

# ENFERMEDADES DEL PABELLON AURICULAR:

## Heridas, Otohematomas, Pericondritis, Enfermedades de la piel.

Dr. Manuel A. Rodríguez Lanza  
Instituto de Otorrinolaringología  
Caracas

### ***Pericondritis del pabellón***

Se define como una inflamación subaguda del pabellón del oído que afecta el cartílago y sobre todo al pericondrio y se caracteriza por un derrame subpericondrico que suprime todo aporte nutriente al cartílago subyacente.

Las pericondritis son consecutivas a la cirugía del oído, a quemaduras del pabellón, a traumatismos (otohematomas, heridas, picaduras, mordeduras), a infecciones del conducto y/o del pabellón (otitis externa sobre todo maligna, furúnculo, etc), a la auriculoterapia, etc.

Los estudios bacteriológicos de las muestras obtenidas en las pericondritis refieren un polimicrobismo. En el 95% de los casos se atribuye al bacilo piocianico. El estafilococo aureus se observa en el 55% de los casos. El proteus, el colibacilo y el estreptococo son menos frecuentes. Se encuentran gérmenes gram negativos en las pericondritis postoperatorias, postraumáticas y después de las quemaduras. Las pericondritis después de un furúnculo, otohematoma y auriculoterapia suelen deberse a infecciones por gérmenes gram positivos.

Las pericondritis se caracterizan clínicamente por su latencia. Las primeras manifestaciones clínicas suelen aparecer 3 a 4 semanas después de la lesión causal. Clínicamente, se aprecia un pabellón muy inflamado en un paciente a veces febril. La evolución espontánea puede ir hasta la fistulización y necrosis extensa del cartílago. EL tratamiento es inicialmente medicamentoso. En gérmenes gramnegativos: carboxipenicilinas (carbenicilina, ticarcilina), ureidopenicilinas, cefalosporinas de tercera generación anti-Pseudomonas y fluoroquinolonas que se

asocian a un aminoglucósido. Cuando se trata de gérmenes gram positivos (estafilococo), se utilizan penicilinas antiestafilocócicas asociadas a un aminoglucósido.

Una vez formado el absceso, hay que recurrir al tratamiento quirúrgico. Algunos autores preconizan el drenaje y otros la resección de los tejidos necrosados.

La técnica del drenaje preconizada por Stevenson está indicada sobre todo en las pericondritis postoperatorias y proporciona los mejores resultados estéticos. Se trata de colocar a ambos lados del cartílago necrosado una sonda de polietileno y efectuar a través de estas sondas una irrigación del foco con antibióticos adecuados.

Cuando la necrosis se localiza en el antehélix, se puede efectuar el método de Stoud, que reseca el cartílago y la piel anterior en un bloque. La resección cutánea expone a un resultado estético malo y la eventual resección insuficiente del cartílago necrosado expone a la recidiva. Cuando la pericondritis se extiende al hélix, se recurre al método de Dowling en el cual se efectúa una incisión a los largo del hélix, seguida de una disección del pabellón en bivalvo con escisión del cartílago necrosado.

### ***Enfermedades de la piel***

Pocas dermatosis tienen una localización selectiva en el oído externo. Sin embargo, las localizaciones auriculares de dermatosis frecuentes, se observan muy a menudo con particularidades semiológicas que hacen el diagnóstico en esta localización a menudo muy difícil.

Es importante varios puntos anatómicos pues son inhabituales.

La presencia del cartílago, salvo a nivel del lóbulo, y por consiguiente la posibilidad de condritis inflamatorias o infecciosas.

La estructura anatómica del conducto auditivo externo en fondo de saco provisto de glándulas ceruminosas donde se desarrolla un clima cálido y húmedo con sus consecuencias microbiológicas pero también responsable de la falta de especificidad de los aspectos clínica y del riesgo de atribución prematura a una etiología microbiana o micótica basándose únicamente a una muestra positiva.

## **Infecciones**

### ***Bacteriana***

#### ***Erisipela de la región auricular***

La asociación de una placa eritematosa y edematosa caliente que se extiende por un rodete centrifugo periférico con infiltración dolorosa, fiebre y adenopatía satélite ( y a veces hemocultivo positivo de estreptococo) es característica.

