



11236
14-A
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

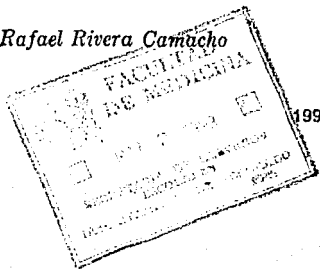
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO
NACIONAL SIGLO XXI

FISTULAS PREAURICULARES
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA
P R E S E N T A :
DR. JULIO CESAR FONSECA PUCHETA

Director: Dr. Rafael Rivera Camacho

MEXICO, D. F.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE	Pág.
OBJETIVO.....	1
HISTORIA.....	4
EMBRIOLOGIA.....	7
HISTOLOGIA.....	12
ETIOLOGIA.....	13
CLASIFICACION.....	15
DIAGNOSTICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....	19
TRATAMIENTO.....	22
CONCLUSIONES.....	29
PROTOCOLO DE MANEJO.....	30
BIBLIOGRAFIA.....	31

OBJETIVO.

El objetivo de este trabajo, es el de efectuar una revisión de la patología de las fistulas y quistes preauriculares, aunque no son frecuentes, si son de importancia clínica tanto para el médico otorrinolaringólogo como para el médico familiar, ya que es necesario realizar el diagnóstico correcto y plantear el tratamiento quirúrgico adecuado y eficaz en cada variedad.

A este tipo de patología habitualmente no se le confiere importancia clínica, hasta que se manifiesta como un problema verdaderamente molesto para el paciente sobre todo cuando del trayecto fistuloso brota una secreción maloliente, intermitente o continua secundaria a un proceso infeccioso.

Las fistulas y quistes preauriculares están condicionadas por alteraciones del primero y segundo arco branquial, pudiéndose encontrar unilateral o bilateralmente.

Se manifiestan clínicamente localizándose medial, inferior y posterior con relación al pabellón auricular y se extienden hacia el lóbulo de la oreja, con un trayecto superficial al trayecto del nervio facial, paralelo al conducto auditivo externo y terminan en un fondo de saco cerca del mesotímpano. Las alteraciones del segundo arco branquial se encuen-

tran con una frecuencia mayor y habitualmente están en relación con otitis externa, su abertura hacia la piel se encuentra a varios niveles alrededor de la aurícula y en el cuello a lo largo del músculo esternocleidomastoideo.

Las fístulas preauriculares normalmente se encuentran en la parte superior o techo de la helix o bien mas arriba - con un trayecto corto que tiende a arborizar y terminar en un fondo de saco alrededor del conducto auditivo externo.

Todos estos detalles anatómicos, son de gran importancia, con estos conocimientos el especialista podrá elegir el abordaje quirúrgico, aún en aquellos casos que se presente es casa sintomatología o bien que se trate de un problema de ti po estético, yq ue al momento de la escisión se reseque tanto el quiste en sí como todo su trayecto fistuloso, y de esta - forma evitar recidivas o reinfecciones, siendo esto último - frecuente cuando no se lleva a cabo una resección completa.

De la misma manera se revisan todos los agentes etiológicos posibles, incluyendo los agentes bacterianos que se han obtenido con mayor frecuencia en el proceso infeccioso.

El objetivo final de esta revisión es el de proponer un protocolo de diagnóstico, con un seguimiento para la integración del diagnóstico y la instauración de un tratamiento médi

co quirúrgico sistematizado en la resolución satisfactoria de estas anomalías.

HISTORIA.

La primera descripción de una anomalía o alteración del primer arco branquial es atribuida a Virchow en el año de 1865, que reportó el caso de un niño con múltiples alteraciones; y que incluían una fístula que se extendía debajo y detrás del pabellón auricular hipoplásico y que seguía un trayecto hacia la nasofaringe.

Koning, en el año de 1895 reportó un caso de alteraciones del primer arco branquial con orificio externo localizado en la porción superior del cuello y en el borde anterior del esternocleidomastoideo, con un trayecto fistuloso que se extendía a través de la glándula parótida y terminaba a nivel del conducto auditivo externo.

