

ATLAS DE ACCESO ABIERTO DE TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO



MEATOPLASTIA

Tashneem Harris & Thomas Linder

La meatoplastia es la técnica quirúrgica que se realiza para ensanchar la parte cartilaginosa del conducto auditivo externo (CAE). El cartílago desplazado anteriormente desde el cavum de la concha del pabellón, así como un tejido blando subyacente voluminoso, pueden causar estrechamiento de la parte lateral del CAE.¹ El objetivo de la meatoplastia es ampliar la luz de la entrada del CAE eliminando el cartílago obstructivo, así como del tejido blando subyacente.

Indicaciones de cirugía

Existen dos escenarios clínicos en los que puede ser necesaria una meatoplastia; como parte integrante de otro procedimiento otológico, o donde haya una estenosis lateral del CAE.

Como parte integrante de otros procedimientos otológicos

- **Timpanoplastia abierta:** La meatoplastia es un paso esencial al final de una timpanoplastia abierta para facilitar el acceso a la limpieza y para ayudar a la ventilación de la cavidad mastoidea. Si no se realiza una meatoplastia adecuada, se producirá un oído húmedo de por vida. Este tipo de meatoplastia se discute en el capítulo [Mastoidectomía y Epitimpanectomía](#)
- **Timpanoplastia, canaloplastia, eliminación de exostosis (pared ósea del conducto intacta):** En estos procedimientos puede ser obligatorio realizar una meatoplastia para mejorar la exposición quirúrgica intraoperatoria

Para estenosis laterales del conducto auditivo externo: La meatoplastia se hace necesaria cuando la impactación de cera producida por la estenosis del canal causa otitis externa recurrente o hipoacusia, y requiere

visitas frecuentes a un otorrinolaringólogo.

La estenosis del canal puede ser el resultado de:

- Estenosis congénita
- Otitis externa
- Iatrogenia después de una cirugía o irradiación
- Traumatismo

M-Meatoplastia

Ver vídeo: <http://youtu.be/jvSVteRkUO8>

Los autores prefieren la técnica de M-Meatoplastia descrita por primera vez por Mirck en 1966.²

Anestesia

- No es necesaria profilaxis antibiótica.
- Se realiza bajo anestesia local y como procedimiento ambulatorio
- Se infiltra la piel retroauricular detrás del cartílago de la concha y el tejido blando subyacente con lidocaína al 1% y adrenalina al 1:100 000
- La piel y subpericondrio del cuenco conchal, así como la pared posterior del CAE se infiltran con la misma solución

Creación de los colgajos cutáneos

- Un ayudante retrae el trago usando un microgancho para mejorar la exposición (*Figura 1*)
- Se dibujan las incisiones con un rotulador (*Figura 2*)
 - La primera línea se traza entre el borde anterior del cavum de la concha y la entrada al CAE (*Figura 2*)
 - En el centro de la primera línea se realizan otras dos de 1cm de longitud cada una, y orientadas como una "V invertida" (*Figura 2*)

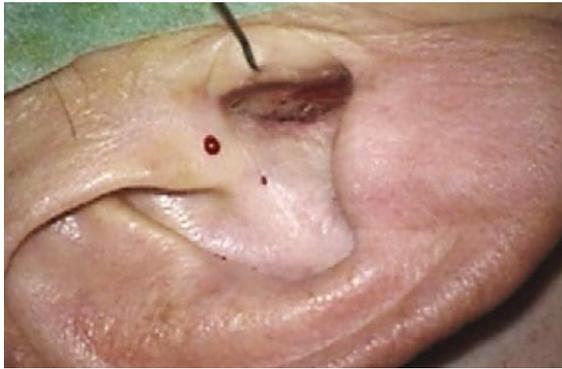


Figura 1: Microgancho retrayendo el trago

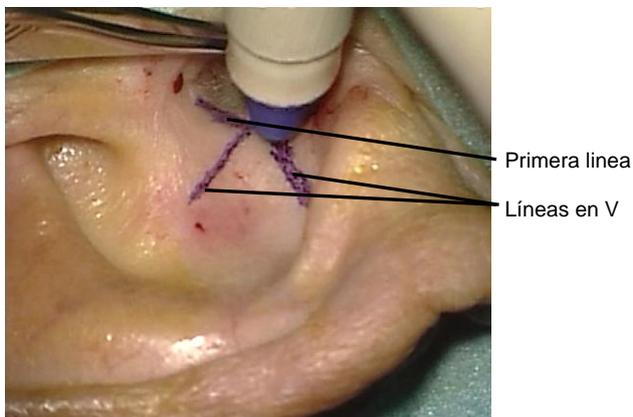


Figura 2: Dibujando las incisiones

- Se realizan las incisiones en piel a lo largo de las líneas dibujadas con un bisturí del nº15, quedando como resultado tres colgajos cutáneos triangulares (Figura 3)