#### ***Impétigo estreptocócico - estrepto/estafilocócico***

Se acompaña de lesiones típicas de la cara , de las nalgas en el niño. sin signos generales, con lesiones bullosas, rápidamente costrosas. Podría ser secundaria a una dermatosis, habitualmente crónica, del CAE con extensión a la concha y a las regiones preauriculares, de lesiones costrosas, exudativas, melicéricas, sin afectación del tímpano. EL tratamiento es a base de cefalosporinas de primera generación antiestafilocócica (cefadroxilo), penicilinas sintéticas (oxacilina, flucloxacilina) y tratamiento local (mupirocin).

#### ***Intertrigo retroauricular***

Raramente es infeccioso solamente y si es bilateral es mas raro. Es de superficie eritematosa, barnizada, poco o no escamoso, poco o no pruriginoso, sugiere una psoriasis tanto mas fácilmente si existen localizaciones típicas en el cuero cabelludo. Un intertrigo bilateral, con ecematización del borde libre auricular,

prurito de la nuca y del cuero cabelludo, debe hacer pensar en una pediculosis.

#### ***Intertrigo subauricular (a veces intermitente)***

Es muy característico en el niño del eccema constitucional.

#### ***Lepromas en la enfermedad de Hansen***

Se localizan en el borde libre de los pabellones en forma de nódulos de color rojizo, lisos, que pueden formar placas de superficie ondulada. Los bacilos de Hansen se visualizarán por biopsia cutánea (coloración de Ziehl).

#### ***Lupus tuberculoso***

En sus diversas formas (túmido, mixomatoso, ulcerovegetante) se localiza en el pabellón, en el lóbulo, en el conducto auditivo; todas estas formas tienen en común el lupoma, lesión elemental, amarillenta, micronodular, que confluye en capas eritematocostrosas, a veces ulcerada. La lesión puede propagarse al CAE, incluso al tímpano. La biopsia cutánea es la clave del diagnóstico de una afección que hoy día es excepcional pero que podría volver a resurgir.

### ***Fúngicas***

Se aprecia una dermatosis eritematoescamosa pruriginosa con a veces un fino borde micropustuloso se debe sospechar sobre todo Trichophyton rosaceum. EL diagnóstico se basa en la toma de muestras micológicas en medio de Sabouraud.

El descubrimiento de Candida albicans en las muestras del pabellón retroauriculares suele ser una sobreinfección.

### ***Virales***

#### ***Zoster auricular***

Se individualiza por sus manifestaciones motoras (parálisis facial) y sensoriales (auditivas-vestibulares), La topografía clásica de la erupción papulosa y papulovesiculosa en el pabellón, parte posterosuperior del CAE y del tímpano (zona de Ramsay-Hunt), asociada al síndrome gripal previo a los dolores y a la sensación

de quemaduras, preceden o suceden a una erupción que ha veces no se ha percibido.

La parálisis facial, a menudo completa, suele ser transitoria (95%), afectación vestibular mas raramente aislada pero a menudo asociada a una sordera.

La lesión cutánea puede asociarse a una lesión mucosa (hemilengua) en sus dos tercios anteriores.

### **Herpes del oído**

No es frecuente. Se evidencia un ramillete de vesículas sobre base eritematosa con evolución costrosa. Se localiza en forma unilateral en un lóbulo o en el pabellón y tiene un carácter recidivante por intermitencias después de una curación espontánea en unos ocho días, lo que confirma el diagnóstico. En caso de duda se debe realizar un citodiagnóstico (Tzanck), que en unos minutos, ante células con núcleos monstruosos, prueba la infestación viral.

### **ORF (poxvirus)**

Contaminación a partir de ovejas o cabras y provoca lesiones nodulares, eritematosas a veces pustulosas, inflamatorias, que se localizan en zonas descubiertas, sobre todo en manos y después en el oído. Estas lesiones sorprenden por su carácter indolente y son sensibles a la idoxuridina local.

## ***Parasitarias***

### **Leishmaniasis**

Los que se pueden localizar en el oído: botón de Oriente o leishmaniasis americana. Se trata de nódulos únicos o múltiples, que aparecen después de varias semanas o meses de incubación, en las partes descubiertas - pápula, al principio rojo oscura, no dolorosa, que se infiltra y que puede seguidamente ulcerarse, pudiendo convertirse también en escamocostrosas, incluso verrugosas.