En el año de 1898, Sultán con base en sus observaciones propone la teoría de que se trata de una alteración quística del primer arco branquial.

Hyndam y Light, en el año de 1929 revisaron 108 casos de alteraciones congénitas del primer arco branquial, durante los siguientes cuarenta años en la literatura inglesa se reportaron aproximadamente 45 casos de estas mismas alteraciones.

Arnot, es el primero en sugerir dos variantes anatómicas del primer arco branquial; el tipo I que habitualmente se

presenta en forma precoz a la mitad de la edad adulta, manifestándose como un quiste branquial preauricular, doloroso, - que drena en el área de la glándula parótida, con frecuencia cerca del nervio facial y que se proyecta hacia la fosa infratemporal. El tipo II, que se describió como un quiste superficial que se presenta en la infancia en el área del triángulo anterior del cuello, con un trayecto que se extiende hacia atrás con relación al nervio facial y que en su extremo superior comunica con el conducto auditivo externo a nivel de la unión osteocartilaginosa.

Work en el año de 1972, introduce una clasificación de estas alteraciones desde el punto de vista embriológico e histológico, describe la existencia de dos tipos de alteraciones con características anatómicas y clínicas similares a las descritas por Arnot, poniendo especial énfasis en que la alteración tipo I habitualmente se encuentra en la posición postauricular, y considera a la anomalía tipo II como una duplicación del conducto auditivo externo y pabellón auricular, tanto el tipo I como el II de origen ectodérmico y mesodérmico, encontrándose histológicamente piel, anexos y cartilago.

En el año de 1976 Aronshon revisa los casos presentados por Work y concluye que el tipo I histológicamente es quiste epidermoide, que no posee cartilago o estructuras anexas, en

tanto que el tipo II contiene piel, anexos, y cartilago en -
forma de barras hialinas. (1,2).

EMBRIOLOGIA.

En el embrión humano, el desarrollo del aparato branquial se inicia alrededor de la cuarta semana de gestación. Los arcos branquiales son indispensables para la formación de la cara y el cuello, cuando este embrión mide aproximadamente 2.6 mm se inicia el desarrollo del aparato branquial, terminando su diferenciación hacia la sexta u octava semana alcanzando un tamaño de 11 a 12 mm. Alrededor de la cuarta semana de gestación el embrión muestra el primero y segundo arco branquial; cuando este embrión mide 6.5 mm el aparato branquial se encuentra casi totalmente completo en su desarrollo. El primer arco se encuentra formado por dos porciones; una porción cefálica de la cual se forma la maxila, y una porción caudal que va a dar lugar a la formación de la mandíbula. El extremo dorsal del primer arco branquial consiste en una depresión cilíndrica que termina en una membrana delgada, para de esta manera dar origen al conducto auditivo externo, de este lugar la hendidura se va haciendo superficial ventralmente. Cuando el embrión mide 8 mm la parte más superior del pabellón auricular se puede observar, en el embrión de 12 mm el aparato branquial se encuentra en franco proceso de regresión para que finalmente en el embrión de 24 mm ya no se encuentre ninguna evidencia de este aparato.

En los mamíferos, los músculos de la expresión facial son derivados de la migración de la musculatura del segundo -

arco branquial, esta migración se lleva a cabo después de que la primer hendidura se ha obliterado, fusionándose el primero y segundo arco branquial cuando el embrión tiene 12 mm o más.

Las células superficiales, correspondientes a la masa muscular en desarrollo de este segundo arco branquial, se extienden por encima del arco mandibular para ir a integrar a toda la musculatura subcutánea de la cara. Durante su migración estas células corren a lo largo de las ramas del nervio facial, así como de la arteria carótida externa que originalmente da un suplemento vascular tnato al segundo arco branquial, como al nervio.

El primer arco branquial de cada lado se divide en dos procesos; el proceso maxilar y el proceso mandibular. El mesénquima del arco mandibular va a dar lugar a la formación de un cartílago que es conocido como "cartílago de Meckel", - este cartílago se extiende dorsalmente dentro de la cavidad timpánica para formar tanto el mango del martillo como el yunque, ventralmente, este cartílago va a dar origen al ligamento maleolar anterior, el ligamento esfenomandibular y la porción cartilaginosa del primordio mandibular.

