

Artigo de Revisão

Autores:

Bhertha M. Tamura¹
Ana Carolina Junqueira Ferolla¹
Cândida Naira L. e L. Santana²

¹ Departamento de Dermatologia, Ambulatório de Especialidades Barradas, Bourroul – São Paulo (SP), Brasil.

² Clínica Dermacare – São Luís (MA), Brasil.

Correspondência para:

Bhertha M. Tamura
Av. Ministro Gabriel de Rezende Passos, 500 Conj. 1506
04521 022 - São Paulo - SP, Brasil
E-mail: bhertha.tamura@uol.com.br

Data de recebimento: 11/11/2017

Data de aprovação: 18/02/2018

Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Ambulatório de Especialidades Barradas, Bourroul – São Paulo (SP), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum

Conflito de Interesses: Nenhum



Revisão da literatura: afecções auriculares, parte 2: neoplasias benignas

Literature review: auricular disorders Part 2 – benign neoplasms

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.2018102001>

RESUMO

Faz parte do dia a dia dos dermatologistas o conhecimento, a capacidade de diagnóstico e a habilidade cirúrgica para várias afecções da pele na região da orelha. Na segunda parte deste artigo de revisão, serão abordadas as neoplasias benignas da região auricular, descrevendo-se suas particularidades e métodos ideais de tratamento.

Palavras-Chave: Orelha; Nevo; Cistos; Queloide

ABSTRACT

Knowledge, diagnostic ability and surgical skills for approaching diverse cutaneous conditions in the auricular region are parts of a dermatologist physician's daily routine. In the second part of this review article, will be approached the benign neoplasms of the auricular region, describing their particularities and ideal methods of treatment.

Keywords: Ear; Nevus; Cysts; Keloid

CISTOS

As lesões císticas da aurícula se localizam preferencialmente no espaço entre a cartilagem e o pericôndrio, na pele e no tecido subcutâneo.

Pseudocisto auricular endocondral

Cisto cartilaginoso que se apresenta como coleção fluida entre a cartilagem e o pericôndrio, originado de traumas crônicos de baixa intensidade. Nesse caso o pericôndrio não só se separa da cartilagem, como pode produzir outro tecido cartilaginoso dentro do qual se forma o conteúdo líquido que origina o pseudocisto auricular. Esse cisto firme requer cirurgia: deve ser incisado, drenado e curetado ou cauterizado por eletrocoagulação ou substâncias cáusticas, para que suas paredes se possam coaptar¹.

Cistos epidérmicos

Ocorrem devido à proliferação de células epidérmicas produtoras de queratina no interior da derme. Em alguns cistos reconhece-se um ponto central representando o orifício pilos-

sebáceo obstruído que elimina material ceratinoso fétido. Costumam se bem delimitados, móveis, não aderidos, superficiais e de diversos tamanhos. Eventualmente infectam ou se encontram inflamados. O tratamento é a exérese completa, incluindo o orifício pilosebáceo e a cápsula.²

Cistos pilares

Ocorrem preferencialmente no couro cabeludo, mas também na área retroauricular ou no lóbulo da orelha, enquanto os cistos pré-auriculares (Figura 1) são geralmente congêntos e podem estar associados à fístula pré-auricular (Figura 2). Contêm queratina em seu interior e são menos comuns que os epidérmicos. O tratamento inclui sua remoção completa, assim como a do trato fistuloso.

Esteatoma múltiplo (sebocistoma)

Condição de caráter genético autossômico dominante que se caracteriza pela presença de múltiplos cistos contendo *sebum*. As lesões variam de alguns milímetros a dois ou 3cm, ama-



FIGURA 1: Cisto pré-auricular congênito



FIGURA 2: Fístula pré-auricular

reladas, com orifício de drenagem de material. O tratamento é a exérese.

Millia em placa é uma entidade caracterizada pelo aglomerado de *milliums* em forma de placas eritematosas e/ou edematosas, com ou sem comedões, que se localizam nas regiões retroauricular ou periorbital, predominam em mulheres e podem regredir espontaneamente. As opções terapêuticas incluem extração manual, tretinoína tópica, eletrocauterização, crioterapia, excisão e terapia fotodinâmica.³

Outras lesões císticas: Tumores de glândulas sudoríparas, cisto dermoide, mixoide, cisto veloso eruptivo, mílio e até mesmo a ceratose folicular e foliculite perfurante podem ser encontrados.

