

Caso clínico

Técnica quirúrgica para el tratamiento de un otopematoma gigante

Julio Enríquez Merino,* Ana Martha Caballero Centeno,** Lesly Grisel Pech Ortiz,*** Magda García Castellón****

RESUMEN

El otopematoma, llamado también otoserohematoma o pseudoquistes auricular, es una entidad frecuente, que se distingue por la acumulación de sangre y fluido seroso debajo de la capa pericondrial del pabellón de la oreja. En la mayoría de los casos su origen se debe a un traumatismo cerrado. En caso de no tratarse esta acumulación de fluido, éste será gradualmente reemplazado por tejido cicatricial, lo que ocasionará una deformidad en el pabellón auricular, que comúnmente es conocida como "oreja de coliflor" u "oreja de luchador". Se comunica el caso de un paciente con otopematoma de gran tamaño, con manejo quirúrgico y buen resultado.

Palabras clave: otopematoma, manejo quirúrgico.

ABSTRACT

The otopematoma or otoserohematoma, also called auricular pseudocyst, is frequent, characterized by accumulated serosanguinous fluid beneath the perichondrial layer of the pinna. The etiology is frequently caused by a local trauma. If the hematoma is not removed it will gradually be replaced by scar tissue, and permanent deformity is almost inevitable called "cauliflower ear" or "wrestler's ear". This paper presents the case of a patient with a big otopematoma with surgical management and good result.

Key words: auricular hematoma, surgical treatment.

Por su localización, el oído externo (pabellón de la oreja) es muy vulnerable y susceptible de sufrir lesiones traumáticas.¹

El otopematoma, llamado también otoserohematoma o pseudoquistes auricular, lo describió por primera vez Hartmann en 1866. Aunque es una entidad frecuente para el otorrinolaringólogo, es poco conocida por el dermatólogo. Se define como la acumulación de sangre y fluido seroso en el plano entre el pericondrio

y el cartílago del pabellón auricular.^{2,3} Generalmente se produce por traumatismos contundentes (que golpean el pabellón contra el cráneo), por traumatismos leves repetidos (por usar auriculares o cascos de protección) o, incluso, por permanecer mucho tiempo acostado sobre una oreja. Estos tipos de traumatismos producen fuerzas de cizallamiento que alteran la adherencia que existe entre el pericondrio y el cartílago, lo que propicia que entre estas dos estructuras se acumulen sangre y fluido seroso; una vez que se produce el daño, se inicia la formación de fibrocartilago en los 7 a 10 días siguientes.⁴ La separación entre el pericondrio y el cartílago puede ocasionar necrosis y, por ende, pérdida de la base cartilaginosa, que da forma al pabellón de la oreja, y engrosamiento de los tejidos blandos ("oreja de coliflor" o deformidad en "oreja de luchador").^{2,5}

Algunos autores lo consideran una enfermedad ocupacional de obreros de carga, deportistas de rugby, boxeadores, luchadores, etc., y también se considera un signo de maltrato infantil.^{1,2,6}

En términos clínicos, se distingue por aumento de volumen, edema y eritema, que afectan parcial o totalmente el pabellón; cuando existe infección, a veces hay salida de material serohemático o seropurulento.²

* Dermatólogo, jefe del servicio de Cirugía Dermatológica.

** Dermatóloga adscrita al servicio de Dermato-Oncología y Cirugía Dermatológica.

*** Dermatóloga egresada.

Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, México, DF.

**** Dermatóloga.

Correspondencia: Dr. Julio Enríquez Merino. Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. Dr. Vértiz 464, colonia Buenos Aires, CP 06780, México, DF.

Correo electrónico: enriquez_dermqx@yahoo.com.mx

Recibido: febrero, 2012. Aceptado: mayo, 2012.

