

Revista del
Centro Dermatológico Pascua

Volumen
Volume

12

Número
Number

3

Septiembre-Diciembre
September-December

2003

Artículo:

**Otohematoma. Manejo quirúrgico de
un caso**

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Centro Dermatológico Pascua

**Otras secciones de
este sitio:**

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Otohematoma. Manejo quirúrgico de un caso

Dr. Julio Enríquez Merino,* Dra. Leticia de Alba Alcántara,** Dra. Mari del Carmen Lemm Alba**

RESUMEN

El otohematoma es una entidad frecuente, aunque poco conocida por dermatólogos. Frecuentemente ocasionado por un trauma local, suele ser manejado por otorrinolaringólogos. Presentamos el caso de un paciente masculino con otohematoma en pabellón auricular derecho manejado exitosamente con marsupialización. El conocimiento de esta técnica permitirá a los cirujanos dermatólogos ofrecer una alternativa de curación a estos pacientes.

Palabras clave: Otohematoma, manejo quirúrgico.

ABSTRACT

The othematoma is a frequent, although not very well-known entity for dermatologist. Frequently caused by a local trauma, it is usually managed by otorhinolaryngologist. We present the case of a masculine patient with othematoma in right external ear managed successfully with marsupialization. The knowledge of this technique will allow to the dermatologist surgeons to offer a cure alternative to these patients.

Key words: Othematoma, surgical approach.

INTRODUCCIÓN

El pabellón auricular es, debido a su localización, muy vulnerable y susceptible a sufrir lesiones traumáticas, produciéndose laceraciones, heridas y hematoma.

El hematoma auricular u otohematoma es la acumulación de sangre y fluido seroso en el plano entre el pericondrio y el cartílago.¹ Generalmente se origina de un trauma contundente que golpea el pabellón contra el cráneo, usualmente en forma tangencial a la cabeza, aunque también puede ser ocasionado por traumatismos leves repetidos o por permanecer mucho tiempo acostado sobre una oreja. Algunos lo consideran una enfermedad ocupacional de obreros que transportan carga (afanadores, mineros, albañiles), de boxeadores o luchadores y un signo en víctimas de abuso infantil.¹⁻³

Estos tipos de traumas producen fuerzas de cizallamiento que alteran la adherencia del pericondrio al cartílago. El cartílago no tiene un aporte sanguíneo intrínseco, por lo que depende del aporte sanguíneo del pericondrio para nutrirse. En el momento en el que este contacto se rompe, el hematoma resultante priva al car-

tilago de sus nutrientes, lo que puede resultar en necrosis del mismo o infección del área.^{4,5}

La principal complicación del otohematoma es la deformidad o desfiguración del pabellón auricular conocido como "oreja de coliflor" u "oreja de luchador"; que resulta de la pérdida del cartílago y fibrosis secundario a la infección, necrosis del cartílago, o evacuación incompleta del coágulo, ya que el pericondrio es estimulado a producir nuevo cartílago.⁵

La meta del tratamiento es prevenir esta deformidad permanente. Los principios básicos son evacuar el hematoma, adosar el pericondrio al cartílago, prevenir la recurrencia del hematoma y evitar la infección.

REPORTE DE CASO

Se trata de un paciente masculino de 67 años, jubilado, dedicado a labores de mantenimiento de su hogar, oriundo de Puebla, Puebla y residente de México, Distrito Federal. Acude al Centro Dermatológico Pascua en enero de 1997 con dermatosis localizada a pabellón auricular derecho del que afectaba concha, hélix, antihélix y antitrago; de aspecto monomorfo caracterizada por aumento de volumen de consistencia cauchosa, recubierto por piel eritematosa con aspecto de "cáscara de naranja". Crónica y asintomática (*Figura 1*).

En resto de piel y anexos presenta elastoidosis nodular con quistes y comedones de Favré y Racouchot.

* Jefe del Servicio de Cirugía del Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Dermatólogas egresadas del CDP.



Figura 1. Aspecto clínico de la dermatosis.



Figura 4. Extracción de la pared quística.



Figura 7. Se realiza el mismo procedimiento en el espacio quístico del hélix y antihélix.



Figura 2. Se marca el diseño de abordaje paralelo a los pliegues naturales.



Figura 5. Lecho cruento posterior a la extirpación de la pared quística.



Figura 8. Aspecto final con la aplicación de compresión con over-tie.



Figura 3. Aspecto de la cavidad quística una vez drenado su contenido.



Figura 6. Se cierra la cavidad con vicryl 5-0.