NEVOS ORGANOIDES

Nevo verrucoso

Trata-se de lesão congênita caracterizada pela hiperplasia das estruturas epidérmicas. Apresenta-se como pápulas ou placas irregulares, bem delimitadas, muitas vezes múltiplas, ou generalizadas (ictiose histrix),⁴ lineares ou unilaterais (*nevus unius lateralis*) e algumas vezes inflamadas (nevo verrucoso linear inflamado). O diagnóstico diferencial é com líquen plano linear, líquen estriado, a fase verrucosa da *incontinentia pigmenti*, psoríase linear e poroceratose linear. O nevo verrucoso pode ser acompanhado de lesões esqueléticas, malformações orgânicas, urológicas, angiomas, e hipoplasia de estruturas subjacentes constituindo a síndrome do nevo epitelial.

O tratamento depende principalmente da localização e da extensão das lesões. Excetuando-se a exérese total ou parcelada, os demais procedimentos – dermoabrasão, eletrocoagulação, eletrodissecção, criocirurgia, quimiocirurgia – trazem alívio temporário, pois a tendência da lesão é recidivar.

Nevo sebáceo de Jadassohn

Costuma apresentar-se desde o nascimento sob a forma de pápulas, placas de superfície às vezes brilhantes ou sulcadas, evoluindo eventualmente para lesões espessas, verrucosas ou papilomatosas amareladas, únicas ou múltiplas, no couro cabeludo e ou na região auricular.

O tratamento deve ser a exérese cirúrgica pela possibilidade de evolução para siringocistadenoma papilífero, carcinoma basocelular e outras neoplasias benignas e malignas.

Nevo comedônico

São pápulas semelhantes ao comedão (parte central com rolha córnea, castanho-escuro) que se apresentam agrupadas de modo unilateral ou linear. Podem evoluir para reações inflamatórias e cicatrizes. O tratamento é a exérese total ou parcelada, ácido retinoico tópico ou isotretinoína sistêmica.

Outros nevos

Os nevos écrinos, apócrinos, conjuntivo e lipomatosos são raros, especialmente na região auricular.

Os nevos écrinos são áreas bem delimitadas com história de hiper-hidrose localizada ou orifício que drena substância líquida ou mucoide e/ou placas da cor da pele. Os nevos apócrinos podem estar associados aos nevos sebáceos sob a forma de pápulas, nódulos ou cistos. O nevo conjuntivo e o lipomatoso se apresentam como nódulos, placas ou tumores, geralmente da cor da pele, desde o nascimento, irregulares e com tendência a crescer conforme o desenvolvimento da criança. Podem ser tratados com exérese e sutura primária ou retiradas parceladas.

TUMORES BENIGNOS

Os tumores epiteliais que podem ocorrer na região auricular são a ceratose seborreica, a dermatose papulosa nigra, o disqueratoma verrucoso e o acantoma *fissuratum*. O primeiro é frequente nos idosos, e o segundo nos negros e orientais. Costumam ocorrer nas regiões periauriculares.

Ceratose seborreica é o tumor benigno mais comum do ouvido externo, apresentando-se ao exame dermatológico como pápula, mais raramente em placas circunscritas, verrucosa com escama aderente e graxenta, variando de castanho-claro a escuro, podendo ser múltiplas, provenientes da proliferação celular epitelial. Dissemina-se com a idade, podendo atingir toda a orelha, até o canal auditivo externo. Ácido tricloroacético, crioterapia e eletrocoagulação leve são opções de tratamento.⁵

Nevos pigmentares

As lesões pigmentares de importância para a área facial, raramente situadas nas regiões auriculares, são o nevo de Ota (naevus fusco-caeruleus ophtalmo-maxillaris), o nevo azul e os nevos melanocíticos pigmentares^{6,7} (Figura 3).

Queloides

As cicatrizes normais costumam aumentar em volume até o segundo mês, as hipertróficas aumentam durante seis meses e involuem progressivamente. Ao contrário, os queloides apresentam processo de cicatrização aberrante, crescem até os 12 meses ou mais e não mostram sinais de involução.

