



El lóbulo de la oreja: características, alteraciones y envejecimiento

The earlobe: features, changes and aging

Dr. Antonio Fuente del Campo,* Dr. Lucas Lesta-Compagnucci**

Palabras clave:

Lóbulo auricular, ptosis, envejecimiento, rejuvenecimiento.

Key words:

Lobe, ptosis, aging, rejuvenation.

RESUMEN

El hélix y el lóbulo son los componentes más evidentes de la oreja y deben ser sujetos a mayor atención de nuestra parte. En cirugía se ha puesto poca atención al lóbulo, a su forma, ubicación, dimensiones y a los cambios que sufre con el envejecimiento, particularmente a su ptosis, la manifestación más aparente del envejecimiento de la oreja, presente en el 65% de nuestros casos. En este trabajo hacemos referencia a los estudios publicados más representativos del tema. Presentamos el resultado de nuestras observaciones respecto a implantes, formas y ptosis del lóbulo auricular, realizadas en 100 pacientes, además, la clasificación de la ptosis del lóbulo que desarrollamos y aplicamos para determinar el procedimiento correctivo que requieren.

ABSTRACT

The helix and the lobe are the most obvious components of the ear and they must be subject to increased attention on our part. In cosmetic surgery little attention has been given to the ear lobe, shape, location, size and changes that occur with aging, particularly its ptosis, the most evident manifestation of ear aging, present in 65% of our cases. This paper refers to the most representative papers published about this subject. We present the results of our observations on implants, shapes and earlobe ptosis, conducted in 100 patients, and the classification of lobe ptosis, that we apply to determine the required procedure.

INTRODUCCIÓN

Las orejas, su contorno, localización, dimensiones y proyección, son un elemento importante de la estética del «marco facial». El hélix y el lóbulo son sus componentes más evidentes.

El envejecimiento facial es un proceso complejo, resultado del efecto acumulado de los cambios producidos simultáneamente en la estructura de la cara y los tejidos blandos que la recubren.

Las orejas crecen toda la vida y transmiten más información acerca de la edad de las personas que cualquier otra estructura de la cara.¹ La estructura cartilaginosa de las orejas, al igual que los cartílagos nasales, continúan creciendo con el paso de los años. El lóbulo sufre cambios significativos,² distorsión y aumento de sus dimensiones, particularmente de su longitud (ptosis), que entre los 20 y 60 años de edad aumenta su tamaño hasta un 35%.

La forma del lóbulo auricular ha fascinado desde siempre a artistas, antropólogos y cirujanos plásticos, y aunque se ha establecido con precisión el tamaño y la orientación de la oreja normal en las guías antropométricas,³ se ha prestado poca atención al lóbulo y a los cambios que este sufre con el paso del tiempo.

El objetivo de este trabajo es describir algunos aspectos de la anatomía normal del lóbulo y su relación con el resto de la oreja, algunas de sus variantes y los cambios que presenta con la edad.

Presentamos la clasificación que utilizamos para calificar la ptosis del lóbulo y la frecuencia con la que la encontramos en 100 pacientes de más de 50 años de edad, al solicitar la mayoría rejuvenecimiento facial.

Anatomía normal de la oreja y cambios con la edad

La longitud auricular se define como la distancia entre el punto más alto del margen libre de la

* Jefe de la División de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Hospital General «Dr. Manuel Gea González», Secretaría de Salud (SS), Ciudad de México. Profesor Titular de Cirugía Plástica, División de Postgrado, Universidad Nacional Autónoma de México.
** Residente de Cirugía Plástica y Reconstructiva, UNAM, Hospital General «Dr. Manuel Gea González» SS, Ciudad de México.



oreja (punto supraurale) y el punto más caudal del borde libre del lóbulo (punto subaurale).⁴ El lóbulo se extiende desde el valle de la incisura intertrágica hasta el punto subaurale y en el *otobasium inferius* lo divide en dos porciones: cefálica (unida al cráneo)⁵ y caudal (libre) (Figura 1).