### **Úlcera de los chicleros**

Forma benigna de leishmaniasis americana que se localiza selectivamente en el oído. El tratamiento se basa en glucantime intramuscular o intralesional ( 1 cc al 30%)

una o dos veces por semana durante varias semanas.

### **Pneumocystis carinii**

Lesiones vegetantes en CAE en un paciente VIH +. En ese contexto ante cualquier lesión inhabitual del oído, es necesario realizar una biopsia con coloraciones adecuadas para visualizar los agentes infecciosos oportunistas posibles.

## **Dermatosis eritematosas**

### ***Sabañones***

A menudo en el pabellón auricular: placas rosa violáceo, con ligero edema, pruriginosas. Pueden dejar a modo de secuelas lesiones atróficas y mutilantes del borde libre.

### ***Lupus eritematoso***

Lesiones de aspecto clínico muy parecido al de los sabañones.

### ***Policondritis crónica atrofiante***

Aspecto de oído rojo y evoluciona en brotes, pero con un cuadro que se parece mucho mas al de la celulitis por la afectación primaria cartilaginosa, muy a menudo bilateral.

La asociación a las afectaciones de otros cartílagos, de manifestaciones oculares, cardiovasculares, hematológicas e incluso audiovestibulares permite establecer el diagnóstico. El tratamiento es a base de corticoides e inmunosupresores.

## **Dermatosis eritematoescamosas**

### ***Eccema***

Es una dermatosis eritematovesiculosa y pruriginosa. La fase de exudación que sucede a la vesiculación en la práctica solo se observa en el oído en caso de dermatitis de contacto, de brote agudo o de sobreinfección del eccema.

Existen dos grandes tipos de eccema:

### **Eccema constitucional**

Asociado o no a otras manifestaciones alérgicas cutáneas y respiratorias, pertenece al ámbito de la atopia (eventualmente asociado a una hiper IgE y/o una eosinofilia sanguínea). Se pueden relacionar con algunas neurodermitis, formas muy localizadas de eccema a menudo crónico y liquenificado.

Por el contrario, el eccema de contacto tiene más a menudo un aspecto evolutivo más caótico entrecortado de brotes agudos al ritmo de los contactos con el/o los alérgenos que a veces provoca períodos de exudación. El eccema, cualquiera que sea el origen, suele ser bilateral, pero no siempre simétrico.

La topografía actual y la del principio de los síntomas (prurito) a veces permite diferenciar el eccema constitucional del eccema de contacto.

Cabe recordar la fisura subauricular clásica, uni o bilateral, a veces intermitente, del eccema constitucional (sobre todo en el niño). En este caso, el eccema se hallará en pocas ocasiones únicamente a nivel de las orejas y habrá que investigar otras localizaciones: cuello, párpados, regiones peribucales, dorso de las manos, cara ventral de los codos, hueco poplíteo.

La lesión será crónica, de varios meses o años, con una topografía fija, a veces limitada a un conducto auditivo externo o asimétrica; un intertrigo retroauricular asociado, sobre todo en el niño, no es raro.

Es necesario un examen del tímpano para descartar una dermatitis microbiana o una eccematización perifocal en torno a un foco infeccioso del oído medio.

Una vez instalado, el eccema puede evolucionar por su cuenta por un mantenimiento de las lesiones por rascado (liquenificación).

### **Eccema de contacto**

Se localiza en el pabellón del oído, el conducto auditivo externo o las regiones periauriculares pero es en el lóbulo del oído en el que se observa en forma de eccema «de los metales». La sensibilización tiene lugar a veces al agujerear las orejas y a menudo al usar joyas de fantasía: pendientes «chapados en oro», cuya fina película de oro desaparece rápidamente y

da paso al soporte rico en níquel -metal muy a menudo responsable de la sensibilización (puede igualmente tratarse de cromo, cobalto o cobre).

La sensibilización se ve facilitada por la fineza de la piel y la presencia de vello, lugar de penetración del hapteno que producirá la sensibilización que, aunque variable en grado, será definitiva y puede acarrear otras localizaciones de eccema.

Bajo la zona de contacto la reacción será vesiculosa, a veces pustulosa (el paciente habla «de infección») y aparece 24 o 48 horas después.