Figura 9. Nótese la mejoría estética a los 10 días postquirúrgicos.

Inicia hace año y medio posterior a auto-extirpación de una "verruga" en pabellón auricular derecho con la aparición de un "grano", que crecía lentamente y que traumatizaba con regularidad obteniendo ma-

terial serohemático. Antecedentes heredofamiliares sin importancia para el padecimiento actual. Úlcera gástrica desde hace 3 años controlada con ranitidina.

Con diagnóstico de otohematoma es valorado por el servicio de cirugía dermatológica programándose para marsupialización en febrero de 1997. Previa asepsia y antisepsia se realiza bloqueo troncular con lidocaína 2% y epinefrina, para anestesia del pabellón auricular, y se marca el diseño de abordaje paralelo a los pliegues naturales (*Figura 2*). Con escalpelo N° 15 se realiza la incisión, observamos dos espacios en la cavidad, la cual se explora con la ayuda de un disector (*Figura 3*), encontrando que estaba ocupada por material seroso. Posteriormente se legría la cápsula interna logrando que se desprenda en su totalidad (*Figura 4*), dejando un lecho cruento (*Figura 5*) que se cierra con vicryl 5-0 (*Figura 6*). La piel se sutura con nylon 5-0.

Se realiza el mismo procedimiento en el espacio quístico localizado en el hélix y antihélix (*Figura 7*). Al final se aplica compresión con gasas a modo de over-tie (*Figura 8*), el cual se retira en una semana. Se indica dicloxacilina 1,500 mg/día por 10 días e ibuprofen 1,200 mg/día.

La evolución posoperatoria inmediata fue satisfactoria, nótese la mejoría estética a los 10 días de realizado el procedimiento (*Figura 9*). Sin embargo, el hematoma recidivó a las tres semanas de posoperado en la región de la concha. Manejado con drenaje mecánico, fomentos de agua de alibour, AINES y compresión externa; se obtuvo resolución total a las 2 semanas y sin recurrencia a los tres meses de seguimiento. A partir de este momento el paciente dejó de acudir a sus citas de control.

DISCUSIÓN

La técnica que utilizamos en este paciente es similar a la descrita por Schuller⁶ con la diferencia de que nosotros utilizamos gasa en lugar de rollos de algodón dental y dejamos la compresión por una semana, como aconseja Clemons y Severeid,⁴ en lugar de dos. Al igual que Giffin³ eliminamos el tejido fibroso adherido al pericondrio. Sin embargo, nuestro paciente no observó

las indicaciones de reposo, lo que consideramos como un factor desencadenante en la recidiva que presentó.

Optamos por el procedimiento quirúrgico en lugar de la simple aspiración, ya que aunque en los otohematomas de más de dos semanas de evolución suele haber licuefacción^{3,4} que facilita la aspiración, ésta puede no ser total y requerir reintervenciones que podrían propiciar una infección.

CONCLUSIONES

El otohematoma es una entidad poco conocida por dermatólogos debido a que en la mayoría de los casos es manejado por otorrinolaringólogos.^{1-4,6} Debe ser tratado rápida y exitosamente a fin de evitar la deformación del pabellón auricular. La compresión que permite al pericondrio permanecer adosado al cartílago es esencial a fin de obtener resultados satisfactorios y permanentes. El dominio de esta sencilla técnica le permitirá al cirujano dermatólogo ofrecer una alternativa de curación a estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gilmer PA. Trauma of the auricle. In: Bailey Bryron J, Eds. *Head and neck and surgery-Otolaryngology*. Philadelphia; J.B. Lippincott Company, 1993: 1557.
2. Miery G, Correa I. Lesiones traumáticas del oído externo. En: Rivas J, Ariza H, Eds. *Otología*. Santa Fe de Bogotá, Colombia; Universidad Nacional de Colombia, 1989: 241.
3. Giffin CS. The wrestler's ear (acute auricular hematoma). *Arch Otolaryngol* 1985; 111: 161.
4. Clemons JE, Severeid LR. Trauma. In: Cummings ChW, Eds. *Otolaryngology head and neck surgery*. St. Louis, Missouri, EUA; Mosby, 1986: 2865-66.
5. Ohleslen L, Skoog T, Sohn SA. The pathogenesis of cauliflower ear. *Scand J Plast Reconstr, Reconstr Surg* 1975: 9-34.
6. Schuller DE, Dankle SD, Strauss RH. A technique to treat wrestler's auricular hematoma without interrupting training or competition. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1989; 115: 202.