Un lóbulo que tiene las dos porciones bien definidas se considera «lóbulo péndulo»,

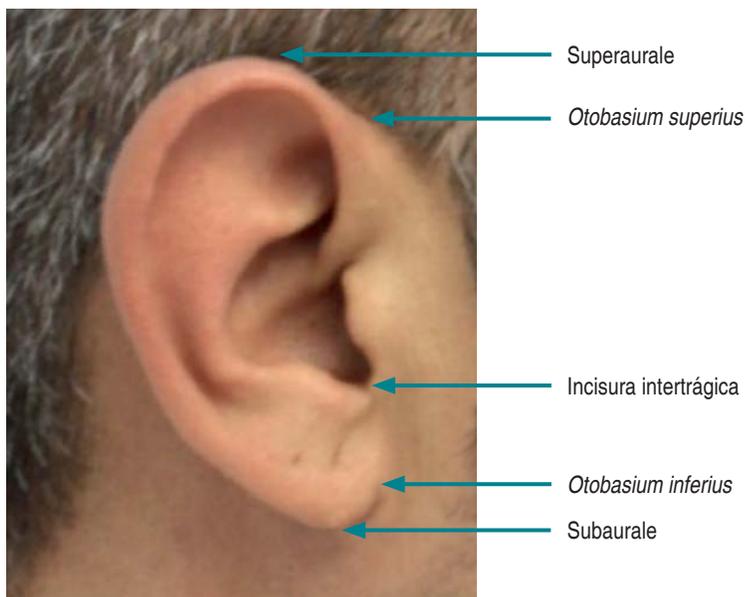


Figura 1. Puntos anatómicos clave para la valoración antropométrica y estética de la oreja.



Figura 2. A) Lóbulo péndulo, B) Lóbulo no-péndulo.

y «lóbulo no-péndulo» si sólo tiene la porción cefálica. La longitud promedio de las orejas en sujetos entre los 18 y 65 años de edad es de 6.3 cm y es un 6.5% mayor en los hombres.¹

En general, la longitud del lóbulo no debe rebasar el 30% de la longitud total de la oreja, ya que es antiestética y da la apariencia de más edad cuando excede esta proporción.

Como mencionamos, con el paso de los años el lóbulo auricular experimenta un aumento en su longitud y a los 60 años de edad es aproximadamente un tercio mayor de lo que era a los 20 años. Azaria y cols.⁶ atribuyen esta elongación a la fuerza gravitacional y a la redundancia de piel que ocurre en toda la cara con el envejecimiento. Heathcote,⁷ demostró que en hombres entre los 30 y 93 años, la longitud de la oreja aumenta en promedio 0.22 mm por año y que los lóbulos péndulos, por tener menos soporte en la mejilla, son más propensos a sufrir elongación que los lóbulos no-péndulos (Figura 2).

El lóbulo tiene diferentes formas y las que observamos con más frecuencia son: redonda, cuadrada y triangular, también llamada «en gota» (Figura 3). En pacientes con ritidectomía previa, observamos lóbulos traccionados hacia la mejilla (*pixie*, *gnomo* o *duendecillo*) y en la mayoría se ha perdido el contorno «péndulo». Esta es una alteración adquirida, secundaria a un procedimiento de ritidectomía con excesiva tensión en esta zona, debida fundamentalmente a piel pesada, inadecuado anclaje del colgajo a las estructuras profundas y/o excesiva resección de piel perilobular (Figura 4).^{8,9}

Por otra parte, debemos considerar que la simetría absoluta es rara en la naturaleza y normalmente existen por lo menos sutiles diferencias entre ambos lados de la cara en relación con la longitud y anchura facial, posición de los puntos luminosos malares, forma de la comisura oral y otras características. Las dimensiones y forma de los lóbulos tampoco son simétricas en la mayoría de las personas. Según las observaciones realizadas por Mowlavi y cols.,¹⁰ la mayoría de los lóbulos presentan variabilidad con respecto al lóbulo contralateral. Encontraron que la altura de la porción libre de un lado es idéntica a la del otro, sólo en el 37.8% de las personas, mientras que sólo el 16.2% muestra la altura de la porción fija de un lado idéntica a la del otro. Azaria y cols.,⁶ que también estudiaron las características