Aunque no es difícil establecer este diagnóstico, ni tampoco el de dermatitis por prótesis auriculares (metacrilato de metilo), colorantes, auriculares telefónicos o de walkman y estetoscopios, a veces resulta necesaria mucha más imaginación para pensar en el barniz del lápiz llevado sobre el oído, en los champús, en las lacas y en los esmaltes de uñas.

De hecho, muchos eccemas de contacto están vinculados a los tratamientos de los eccemas del conducto auditivo externo. En una serie de 64 pacientes con eccema de las orejas, el 24 tenía una alergia de contacto. La sensibilización más frecuente está ligada a la neomicina (en alergia cruzada con la frameticina); la polimixina, la bacitracina, el cloramfenicol, la tetraciclina, el propilenglicol, amonio cuaternario, anestésicos tópicos, bálsamo del Perú, formol, trietanolamina, parabenos, mertiolato son alérgenos frecuentes.

Se debe pensar en este posible mantenimiento de la dermatosis por sensibilización yatrógena ante «derrames» preauriculares por ejemplo, pero esto es poco frecuente, ya que la terapéutica a menudo es asociada a corticoides que «alivian» pero que pueden ser también sensibilizantes.

### ***Dermatitis seborreica***

Es una de las causas principales de dermatitis seca escamosa con localización selectiva en el conducto auditivo externo y eccematización casi constante.

La lesión es bilateral. El diagnóstico se basa esencialmente en la existencia de otras

localizaciones características: raíz del cuero cabelludo, alas de la nariz, lesiones escamosas del cuero cabelludo, de las cejas, de la barba y también a veces, más a distancia (axilas, cara anterior del tórax, parte alta de los muslos, en el hombre).

El diagnóstico es útil pues, además de las precauciones comunes con el eccema para evitar la desecación del revestimiento del conducto auditivo externo: supresión de los bastoncillos y de limpiezas demasiado meticulosas, en la dermatitis seborreica un tratamiento antifúngico local que reduzca el número de colonias de *Pityrosporum orbiculares* puede conducir a la curación, por lo menos temporal, lo que no sucede en el eccema.

Sin embargo, en caso de brotes agudos de dermatitis seborreica, al principio se puede recurrir a corticoides de bajo nivel, lo que se puede justificar, como en el eccema, siempre y cuando no se los asocie a la neomicina y se substituyan luego por derivados del azol (ketoconazol) que también tienen una actividad antiinflamatoria, antiandrógena, inmunorreguladora y citostática pudiendo interferir con un posible papel inmunógeno del *Pytirosporum orbiculares*.

Se han propuesto extractos de cerumen para tratar estas dermatitis, lo que ilustra el papel nefasto de una retirada demasiado violenta de esa capa grasa por la limpieza, los lavados de cabeza, las manipulaciones, etc.

### ***Psoriasis***

Esta dermatosis eritematoescamosa, teóricamente no pruriginosa, en realidad lo es a menudo en las orejas y el cuero cabelludo.

Se pensará en ella ante escamas abundantes, el carácter a veces colgante de una placa bien delimitada a una zona (concha, antehélix) y sobre todo ante otras localizaciones típicas.

También en este caso el rascado contribuye ala perennización de las lesiones, dando como resultado el fenómeno de Koebner (localización de la psoriasis en zonas de microtraumatismos).

La psoriasis no suele presentar sobreinfección.

El término «sebopsoriasis» (psoriasis poco infiltrada en zonas seborreicas) ilustra bien las dificultades nosológicas con respecto a dermatitis seborreica y psoriasis.

### ***Lupus eritematoso crónico***

No sólo es eritematoso y escamoso sino también atrófico, localizándose en las partes descubiertas de la cara, las orejas y el cuero cabelludo. La biopsia facilita el diagnóstico.

### ***Acroqueratosis paraneoplásica de Bazex***

Constituye un verdadero punto de encuentro entre dermatólogos y médicos ORL. Se localiza simétricamente en las manos (aspecto de psoriasis ungueal o de queratodermia), la nariz y las orejas, en las que tiene un aspecto escamoso, eritematoso, costroso que puede parecerse al del lupus eritematoso. Afectando al pabellón y al reborde auricular, resulta cada vez más típica a medida que progresan las lesiones neoplásicas subyacentes de la bifurcación aerodigestiva. Después del tratamiento del tumor, su recidiva indica una reanudación del proceso neoplásico.

