados que integrem ambas as funções para otimizar ainda mais os resultados a longo prazo nesta área complexa e gratificante da cirurgia reconstructiva.

Palavras-chave: Reconstrução da orelha, Microtia, Traumatismo auricular, Cirurgia plástica, Dermatologia.

Introducción

El pabellón auricular deriva embriológicamente del primer y segundo arco branquial y la patología se produce entre la quinta y sexta semana de gestación debido a múltiples factores tanto genéticos, teratógenos y anomalías vasculares que influyen en el normal desarrollo. Es importante señalar que el origen embriológico del oído medio e interno es distinto al pabellón auricular, por esa razón es inhabitual la asociación de sordera con malformación auricular, aunque esta sea compleja (1).

Las Microtias pueden ser Moderadas o Severas y esta clasificación responde a las características estructurales del tejido cartilaginoso, a la presencia de lóbulo de la oreja, si está presente o no el conducto auditivo externo (CAE), si existe parte de la concha o está ausente, y si también se encuentra el trago o nó. Las presencias de estas deformaciones son más comunes en el sexo masculino que en el femenino y predominan mayormente en el lado derecho más que en el izquierdo (2).

Los factores hereditarios y los accidentes vasculares en el útero durante la gestación, se han sugerido como importantes en la etiología de la microtia. Varios grupos han estudiado a sus pacientes con microtia encontrando evidencia de microsomía craneofacial familiar y patrones sugerentes de herencia multifactorial. Cuando la microtia se asocia a atresia o a ausencia del meato auditivo externo (con disminución de la agudeza auditiva), sugiere una detención del desarrollo. La oreja se forma del primer arco branquial (mandibular) y del segundo (hioideo); comienza su desarrollo a partir de la 5ª semana de gestación, en cualquier lado de la primera hendidura branquial entre estos 2 arcos, lo que se convierte en el canal externo (3).

La reconstrucción de orejas es una cirugía para reparar o reconstruir la parte externa de la oreja, denominada pabellón auricular. Esta cirugía se puede hacer para corregir

una irregularidad del oído externo presente al nacer (defecto congénito). También se puede usar para reconstruir una oreja afectada por una cirugía de cáncer o dañada por un traumatismo, como una quemadura. Existen varios enfoques quirúrgicos para la reconstrucción de orejas. Se puede usar cartílago extraído de las costillas para hacer una estructura para la oreja o, en su lugar, se puede usar un implante médico. En algunos casos, puede ser una opción fijar un oído externo artificial (prótesis) en el hueso. En el caso de los niños que necesitan una reconstrucción de la oreja por una afección de nacimiento, la cirugía suele hacerse entre los 6 y los 10 años, aunque en algunos casos puede hacerse a edades más tempranas (4).

Metodología

Para la elaboración de esta revisión bibliográfica, se realizó una búsqueda sistemática en bases de datos como PubMed, Scopus y Web of Science. Se utilizaron descriptores clave en español e inglés, incluyendo “reconstrucción pabellón auricular”, “microtia”, “trauma auricular”, “cirugía plástica” y “dermatología”. La selección de artículos se basó en los criterios de inclusión de estudios publicados en los últimos 10 años, que abordaran la reconstrucción auricular en pacientes con microtia o trauma, y que discutieran el manejo complementario entre cirugía plástica y dermatología.

Resultados

Clasificación

Se han desarrollado sistemas de clasificación para facilitar el diagnóstico, la reparación quirúrgica y los estudios de investigación sobre la microtia. Hermann Marx describió el primer sistema de clasificación en 1926, que luego fue modificado por Meurman. Marx/Meurman clasificaron la microtia en cuatro grados según el remanente vestigial. En la microtia de grado I, todas las estructuras están presentes, pero con grados variables de hipoplasia del pabellón,

con forma de copa y estenosis del conducto auditivo externo variable. En el grado II, la hipoplasia variable de la concha a menudo se acompaña de la ausencia del conducto auditivo externo. El grado III es la clásica 'oreja de cacahuete', en la que el pabellón está ausente y el lóbulo tiene una forma y posición anormales. El grado IV, conocido como anotia, es la forma más grave de microtia, que se caracteriza por la ausencia total de oído externo (5).

