

CASOS CLÍNICOS

Pseudoquistes auriculares bilaterales: presentación de un caso y revisión de la literatura

Resumen.—El pseudoquiste auricular es una entidad infrecuente que se presenta habitualmente como un nódulo asintomático y fluctuante en la porción superior del hélix. En la mayoría de los casos es unilateral y, sólo en raras ocasiones, puede ser bilateral.

Se describe el caso de un varón de 25 años con una lesión noduloquística bilateral y simétrica localizada en ambos pabellones auriculares de dos años de evolución. El estudio histopatológico mostró una cavidad intracartilaginosa cuya pared estaba compuesta por cartílago auricular parcialmente degenerado y carecía de revestimiento epitelial.

Se discute el origen de esta presentación bilateral tan poco usual (que en este caso parece relacionada con el uso prolongado de auriculares esteofónicos y se revisan los casos descritos en la literatura).

Palabras clave: Pseudoquiste auricular. Tofo gotoso. Hematoma auricular. Seroma auricular.

JESÚS MOLINERO CATURLA
EDUARDO NAGORE ENGUÍDANOS
LUISA OBÓN LOSADA
ANA M.^a OLTRA BENAVENT*
VICENTE OLIVER MARTÍNEZ
ADOLFO ALIAGA BONICHE
*Servicio de Dermatología. *Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General Universitario. Avda. Tres Cruces, s/n. 46014 Valencia.*

Correspondencia:

Dr. JESÚS MOLINERO. Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario. Avda. Tres Cruces, s/n. 46014 Valencia.

Aceptado el 30 de noviembre de 1999.

INTRODUCCIÓN

El pseudoquiste auricular es una entidad infrecuente que se presenta habitualmente como un nódulo asintomático, fluctuante y de pequeño tamaño (menor de 1 cm). La histopatología se corresponde con una formación quística cuya pared está formada por cartílago auricular parcialmente degenerado. La cavidad intracartilaginosa contiene mucina y no se halla revestida por epitelio. Su localización suele ser la porción superior del hélix y sólo muy raramente es bilateral.

Se describe un caso de pseudoquiste auricular de presentación bilateral. El uso prolongado de auriculares estereofónicos podría jugar un papel etiológico en este caso.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 25 años, con antecedentes de asma en la infancia y alergia a contrastes yodados. Dos años an-

tes, en una analítica rutinaria, se le detectó una hiperuricemia asintomática. Entre sus antecedentes familiares, sólo era de interés que su padre padecía gota. Refería ser gran aficionado a escuchar música a alto volumen con auriculares estereofónicos, desde hacía 10 años.

Consultó porque desde hacía cuatro días le rezumaba un líquido transparente y viscoso de una lesión que presentaba desde hacía dos años en el pabellón auricular izquierdo. En la exploración se evidenció una lesión noduloquística bilateral y simétrica localizada en el tercio superior del hélix de ambos pabellones auriculares, la lesión izquierda medía 1 x 0,7 cm (Fig. 1) y la derecha 0,8 x 0,4 cm (Fig. 1). Los nódulos eran asintomáticos, indurados y fluctuantes al tacto. Se hallaban recubiertos por piel aparentemente normal. El paciente refería crecimiento lento y progresivo de las lesiones desde su inicio. El resto de la exploración física fue completamente normal.

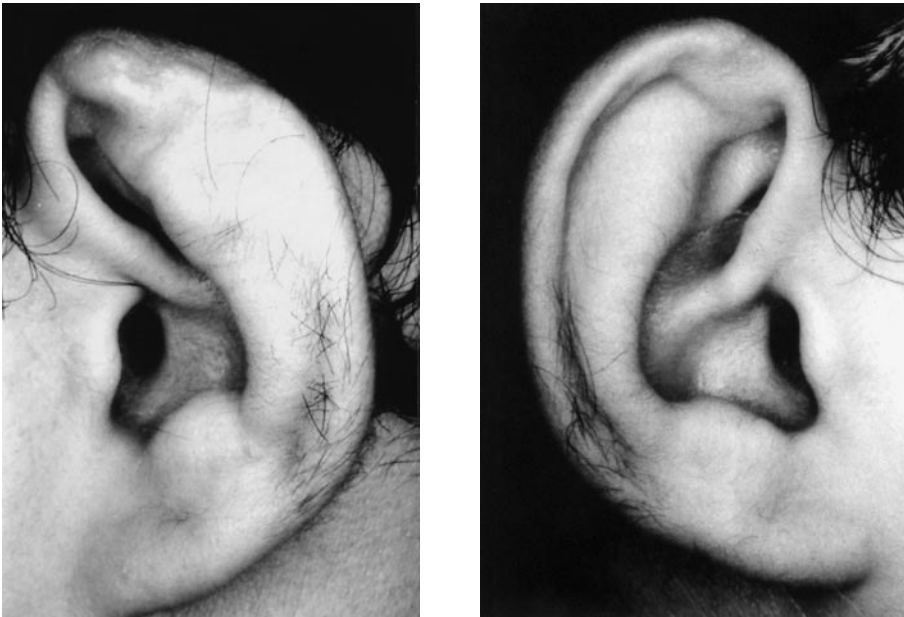


FIG. 1.—(Izquierda). Lesión noduloquistica auricular izquierda, localizada en la porción superior del hélix. (Derecha). Lesión auricular derecha, con idéntica localización, aunque de menor tamaño que la izquierda.