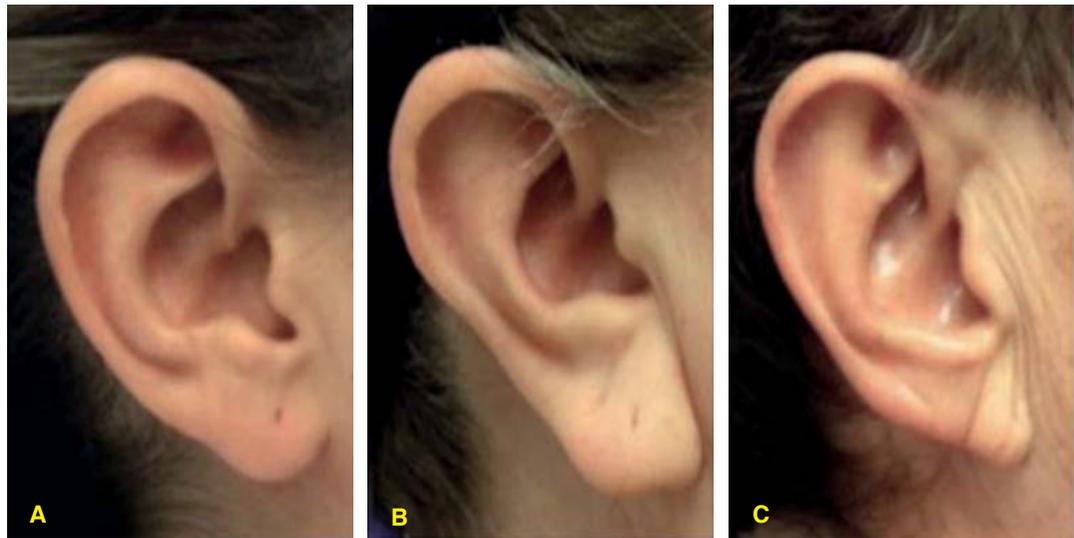


Figura 3. A) Lóbulo redondo, B) Cuadrado, C) Triangular o «en gota».

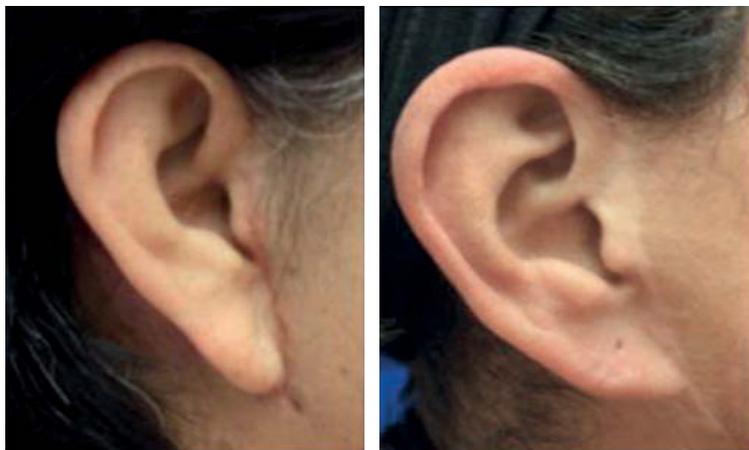


Figura 4. Lóbulos *pixie*, de gnomo o duendecillo (post-ritidectomía).

morfológicas del lóbulo auricular, encontraron que los lóbulos péndulos son significativamente más largos y menos simétricos que los lóbulos no-péndulos.

La belleza y la apariencia juvenil son conceptos que están asociados en forma estrecha; así, la percepción de una oreja «estética» se asocia a juventud y viceversa.¹¹ Es importante conocer las características anatómicas y proporciones estéticas de una oreja joven, para tenerlas en cuenta y poder recrearlas mediante un procedimiento quirúrgico y así conseguir rejuvenecimientos faciales más integrales.

Clasificación de la ptosis del lóbulo auricular

En 2003, Mowlavi y col.,¹² basados en un estudio realizado con más de 130 pacientes norteamericanos caucásicos, concluyeron que la altura «ideal» del segmento caudal del lóbulo, considerada desde el *otobasium inferius* al subaurale, varía de 1 a 5 mm. También demostró que los lóbulos demasiado elongados se consideran antiestéticos, al igual los lóbulos no-péndulos, ya que comparten algunas de las características de los lóbulos de duendecillo (*pixie earlobes*). Tomando en consideración estos conceptos, definimos ptosis del lóbulo auricular cuando la distancia vertical entre el *otobasium inferius* y el punto subaurale rebasa el límite inferior del lóbulo «idealmente deseado», es decir, 5 mm y con fines estéticos hemos clasificado la ptosis de nuestros pacientes en tres grados (*Cuadro 1*).

Basados en el grado de ptosis que presentan nuestros pacientes, determinamos el procedimiento más adecuado para lograr su corrección (*Figura 5*).