Figura 3: Tres incisiones en piel

- Los colgajos se desarrollan separando la piel del cartílago subyacente con tijeras de punta fina (Figura 4)



Figura 4: Elevación de colgajos cutáneos

- Las suturas de guía se colocan en los vértices de los 3 colgajos y se retraen con pinzas de mosquito (Figures 5 & 6)

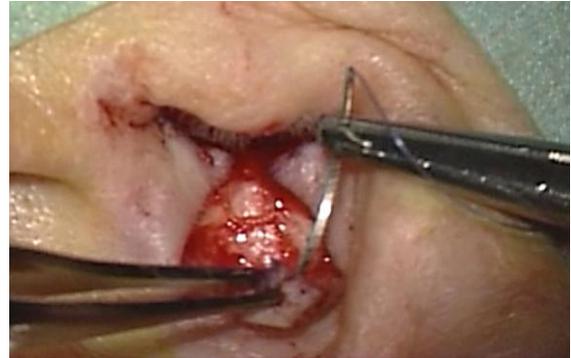


Figura 5: Sutura guía siendo insertada en el colgajo posterior

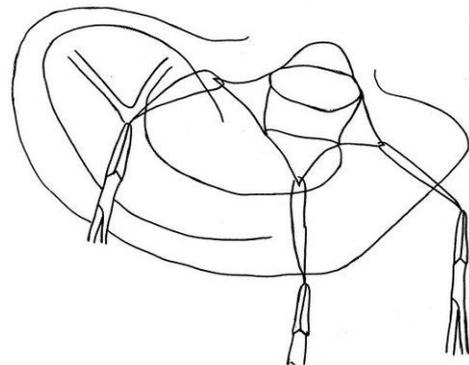


Figura 6: Suturas guías en los 3 colgajos

Resección de la obstrucción del cartílago y del tejido blando subyacente

- Se corta un círculo de aproximadamente 1cm de diámetro del cartílago del cavum conchal (Figura 7)



Figura 7: Círculo cortado del cartílago conchal

- A menudo el tejido subcutáneo subyacente es voluminoso y también es resecado (Figura 8)



Figura 8: Resección de tejido subcutáneo

V-Y plastia

- Se realiza una cuarta incisión transversal en la pared posterior del conducto de 1cm de longitud, creando así dos colgajos cutáneos intrameatales (Figuras 9 & 10)

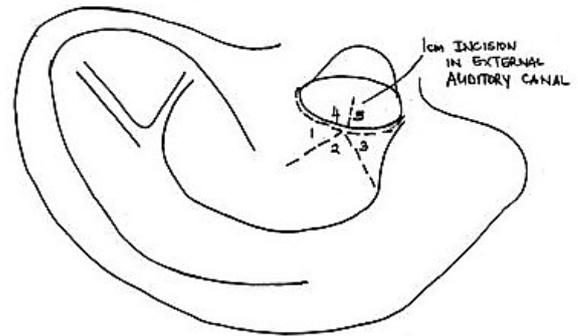


Figura 9

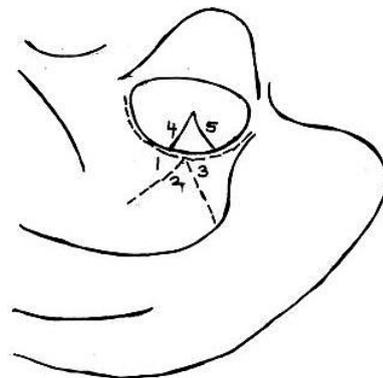


Figura 10

- Se utilizan suturas de Nylon 6/0 para cerrar los colgajos de la siguiente manera:
- Entre los vértices de los dos colgajos intrameatales y a cada lado de la base del colgajo triangular central (Figuras 11 & 12)