Tipos de microtia

Microtia lobular pequeña: Este es el tipo más frecuente. El lóbulo de la oreja es angosto y a menudo está desplazado hacia arriba. La maniobra de Firmin, una prueba clave, muestra que el lóbulo no puede alcanzar el borde posterior del dibujo de la oreja, lo que lo hace inadecuado para la reconstrucción. El abordaje quirúrgico implica una incisión vertical en la sección inferior, ya que estudios indican que la rama inferior de la arteria temporal superficial a menudo está ausente en estos pacientes. El cirujano adelgaza el tejido graso excedente y crea un bolsillo para extirpar el cartílago malformado e insertar el nuevo armazón. La incisión se mantiene lo más pequeña posible para preservar la vascularización (6).

Microtia lobular grande: En este caso, el lóbulo está bien posicionado y es lo suficientemente grande para ser utilizado en la reconstrucción. La maniobra de Firmin confirma su idoneidad. El abordaje utiliza una transfixión, creando un bolsillo dentro del lóbulo para albergar el nuevo lóbulo de cartílago, mientras que el resto del armazón queda adherido al cráneo. Esto se realiza en la parte más ancha del lóbulo (6).

Microtia conchal pequeña: Este tipo presenta un pequeño remanente de concha auricular. El trago, la pequeña solapa de cartílago, es rudimentario y debe ser reemplazado. El antitrago puede preservarse si es normal, pero el resto del tejido malformado debe ser extirpado para acomodar el nuevo armazón. Es crucial extirpar todo

el cartílago malformado, incluso si parece normal, ya que no estará en la posición correcta (6).

Microtia conchal grande: En este caso, el trago y el antitrago tienen una buena forma y se pueden preservar. Aunque la concha puede tener un tamaño casi normal, se extirpa de todas maneras. Preservarla generaría dobles contornos y un espacio insuficiente para el nuevo armazón, comprometiendo el resultado estético final (6).

Diagnóstico

El diagnóstico de la microtia puede realizarse en la etapa prenatal mediante ecografía tridimensional y, después del nacimiento, a través de una exploración clínica completa. Es fundamental evaluar las características físicas del paciente (7).

El examen clínico incluye:

- **Pabellón auricular:** Se analiza su posición, tamaño, rotación y la presencia de estructuras anómalas como fístulas, apéndices o mamelones (7).
- **Conducto auditivo externo:** Se examina con otoscopia para verificar su permeabilidad y la presencia de la membrana timpánica (7).
- **Articulación temporomandibular y cráneo:** Se evalúan en busca de malformaciones y asimetrías (7).
- **Cara, cuello y tórax:** Se buscan asimetrías faciales, hipoplasia de los maxilares, hendiduras palatinas o la presencia de quistes branquiales. También se examinan las características de los miembros superiores e inferiores (7).

Diagnóstico Audiológico y Hipoacusia

El diagnóstico de la pérdida auditiva debe comenzar con un tamizaje universal al nacer. En pacientes con microtia, es obligatorio realizar potenciales evocados de tallo cerebral para evaluar la vía auditiva y su madurez, lo que permite una detección temprana

de alteraciones. Posteriormente, se puede realizar una audiometría tonal para valorar frecuencias específicas (7).

La microtia se asocia a menudo con la hipoacusia conductiva (96%), mientras que la hipoacusia neurosensorial es menos común (8%), ya que el oído interno se desarrolla de forma independiente de las estructuras externas y medias. Es crucial identificar la pérdida auditiva a edad temprana para evitar retrasos en el desarrollo cognitivo (7).

