

PSEUDOQUISTE AURICULAR: TRATAMIENTO CON SUTURA COMPRESIVA A PROPOSITO DE DOS CASOS

Dr. Humberto Acosta G.*
Dr. Jaime Piquero Martín**
Dra. María A. Valverde***
Dr. Jorge Caicedo****
Dr. Oscar Reyes Flores*****

Oliver M, Chopite M, Aransasu N, Rondón AJ. **Pseudoquiste auricular: tratamiento con sutura compresiva. A proposito de dos casos.** Derm Venez 1993; 31: 113-117.

RESUMEN

El pseudoquiste auricular consiste en el acúmulo de líquido amarillento, viscoso en una cavidad intracartilaginosa, no limitada por una cápsula, en la porción superior de la aurícula.

Se presentan dos casos planteando la resolución a través de aspiración del contenido seguido por la compresión con sutura sobre tacos de algodón, sin recidivas a los seis meses de seguimiento.

Este procedimiento resulta fácil de realizar en el consultorio, no requiere sacrificar tejido normal, provee la resolución permanente, preserva la arquitectura normal,

es físicamente tolerable y cosméticamente aceptable tanto en el postoperatorio como en el seguimiento a largo plazo.

SUMMARY

An auricle pseudocyst consist in the collection of viscous and yellow fluid in an intracartilaginous cavity without epithelial lining in the upper half of the ear.

We report two patients and propose the resolution with needle aspiration of the content followed by compression with bolstered sutures, with complete resolution of the lesion without recurrences at six months of follow-up.

This proceeding is simple to perform at the office, does not require sacrifice of normal tissue, provides permanent resolution, preserves the normal architecture, is physically tolerable and cosmetically acceptable both post-operatively and after long-term follow-up.

INTRODUCCION

El pseudoquiste auricular constituye una entidad clínica que consiste en el acúmulo de líquido amarillento, viscoso en una cavidad intracartilaginosa. no limitada, en la porción superior de la aurícula.

También llamada Condromalacia quística idiopática benigna, el pseudoquiste ocurre más frecuentemente en varones jóvenes, saludables generalmente con historia de trauma previo sobre la oreja afectada, puede ocurrir en cualquier grupo de edad, en ambos sexos y típicamente

se presenta como una lesión solitaria, asintomática y unilateral.¹

Los objetivos del tratamiento deben resultar en la solución permanente de la lesión (sin recurrencias), con mantenimiento de la arquitectura normal del pabellón auricular y apariencia estética, con esta finalidad

* Residente del post-grado de dermatopatología. Instituto de Biomedicina. Caracas.

** Adjunto del servicio de dermatología. Instituto de Biomedicina. Caracas.

*** Jefe de la sección clínica del servicio de dermatología. Instituto de Biomedicina. Caracas.

una variedad de tratamientos han sido utilizados los cuales incluyen: excisión, drenaje, corticoesteroides intralesionales,¹ tintura de iodo intralesional,² presión externa, drenaje continuo, y combinaciones de estas; todas esas opciones terapéuticas han producido variable grado de éxito.

El objetivo de esta presentación es reportar dos pacientes con pseudoquiste auricular en quienes se aplicó un procedimiento quirúrgico sencillo, que produjo la resolución completa de la lesión sin cicatriz residual.

CASO N° 1

Paciente masculino de 20 años de edad, quien acude a la consulta para la evaluación de aumento de volumen de 3 años de evolución, doloroso a la presión en el pabellón auricular izquierdo. Refiere que anteriormente vivía en el estado Táchira y usaba sombrero que presionaba la zona, sin embargo en ningún momento refiere traumatismo franco. Al examen físico, en la región anterior del pabellón auricular izquierdo, a nivel de la prominencia del antihélix, se observa aumento de volumen, en

forma redondeada de 1,5 cm de diámetro, de bordes difusos, la piel que lo cubre no muestra cambios de coloración y a la presión es renitente y provoca dolor (ver Figura a). Presencia de fístula preauricular izquierda.

Previa anestesia se realiza aspiración de la lesión con aguja N° 18 con obtención de líquido viscoso amarillento (no enviado a estudio citoquímico) con posterior toma de biopsia (punch de 3 mm), en la cual se observan: dos fragmentos, el primero formado por epidermis con componente dérmico normal y el segundo fragmento formado por cartílago el cual muestra un lado cubierto por dermis de características normales y la cara interna del cartílago presenta un delgado anillo de tejido de granulación o banda subcondrial de tejido fibrovascular (ver Figura b).