El segundo arco branquial va a originar un cartílago semejante al de Meckel, conocido con el nombre de "cartílago de Reitcher", de este segundo arco branquial se forma la supra-

estructura del estribo, el proceso lenticular del yunque, la pared posterior del conducto auditivo externo, el proceso estilomastoideo, el ligamento estiloideo y el cuerpo y porción superior del hueso hioides, cada arco branquial cuenta con un vaso y un nervio en forma independiente. El primer arco branquial va a dar origen al nervio trigémino, inervando la musculatura del primer arco branquial: El tensor del paladar, el tensor del tímpano, el vientre anterior del digástrico y los músculos de la masticación. En tanto que los músculos del segundo arco branquial se encuentran inervados por el nervio facial, constituidos por el músculo auricular, el vientre posterior del digástrico, el músculo estilohideo, el músculo estapedial y los músculos de la expresión facial.

Los arcos branquiales se encuentran separados por hendiduras de origen ectodérmico, con la aparición de estas hendiduras en la pared lateral del endodermo faríngeo, se forman una serie de bolsas que empujan hacia afuera y hacia atrás en sus correspondientes hendiduras; tanto las bolsas como las hendiduras realizan un contacto interior que da lugar a la formación de una membrana cerrada, esta membrana permanece así durante un tiempo, y al abrirse forma las agallas.

El pabellón auricular se desarrolla alrededor de la ranura del primer arco branquial, la porción ventral del endo-

dermo de la primera bolsa faríngea es proyectada hacia afuera para dar lugar posteriormente a la trompa de Eustaquio, situación que se lleva a cabo en la octava semana de desarrollo embrionario. La porción dorsal de la primera y segunda bolsa faríngea contribuyen en la integración y formación de la cavidad timpánica, el aditus antrum y las celdillas aéreas mastoideas. La porción ventral de la segunda bolsa faríngea va a persistir integrando la fosa amigdalina. La primera hendidura branquial en su porción más profunda va a dar lugar al conducto auditivo externo, en tanto que su porción media integrará el cavum de la concha. La porción ventral de esta hendidura desaparece, y es en esta región donde los restos celulares de origen ectodérmico o bien la obliteración incompleta de esta hendidura puede llevar a las alteraciones de la primera hendidura branquial.

La madurez de este aparato branquial se va a completar y finalizar entre la sexta y séptima semana del desarrollo embrionario, y es en este momento donde se pueden observar las alteraciones que dan lugar a las anomalías de la primera hendidura branquial.

La glándula parótida aparece en la sexta semana del desarrollo embrionario, las alteraciones relacionadas con esta glándula son variables, ya que dicha glándula presenta un de-

sarrollo algo tardío, en tanto que las relaciones de las alte
raciones de la primera hendidura branquial con el nervio fa-
cial son variables, debido a la condición de migración de la
musculatura hacia abajo entre la sexta y octava semana de de-
sarrollo embrionario. (3,4)

HISTOLOGIA.

En forma general la patología microscópica de la hendidura branquial no es complicada. Se describe que las lesiones quísticas presentan un revestimiento de tipo epitelial en la mayoría de los casos, esta condición no se observa cuando hay una inflamación o destrucción del epitelio estratificado escamoso o ciliado; como suele suceder cuando hay un proceso infeccioso agregado. Aunque en menor proporción, otros quistes presentan al estudio microscópico un epitelio mixto, también se puede observar la presencia de tejido linfoide con folículos germinales en la pared de estos quistes.

Los quistes y fistulas invariablemente se encuentran -- asociados con un proceso de reacción inflamatoria, por lo tanto hay una tendencia a la destrucción del epitelio. Este epitelio en su revestimiento es de tipo escamoso estratificado, esta diferencia epitelial se dice que es una diferencia inherente a un defecto al proceso de metaplasia.