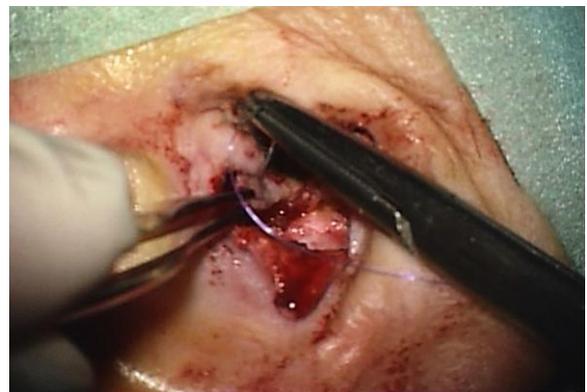


Figura 11: Suturas entre los extremos de los colgajos intrameatales



Figura 12: Suturas a ambos lados de la base del colgajo central

- Se coloca otra sutura al comienzo de la incisión cutánea intrameatal y en el ápice del colgajo triangular central. Este paso amplía la entrada del conducto auditivo externo (Figura 13)



Figura 13: Sutura colocada al comienzo de la incisión cutánea intrameatal y ápice del colgajo cutáneo triangular medio

- Los dos colgajos triangulares redundantes se resecan y se cierra entre los bordes restantes de la piel del cavum de la concha y los colgajos intrameatales (Figuras 14, 15, 16)

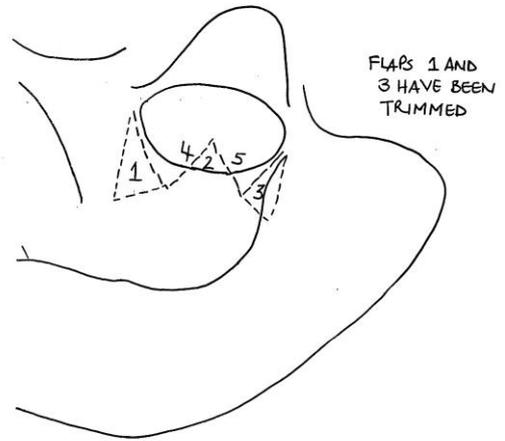


Figura 14



Figura 15



Figura 16

- Esto da como resultado una cicatriz con forma de “M” (*Figura 17*)



Figura 17

- Se coloca en el conducto auditivo externo una gasa con *Terracortil* (pomada con esteroide y antiséptico) y se mantiene durante 5 días
- Retirada de suturas 1 semana después

Ver vídeo de meatoplastia:

<http://youtu.be/jvSVteRkUO8>

Referencias

1. Fisch U, May J, Linder T. Tympanoplasty, Mastoidectomy, and Stapes Surgery. New York: Thieme; 2008.
2. Mirck PG. The M-meatoplasty of the external auditory canal. *Laryngoscope*. 1996; 106(3):367-69.

Cómo citar este capítulo

Harris, T, Linder T. (2012). Meatoplasty. In *The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery*. Retrieved from <https://vula.uct.ac.za/access/content/group/ba5fb1bd-be95-48e5-81be-586fbaeba29d/Meatoplasty.pdf>

Traductores

Iballa Romero & Débora Díaz
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas, España
iballaromero@gmail.com

Coordinador de las traducciones al castellano

Dr J. Alexander Sistiaga Suárez MD
FEBEORL-HNS, GOLF IFHNOS Unidad de Oncología de Cabeza y Cuello – Servicio de Otorrinolaringología Hospital Universitario Donostia San Sebastian, España
jasistiaga@osakidetza.eus

Autores

Tashneem Harris MBChB, FCORL, MMED (Otol), *Fisch Instrument Microsurgical Fellow*
Associate Professor and ENT Specialist
Division of Otolaryngology
University of Cape Town
Cape Town, South Africa
harristasneem@yahoo.com

Thomas Linder MD
Professor, Chairman and Head of Department of Otorhinolaryngology, Head, Neck and Facial Plastic Surgery
Lucerne Canton Hospital, Switzerland
thomas.linder@ksl.ch

Editor

Johan Fagan MBChB, FCS(ORL), MMed
Emeritus Professor and past Chair
Division of Otolaryngology
University of Cape Town
Cape Town, South Africa
johannes.fagan@uct.ac.za

**THE OPEN ACCESS ATLAS OF
OTOLARYNGOLOGY, HEAD & NECK
OPERATIVE SURGERY**

www.entdev.uct.ac.za



The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery by [Johan Fagan \(Editor\)](#) johannes.fagan@uct.ac.za is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-Commercial 3.0 Unported License](#)

