

La oreja en coliflor. A propósito de un caso

Antonio David Pérez-Elizondo*

RESUMEN

La pericondritis auricular es un infrecuente proceso inflamatorio del pabellón auricular de causa microbiana o traumática, autoinmunitaria o tumoral; hay que tener presente una rara enfermedad autoinmunitaria con producción de anticuerpos anticógeno tipo II asociada a padecimientos como la artritis reumatoide o lupus eritematoso sistémico.

Palabras clave: Pericondritis, *pseudomonas aeruginosa*, inflamación.

ABSTRACT

Atrial pericondritis is an infrequent inflammatory process of the auricular pavilion of microbial or traumatic, autoimmune or tumoral cause; A rare autoimmune disease with anti-collagen type II antibody production associated with conditions such as rheumatoid arthritis or systemic lupus erythematosus, should be kept in mind.

Key words: Pericondritis, *P. aeruginosa*, inflammation.

INTRODUCCIÓN

La deformidad y destrucción inflamatoria del cartílago auricular puede ser de origen infeccioso o no microbiano. La primera causa es el evento más frecuente, siendo los principales microorganismos responsables el estafilococo dorado, *P. aeruginosa* y algunas especies de *Proteus*. A diferencia de la condritis auricular de naturaleza inflamatoria, traumática, o neoplásica de desarrollo abrupto y espontáneo, la desencadenada por infección va precedida por algún factor traumático, quemadura, herida quirúrgica previa, otopatoma infectado, o congelación, entre otros. De manera inicial, el pabellón auricular se encuentra enrojecido, discrómico de tinte violáceo-moteado, edematoso y muy doloroso simulando una erisipela; si el cuadro persiste o es recurrente es evidente el aumento considerable del volumen muchas veces desfigurante y de la consistencia ahulada característica del cartílago con potencial extensión a los tejidos blandos retroauriculares. Se pueden formar abscesos subpericóndricos que, al cronificarse o experimentar episodios repetidos muy comunes, provocan necrosis hística, la denominada oreja en «coliflor».¹⁻³

PRESENTACIÓN DE CASO

Acude a consulta particular paciente masculino de 28 años de edad, ingeniero de profesión con dermatosis localizada a cabeza, involucrando pabellón auricular, parte del conducto auditivo externo y tejidos retroauriculares del lado izquierdo de varias semanas de evolución. Se caracteriza por deformación dolorosa del hélix, antihélix, fosa triangular y lóbulo de la oreja, además de afección adicional del tejido retroauricular, asociada a enrojecimiento brillante con cambios de coloración azulvioláceo moteado, de superficie anfractuosa irregular, con diminutas formaciones abscedadas fistulizantes por donde dan salida a escaso material seropurulento, experimentando ardor y dolor al tacto (*Figuras 1 y 2*). No se palpan adenopatías regionales, refiere febrícula de predominio vespertino y nocturno, malestar general, ocasionalmente hipoacusia y sensación de plenitud auricular. Al interrogatorio, afirma padecer dermatitis atópica y glicemias periódicas altas no confirmando el diagnóstico de diabetes mellitus. De los antecedentes heredofamiliares destacan ambos padres diabéticos y madre con hipertensión arterial bajo control; resto, preguntados y negados.

* Dermatooncólogo. Hospital para el Niño, Instituto Materno Infantil del Estado de México.



Figuras 1 y 2.

Deformación dolorosa de pabellón auricular y tejidos retroauriculares.



Figura 3. Resolución terapéutica al mes.

Con los hallazgos clínicos se determinó una pericondritis de probable origen infeccioso; se solicitan exámenes laboratoriales de rutina, tinción de Gram y cultivo del material obtenido tras la expresión manual del tejido inflamado. Se reporta leucocitosis a expensas de neutrófilos, proteína C reactiva +; además de observación y desarrollo de *Pseudomonas aeruginosa*.

Se prescribe ofloxacino tabletas de 400 mg cada 12 horas por dos semanas, además de ibuprofeno 400 mg dos veces al día por 10 días; a nivel local, se aconseja aplicación de fomentos templados con solución de sulfato de cobre al 1 × 1,000, tres veces al día con leve compresión durante 10-15 minutos cada uno. Se recomienda preparado tópico de gentamicina con esteroide mañana y noche por dos semanas.

A las tres semanas de tratamiento se observó mejoría clínica evidente, suspendiendo el manejo sistémico, continuando sólo con el tópico por dos semanas más (Figura 3).

COMENTARIO

De las afecciones cartilaginosas del pabellón auricular, las de causa infecciosa especialmente bacteriana son las más comunes en la práctica médica cotidiana. Algunos autores consideran que las de origen no microbiano constituyen la expresión clínica oligosintomática de una policondritis recidivante (PR) en alrededor del 90% de los pacientes caracterizada además por condritis múltiple, desarrollo de sintomatología locomotora, afección articular, involucro audiovestibular, inflamación ocular y fenómeno de Raynaud, entre otros hallazgos según los criterios de McAdam y colaboradores; datos no registrados en nuestro paciente.⁴⁻⁶

BIBLIOGRAFÍA

1. Almiroudys NG, Clarke L, Toucci V, Greene J, Vincent A, *Pseudomonas aeruginosa* infections of cartilaginous structures, *Asian Biomedicine*, 2008; 2: 361-369.

2. Coppola M, Yealy DM, Relapsing polychondritis: an unusual cause of painful swelling, *Ann Emerg Med*, 1992; 21: 81-85.
3. Khan JH, Ahmed I, A case of relapsing polychondritis involving the tragal and the conchal bowl areas with sparing of the helix and the antihelix, *J Am Acad Dermatol*, 1999; 41: 299-302.
4. Michet CJ Jr, McKenna CH, Luthra HS, O'Fallon WM, Relapsing polychondritis: survival and predictive role of early disease manifestations, *Ann Intern Med*, 1986; 104: 74-78.
5. Quintana DM, Enrique TC, Cañas C, Caballero UC, Mantilla R, Latorre C y cols, Policondritis recurrente, estudio de 19 casos en Colombia, *Salud Uninorte Barranquilla*, 2007; 23: 1-8.
6. McAdam LP, O'Hanlan MA, Bluestone R, Pearson CM, Relapsing polychondritis: prospective study of 23 patients and a review of the literature, *Medicine (Baltimore)*, 1976; 55: 193-215.

Correspondencia:

Dr. Antonio David Pérez-Elizondo
Valladolid Núm. 3-903,
Col. Roma Norte, 06700,
Del. Cuahtémoc, Ciudad de México
E-mail: antoniodavid54@gmail.com
apederma@yahoo.com.mx