Las anomalías de la hendidura branquial presentan un revestimiento epitelial de tipo escamoso, en forma ocasional - contiene glándulas sebáceas y algunos otros elementos ectodérmicos que microscópicamente no pueden ser distinguidos de los quistes dermoides, ya que todos los quistes y alteraciones - fistulosas son de origen ectodérmico. (5)

ETIOLOGIA.

Los aspectos etiológicos intrínsecos que dan lugar a las fistulas y quistes branquiales no están claros, hasta la fecha solamente se dice que estos se presentan alrededor de la cuarta semana de desarrollo embrionario, aduciendo factores vasculares, infecciosos o de defectos de construcción dados por información genética equivocada. Se ha observado que se presenta con mayor frecuencia en orientales, y es rara en los hombres de raza caucásica.

En relación a los factores infecciosos que se acompañan a los quistes y trayectos fistulosos, encontramos en la literatura que Rinya Sugita en 1984 demostró la presencia de bacterias anaerobias, que fueron aisladas de la siguiente manera en orden de frecuencia: peptococcus sp, peptostreptococcus sp, bacteroides sp y fusobacteroides sp; solamente en un solo caso se demostró la presencia de staphylococcus aureus, lo que pone en duda que esta bacteria sea el agente mas frecuente en este tipo de infecciones, predominando de manera importante la presencia de bacterias anerobias. Se ha concluido que los factores condicionantes para la presencia de esta población bacteriana, probablemente sea debida a lo siguiente:

- La superficie interna de la fistula auricular está cubierta por epitelio escamoso.

- El peptococo sp habitualmente se encuentra residiendo - en la piel humana.
- Tejido muerto y material cremoso drena en la secreción purulenta cuando la lesión es incidida.
- De las fistulas frecuentemente drena una secreción fétida.
- Habitualmente escurre un material blanco por la fistula cuando se presiona esta. El cultivo revela la presencia de bacterias anaerobias.

Todas estas condiciones van de acuerdo con las características citadas por Finegold en el año de 1977 para las lesiones causadas por bacterias anaerobias. También se ha descrito que el crecimiento de la población bacteriana anaerobia se ve ampliamente favorecida por un flujo sanguíneo disminuido, y por la presencia de tejidos necrótico con una real y potencial disminución de la oxidación-reducción. (6)

CLASIFICACION.

La taxonomía de las fistulas y quistes branquiales es importante para poder entender a que tipo de lesión se está -
uno refiriendo y poder de la misma manera ante procesos del -
mismo tipo, comparar los diferentes procedimientos terapéuti-
cos médico-quirúrgicos.

Arnot, propone la primera clasificación para las altera-
ciones del desarrollo embrionario de la primera hendidura -
branquial, designándola como un defecto tipo I; aquellos quig-
tes o senos presentes en el área de la glándula parótida y -
que presentan un epitelio de tipo escamoso, alteración que en
su mayor frecuencia se presenta en la edad adulta, elaborando
la teoría de que esta alteración es secundaria a la presencia
de restos celulares durante la obliteración de la primera hen-
didura branquial. De la misma manera, designa a las alteracio-
nes tipo II cuando el quiste o seno presenta su desarrollo du-
rante la infancia, habitualmente en el triángulo anterior del
cuello y que se comunica al conducto auditivo externo, lo que
sugiere un cierre incompleto de la hendidura branquial.

Work propone otra clasificación, presenta como anoma-
lías tipo I; cuando hay una duplicación del conducto auditivo
externo en su porción membranosa, con lesiones quísticas que
microscópicamente presentan epitelio escamoso, formado por que

ratina, y que terminan en un fondo de saco en la lámina ósea a nivel del mesotímpano.

Las anomalías de tipo II; se refieren a defectos de duplicación del conducto auditivo externo en su porción membranosa, con lesiones que contienen piel y cartílago, que van del ángulo y de la rama ascendente de la mandíbula, hacia la vecindad del conducto auditivo externo membranoso.