São lesões muito comuns nos pavilhões auriculares, especialmente no lóbulo (Figura 4), que resultam de trauma na derme com conseqüente proliferação fibrosa. Sua etiologia precisa ainda é desconhecida, mas fatores vasculares teciduais, imunológicos, antigênicos e interleucinas parecem estar envolvidos no mecanismo de sua formação.⁸ Têm predileção pelas raças negra e asiática, não apresentando diferença entre os sexos. São mais frequentes em indivíduos com menos de 30 anos de idade. Os locais mais frequentes são as regiões deltoide, pré-esternal, pré-clavicular, escapular, pubiana, nuca orelhas. Histologicamente os queloides são caracterizados por largas faixas de colágeno eosinofílico. Podem ocorrer após qualquer tipo de trauma, mas na orelha são mais frequentemente relacionados ao uso de brincos. Apresenta-se como reação cicatricial que se estende além da área do trauma e não diminui com o tempo. Geralmente pruriginosos, são constituídos por nódulos firmes, de superfície lisa. Quando as lesões ocorrem em indivíduos brancos podem

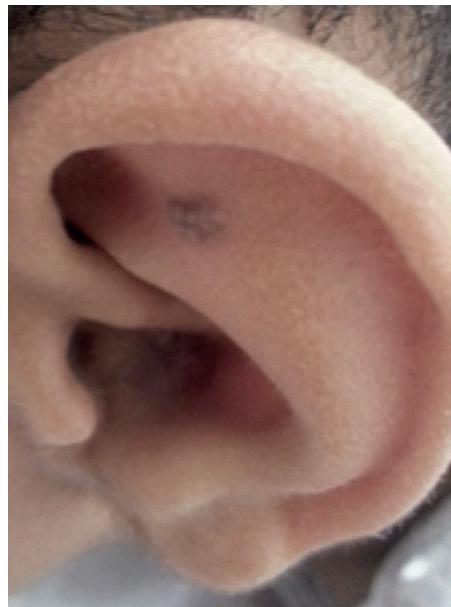


FIGURA 3: Nevos melanocíticos



FIGURA 4: queloides

ser eritematosas; quando em negros ou amarelos, mostram-se hipertróficas ou enegrecidas e brilhantes. Eventualmente apresentam calor local ou dor à pressão.

As condutas terapêuticas para queloides são diversas. Na fase inicial, inflamatória, a escolha mais adequada recai sobre as infiltrações intralésionais com corticosteroides, curativos oclusivos, placas ou géis de silicone ou brincos de pressão.

Em fases mais estáveis, indicam-se criocirurgia, radioterapia,⁹ infiltrações intralésionais com sulfato de bleomicina¹⁰ e 5 fluoruracil, entre outras possibilidades.

Existem trabalhos relacionando o uso de retinoides, interferon, metotrexate, D-penicilamina, colchicina e toxina botulínica, embora sem resultados animadores.

A retirada cirúrgica, indicada em lesões elevadas e estáveis, deve ser sempre seguida de alguma das opções terapêuticas acima citadas. Como terapêutica isolada, leva a alto índice de recidiva.

Para a profilaxia de queloides em indivíduos geneticamente predispostos, deve-se evitar a realização de procedimentos dispensáveis, orientando-os quanto às áreas de maior risco. Quando realizadas exéreses necessárias nesses pacientes, além de evitar as áreas de risco, é importante manter as incisões respeitando-se as linhas de tensão, traumatizar o mínimo possível a área a ser tratada, evitar a eletrocoagulação, realizar a sutura com o mínimo possível de tração e também evitar quaisquer elementos que favoreçam a inflamação, tais como fios que causem reação inflamatória, além de se evitar a infecção.

Lipomas

São nódulos ou tumores bem delimitados, geralmente indolores, de consistência macia à palpação, móveis, da cor da pele ou levemente azulados (angioliipomas) de crescimento lento. Podem ser únicos ou múltiplos, medindo de 0,5 até 10cm ou mais. Apesar de aparição frequente, são raros na região auricular (Figura 5), ocorrendo geralmente no tronco, membros e nuca. Os angioliipomas (com componente vascular) podem ser dolorosos. Os lipomas são compostos por lóbulos de tecido adiposo maduro. O tratamento é a exérese cirúrgica. Embora alguns cirurgiões tratem o lipoma com lipoaspiração, há necessidade da certeza diagnóstica, excluindo-se os sarcomas, lipossarcomas, mixossarcomas e outros antes de utilizar essa técnica.