### ***Dermatosis vesiculobullosas***

#### ***Eccema***

En la principal dermatosis vesiculosa, pero sólo en raras ocasiones en el oído, salvo en caso de dermatitis de contacto o de agudización de un eccema seco, la forma más frecuente.

#### ***Enfermedades bullosas dermatológicas (pénfigo penfigoide, eritemas polimorfos, etc.)***

Pueden localizarse en las orejas, pero esta localización sólo es excepcionalmente aislada.

#### ***Fotodermatosis primaveral juvenil***

Es más específica y se localiza selectivamente en las orejas (a veces el dorso de las manos, los antebrazos). Aparece en niños y adultos jóvenes de sexo masculino, bajo el sol primaveral, por el frío matinal.

Las lesiones papulovesiculosas del borde libre del pabellón, a veces bullosas, curan espontáneamente.

### **Calcificaciones auriculares**

Aparte de la edad, las calcificaciones auriculares aparecen frecuentemente tras traumatismos deportivos repetidos -oído del acróbata- o congelación de aspecto dentado del hélix.

Esta calcificación también debe hacer pensar en la insuficiencia suprarrenal lenta si el metabolismo fosfocálcico no está perturbado.

En caso de hipercalcemia se debe pensar en la sarcoidosis, intoxicación por vitamina D, síndrome de Burnett e hiperparatiroidismo. Otros casos han sido asociados a la gota, la diabetes, la acromegalia y la periarteritis nudosa. Sin embargo, el 30 % de las calcificaciones auriculares no pueden explicarse.

### **Tofos gotosos**

Son excepcionales en la actualidad.

### **Granulomas e infiltrados auriculares**

Aparte de la tuberculosis, de la lepra y de la leishmaniasis, aisladas por su etiología infecciosa, tres tipos de lesiones infiltrativas se forman selectivamente en el oído.

#### ***Sarcoidosis***

Afecta a la cara (nariz, orejas). En las orejas, el aspecto es el del lupus pernio, que se parece a los sabañones, a veces ulcerados, capas violáceas, lívidas, tumefactas, infiltradas, indoloras.

El diagnóstico se basa en la histología, que lleva a discutir otros granulomas tuberculoides.

#### ***Enfermedad de Kimura***

Afecta esencialmente al sexo masculino y se localiza selectivamente en las regiones de la cabeza y del cuello, con un tropismo particular en las regiones auriculares.

Esta hiperplasia angiolinfoide con eosinófilos constituye nódulos o placas subcutáneas que pueden llegar a tener el tamaño de un huevo.

La hipereosinofilia sanguínea se debe sobre todo a este cuadro, que parece estar asociado también a menudo a adenopatías, a diferencia de la hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia (HALE).

El tratamiento es esencialmente quirúrgico.

#### ***Leucemia linfoide crónica***

Puede provocar infiltrados en capas o en placas, a veces purpúricas, del lóbulo de las orejas.

#### ***Linfocitoma cutáneo benigno***

Puede observarse también en el oído (hiperplasia linfoide circunscrita de la dermis), bajo la apariencia de un tumor, rosado, liso, único, que parece suceder a las picaduras de insectos.

### **Patología microtraumática**

#### ***Accesorios***

Dos tipos de accesorio muy extendidos, las gafas y los pendientes, pueden acarrear consecuencias patológicas sobre el oído:

- Acantoma fisurario, granuloma fisurario retroauricular, se localiza en la parte alta del surco, puede parecer un epiteloma basocelular, pero es más blando y más sensible. Se debe a una presión excesiva de las patillas de gafas inadecuadas. Histológicamente, se trata de una hiperplasia pseudocarcinomatosa con modificación degenerativa e inflamatoria de la dermis.

- Los pendientes son una fuente de complicaciones.

- Contaminaciones posibles al hacer el agujero del estafilococo al VIH pasando por la sífilis, las hepatitis y el tétanos. - Formación de quistes epidérmicos en el neocanal.

- Sensibilización a los metales (afortunadamente rarísimas con el oro y la plata).

- Desgarro de los lóbulos agudo o progresivo.

- Hundimiento en una formación inflamatoria de los pendientes que desaparecen en el lóbulo.
- Formación de queloides, que pueden ser monstruosos y de tratamiento delicado (inyección de corticoides, compresión, tratamientos combinados, en particular con láser).