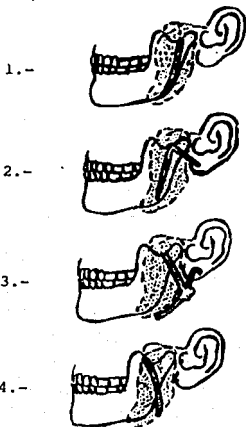
Olsen propone otra clasificación: los defectos de la primera hendidura branquial se pueden observar como un quiste aislado o bien como una fistula, lo que es común en familiares que tienen anomalías de la segunda hendidura branquial. Las lesiones quísticas tienen su origen en los restos celulares de la porción ventral de la primera hendidura branquial. La anomalía sinusal o quística surge de la obliteración incompleta de toda o parte de la hendidura branquial en su porción ventral, presentando una formación quística en todo el trayecto de la hendidura branquial y que puede abrirse a la superficie ectodérmica o dentro de la luz del conducto auditivo externo. El cierre incompleto de la primera hendidura es capaz de crear una comunicación fistulosa de la superficie epitelial del conducto auditivo externo. Esta anomalía suele ocurrir durante la formación del cierre membranoso, y la fistula se extiende dentro de la primera bolsa branquial hacia el espacio del oído medio. (7,8)

De lo anterior, se puede deducir que una simple clasificación de las anomalías de la primera hendidura branquial, es de gran ayuda para establecer el diagnóstico y proponer el - abordaje quirúrgico de elección para el manejo y erradicación de estas lesiones. Al hacer una revisión de las clasificaciones descritas con anterioridad, se observa que no tienen una aplicación práctica y mas bien tienden a la confusión, por lo que es necesario elaborar y enunciar una clasificación que to me en cuenta la localización anatómica de las lesiones, clasificación que permitiría un manejo integral del paciente desde el punto de vista médico y quirúrgico, tanto para nosotros - los especialistas, como para los médicos en general, es de ma yor utilidad una clasificación que nos permita de una manera simple y sencilla identificar la patología en base al sitio - de implantación de las lesiones e iniciar su manejo.

Por lo anterior expresado, es de importancia práctica - para nosotros una clasificación de las lesiones de acuerdo a su localización general con base al conducto auditivo externo, el oído medio, la región retroauricular y el ángulo de la man díbula:

- 1.- Quiste y seno que se abre en el ángulo de la mandíbula y presenta un trayecto hacia el conducto auditivo externo.

- 2.- Seno que se abre en el ángulo de la mandíbula y en el lóbulo de la oreja con un trayecto al conducto auditivo externo.
- 3.- Quiste y seno que se abren en el cuello y se dirigen a la región retroauricular con un trayecto al conducto auditivo externo.
- 4.- Seno que se abre la mandíbula y quiste que se extiende al conducto auditivo externo y al oído medio.



DIAGNOSTICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

El diagnóstico correcto de estas anomalías está basado en el conocimiento exacto de las alteraciones de la primera hendidura branquial así como de la aplicación de los métodos de diagnóstico. Para que una vez elaborado el diagnóstico correcto, se tenga una certeza del trayecto fistuloso y las áreas que deben ser exploradas quirúrgicamente, para brindar al paciente un tratamiento integral de primera intención y de esta manera evitarle morbilidad.

Antes que nada, en forma clásica, se debe elaborar un interrogatorio minucioso respecto a la sintomatología y el tiempo de evolución de ésta. En términos generales, los pacientes con fístula tienden a ser jóvenes y pueden o no, haber tenido la presencia de una masa asintomática en el cuello por arriba del área del hueso hioides. Cuando esta masa en el cuello presenta una inflamación aguda, se manifiesta como una masa suave. (9,10)

A la exploración física del oído, incluyendo el pabellón auricular, la región preauricular y retroauricular, es necesario explorar cuidadosamente con el otoscopio de luz o con la otoscopia bajo visión microscópica el conducto auditivo externo, para elaborar el diagnóstico diferencial con la otitis media supurada ya que como se apuntó con anterioridad

muchas de estas fistulas van a tener su apertura al nivel del conducto auditivo externo. De la misma manera se debe de efectuar una exploración cuidadosa de todo el cuello teniendo especial cuidado del área anterior y superior de éste, y por detrás y debajo del conducto auditivo externo. (11,12)