El hemograma y bioquímica de rutina fueron completamente normales, salvo una hiperuricemia de 8,4 mg/ dl.

El paciente no había presentado previamente ningún episodio de condritis auricular, nasal ni de tracto respiratorio; tampoco refería haber padecido conjuntivitis ni trastornos auditivos que pudieran asociar el cuadro a una policondritis recidivante.

Se realizó biopsia cutánea de cada una de las lesiones apreciándose en ambas una formación quística cuya pared estaba formada por cartílago auricular con degeneración hialina parcial (material eosinófilo amorfo) (Fig. 2). La cavidad intracartilaginosa, sin revestimiento epitelial, presentaba un contenido rico en mucina (Fig. 2). Estos hallazgos histológicos confirmaron el diagnóstico de pseudoquiste auricular bilateral.

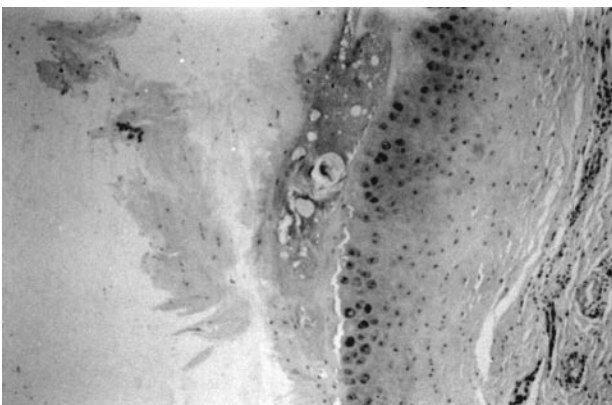


FIG. 2.—La cavidad intracartilaginosa contiene mucina y material eosinófilo amorfo y no se halla revestida por epitelio.

Se realizó punción-aspiración de ambas lesiones auriculares tras lo cual se aplicó un vendaje compresivo durante tres semanas. Se obtuvo un líquido translúcido, oleoso, rico en proteínas y carente de cristales. En la citología se observaron histiocitos y neutrófilos, mientras que la tinción Gram y el cultivo resultaron estériles. El paciente presentó una resolución completa de sus lesiones con un resultado estético satisfactorio. No se han producido recidivas durante los nueve meses de seguimiento posteriores.

DISCUSIÓN

El pseudoquiste auricular es una entidad infrecuente que suele presentarse como un nódulo asintomático, fluctuante, de aparición más o menos súbita. Su tamaño no suele exceder 1 cm de diámetro. Se localiza habitualmente en la porción superior del hélix y sólo muy raramente es bilateral (1, 3). Cuando el nódulo se punciona, drena un líquido claro, a veces amarillento, que suele ser viscoso.

La histopatología se corresponde con una formación quística, cuya pared está formada por cartílago auricular parcialmente degenerado en continuidad con tejido de granulación. La degeneración hialina del cartílago es muy característica de esta entidad. La cavidad quística intracartilaginosa contiene mucina y no se halla revestida por epitelio (por ello se denomina pseudoquiste).

En la mayoría de los casos, no existen factores etiológicos claros que precedan a la aparición de la lesión.

Se han postulado factores bioquímicos, embriológicos y traumáticos (4). En nuestro paciente existía un factor traumático claro: el uso prolongado de auriculares. Este mismo factor traumático se encuentra en otros casos que se han desarrollado tras fracturas del cartílago auricular, uso de cascos para motocicleta y almohadas duras. Se han publicado varios casos en niños con dermatitis atópica intensa atribuidos al eritema y rascado mantenidos del pabellón auricular (3). El factor traumático podría favorecer la aparición de zonas de necrosis isquémica del cartílago que actuaría como desencadenante del proceso de degeneración hialina de éste (4). Al ser el pabellón auricular una región muy expuesta a traumatismos menores, este factor podría explicar la localización característica del pseudoquiste.

El diagnóstico diferencial se plantea fundamentalmente con el hematoma pericondral y con el seroma auricular (4, 5). El hematoma pericondral se diferencia del pseudoquiste en que siempre se precede de un antecedente traumático presenta una localización extracondral y su contenido es hemático. El seroma sólo se distingue del pseudoquiste por su localización extracondral.

