

C-21. Microtia unilateral congénita aislada: protocolo de actuación

X. Viñallonga Sardà, S. Florensa Brichs,
M. Roger Azemar, C. Bonjoch Marí
*Servicio de Pediatría Ambulatoria.
USP Instituto Universitario Dexeus.
Barcelona. España.*

Introducción. La diferencia normal de longitud entre ambos pabellones auriculares no debe superar el 10%. La microtia unilateral congénita es muy poco prevalente pero el pediatra de Atención Primaria debe conocer su seguimiento y tratamiento.

Caso clínico. Varón que acude a la consulta para la revisión neonatal a los siete días de vida. Primer embarazo normal (no diabetes, no alcohol, no fármacos, ecografías normales). Parto y periodo neonatal inmediato normales. Exploración física: microtia derecha aislada, conducto auditivo externo no visible; resto normal. Antecedentes familiares sin malformaciones auriculares ni sordera.

Otoemisiones acústicas: derecha no posible, izquierda normal. Potenciales evocados auditivos: derecha 60dB, izquierda 30dB. Ecografía renal y cerebral normal. Tras consulta con otorrinolaringología (ORL) y Cirugía plástica se decide seguimiento clínico, tomografía axial computarizada al año de edad, e inter-

vención quirúrgica a los 10-12 años. Pendiente de consulta con Genética Clínica.

A los nueve meses, salvo la microtia, la exploración física es normal y el desarrollo psicomotor adecuado para la edad.

Comentarios. La microtia se clasifica en tres tipos según el grado y el tamaño de la malformación. Se presenta en 1-3/10 000 recién nacidos, y es más prevalente en el lado derecho, en varones, en hijos de madre diabética y en niños expuestos prenatalmente a alcohol, isotretinoína, talidomida o micofenolato; aumenta con el orden de nacimiento. Suele ser aislada pero puede asociarse a microsomía hemifacial, hendiduras faciales, defectos cardíacos, renales y de extremidades, y holoprosencefalia. La mayoría son esporádicas, pero pueden ser familiares, de herencia autosómica dominante.

Se recomienda descartar anomalías asociadas, evaluación audiológica, técnica de imagen para valorar la anatomía, y seguimiento por ORL, cirujano plástico y genetista clínico.

Las malformaciones menores pueden no requerir corrección. Si se practica cirugía se recomienda a una edad mínima de 4-6 años (cuando el pabe-

llón ha alcanzado el 80% de su tamaño final); a menudo es compleja, en varias fases y requiere utilización de cartílago costal.