Respecto a los métodos de gabinete y laboratorio que -- son de utilidad para el diagnóstico diferencial, es importante la realización de tomografía computada simple y con medio de contraste. La resonancia magnética y el ultrasonido aunque se puede utilizar, es bien sabido que básicamente se realizan para el diagnóstico de masas de tipo nódulos linfáticos y que al elaborar el diagnóstico diferencial con las masas en cuello condicionadas por alteraciones en el primero y segundo arco branquial no van a ser una garantía total, y solamente van a elevar el costo en el tratamiento integral. (13)

De mayor utilidad es la realización de una fistulografía, la que nos permite observar el trayecto fistuloso en casi su totalidad. (14)

Cuando las fistulas preauriculares se encuentran infectadas, es indispensable realizar la toma de muestra de la secreción para elaborar la identificación del germen causal, y de acuerdo al antibiograma realizado se pueda determinar el tipo de antibiótico al que es sensible.

Con todos estos elementos se debe de integrar el diagnóstico, sin embargo, es importante que en forma intencionada se realice el diagnóstico diferencial con las siguientes entidades patológicas:

- Linfadenitis.
- Quiste dermoide
- Higroma
- Lipoma
- Neurofibroma
- Hemangiomas
- Linfangiomas
- Tumor primario de parótida
- Carcinoma metastásico.

TRATAMIENTO.

El tratamiento en todos los casos de anomalías del primero y segundo arco branquial, así como de la primera hendidura branquial es de tipo quirúrgico, sin embargo es necesario tener en mente una serie de lineamientos para poder obtener los mejores resultados:

- No debe de realizarse ningún procedimiento quirúrgico en una masa con inflamación aguda.

- En caso de existir un proceso infeccioso, es necesario la aplicación de un antibiótico y una vez controlado el proceso infeccioso, se debe de realizar el procedimiento quirúrgico.

- El abordaje quirúrgico debe ser a través de una incisión amplia para poder realizar una exploración quirúrgica satisfactoria y evitar un posible daño al nervio facial.

- Aunque algunos autores cuestionan el uso de azul de metileno o algún otro colorante, aduciendo que solamente con una incisión amplia es suficiente que permite una exposición amplia de la zona y se evitan lesiones al nervio facial, nosotros en nuestro servicio aún utilizamos el colorante, ya que es una excelente guía para seguir quirúrgicamente todo el trayecto fistuloso, y que desde el punto de vista del pacien-

te, no le condiciona ninguna morbilidad.

Se describe a continuación algunas de las técnicas que se utilizan con mayor frecuencia en la actualidad.

La técnica habitual es aquella en la que se realiza una incisión en forma elíptica alrededor de la fistula, previa aplicación de azul de metileno o algún otro colorante a través de la salida del trayecto, con una jeringa y un cateter de polietileno, y aplicándolo a presión para lograr el total llenado del trayecto fistuloso, disección cuidadosa de la fistula siguiendo el trayecto, cuando éste llega a la helix, se debe de tener cuidado de continuar su trayecto y es este el sitio donde se deja parte de la fistula, lo que condiciona aumento en la incidencia en cuanto a la recidiva de la patología, cuando se efectúa bajo visión microscópica la disección del trayecto fistuloso, la posibilidad de recurrencia disminuye notablemente.

Otra vía de abordaje que se utiliza con frecuencia para el tratamiento de estas anomalías, es a través de una vía retroauricular y supra-auricular y consiste en una incisión elíptica retroauricular, disecando cuidadosamente hasta llegar a identificar la fascia temporal, removiendo el tejido superficial en relación a esta fascia, llevándose en la disección tanto el seno o quiste como el trayecto fistuloso en to-

da el área retroauricular. En este tipo de trayectos fistulosos con mucha frecuencia se debe de reseca una porción del cartilago así como del pericondrio. (15,16,17,18)

Cuando se comparan los resultados de ambas técnicas, se deduce que en la segunda técnica, es posible tener una exposición amplia y consecuentemente una mayor oportunidad de una resección total de la patología así como de una notable disminución del tiempo quirúrgico, al tener una exposición amplia de la región que se va a intervenir, es obvio que la posibilidad de dejar restos epiteliales disminuye considerablemente.

