



Página del residente. Solución

Pseudoquiste auricular

Pseudocyst of the auricle



Celia Sánchez Gallego-Albertos*, José Luis del Castillo Pardo de Vera
y Miguel Burgueño García

Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Cuando el paciente acudió a revisión al cabo de 2 días se evidenció una nueva reaccumulación del fluido. En esta ocasión se procedió a realizar un nuevo vendaje compresivo asegurado mediante sutura transfixiante tras el drenaje por vía anterior. En primer lugar se llevó a cabo la cobertura de la superficie auricular afectada con mezcla de algodón y gluconato de clorhexidina al 4%, que fue moldeada para conseguir la máxima adaptación a la superficie anterior auricular. A continuación se procedió a la sutura transfixiante con material no reabsorbible con aguja recta (Prolene 2/0), con el fin de conseguir la máxima adhesión de la mezcla a la superficie. Se aplicó vendaje en capelina nuevamente. Se mantuvo dicho vendaje durante 7 días, así como la cobertura antibiótica.

Una semana después el vendaje fue retirado, sin observarse nueva reaccumulación de líquido (fig. 1).

Los análisis microbiológicos fueron estériles.

En función de la evolución clínica del paciente y habiéndose descartado como primera posibilidad el hematoma auricular se procede al diagnóstico de pseudoquiste auricular.

Discusión

Las tumefacciones del pabellón auricular son un hallazgo común en la práctica clínica habitual. Tres entidades deben incluirse dentro del diagnóstico diferencial:

El hematoma auricular es la entidad más común, y su diagnóstico no suele ser difícil debido a la historia de traumatismo

previo presente en la mayoría de los casos. Se origina como consecuencia de la sección de un vaso sanguíneo, con la consecuente acumulación de material hemático entre cartilago y pericondrio. La mayoría se localizan en la fosa escafoidea y se acompañan de dolor local intenso. De no llevarse a cabo el tratamiento precoz mediante drenaje, cabe esperar una deformidad permanente del pabellón auricular, conocida como «oreja en coliflor».

Sin embargo, también pueden encontrarse tumefacciones auriculares no precedidas por un antecedente traumático. Es por ello que el diagnóstico diferencial debe incluir también entidades menos frecuentes como el seroma y el pseudoquiste auricular^{1,2}, entidades por otro lado difíciles de diferenciar clínicamente.

El seroma auricular consiste en la acumulación de fluido entre la piel y el pericondrio², a nivel de la hipodermis. Suele presentarse como una inflamación de rápida evolución, acompañada de síntomas inflamatorios locales. Al examen físico, la tumefacción es fluctuante, de consistencia más elástica que el pseudoquiste auricular, debido a la localización del líquido en un plano más superficial. Su etiología no ha sido bien definida, pudiendo intervenir en la misma los factores traumáticos locales leves pero continuados. A nivel histológico, el cartilago no muestra alteraciones, puesto que la acumulación de fluido se produce a nivel suprapericóndrico. Es por ello que se trata de una entidad más indolente que el pseudoquiste auricular.

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2017.11.001>.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: celiasga22@gmail.com (C. Sánchez Gallego-Albertos).

<https://doi.org/10.1016/j.maxilo.2017.12.001>

1130-0558/© 2017 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Figura 1 – Resultado final tras el tratamiento de la recidiva.

El pseudoquistes auricular consiste en una inflamación quística espontánea en el interior del cartilago auricular que lleva a la acumulación de material líquido estéril de coloración amarillo-rojiza. El análisis histológico revela una acumulación intracartilaginosa de fluido sin un revestimiento epitelial. La falta de revestimiento epitelial es lo que le otorga el término de pseudoquistes. El aspirado no tiene componente celular ni demuestra crecimiento microbiológico¹. La etiología de esta entidad no está bien determinada. La primera hipótesis ha sido atribuida a la liberación anormal de enzimas lisosomales por los condrocitos, la cual origina una dilatación progresiva y la formación de una cavidad intracartilaginosa. Otra teoría establece que está originado por una displasia embrionaria congénita del cartilago auricular. Recientemente se ha atribuido su origen a los traumatismos de leve intensidad y larga duración, como la utilización frecuente de casco o auriculares^{1,3,4}. Sin embargo, ninguna de estas hipótesis ha podido ser demostrada. De no ser tratados, pueden conducir a la deformidad permanente del pabellón auricular^{1,4-6}, siendo esta más llamativa que la deformidad ocasionada por un seroma auricular.

El tratamiento del pseudoquistes auricular continúa siendo un desafío debido a la alta tasa de recurrencia. Se han empleado numerosos enfoques terapéuticos, con una tasa de éxito variable: la aspiración como único tratamiento conlleva elevadas tasas de recurrencia y deformidad residual del

pabellón auricular⁶; la aspiración y la administración intracartilaginosa de esteroides presenta desventajas como cambios de pigmentación de la piel y atrofia del tejido blando y del cartilago^{1,4,6}; el *deroofing* de la pared anterior del pseudoquistes está asociado con tasas más bajas de recurrencia^{1,4-6}. Dicha técnica consiste en la exposición de la pared anterior del quiste a través de una incisión cutánea, realizándose resección de la pared anterior y curetaje de la pared posterior para eliminar el tejido de granulación. Sin embargo, los autores recomiendan esta técnica ante el fracaso de medidas más conservadoras. El drenaje del fluido seguido de la aplicación de presión parece reducir las tasas de recidiva^{1,4}. La compresión se puede conseguir mediante vendaje tradicional reforzado con suturas, yesos moldeados y, recientemente, mediante botones^{4,5}.

Conclusión

El pseudoquistes auricular es una enfermedad poco frecuente que debe estar presente en el diagnóstico diferencial de la inflamación del pabellón auricular. No suele estar precedido de un antecedente traumático y cursa con una inflamación progresiva e indolora del pabellón auricular, siendo más frecuente a nivel de la fosa triangular y la fosa escafoidea. El tratamiento es necesario, pues puede conducir a una deformidad permanente del pabellón auricular. El manejo agresivo para la erradicación de las recidivas puede conducir a buenos resultados. Sin embargo, técnicas menos agresivas como la aspiración seguida de compresión pueden ofrecer buenos resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kanotra SP, Lateef M. Pseudocyst of pinna: A recurrence-free approach. *Am J Otolaryngol*. 2009;30:73-9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjoto.2008.02.008>
2. Nemade SV, Naik CS. Treatment of auricular seroma: A conservative, innovative, and effective approach. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2014;123:749-53, <http://dx.doi.org/10.1177/0003489414534014>
3. Beutler BD, Cohen PR. Pseudocyst of the auricle in patients with movement disorders: Report of two patients with ataxia-associated auricular pseudocysts. *Dermatol Pract Concept*. 2015;5:59-64, <http://dx.doi.org/10.5826/dpc.0504a15>
4. Ramadass T, Ayyaswamy G. Pseudocyst of auricle: Ethiopatogenesis, treatment update and literature review. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006;58:156-9, <http://dx.doi.org/10.1007/BF03050773>
5. Shan Y, Xu J, Cai C, Wang S, Zhang H. Novel modified surgical treatment of auricular pseudocyst using plastic sheet compression. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014;151:934-8, <http://dx.doi.org/10.1177/0194599814549528>
6. Bhandary S, Mannil TV. A comparative study in the management of auricular pseudocysts. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000;52:246-50, <http://dx.doi.org/10.1007/BF03006193>