Tipos de Hipoacusia

- **Hipoacusia Conductiva:** Ocurre cuando el sonido no viaja fácilmente desde el oído externo hasta el tímpano y los huesecillos. Las causas principales incluyen malformaciones del oído externo, medio o del canal auditivo, infecciones o perforaciones del tímpano. El tratamiento puede ser médico o quirúrgico (7).
- **Hipoacusia Neurosensorial:** Es la pérdida auditiva permanente más común, causada por daño en el oído interno (cóclea) o en la vía auditiva retrococlear. A menudo no tiene una resolución quirúrgica o médica. Además de la reducción de la intensidad del sonido, la percepción auditiva se percibe distorsionada. Puede ser causada por medicamentos tóxicos, traumas, factores genéticos o exposición a ruido (7).
- **Hipoacusia Mixta:** Es una combinación de los tipos conductivo y neurosensorial, lo que implica daño en el oído externo, medio e interno simultáneamente (7).

Tratamiento

El injerto de cartílago costal autólogo es el método principal para la reconstrucción de la microtia. Aunque se han desarrollado otras técnicas, este método es muy valorado por sus resultados estéticos duraderos. A lo largo de la historia, las técnicas han evolucionado para reducir el número de cirugías necesarias (5).

Técnica de Nagata



Figura 1. Técnica de Nagata. A. Vista intraoperatoria. B. Vista postoperatoria
Fuente: Baluch et al (5).

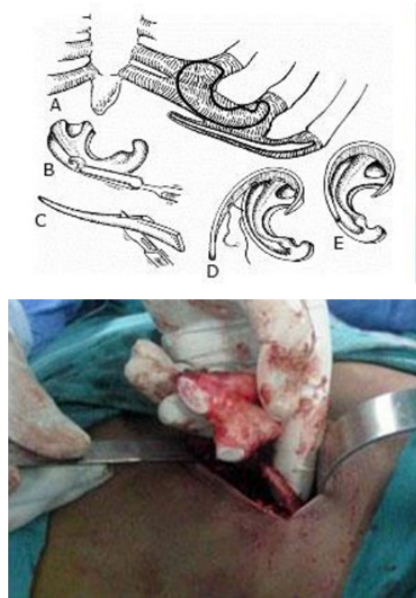


Figura 2. Toma de cartílago costal de la sexta, la séptima y la octava costilla y se creó el borde helicoidal de un cartílago de costilla "flotante"
Fuente: Burgué Cedeño et al (2).

Este es un método de dos etapas.

- **Primera etapa:** Se realiza la cosecha de cartílago de las costillas (generalmente de la 6ª a la 9ª) para construir un armazón tridimensional. Un aspecto destacado de esta técnica es la capacidad de regeneración del cartílago en el sitio donante. El armazón se inserta en un bolsillo subcutáneo creado con colgajos de piel, diseñados con una incisión en forma de "W perezosa", para cubrir la nueva estructura (5).
- **Segunda etapa:** Se realiza al menos seis meses después. El objetivo es elevar la oreja reconstruida. Se utiliza una cuña de cartílago para darle proyección, y se emplea un colgajo de fascia temporoparietal junto con un injerto de piel para cubrir la parte posterior y crear el surco retroauricular (5).

Método de Park

Esta técnica de tres etapas utiliza la expansión de tejidos.

- **Primera etapa:** Se inserta un expansor de tejido debajo de la piel en la zona mastoidea, que se infla gradualmente durante varios meses para estirar la piel y la fascia (5).
- **Segunda etapa:** Se retira el expansor y se cosechan cartílagos costales del lado contralateral para construir el armazón. Este armazón se coloca en el espacio creado por el expansor y se cubre con los colgajos de piel y fascia ya estirados (5).
- **Tercera etapa:** En esta etapa final, se realizan incisiones para refinar y dar forma a los detalles del oído, como el trago y la concha (5).