Este artículo debe citarse como: Enríquez-Merino J, Caballero-Centeno AM, Pech-Ortiz LG, García-Castellón M. Técnica quirúrgica para el tratamiento de un otopematoma gigante. *Dermatol Rev Mex* 2012;56(5):350-353.

www.nietoeditores.com.mx

El propósito de los diversos métodos para tratar el otoserohematoma es evitar la recurrencia y prevenir la deformidad.^{2,5}

En una revisión sistemática, realizada por el grupo Cochrane, se encontraron diversos métodos para tratar el hematoma del pabellón de la oreja, que incluyen aspiración (Koopmann, 1979; Talaat, 1985), incisión simple y evacuación (Savage, 1981; Schuller, 1989), incisión anterior, fenestración del cartílago y evacuación (O'Donnell, 1999), incisión posterior, fenestración del cartílago y evacuación (Bull, 1984; Vuyk, 1991). También se encontraron diversos tratamientos para prevenir la recidiva del hematoma, que incluyen el uso de sutura, lazo o lazos sobre apósito, entablillado de silicona, apósitos de algodón, lana y yeso, drenaje pasivo o de succión y uso de un broche nasal; no se concluye cuál es el mejor tratamiento.⁵ Existen pocos estudios comparativos en los que, a manera de orientación, se determine cuál es el método más adecuado. En un estudio de 65 pacientes Choung y col. compararon el método de compresión simple (con material dental de silicón) con otros métodos (con material de algodón) y no encontraron diferencias significativas.^{7,8}

Puede considerarse que el mejor tratamiento contra el otoserohematoma es el drenaje con compresión quirúrgica rápida y eficaz para evitar la deformación del pabellón. La compresión es la que le permite al pericondrio permanecer adosado al cartílago, por lo que deberá permanecer al menos una semana; es necesaria una vigilancia posquirúrgica de aproximadamente tres meses.⁹

Una de las complicaciones descritas son las infecciones, ya sea que se manifiesten en el momento de la lesión inicial o durante el procedimiento para drenar el hematoma; pueden ocasionar pericondritis del pabellón de la oreja, y en casos graves puede ocurrir pérdida tisular, por lo que es importante administrar al paciente algún antibiótico, y si es necesario, también un analgésico.⁹

COMUNICACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 26 años de edad, dedicado a la albañilería y originario y residente de México, DF. Acudió a consulta al Centro Dermatológico Pascua porque tenía una dermatosis en la cabeza, que le afectaba el pabellón auricular en el hélix y el antihélix y que estaba constituida por aumento de volumen que simulaba una neoformación de aspecto quístico, de superficie cubierta con piel normal

discretamente eritematosa, de límites bien definidos, fluctuante y dolorosa a la palpación (Figura 1).

En el interrogatorio refirió tres semanas de evolución, con "crecimiento" gradual de la oreja sin atribuirlo a ningún traumatismo.

Se determinó el diagnóstico clínico de otoserooma, se decidió drenar inmediatamente el contenido líquido con jeringa y aguja hipodérmica de calibre 20 G x 32 mm (se obtuvieron 15 cm³ de líquido hemático) y se programó para intervención quirúrgica (Figura 2).

Descripción de la técnica quirúrgica

El procedimiento se realizó después de la asepsia y la antisepsia de la región, así como de la infiltración de anestésico local mediante bloqueo troncular. En la cara interna del hélix se realizó una incisión, que abarcaba toda la lesión, y una vez descubierto el cartílago, se separaron las dos hojas y se realizó un curetaje suave con bisturí en la cara interna de los cartílagos a fin de obtener mayor adherencia de ambas paredes (Figuras 3, 4 y 5). Se recortó el tejido redundante del cartílago y el de la piel y se afrontaron posteriormente los bordes de la herida mediante sutura, ácido poliglicólico 6-0 en el cartílago y nailon 5-0 en la piel. En seguida, con rollos de algodón y gasa se realizó