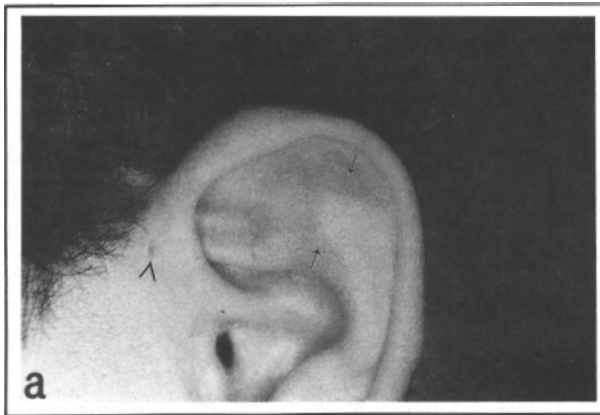


Figura a: Caso 1. Pseudo quiste auricular sobre la prominencia del antihélix (flechas) y fístula preauricular (flecha abierta).

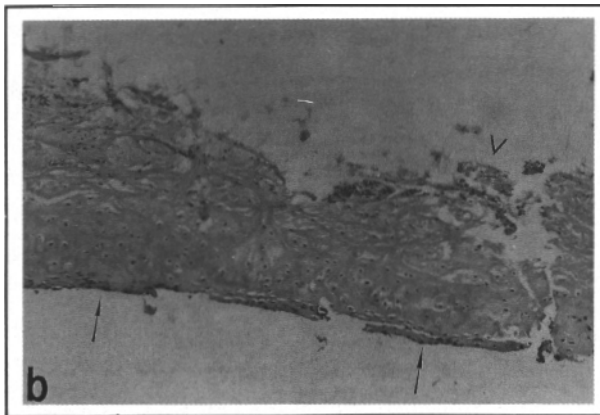


Figura b: Caso 1. Fragmento de cartílago correspondiente a un lado del pseudo quiste. La cara externa corresponde a la dermis (flecha abierta) la cara interna presenta delgado anillo de tejido de granulación o banda subcondrial (flechas) (H-E. 63x).

CASO N° 2

Paciente masculino de 23 años de edad quien presenta desde hace 1 año aumento de volumen en el pabellón auricular derecho doloroso a la presión, refiere que ha permanecido sin cambios desde hace aproximadamente 8 meses, niega traumatismos sobre la zona. Al examen físico se observa aumento de volumen sobre el pabellón auricular derecho, que ocupa el tercio inferior del antihélix y la fosa superior de la concha, alargado, de 1,5 cm x 0,4 cm de consistencia renitente. Previa anestesia de la zona se realiza aspiración del contenido de la cavidad obteniendo un líquido cetrino amarillento, que se envía a estudio, el cual reporta corresponder a trasudado. No se realiza biopsia (ver Figura c, d).

Se discuten ambos casos decidiendo realizar manejo quirúrgico: Las superficies anterior y posterior de la aurícula fueron anestesiadas localmente y el contenido del quiste fue aspirado con aguja N° 18. Dos suturas 3-0 nylon fueron pasadas a través de la aurícula en los márgenes de la lesión y posteriormente

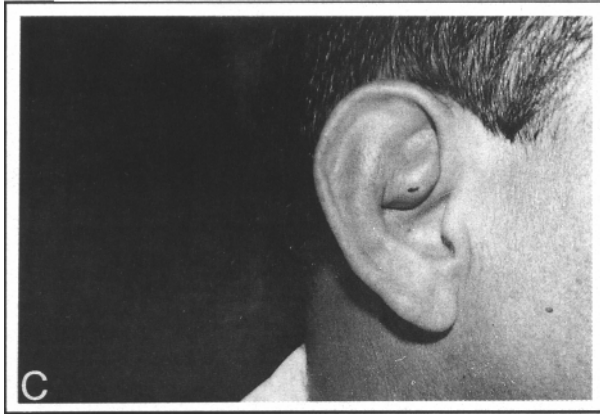


figura c: Caso 2. Pseudo quiste auricular sobre tercio inferior del antihélix y fosa superior de la concha. Nota: el orificio corresponde a la aspiración realizada en consulta previa.

anudadas sobre dos tacos de algodón que servían de apoyo a los lados anterior y posterior de la aurícula aplicando presión que logra la compresión (colapso) de los dos lados del pseudoquiste una contra la otra (ver Figura e, f, g, h y Esquema N° 1).