Colgajo de fascia temporoparietal (TPFF)

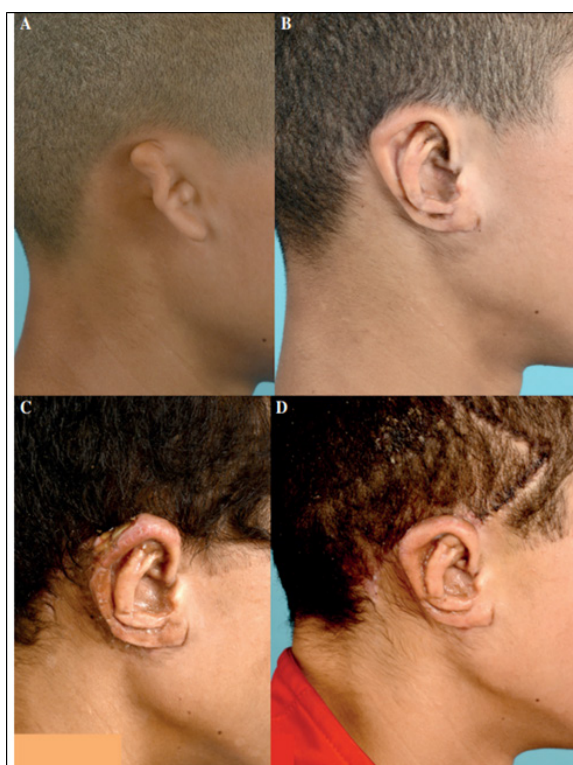


Figura 3. A) Previo a la reconstrucción. B) Después de la primera cirugía. C) Después de la segunda cirugía. D) Después de la tercera cirugía. Se aprecia cartílago cubierto y crecimiento de folículos pilosos sobre zona donante

Fuente: Villamil et al (8).

Es un tejido flexible y bien irrigado, es muy versátil, fácil de obtener y tiene una alta tasa de éxito (90.4%) en la reconstrucción auricular, con pocas complicaciones. Se recomienda reservarlo para la corrección de complicaciones, como la exposición del cartílago, y no para la cirugía de reconstrucción inicial. Para la planificación, se traza el recorrido de la arteria temporal superficial con ultrasonido Doppler. La incisión se realiza con cuidado para no dañar los vasos sanguíneos. El colgajo se levanta, se rota y se coloca sobre el cartílago expuesto. Luego, se cubre el colgajo y su pedículo con un injerto de piel libre, que a menudo se toma del cuero cabelludo (8).

Reconstrucción quirúrgica con injerto MedPor

La cirugía de injerto MedPor utiliza una estructura de polietileno poroso sintético prefabricado, lo que elimina la necesidad de extraer cartílago de las costillas. El implante se cubre con tejido del cuero cabelludo. Esto se puede lograr sólo con una cirugía y se puede realizar incluso desde los tres años de edad (9).

Si también se desea la reconstrucción de la atresia del canal auditivo, y si su hijo es candidato para esta cirugía, se puede realizar antes de la reconstrucción externa con MedPor.

- **Ventajas de los injertos MedPor:** La ventaja de esta técnica es que sólo requiere de una etapa y en teoría se puede hacer en una etapa más temprana en comparación con la reconstrucción con cartílago de las costillas. Tampoco requiere de un sitio donante y elimina el dolor y la cicatrización de este sitio. El implante MedPor normalmente tiene menos variabilidad en el resultado cosmético (9).
- **Desventajas del injerto MedPor:** Esta cirugía representa un desafío técnico que la mayoría de los cirujanos de microtia no realizan. Requiere de un colgajo de fascia temporal muscular altamente vascularizado para que el implante cicatrice de manera exitosa, e incluso

en ese caso, el implante de MedPor nunca se vuelve una parte viva del cuerpo como un injerto de cartílago. Un traumatismo menor en el futuro puede provocar que se abra, lo que aumenta el riesgo de infecciones, al exponer parte del implante MedPor, y básicamente puede resultar en la extrusión y pérdida total del implante de la oreja. Otro problema con las reconstrucciones con MedPor es que están completamente cubiertas con un injerto de piel insensible y, ante la ausencia de sensación, es más probable que sufran de un traumatismo que el paciente no note, lo que lleva a la posible extrusión y pérdida del implante. Este riesgo dura toda la vida del paciente. En este momento, no se sabe cuánto tiempo pueden durar las orejas de MedPor sin caerse. Debido a estas preocupaciones importantes, no hacemos reconstrucciones con MedPor en Stanford (9).