### ***Nódulo doloroso del oído (condrodermatitis nodularis helicia)***

Es un pequeño nódulo doloroso sobre el hélix, a menudo bien delimitado, de algunos milímetros, finase, queratósico, a veces inflamatorio, incluso exudativo.

Histológicamente, se trata de una degeneración de la dermis del pericondrio del cartílago.

El tratamiento se basa en la exéresis quirúrgica. Existen partidarios de la crioterapia y de los corticoides locales.

### ***Pseudoquiste auricular***

Esta tumefacción, de instauración brusca, indolora, suele localizarse en la parte alta del pabellón.

Afecta a menudo a los chicos jóvenes. La piel de la zona de la colección no está modificada y su incisión deja pasar un líquido amarillo pajizo.

Los traumatismos no parecen estar implicados salvo los pseudoquistes descritos en el caso del eccema atópico. La histología distingue por su localización endocondral el pseudoquiste del otohematoma.

El tratamiento se basa en el drenaje amplio seguido de compresión.

### ***Tumores benignos del oído externo***

En esta localización no tienen un carácter específico.

Se pueden observar frecuentemente fibromas y fibrocondromas preauriculares en su localización habitual en el antehélix, asociados o no a fístulas e incluso a malformaciones más profundas y más complejas del oído medio (síndrome de Franceschetti Goldenhar).

Los nevos y hamartomas pueden localizarse en el oído. Todos los tipos de nevo pigmentado: nevo intradérmico, nevo de unión, nevo azul, nevo de Spitz, son relativamente frecuentes con, para algunos, posibilidad de malignización en melanoma. Los hamartomas verrugosos verrugosebáceos se forman a menudo en zona pre o retroauricular, con riesgo de malignización en epiteloma basocelular e incluso espinocelular y riesgo también de aparición de siringocistadenoma papilífero benigno.

Los papilomas de origen viral pueden localizarse en particular en el conducto auditivo externo. Expansiones filiformes, a veces múltiples, serán destruidas fácilmente por electrocoagulación superficial.

Las verrugas seborreicas, de instauración a menudo tardía, inicialmente poco pigmentadas, amarillo claro, y después más oscuras, marrón oscuro, papilomatosas, se forman con frecuencia en la concha por la que se extienden lentamente, engrosándose.

A veces plantean el problema del diagnóstico diferencial con el melanoma con respecto al cual son histológicamente distintas (hiperplasia epidérmica y pseudoquistes córneos). Su ablación puede hacerse con cureta, seguida de una ligera electrocoagulación para no dañar el cartílago subyacente, o con crioterapia.

Los quistes sebáceos a menudo se observan cuando aparece frecuente su complicación, la inflamación, que hace que sean en esta localización muy dolorosos. La localización más frecuente es la retroauricular (frecuencia de numerosos comedones asociados), también en el lóbulo del oído y en la concha por debajo del orificio del conducto auditivo externo.

En esta fase, se debe hacer una incisión-taponamiento para seguidamente considerar la exéresis completa de la pared del quiste unas semanas más tarde.

Los comedones en rosario retroauriculares se vuelven invalidantes por sus brotes inflamatorios y repetidos, requiriendo entonces la escisión quirúrgica en bloque.

## **Queratoacantoma**

Plantea difíciles problemas diagnósticos clínicos e histológicos con el epiteloma espinocelular, del cual se conoce el riesgo metastásico en esta localización.

La evolución aguda y rápida del queratoacantoma no es un criterio absoluto que permita esperar una regresión espontánea por lo que es mejor una exéresis completa rápida.

## **Patología traumática del oído externo**

El pabellón del oído está muy expuesto a traumatismos varios. Los problemas terapéuticos se plantean sobre todo durante las pérdidas de sustancia que pueden requerir tratamientos quirúrgicos más o menos elaborados.

### **HERIDAS**

Su tratamiento obedece a las reglas generales comunes de todas las heridas.

La vascularización doble y rica del pabellón (arteria temporal superficial y auricular posterior) permite realizar una sutura sin necrosis secundaria incluso cuando éste está casi despegado con persistencia de un puente cutaneocartilaginoso.

Ante una herida del pabellón se debe efectuar: una desinfección local, una búsqueda de cuerpos extraños, una anestesia local por infiltración de los tejidos periauriculares, una sutura en dos planos cutáneo y cartilaginoso y un vendaje compresivo. A veces en el niño es necesaria la anestesia general.