TUMORES DE ANEXOS

Os tumores que envolvem glândulas são raros, mas podem surgir na orelha, porque ela apresenta grande quantidade de

glândulas ceruminosas – glândulas apócrinas modificadas –, as quais se encontram na parede superior do canal auditivo. Sua secreção se combina com a secreção sebácea na porção superior do folículo piloso formando uma substância complexa, o cerúmen. O cerúmen tem ação antimicrobiana e forma uma camada que forra o canal auditivo, protegendo-o. A velocidade de migração do cerúmen varia em cada indivíduo levando algumas vezes à obstrução do conduto.

A remoção do cerúmen pode ser feita por irrigação ou por instrumentos, sendo a primeira modalidade mais simples, só devendo porém ser realizada após exame da membrana timpânica. A irrigação pode ser feita com seringas, retificando-se o canal, elevando-se e puxando a orelha. Sob visão direta, injeta-se cuidadosamente a solução em direção à parede retirando o cerúmen delicadamente com o fluxo líquido. Se a irrigação for intempestiva, pode haver perfuração do tímpano, o que permite a penetração da solução no ouvido médio, podendo causar otite média. Colhe-se o líquido em uma cúpula ou cuba rim. Se as massas estiverem grandes e impactadas, é preciso primeiramente amolecê-las para prevenir o trauma com compostos tópicos, que devem ser aplicados cuidadosamente porque causam irritação e otite externa. Existem instrumentos cirúrgicos próprios como alças, curetas, fórceps. Devem ser utilizadas cuidadosamente e, se em criança, recomenda-se a anestesia geral, pois qualquer movimento brusco pode levar ao trauma.

Tumores que envolvem as glândulas são extremamente raros, mas como a orelha apresenta grande quantidade de glândulas ceruminosas está suscetível ao surgimento de tumores benignos e malignos.¹¹ Entre os benignos estão os adenomas ceruminosos, cistadenoma apócrino, o adenoma sebáceo do tipo Pringle, tricoepiteliomas, espiradenoma écrino (Figura 6). Os adenomas benignos geralmente apresentam sintomas obstrutivos de evolução lenta e são tratados com a excisão local.



FIGURA 5: Lipoma

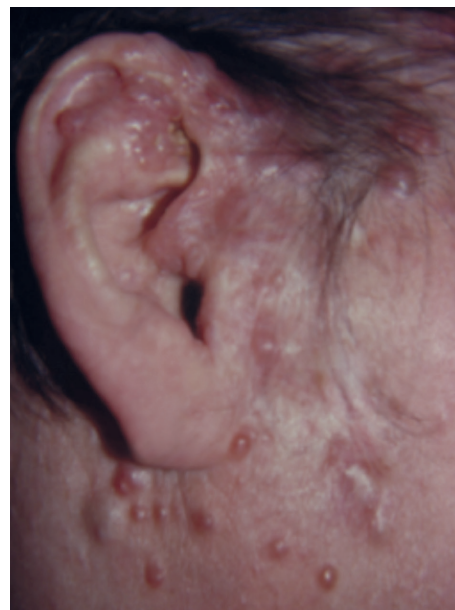


FIGURA 6: Espiradenoma écrino

Os demais tumores podem apresentar-se na região da face, no pescoço e couro cabeludo, portanto, eventualmente estão localizados na região auricular e periauricular. São menos frequentes, mas não tão raros, de acordo com nossa experiência. Todos podem apresentar-se como pápulas (mais frequentemente o siringoma condroide, siringocistoadenoma papilífero e o triquilemoma), cistos únicos (siringoma condroide, hidradenoma papilífero, hidrocistoma apócrino, epiteloma calcificado de Matherbe, tricofolículo), múltiplos ou em turbante no couro cabeludo (cilindroma), de coloração clara e azulada (hidradenoma e hidrocistoma), endurecido ou calcificado (pilomatricoma). Todos têm seu diagnóstico confirmado após a avaliação anatomopatológica, e seu tratamento é basicamente a exérese cirúrgica.