En la Universidad de Washington se realizó un estudio en un período de 1982 a 1987 con 21 abordajes quirúrgicos a través de la vía supra-auricular, en tanto que en 12 pacientes fue utilizada la vía habitual del ojal y disección siguiendo el trayecto fistuloso; en cuanto a la primera técnica se encontró solamente una recidiva de 5% mientras que con la segunda técnica la recidiva fue de un 42%, lo que habla por sí solo de las ventajas en cuanto a la casi resección total del trayecto fistuloso y los restos epiteliales.

En relación con el tratamiento médico que con cierta frecuencia debe ser utilizado antes de la resección quirúrgica de la patología, va a depender directamente del germen causal aislado de las secreciones provenientes de las fistulas -

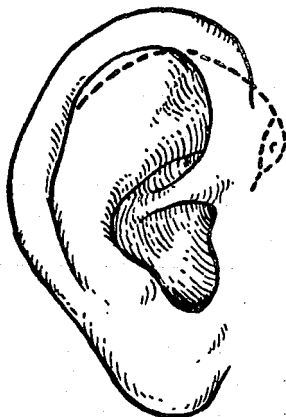
cuando éstas se encuentran con un proceso infeccioso agudo o crónico.

En la Universidad de Medicina de Tokio, Japón, que es uno de los lugares en que se ha encontrado una gran incidencia de esta patología, observaron que los gérmenes aislados con mayor frecuencia fueron susceptibles a la lincomicina y a la cefoxitina.

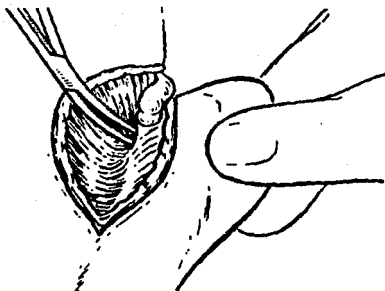
Es importante recalcar que aunque los agentes microbianos que con mayor frecuencia se aislaron fueron anaerobios, no nos debe de llevar a la conclusión de que no se debe de realizar la toma y cultivo de la secreción de las fistulas infectadas. Ya que es importante la indicación de un antibiótico de acuerdo a los resultados reportados por el laboratorio clínico, insistiendo que nunca va a erradicar el proceso patológico.

TECNICA QUIRURGICA.

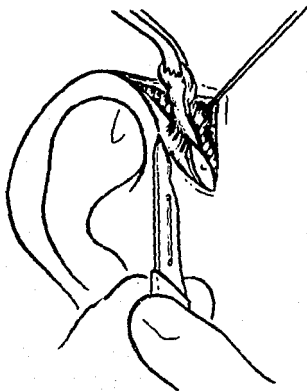
- 1.- Incisión elíptica que se extiende a la región postauricular.



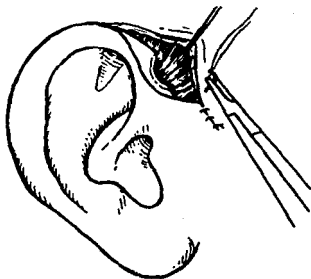
2.- Identificación de la fascia temporal.



3.- Escisión del seno o fistula preauricular y tejido superficial a la fascia.



- 4.- Incisión de una porción de pericondrio auricular y cierre de la incisión original.



CONCLUSIONES.

- 1.- Las fistulas preauriculares son más frecuentes en la raza oriental y tiende a ser bilateral.
- 2.- El principal agente causal de infección en fistula preauricular son bacterias anaerobias.
- 3.- Se debe realizar un examen otorrinolaringológico completo, para diagnosticar la extensión de la malformación y de esta manera hacer diagnóstico diferencial con - - otras patologías.
- 4.- De el sitio de la presentación de la fistula preauricular depende el tratamiento quirúrgico.
- 5.- Los estudios de imagen no son diagnósticos, si no mas bien auxiliares en la limitación de la lesión.
- 6.- En toda fistula infectada, el tratamiento inicial es médico a base de antibióticos.
- 7.- En toda fistula preauricular infectada, esta contraindicado el tratamiento quirúrgico.

PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO MEDICO-QUIRURGICO
EN PACIENTES CON FISTULAS PREAURICULARES.

Interrogatorio	Alteraciones similares en padre, madre, abuelos, tíos, hermanos, hijos, etc.
Exploración física	Especial énfasis en el conducto auditivo externo, buscando apertura de la fistula. Exploración cuidadosa de los <u>le</u> chos amigdalinos. Búsqueda cuidadosa en el borde anterior del músculo esternal - cleidomastoideo. Búsqueda de fistulas en otros - lugares del cuerpo.
Laboratorio clínico	Toma de muestra en caso de proceso infeccioso agudo o crónico del material que drena del trayecto fistuloso.
Gabinete radiológico	Básicamente la realización de - fistulografía y en caso necesario cualquier otro procedimiento de imagen.
Diagnóstico diferencial.	Realizarlo con los procesos tumorales de mayor frecuencia en esta área.
Tratamiento	Médico.-Antibiótico de acuerdo a los resultados del cultivo de secreción y opción de aplicación de lincomicina y cefoxitina. Quirúrgico.-Tratamiento definitivo al proceso patológico.
Evolución	Posibilidad de acuerdo a la <u>técni</u> ca quirúrgica, de residual o <u>reci</u> diva.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Belenky Walter M. and Medina E. Jesús. First branchial clef anomalies. Laryngoscope 1980;90:28-39.
- 2.- Kerry D. Olsen and Maragous Nicolas E. First branchial Cleft anomalies. Laryngoscope 1980; 90:423-435.
- 3.- Liston Stephen L. The relations of the facial nerve and first branchial cleft anomalies embriologic considerations. Laryngoscope. 1982;92:1308-1310.
- 4.- Subedar sing and Sekhond G.s. Cervico auricular fistula J. Laryngology Otol. 1976;90:809-813.
- 5.- Lincoln J.C.R. Cervico auricular fistulae. Review of published cases with a report. Arch Dis. Childh. 1965;40:218-223.
- 6.- Rinya Sugita and Kanamura Shozo. Microorganisms isolated from infected aural fistulas. Laryngoscope 1984;94; 1468-1471.
- 7.- Work Walter P. Newer concepts of first branchial cleft defects. Laryngoscope 1972;72:1581-1593.
- 8.- Ford G.R. and Balakrishman A. Branchial cleft and pouch anomalies. The Journal of Laryngology and otology 1992; 106:137-143.

- 9.- Roseman James D. and Goffin Floyd. Branchial cleft cyst to Yugular vein fistula. Arch otolaryngology 1984;110: 688-689.
- 10.- Gatti M. Williams and Zimm Jeffrey. Bilateral branchial cleft fistulas: diagnosis and management of two cases. Ear nose and Troat Journal. 1988;67:256-264.
- 11.- Skau N.K. and Eriksen D. Preauricular fistula comunica ting with the external auditory meatus, combined with second branchial cleft anomalies. The journal of laryn- gology and otology 1986; 100:203-206.
- 12.- Cremers C.W.R.J. Congenital preauricular fistula commu- nicating with the tympanic cavity. The journal of Laryn gologiy and otology 1983;97:749-753.
- 13.- Shankar Lalitha and Josephson Robert. Imagin of the month the branchial cleft cyst. 1991;20:62-64.
- 14.- Hall Jens G. and Zimmer Johannes. Congenital preauricu- lar Communicating fistulas: diagnosis, complications and tratment. Acta Otolaryngology 1958;49:213-220.
- 15.- Sanjay Prasad and Kenneth Grundfast. Management of con- genital preauricular pit and sinus tract in Children. Laryngoscope 1990;100:320-321.

- 16.- F. Noel and Leung A. first Branchial cleft fistula: case reports and literature review. The journal of otolaryngology. 198;16:247-251.
- 17.- Letters to the editor. Excision of preauricular sinus. Arch otolaryngology head Neck surg. 1990;116:1452.
- 18.- Miller Corcorand and Hobsley. Surgical Excision of first cleft branchial fistulae. Br. J. Surg. 1984;71:696-697.