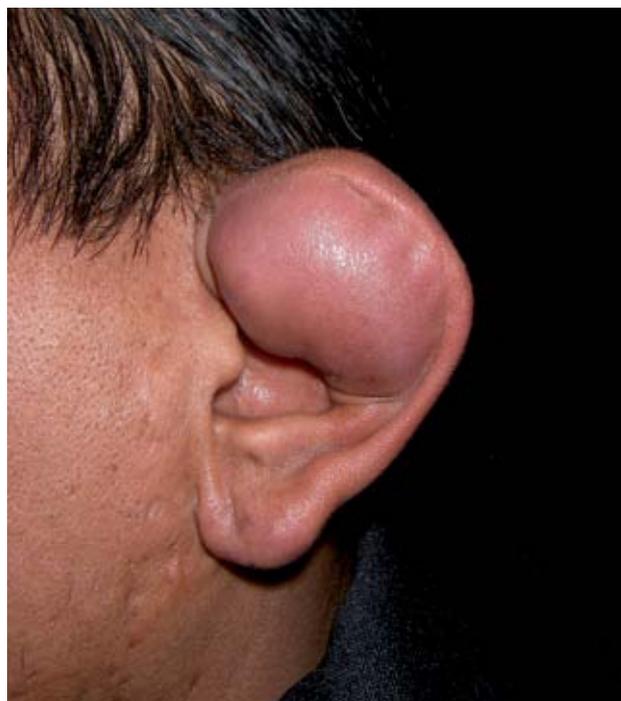


Figura 1. Imagen clínica de la lesión.



Figura 2. Drenaje previo a la operación.



Figura 4. Cartílago.



Figura 3. Incisión en el hélix.



Figura 5. Curetaje de hojas del cartílago.

compresión de las caras anterior y posterior del pabellón auricular y luego se hizo la fijación, con sutura de nailon 2-0, en todo el espesor del pabellón auricular, a manera de *over-tie*. Esta compresión se mantuvo durante dos a tres días para asegurar la adherencia de las hojas de los cartílagos. Posteriormente se liberó la compresión y se retiraron las suturas de la piel después de cinco a siete días (Figuras 6, 7 y 8).

COMENTARIOS

El otoseroma u otoserohematoma es una entidad frecuente; sin embargo, en Dermatología se observa ocasionalmente. Se debe a traumatismos que afectan el cartílago auricular al

inducir acumulación líquida entre sus hojas. Con los tratamientos médicos no se obtiene un resultado satisfactorio; con el drenaje del contenido se obtiene mejoría temporal, ya que es frecuente la recidiva. El manejo quirúrgico es más adecuado. El caso descrito mostraba una lesión que afectaba casi todo el pabellón auricular, por gran volumen de líquido acumulado; éste se drenó unos días antes de la operación para facilitar el manejo. La técnica presentada, que es relativamente sencilla, ha resultado ser eficaz en el alivio de esta afección, ya que permite eliminar el contenido, visualizar el espacio entre las hojas del cartílago y realizar un curetaje suave para estimular la adhesión de las hojas del cartílago. Al final puede eliminarse el tejido excedente, producido por la deformación condicionada, de



Figura 6. Sutura de ambos cartílagos con vicryl 6-0 y sutura de piel con nailon 5-0.



Figura 7. Colocación de over-tie.

tal forma que puedan ajustarse los tejidos para restaurar la forma. Los resultados obtenidos, el médico y el estético, son muy buenos.

REFERENCIAS

1. Enríquez MJ, De Alba AL, Lemm AMC. Otohematoma. Manejo quirúrgico de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2003;12(3):151-153.



Figura 8. Imagen clínica un mes después de la operación.

2. Zárate MJ, Medina A. Dermatitis más frecuentes del pabellón auricular. Tesis de posgrado, UNAM, México, 2000;5-25.
3. Jiménez HF, Castellanos RGI. Manejo quirúrgico de otoseroma recidivante. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2010;19(1):11-14.
4. O'Donnell BP, Eliezi YD. The surgical treatment of traumatic hematoma of the auricle. *Dermatol Surg* 1999;25(10):803-805.
5. Jones SEM, Mahndran S. Intervenciones para el hematoma auricular agudo. En: *Biblioteca Cochrane Plus*, Oxford, 2008;(2).
6. Grosse S. Auricular hematoma. Lansdale Medical Group Center for Sports Medicine, Physical & Industrial Rehabilitation.
7. Choung YH, Park K, Choung PH, Oh JH. Simple compressive method for treatment of auricular haematoma using dental silicone material. *J Laryngol Otol* 2005;119(1):27-31.
8. George A, Tassone P. Pinna haematomas of the conchal bowl. *Clin Otolaryngol* 2007;32(1):77.
9. Enríquez J. Otohematoma: reporte y revisión del tratamiento de seis casos. *Dermatología MCQ* 2004;2(2):124-129.a