### **OTOHEMATOMAS**

Es un hematoma subpericóndrico secundario a una herida contusa cerrada que suele hallarse en la cara anterior del pabellón.

Cuando el otohematoma no se trata o lo es insuficientemente mediante punciones simples repetidas, suele evolucionar de la siguiente manera: reabsorción parcial, organización fibrosa, Tisis del cartílago a veces agravada por una condritis. El resultado es el clásico «oído en coliflor» que

se observa en los jugadores de rugby y en los deportes de lucha.

El tratamiento del otohematoma debe ser precoz para evitar las complicaciones y no basta con una simple punción con aguja. Los diversos tiempos operatorios son: desinfección local, anestesia local por infiltración de los tejidos periauriculares o anestesia general, amplia incisión anterior con frecuencia a lo largo del hélix para disimular la cicatriz, el hematoma es vaciado, una resección cartilaginosa parcial permite la unión de ambas caras cutáneas y previene la recidiva, un vendaje compresivo con puntos totales protegidos que se dejan una semana. Los hilos se seccionan entre el tercer y el cuarto día.

### **QUEMADURAS**

Las quemaduras del pabellón suelen estar incluidas en un contexto de quemaduras cervicofaciales, incluso generalizadas. El aspecto clínico se resume en tres estadios que corresponden a la profundidad de la quemadura. Requieren el mismo tratamiento que las quemaduras cutáneas prestando especial atención a las estrechas relaciones entre piel y cartílago. La lesión del cartílago va a condicionar la evolución posterior de la quemadura. El cartílago es destruido desde un principio por el agente térmico y secundariamente después de una sobreinfección (condritis).

En las quemaduras de primer grado, la cicatrización es espontáneamente favorable. En las quemaduras de tercer grado, evoluciona espontáneamente hacia la destrucción del pabellón. En las quemaduras de segundo grado, la evolución es imprevisible y depende de la lesión de la membrana basal, de la instauración de una condritis, de los fenómenos de retracción y de adherencia del pabellón y de la instauración de una atrofia.

La condritis es la principal complicación y aparece esencialmente en el segundo grado. Existe en el 7 al 25 % de las quemaduras del pabellón. La flora suele ser polimicrobiana. Cuando el germen es único, se trata con frecuencia de *Pseudomonas aeruginosa*. La condritis suele afectar al hélix y al antehélix. La condritis puede

formarse hasta 6 semanas después de la quemadura. Al principio, se observa un pabellón muy inflamatorio y luego aparece una fluctuación. Si el drenaje no es quirúrgico, será espontáneo y los signos clínicos se enmendarán. Ulteriormente, la cicatrización lenta deformará el pabellón y el armazón cartilaginoso se necrosará y se eliminará.

El conducto auditivo externo y el tímpano se ven afectados con menos frecuencia pues están protegidos. Puede observarse una estenosis secundaria del conducto así como una perforación timpánica residual. La región mastoidea, a menudo protegida, constituye un depósito de piel que puede utilizarse en autoplastias locales. En la parte superior del cuello pueden localizarse bridas cicatrizales. El objetivo del tratamiento es minimizar las secuelas secundarias y evitar una condritis. El tercer grado siempre tendrá una evolución desfavorable y requiere una escisión de la piel quemada, lo que puede dejar una parte del cartílago al descubierto. Este último se recubre con un colgajo cervical o temporal. Esta técnica a veces permite evitar la condritis pero los

resultados estéticos son variables. Las quemaduras de segundo grado plantean verdaderos problemas pues se trata de quemaduras intermedias que pueden evolucionar favorablemente o desfavorablemente según la calidad del tratamiento urgente. Debido a la calidad muy mediocre de los revestimientos cutáneos después de una quemadura y los resultados

estéticos muy variables obtenidos por las técnicas quirúrgicas clásicas algunos autores prefieren una técnica simple de resultados estéticos muy convincentes: la epítisis.

### ***PÉRDIDAS DE SUSTANCIA***

Ante una pérdida de sustancia traumática, se deben diferenciar dos contextos: la situación de urgencia y el tratamiento de las secuelas a distancia del traumatismo.

### ***Bibliografía***

Bokowky C, Cadot M, et al. Patología adquirida del oído externo. Encyclopedie Medico-Chirurgicale E-20-070-A-10.