Las suturas y los tacos de algodón fueron removidos a los 7 días, obteniendo excelentes resultados cosméticos sin recurrencias de las lesiones a los 6 meses de seguimiento.

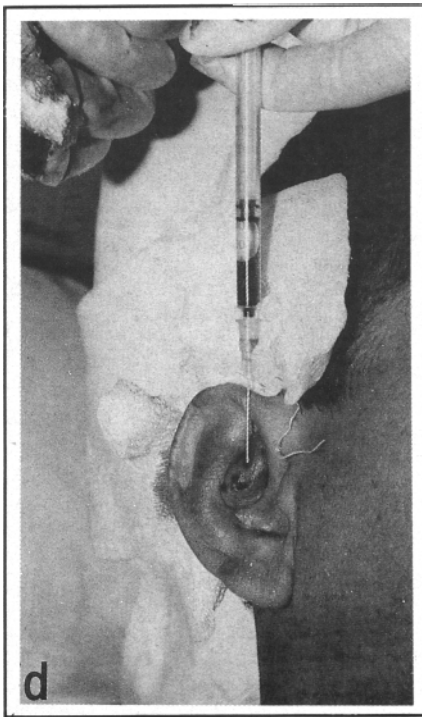


Figura d: Caso 2. Aspiración del contenido del pseudo quiste auricular en el momento operatorio.

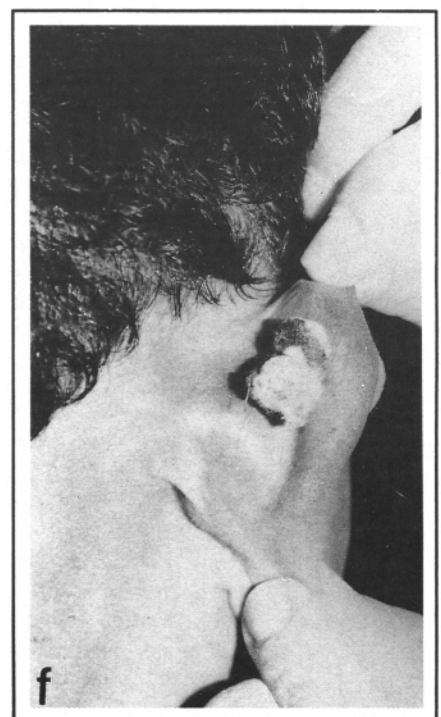
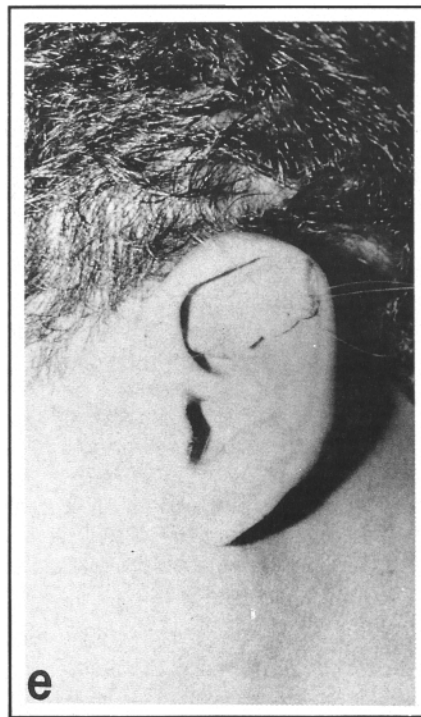


Figura e y f: Caso 1. Compresión de los lados del pseudo quiste con tacos de algodón.

