

Reporte de caso clínico de fístula preauricular recidivante y revisión de la biografía

Autor: Rodríguez-Sahagún Martha de Nuestra Señora de San Juan*
Colaboradores: Cárdenas-Membrila, Ricardo*
Jiménez-Hernández, Angel Kary*
Morales-Casas, David Omar*

* Centro Universitario de Tonalá, Universidad de Guadalajara, Tonalá, México.

Para citar este artículo:

Rodríguez-Sahagún Martha de Nuestra Señora de San Juan.
Reporte de caso clínico de fístula preauricular recidivante y revisión de la biografía. (Enero 2017).
Revista Acta de Ciencia en Salud. 2(1): 36-39.

1. Caso Clínico

Masculino de 36 años de edad. Acude a consulta de otorrinolaringología por presentar aumento de volumen en región preauricular, dolor y aumento de la temperatura local, de 2 semanas de evolución ya tratado con amoxicilina y diclofenaco sin mejoría. Refiere 4 cuadros previos con la misma sintomatología en el último año, que han drenado espontáneamente hacia la piel.

Antecedentes: Fue sometido a cirugía de resección de quiste preauricular hace 5 años, niega alérgicos, crónicos degenerativos o algún otro antecedente de importancia.

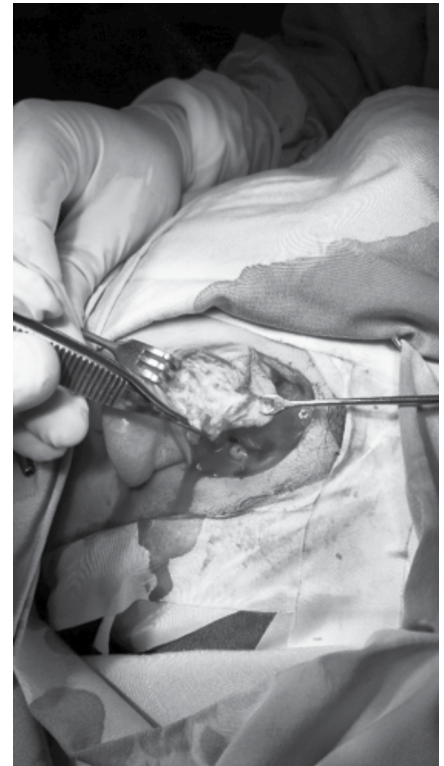
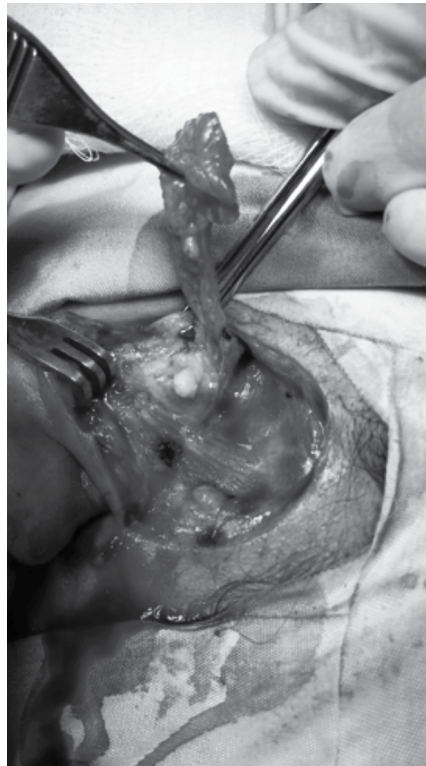
Exploración física: Aumento de volumen en región preauricular izquierda, eritema y edema de la piel con fístula hacia piel de 2mm drenando material purulento.

Tomografía computada: Aumento de volumen en región preauricular a expensas de tejidos blandos, conducto auditivo externo, oído medio y región mastoidea sin alteraciones aparentes.

2. Técnica Quirúrgica Realizada

Se realiza incisión pre y supra-auricular extendida, se localiza el trayecto fistuloso, se disecciona el mismo, el cual termina en fondo de saco en la parte posterior del cartílago de la concha, del cual se reseca una porción para la extracción completa de la fístula. Se realiza hemostasia, se cierra por planos con crómico 4-0 y piel con nylon 5-0, se coloca vendaje otocefálico.





3. Seguimiento postquirúrgico a un mes de la cirugía



3. Revisión de la bibliografía

La fístula preauricular fue descrita por primera vez en el año de 1864 por Van Heusinger.¹ La cual consiste en una malformación congénita benigna de los tejidos blandos preauriculares. Suele ser asintomática, sin embargo, puede complicarse por abscesos e infecciones.²

4. Incidencia

El enfoque clásico de la extirpación quirúrgica está asociado con una alta de incidencia de recurrencia, que van del 22 al 42%. La causa más frecuente de la recidiva es la persistencia del trayecto fistuloso debido a las múltiples ramas que se pierden durante la escisión.³

5. Origen Embriológico

Se considera que las fístulas preauriculares se forman por atrapamiento del ectodermo, en el espesor del mesodermo durante el desarrollo del pabellón auricular. No dependen de una evolución anormal o persistencia de elementos branquiales; por tanto, no constituyen verdaderas anomalías branquiales.¹