En nuestro paciente, dado el antecedente de hiperuricemia, cabría considerar en el diagnóstico diferencial al tofo gotoso. Clínicamente, el tofo consiste en una pápula indurada no fluctuante de coloración blanquecina. Su histología se caracteriza por un material basófilo dérmico constituido por unas hendiduras denominadas en aguja que contienen a los cristales de urato monosódico. Este entramado de hendiduras se encuentra rodeado por un tejido de granulación.

El tratamiento del pseudoquiste auricular suele ser difícil por la elevada frecuencia de recidivas. Se han empleado los corticoides sistémicos e intralesionales sin resultados. La punción- evacuación o la incisión y drenaje simples del quiste suelen seguirse de una recidiva de la lesión a los pocos días de practicarse. Sin embargo, la aplicación de un vendaje compresivo sobre la oreja tras efectuarse el vaciamiento consigue la resolución completa del cuadro, con muy buenos resultados estéticos. La compresión sobre la lesión puede realizarse también mediante dos botones suturados al pabellón auricular en la zona de la lesión, lo cual, según algunos autores, mejora la eficacia del vendaje compresivo (4, 6).

Otros tratamientos empleados (extirpación simple, incisión- drenaje y curetaje de la cavidad, incisión- drenaje e inducción de fibrosis intracavitaria con agentes esclerosantes) (7) deben ser reservados para aquellos casos en los que la incisión y drenaje del quiste seguida de la aplicación de un vendaje compresivo no sean

eficaces, ya que esta técnica es la que mejores resultados estéticos ofrece (4).

Como se ha mencionado más arriba, el pseudoquiste auricular suele presentarse como lesión unilateral. Existen muy pocos casos publicados con lesión bilateral (1-3), varios de ellos en niños y sin antecedente de traumatismo. En la casuística de nuestro servicio, en los últimos 10 años han sido diagnosticados ocho casos, siete de ellos con lesión unilateral y sólo uno con lesión bilateral (el descrito en este artículo).

El pseudoquiste es una patología local aunque ha sido descrito en un paciente con policondritis recidivante (8) y otro en el que la lesión coexistía con una fístula preauricular (9), aunque esta asociación tiene un carácter muy probablemente casual.

Abstract.—Pseudocyst of the auricle is an unusual entity that presents as an asymptomatic and fluctuant nodule in the uppermost part of the helix. Most cases are unilateral, though rarely may be bilateral.

A 25-year-old male presented with symmetric bilateral nodule-cyst located in both ears of 2 years duration. Histopathologic study showed an intracartilaginous cavity which wall consisted of auricular cartilage partially degenerated and lack of epithelial lining.

Pathogenesis (that in this case may be related with a long use of stereophonic eaphones) and a review of previous reported cases in the literature are discussed herein.

Molineró Caturra J, Nagore Enguídanos E, Obón Losada L, Oltra Benavent AM.^a, Oliver Martínez V, Aliaga Boniche A. Bilateral pseudocyst of the auricle: a case report and literature review. Actas Dermosifiliogr 1998;90:181-184.

Key words: Auricular pseudocyst; Tophi gout. Auricular bruise. Auricular serome.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yamamoto T, Yokoyama A, Umeda T. Cytokine profile of bilateral pseudocyst of the auricle. *Acta Derm Venereol* 1996;76:92-3.
2. Santos AD, Kelley PE. Bilateral pseudocyst of the auricle in an infant girl. *Pediatr Dermatol* 1995;12:152-5.
3. Devlin J, Harrison CJ, Whitby DJ, David TJ. Cartilaginous pseudocyst of the external auricle in children with atopic eczema. *Br J Dermatol* 1990;122:699-704.
4. Sanmartín O, Serrano G, Bonillo J, Latasa JM, Fortea JM. Pseudoquiste del pabellón auricular asociado a traumatismo. Presentación de un caso y revisión del tratamiento. *Med Cutan Iberolat Am* 1994;22:323-6.

5. Lapins NA, Odom RB. Seroma of the auricle. *Arch Dermatol* 1982;118:503-5.
6. Karakashian GV, Lutz Nagey LL, Anderson R. Pseudocyst of the auricle: compression suture therapy. *J Dermatol Surg Oncol* 1987;13:74-5.
7. 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.
8. Helm TN, Valenzuela R, Glanz S, Parker L, Dijkstra J, Bergfeld WF. Relapsing polychondritis: a case diagnosed by direct immunofluorescence and coexisting with pseudocyst of the auricle. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26:315-8.
9. Oliver M, Chopite M, Rondon A. Coexistence of pseudocyst of the auricle and preauricular fistula. *Int J Dermatol* 1994;33:135.