Prótesis

Con un buen anaplastólogo (un especialista que crea prótesis), se puede hacer que una prótesis de oreja se vea muy real. Una prótesis de oreja puede usarse con un adhesivo o al ponerse en un sistema de anclaje para permitir que se ajuste de forma segura (lo que requiere de una cirugía menor para colocarse) (9).

- **Ventajas de la prótesis de oreja:** Una prótesis de oreja se puede ver muy bien cosméticamente hablando y puede ser un reflejo de la oreja opuesta. Están hechas de materiales que se sienten parecidos a la piel, y pueden ser una opción excelente si las otras opciones no han funcionado. Las prótesis sujetadas con un contrafuerte implantado permiten que los pacientes naden y se bañen con una prótesis. Es una cirugía mucho menos dolorosa y se puede hacer en una etapa (9).
- **Desventajas de la prótesis de oreja:** A muchas personas les cuesta trabajo hacer frente a la idea de una prótesis de oreja que se pone y se quita en compa-

ración con una oreja reconstruida que es formalmente parte del cuerpo. Algunos pacientes tienen dificultades con el pegamento de grado medicinal o con un sistema de anclaje implantado. El ancla implantada puede correr el riesgo de una infección cutánea a su alrededor. La prótesis se desgasta con el tiempo y necesita ser reemplazada; además, algunas veces se puede caer (9).

Células Madre para reconstrucción auricular

- **Células Madre Derivadas de Tejido Adiposo (ADSCs):** Son fáciles de obtener y su extracción es menos invasiva. Los estudios muestran que tienen un gran potencial para la condrogénesis. Pueden diferenciarse en cartílago nuevo cuando se inyectan en defectos o se cultivan en medios específicos. Se ha demostrado que sus exosomas (nanopartículas secretadas) también promueven la formación de cartílago maduro (10).
- **Células Madre Mesenquimales de Médula Ósea (BMMSCs):** Se consideran las más importantes para la reparación del cartílago. Tienen una alta capacidad de diferenciación. La investigación indica que son superiores a las ADSCs en la regeneración de cartílago. A menudo se co-cultivan con células de cartílago de microtia para aumentar el número de células y mejorar la calidad del tejido, permitiendo usar una menor cantidad de tejido del paciente (10).
- **Células Madre/Progenitoras Pericondriales (PPCs):** Se aíslan del pericondrio (el tejido que rodea el cartílago). Son fáciles de obtener y, a diferencia de otras células, no suelen causar formación de tejido ectópico (como calcificaciones) en la reconstrucción. Muestran un potencial condrogénico superior al de las ADSCs y BMMSCs (10).
- **Células Madre/Progenitoras de Cartílago (CSPCs):** Se encuentran en el

cartílago de la oreja. Tienen una fuerte capacidad de proliferación y se diferencian principalmente en condrocitos. La gran ventaja es que pueden obtenerse directamente del remanente de cartílago de microtia del paciente, evitando la necesidad de incisiones adicionales en otras partes del cuerpo (10).

Conclusión

La reconstrucción del pabellón auricular, ya sea por microtia congénita o por trauma, representa un desafío clínico y quirúrgico complejo que demanda un enfoque integral y complementario. Como se ha demostrado a lo largo de este análisis, el éxito del tratamiento y la satisfacción del paciente no dependen únicamente de una técnica quirúrgica específica, sino de la sinergia entre la cirugía plástica y la dermatología, que asumen roles definidos y, a su vez, interdependientes.