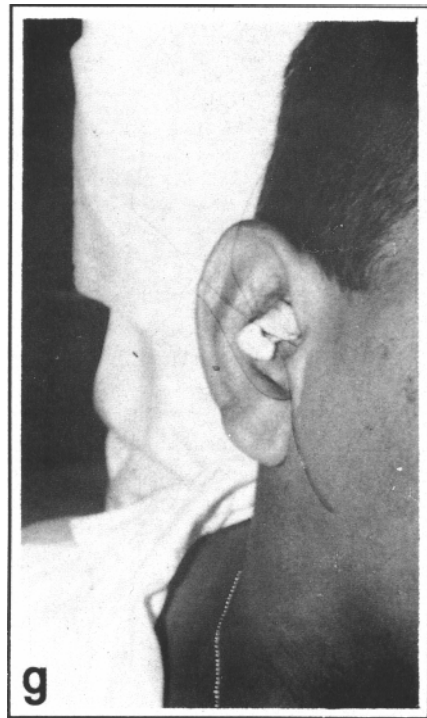
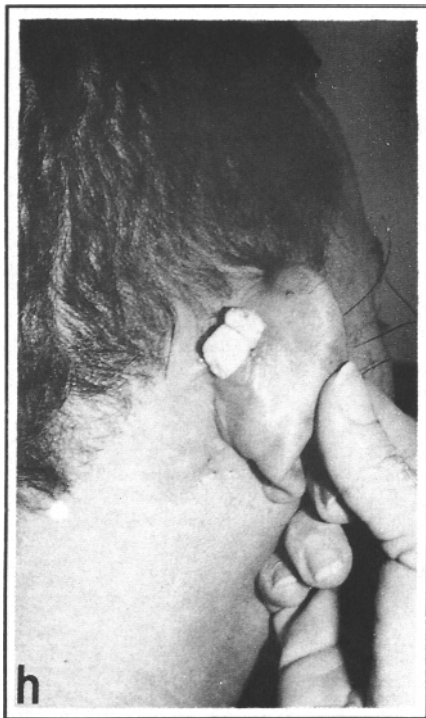


Figura g y h: Caso 2. La compresión del pseudoquistes es mantenida por tacos de algodón sobre las superficies anterior y posterior de la aurícula.

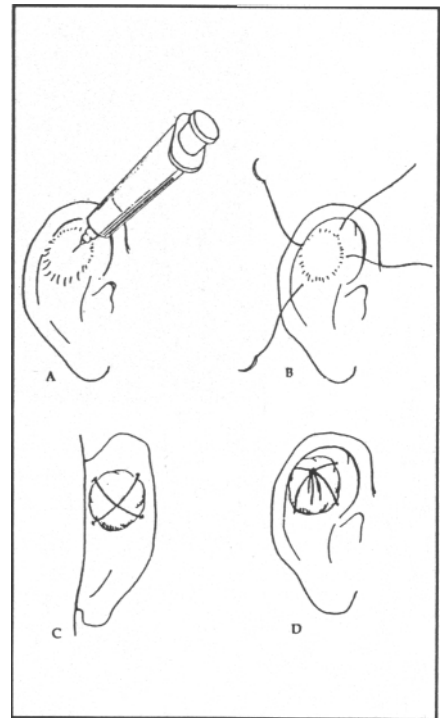
DISCUSION

El pseudoquistes auricular es una condición poco común, asintomática, en ocasiones no puede asociarse a antecedentes traumáticos, aunque hay reportes asociándola a traumas menores repetitivos (sin fracturas) tales como dormir con almohadas duras, usar auriculares de estereo, cascos de motocicleta;¹ en el primer paciente el uso de sombrero como protección al frío pudo causar el trauma repetitivo causal, no pudiéndolo descartar. También han sido reportados casos asociados a traumas mayores como el de Grabski et al³ el cual desarrolla la patología después de un trauma directo con hallazgo de fractura del cartílago durante la exploración quirúrgica.

Existen varias teorías sobre el origen de esta condición poco usual. Ha sido postulado que una malformación embrionaria produce un plano intracartilaginoso residual que permanece como un espacio potencial, sobre el cual la necrosis

isquémica del cartílago, el trauma menor repetido o la liberación anormal de enzimas lisosomales por condrocitos pueden también ser factores contributivos.^{1,4} En el paciente N° 1 presentado, observamos la existencia de una fístula preauricular, este defecto congénito no encontramos haya sido relacionado en la literatura con la presencia de pseudoquistes auriculares pero su asociación puede respaldar la teoría de la malformación embrionaria y en este mismo paciente el trauma menor puede haber causado una fuerza de separación de este "espacio potencial" derivado embriológicamente.

El diagnóstico diferencial debe incluir los hematomas subpericondrales y los seromas, estos últimos,¹ se excluyen por la localización no intracartilaginoso de la cavidad y los segundos por la carencia de sangre en el fluido quístico (en el paciente número dos la presencia de sangre en el aspirado se debió al traumatismo producido por la aguja, ya que el



Esquema N° 1: (A) El pseudo quistes es primero aspirado. (B-D) Dos suturas de nylon son colocadas a través de la aurícula en los márgenes de la lesión y posteriormente anudadas sobre tacos de algodón a cada lado logrando comprimir (colapsar) el pseudo quistes. (tomado de referencia 5).

líquido contenido se había obtenido con anterioridad para su análisis citotóxico que reportó transudado).