6. Manifestaciones Clínicas

Las fístulas preauriculares son más frecuentes en el sexo femenino, sólo un tercio de los pacientes desarrollará síntomas. Pueden manifestarse, en forma crónica e intermitente, con drenaje de material purulento a través de la abertura del hoyuelo, lo que predispone a la infección y, en algunas ocasiones, a la formación de abscesos. Una vez ocurrida la infección, se producen cuadros recidivantes. Pueden complicarse con celulitis facial o con ulceraciones próximas a la oreja. Su anatomía es variable. El orificio cutáneo data desde el nacimiento y permanece con un fino trayecto que puede terminar en forma ciega o dividirse en un ramillete de pequeños quistes, que están en íntimo contacto con el pericondrio de los cartílagos auriculares. El trayecto no es constante en los tejidos subcutáneos preauriculares porque a menudo es tortuoso y con muchas ramificaciones, que se dirigen hacia arriba

y hacia la parte media. En 90% de los casos el orificio cutáneo se encuentra en el borde anterior de la rama ascendente del hélix. La fístula nunca tiene comunicación con el conducto auditivo externo ni con la trompa de Eustaquio. Su secreción consiste en material caseoso (aspecto de queso seco), y cuando la fístula se complica con infección, por lo común se aísla *Staphylococcus*, y con menos frecuencia, especies de *Streptococcus*, *Proteus* y *Peptococcus*.¹

Habitualmente se manifiesta con infecciones recurrentes, secreción crónica, celulitis facial, formación de un absceso, ulceraciones por fístulas abscesificadas con defectos en piel y parálisis facial. El versátil comportamiento clínico ocasiona falsos diagnósticos y tratamientos médico-quirúrgicos inadecuados con resultados poco favorables, en particular si el tratamiento quirúrgico es subestimado.⁴

7. Malformaciones Congénitas y Síndromes Relacionados

La fístula preauricular puede vincularse con malformaciones del pabellón auricular y con síndromes congénitos con múltiples malformaciones; también con anomalías de los arcos branquiales que tienen una alta incidencia de malformaciones renales como: la combinación CHARGE (Coloboma, Heart defect, Atresia choanae, Retarded growth and development, Genital hypoplasia, Ear anomalies/deafness), el síndrome de Treacher-Collins (disostosis mandibulofacial), el de Goldenhar (síndrome oculoauriculovertebral), el síndrome branquio-otorenal y otros.⁵

8. Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico de la fístula preauricular que se complica con abscesos debe incluir: quiste epidermoide de inclusión, seroma ótico de localización extracondral, carcinomas (en especial, el basocelular ulcerado), actinomicosis, granuloma de cuerpo extraño, granuloma piógeno y otros granulomas de apariencia clínica similar como los de la tuberculosis o de la leishmaniasis. También deberán considerarse otras fístulas congénitas con la misma topografía (branquiales, del conducto tirogloso), el melanoma, las metástasis cutáneas, los quistes epidérmicos

inflamados, las gomas sifilíticas, los tumores ane-
xiales benignos y malignos y la osteomielitis de la
mandíbula.⁵

9. Tratamiento

En casos en los que exista infección será necesario administrar por vía oral antibióticos de amplio espectro (en general, una cefalosporina de tercera generación) y analgésicos-antiinflamatorios, así como aplicar fomentos calientes –para acelerar la curación del proceso inflamatorio– y alguna crema tópica local contra estafilococos (mupirocina o ácido fusídico).¹

En cuanto al tratamiento quirúrgico no existe consenso sobre cuándo debe operarse a un paciente con fístula preauricular. Algunos médicos limitan la intervención quirúrgica a pacientes con episodio infeccioso previo, porque una vez que la fístula se infecta rara vez permanece asintomática; la reinfección es la constante en estos casos. Otros extienden la indicación a pacientes con fístulas que secretan material caseoso, porque consideran que éstas tienden a infectarse, lo que dificulta su remoción futura, obliga a intervenciones quirúrgicas más amplias y aumenta el porcentaje de recidiva. Finalmente, también hay médicos que aun en pacientes asintomáticos indican la intervención quirúrgica.¹

10. Tratamiento Quirúrgico

En términos generales, la experiencia médica-quirúrgica acumulada en las señaladas investigaciones contribuyeron en determinar las siguientes recomendaciones, a fin de reducir recurrencia postoperatoria: a) no subestimar el manejo quirúrgico; b) familiarizarse con las características anatómicas de la región; c) desarrollar con destreza nuevas técnicas quirúrgicas; d) conocer factores asociados; y e) considerar realizar una disección meticulosa apoyada con magnificación. La técnica quirúrgica recomendada es mediante el abordaje supraauricular para asegurar la completa escisión de los componentes epiteliales, escisión de la raíz del hélix que se adhiere al trayecto fistuloso, evitar la ruptura de la FPA durante la cirugía y finalmente reducir los espacios muertos mediante el cierre y vendaje cefálico.⁴

Bibliografía

- 1.- Simetal LF, Arzoz Galvez JR, González Morales OH, Meza ME. Fístula preauricular. *Dermatología Rev Mex* 2010; 54(5): 279-286.
- 2.- Rimbau Serrano I, Molina Gutiérrez MA. Tumora-
ción en la región anterior del hélix: fístula preau-
ricular. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2016;(epub: 10/
Jun/2016).
- 3.- Yoo H, Ha Park D, Lee EJ, Park MC. A surgical
technique for congenital preauricular sinus. *Arch
Craniofac Surg* 2015 Vol.16 No.2, 63-66
- 4.- Chávez Delgado, Castro CS, Ramírez Jaime, De
la Rosa Celis, Márquez Real, González F. Manejo
quirúrgico y recurrencia de la fístula preauricular
congénita. *Cirugía Pediátrica*, 2008; 21:73-78
- 5.-Poletti ED, Muñoz Sandoval R, De la Cruz RS.
Fistula preauricular recurrente y abscesada. *Der-
matología Rev Mex* 2009; 53(4): 195-200