Cilindroma

Também chamado tumor em turbante ou tumor de Spiegler, se constitui por lesões protuberantes, brilhantes, normocrômicas ou eritematosas, benignas, localizadas na cabeça e no pescoço, podendo atingir as orelhas (tumor em turbante). Tem histogênese controversa, provavelmente écrina, e o tratamento é a exérese.

REFERÊNCIAS

- Lee JA, Panarese A. Endochondral pseudocyst of the auricle. *J Clin Pathol.* 1994;47(10):961-3.
- Abdel-Aziz M. Epidermoid cyst of the external auditory canal in children: diagnosis and management. *J Craniofac Surg.* 2011;22(4):1398-400.
- Martins LE, Werner B, Fonseca GP. Milia in plaque. *An Bras Dermatol.* 2010;85(6):895-8.
- Martín-Santiago A, Rodríguez-Pascual M, Knöpfel N, Hernández-Martín Á. Otológic manifestations of autosomal recessive congenital ichthyosis in children. *Actas Dermosifiliogr.* 2015;106(9):733-9.
- Konishi E, Nakashima Y, Manabe T, Mazaki T, Wada Y. Irritated seborrheic keratosis of the external ear canal. *Pathol Int.* 2003;53(9):622-6.
- Kazikdas KC, Onal K, Kuehnel TS, Ozturk T. An intradermal nevus of the external auditory meatus. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2006;263(3):253-5.
- Ozturkcan S, Ilknur AE, Dundar R, Gulustan F, Etit D, Katilmis H. Intradermal nevus of the external auditory canal: a case report. *Int Adv Otol.* 2009;5(3):401-3.
- Aoki M, Miyake K, Ogawa R, Dohi T, Akaishi S, Hyakusoku H, et al. siRNA Knockdown of Tissue Inhibitor of Metalloproteinase-1 in Keloid Fibroblasts Leads to Degradation of Collagen Type I. *J Invest Dermatol.* 2014;134(3):818-26.
- Oliveira Junior B, Schellini AS, Lastória JC, Artioli S, Carvalho LR, Stolf HA, et al. Keloid treatment using postoperative radiotherapy with electron beams: a comparative randomized study of two methods. *Surg Cosmet Dermatol* 2013;5(1):16-26
- Payapvipapomg K, Niumpradit N, Chotinand P, Buranaphalin S: The Treatment of keloids and hypertrophic scars with intralesional bleomycin in skin of color. *J Cosmet Dermatol.* 2015;14(1):83-90.
- Iqbal A, Newman P. Ceruminous gland neoplasia: case report. *Br J Plast Surg.* 1998;51(4):317-20.
- Buikema KE, Adams EG. A rare case of petrified ear. *Case Rep Dermatol Med.* 2012;2012:410601.

OUTRAS SITUAÇÕES

Apêndices auriculares

São estruturas sem caráter maligno, mas que devem remeter a pesquisa de algumas síndromes como a de Goldenhar e a de Wildervanck, defeitos vertebrais ou cardíacos, atresia anal, fistula traqueoesofágica, anomalias renais ou de membros. A exérese deve ser realizada de acordo com o desejo do paciente.

Orelha petrificada

O termo orelha petrificada significa calcificação ou ossificação do pavilhão auricular, causada por processos traumáticos, incluindo danos térmicos, danos físicos, inflamações e distúrbios endócrinos e metabólicos, como a hipercalcemia secundária à doença de Addison.¹² A orelha torna-se rígida e não maleável. O diagnóstico é feito por exames de imagem ou histopatológico e devem ser pesquisadas doenças endócrinas e metabólicas subjacentes para que sejam tratadas.

CONCLUSÕES

As lesões benignas localizadas na orelha podem ser diagnosticadas clinicamente ou através de exame anatomopatológico. A ventar os prováveis diagnósticos com antecedência, permite o planejamento cirúrgico adequado com melhor prognóstico para os pacientes. ●

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Bhertha M. Tamura |  ORCID 0000-0001-7259-2998
Concepção, redação e revisão.

Ana Carolina Junqueira Ferolla
Concepção, redação e revisão.

Cândida Naira Lima e Lima Santana |  ORCID 0000-0002-2693-0025
Concepção, redação e revisão.