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos el estudio en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General «Dr. Manuel Gea González», y en la Clínica de

Cirugía Plástica Actual, en 100 pacientes: 89 mujeres y 11 hombres de 45 a 68 años de edad que acudieron entre febrero de 2013 y mayo de 2015 en busca de algún procedimiento de rejuvenecimiento facial. Registramos las medidas antropométricas de la distancia vertical de la oreja, entre el *otobasium inferius* y el punto subaurale. Medimos con un calibrador milimétrico y clasificamos la oreja derecha de los pacientes, los que fueron fotografiados con una cámara digital Nikon 990 (Nikon, Tokio, Japón) configurada para una distancia focal de 105 mm con la cabeza del paciente a 1 m de distancia del objetivo. Para el procesamiento de la información se elaboró una base de datos en Excel (Microsoft) y el análisis estadístico se realizó con el paquete computacional *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

RESULTADOS

Las fotografías fueron un elemento valioso para estudiar los detalles anatómicos de las orejas. El 70% de los lóbulos pertenecieron al tipo

morfológico «redondo», 22% al «cuadrado» y el 8% al tipo «triangular». El 12% tenía lóbulo no-péndulo y el 88% lóbulo péndulo, siendo ptósico en el 65% de los casos (*Cuadro II*). La longitud promedio de la porción péndula fue de 17 mm. En este estudio no incluimos la valoración de la porción fija del lóbulo.

DISCUSIÓN

En 2003, Mowlavi y cols.¹² publicaron una clasificación de ptosis del lóbulo auricular basada en la medición de los tres puntos anatómicos clave: la incisura intertrágica, el *otobasium inferius* y el punto subaurale. Consideraron que el lóbulo era ptósico, cuando la distancia *otobasium inferius* a subaurale era igual o mayor a 1 mm y denominaron pseudoptosis cuando la distancia desde la incisura intertrágica al *otobasium inferius* era mayor a 15 mm.

| Cuadro I. Clasificación de ptosis del lóbulo auricular. | |
|---|----------------------|
| Grado de ptosis | Porción caudal libre |
| I | 6-10 mm |
| II | 11-20 mm |
| III | + de 21 mm |

| Cuadro II. Resultados según el tipo morfológico y grado de ptosis del lóbulo auricular. | | | | |
|---|----|---|---|-------|
| | A | B | C | Total |
| No péndulo | | | | 12 |
| Péndulo no ptósico | 13 | 8 | 1 | 22 |
| Ptosis I | 35 | 4 | 2 | 41 |
| Ptosis II | 10 | 1 | 2 | 13 |
| Ptosis III | 10 | 0 | 2 | 12 |
| Total | 68 | 0 | 7 | 100 |

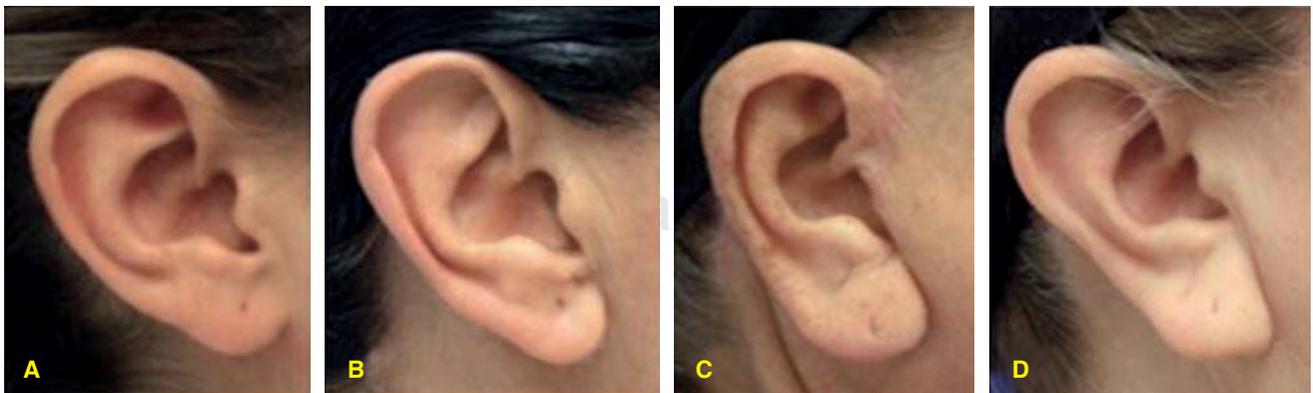


Figura 5. Clasificación de la ptosis del lóbulo auricular: A) No ptósico, B) Ptosis I, C) Ptosis II, D) Ptosis III.