El tratamiento del pseudoquistes auricular puede ser difícil, las lesiones de larga evolución o con tratamientos inapropiados pueden producir deformidades permanentes de la aurícula. Hay un número de tratamientos que se han realizado, los cuales incluyen:

- 1.- Observación y evitar los traumatismos.¹
- 2.- Los corticoesteroides sistémicos no han alterado el curso del pseudoquistes auricular y los intralesionales está reportado causaron deformidades permanentes del pabellón auricular.⁴

- 3.- La aspiración con aguja o exicisión y drenaje del pseudoquiste están casi siempre seguidas por la reacumulación del fluido en la lesión y la reaparición del pseudoquiste.^{1 5}
- 4.- Favorables resultados cosméticos y funcionales han sido descritos en reportes de casos individuales cuando la aspiración con aguja o exicisión y drenaje han sido seguidos por la aplicación de presión a través de la sutura de tacos de algodón que logran el colapso del espacio.⁵ (Aplicado a los dos pacientes descritos en este reporte).
- 5.- Varios pacientes han sido exitosamente tratados tanto con curetaje,³ aplicación de tintura de yodo al 1%¹ o con la aplicación de ácido tricloroacético al 50%,^o todas estas técnicas seguidas por la aplicación de presión externa, con los tacos de algodón para mantener colapsada la cavidad una vez irritada su pared, todas tienen como desventaja el necesitar un procedimiento qui-

rúrgico mayor, pero surgen y se mantiene como alternativas al fallar la opción anterior.

- 6.- En el caso de Grabski et al,³ en el cual el paciente sufre fractura del cartílago, los autores sugieren la excisión conservadora de la pared anterior de la cavidad así como el tejido de granulación que llenaba la fractura, el defecto completo fue cubierto con una esponja de matriz de colágeno que sirvió de base para el crecimiento de más tejido de granulación desde el pericondrio subyacente.

CONCLUSIONES

El pseudoquiste auricular es una condición benigna que puede recurrir si el tratamiento es inadecuado, este reporte señala el tratamiento exitoso en dos casos y la técnica quirúrgica utilizada:

- 1.- Es ejecutada en forma simple.
- 2.- Puede ser realizada en el consultorio.

- 3.- No requiere sacrificar tejido normal.
- 4.- Provee la resolución permanente del pseudoquiste.
- 5.- Preserva la arquitectura normal.
- 6.- Es físicamente tolerable y cos-méticamente aceptable tanto en el post-operatorio como con el seguimiento a largo plazo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Glamb R, Kim R. Pseudocyst of the auricle. J Am Acad Dermatol. 1984; 11: 58-63.
- 2.- Hansel JE. Pseudocyst of the auricle in caucasians. Arch Otolaryngol. 1967; 85: 13-4.
- 3.- Grabski WJ, Salasche SJ, McCollough ML, Angeloni VL. Pseudocyst of the auricle associated with trauma. Arch Dermatol. 1989. 125: 528-530.
- 4.- Cohen PR, Katz BE. Pseudocyst of the auricle: successful treatment with intracartilaginous trichloroacetic acid and button bolsters. J Dermatol Surg Oncol. 1991. 17: 255-8.
- 5.- Karakashian GV, Lutz-Nagey LL, Anderson R. Pseudocyst of the auricle: Compression suture therapy. J Dermatol Surg Oncol. 1987; 13: 74-5.

REUNION ANUAL DEL COLEGIO IBEROLATINOAMERICANO DE CRIOCIRUGIA

Del 2 al 4 de septiembre de 1993 se celebró en la ciudad de Cartagena de Indias la segunda reunión de criocirujanos del Colegio Ibero-latinoamericano de Criocirugía presidida por el Dr. Carlos Horacio González de la Unidad de Criocirugía de Armenia Colombia y teniendo como presidente honorario y conferencista magistral a nuestro Gilberto Castro Ron.

Felicitaciones a los organizadores por tan bien lograda reunión.

La próxima se realizará en Guatemala en 1994 y será coordinada por el Dr. Miguel E. Robles.