La cirugía plástica se posiciona como el pilar central de la reconstrucción, siendo responsable de la creación de la estructura tridimensional del pabellón. La elección de la técnica reconstructiva —ya sea con injertos de cartílago autólogo (costal), implantes de polietileno poroso (Medpor) o prótesis osteointegradas— es crítica y debe ser individualizada para cada paciente, considerando factores como la edad, el tipo de defecto y el estado de los tejidos circundantes. Las habilidades del cirujano plástico son cruciales para lograr no solo una apariencia estéticamente aceptable, sino también una estructura estable y duradera.

Por otro lado, la dermatología emerge como un componente indispensable en el manejo postoperatorio y a largo plazo. Su rol complementario se manifiesta en la prevención y tratamiento de complicaciones cutáneas, como cicatrices hipertróficas o queloides, alteraciones de la pigmentación, infecciones y la gestión de la cobertura cutánea de los injertos e implantes. El dermatólogo es el especialista idóneo para el seguimiento de la calidad de la piel del neo-pabellón, aplicando terapias tópicas, intralesionales o con

láser para optimizar el resultado estético y funcional. Además, en casos de exposición solar, su experiencia en fotoprotección y detección precoz de lesiones malignas en el cartílago reconstruido es vital, especialmente en pacientes con injertos autólogos.

Bibliografía

Yanine J, Giugliano C. Microtia: definición, clasificación y tratamiento. Revisión de la literatura. Rev Ped Elec. 2015;12(3).

Burgué Cedeño J, Ung Lau E, Torres Amaro A, Valdés Martín S, Silveira Núñez M. Efectividad de la reconstrucción de la oreja con cartílago costal en el tratamiento de microtias. Rev Cuba Cirugía. 2022;61(4).

Rodríguez SL V, Ordóñez WEZ, Zambrano JLC, Arias RG V. Corrección quirúrgica: reconstrucción de pabellón auricular por microtia vs prótesis de oreja. RECIMUNDO Rev Científica la Investig y el Conoc. 2018;2(3):278–86.

Mayo Clinic. Reconstrucción de orejas [Internet]. 2024. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/ear-reconstruction/about/pac-20537188>

Baluch N, Nagata S, Park C, H Wilkes G, Reinisch J, Kasrai L, et al. Auricular reconstruction for microtia: A review of available methods. Plast Surg. 2014;22(1):39–43.

Valotta MF. Primer tiempo de reconstrucción auricular en microtia: simplificando el abordaje de piel. Cir plást iberolatinoam. 2020;46(3):303–18.

JASSO PÉREZ CDP. FRECUENCIA DE MICROTIA Y SU ASOCIACIÓN CON OTRAS MALFORMACIONES CONGENITAS EN LA UMAE HOSPITAL GENERAL “DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA” CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA [Internet]. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO; 2021. Available from: <https://ru.dgb.unam.mx/server/api/core/bitstreams/d1c44c38-d22a-47feb57-f41c5672995e/content>

Villamil V, Bejarano Serrano M, Riba Martínez M, Massaguer Bardaji C, Parri Ferrandis FJ. Colgajo de fascia temporoparietal para reconstrucción auricular. Cir pediátr. 2021;51–5.

Stanford Medicine Children's Health. El Tratamiento de la Microtia [Internet]. 2025. Available from: <https://www.stanfordchildrens.org/es/services/microtia/treatment.html>

Liu Y, Wu W, Seunggi C, Li Z, Huang Y, Zhou K, et al. The application and progress of stem cells in auricular cartilage regeneration: a systematic review. Front Cell Dev Biol [Internet]. 2023 Jul 26;11. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fcell.2023.1204050/full>



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

CITAR ESTE ARTICULO:

Orellana Bustillos , M. V., Cuzco San Andrés , Y. Y. ., Davila Aguirre , E. M., Barragán Cisneros , A. M. ., & Ocapana Taco , P. N. (2025). Reconstrucción del pabellón auricular por microtia y trauma: Rol complementario de la cirugía plástica y la dermatología en el tratamiento y seguimiento. RECIAMUC, 9(2), 666-674. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/9.\(2\).abril.2025.666-674](https://doi.org/10.26820/reciamuc/9.(2).abril.2025.666-674)