De la encuesta realizada entre las personas estudiadas, concluyeron que el concepto estético de la longitud del segmento caudal del lóbulo, medido desde el *otobasium inferius* al subaurale varía de 1 a 5 mm, y lo calificaron como «ptosis grado I»; sin embargo, según el diccionario de la Real Academia Española,¹³ ptosis se define como la «caída o prolapso de un órgano o parte de él», considerándola una entidad anómala relativa a un prolapso mayor que la caída normal de un órgano, si es que la presenta; también se aplica a la ptosis mamaria cuando la caída del complejo areola pezón rebasa el nivel del surco inframamario. En relación con este concepto, nosotros calificamos como lóbulo ptósico aquél en el que la longitud de su porción péndula supera la longitud del lóbulo estético, o «idealmente deseado» por la mayoría de las personas. La simplicidad de la clasificación que proponemos en este trabajo facilita su diagnóstico y permite decidir con respecto al procedimiento indicado en cada caso, para lograr un resultado juvenil y estético.

No hay una relación directa entre edad y grado de ptosis. La ptosis que se presenta con el paso de los años está en relación con las características que tuvo en la juventud, el tipo de piel, grupo étnico, herencia genética, etc. En el caso de las mujeres también influye el uso de aretes. Un lóbulo que era largo en su juventud, será ptósico a más temprana edad y probablemente alcance grados de ptosis más avanzados a edad más temprana que otro que fue corto. Lo cierto es que el solo hecho de tener lóbulos ptósicos, independientemente de la edad cronológica, es antiestético y confieren una mayor edad aparente.

El presente trabajo tiene la intención de llamar la atención sobre este aspecto del envejecimiento facial, para considerar la necesidad, en su caso, de incluir en el plan de rejuvenecimiento quirúrgico el procedimiento específico para su corrección.

REFERENCIAS

1. Brucker MJ, Patel J, Sullivan PK. A morphometric study of the external ear: age- and sex-related differences. *Plast Reconstr Surg* 2003; 112(2): 647-652; discussion 653-654.
2. Mowlavi A, Wilhelmi BJ, Zook EG. Earlobe aging process: elongation of the free caudal segment. *Plast Reconstr Surg* 2004; 113(7): 2214-2215.
3. Rubin LR, Bromberg BE, Walden RH, Adams A. An anatomic approach to the obtrusive ear. *Plast Reconstr Surg Transplant Bull* 1962; 29: 360-370.
4. Farkas LG. Anthropometry of the normal and defective ear. *Clin Plast Surg* 1990; 17(2): 213-221.
5. Loeb R. Earlobe tailoring during facial rhytidoplasties. *Plast Reconstr Surg* 1972; 49(5): 485-489.
6. Azaria R, Adler N, Silfen R, Regev D, Hauben DJ. Morphometry of the adult human earlobe: a study of 547 subjects and clinical application. *Plast Reconstr Surg* 2003; 111(7): 2398-2402; discussion 403-404.
7. Heathcote JA. Why do old men have big ears? *BMJ* 1995; 311(7021): 1668.
8. Fuente del Campo A, Lucchesi R. Ritidectomia mini-invasiva sottoperiosteoa senza endoscopia. *Rev Italiana Di Chirurgia Plástica* 1998; 29: 277-284.
9. Fuente del Campo A, Greensmith A. Minimally invasive approach to facial rejuvenation. London: Peled Manders Ed. *Aesthetic Surgery of the face*; 2004, pp. 1-28.
10. Mowlavi A, Meldrum DG, Wilhelmi BJ, Zook EG. Incidence of earlobe ptosis and pseudoptosis in patients seeking facial rejuvenation surgery and effects of aging. *Plast Reconstr Surg* 2004; 113(2): 712-717.
11. Brucker MJ, Sullivan PK. The aesthetic. *Plast Reconstr Surg* 2003; 112(1): 273-274.
12. Mowlavi A, Meldrum DG, Wilhelmi BJ, Ghavami A, Zook EG. The aesthetic earlobe: classification of lobule ptosis on the basis of a survey of North American Caucasians. *Plast Reconstr Surg* 2003; 112(1): 266-272; discussion 273-274.
13. Real Academia Española. Diccionario usual. Disponible en: <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=ptosis>

Correspondencia:

Dr. Antonio Fuente del Campo

CAP Núm. 26 Interlomas,
52786, Huixquilucan, Edo. de México, México.
Teléfonos: +55 5246-9818, 5247-3825,
5246-5000, ext. 4845 y 4846
E-mail: clinicaaqtuel@prodigy.net.mx
Página web: www.clinicaaqtuel.com

www.medigraphic.org.mx