

11236

78



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

## MANIFESTACIONES DERMATOLOGICAS EN OIDO EXTERNO. REVISION DE LA FRECUENCIA DE LAS MISMAS.

290507

### T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA PRESENTA

**DRA. SILVIA NOHEMI RAMOS GODOY**

ASESORES:

DR. ALEJANDRO MARTIN VARGAS AGUAYO  
DRA. ADRIANA ELIZABETH ANIDES FONSECA



MEXICO, D. F.

200¢



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**

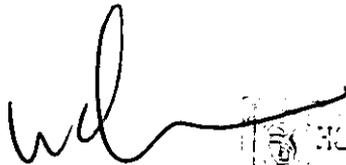


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta 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.

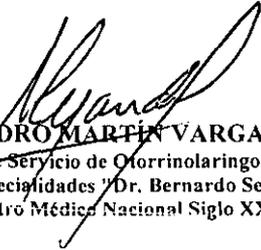


**DR. NIELS WACHER RODARTE**

Jefe de la División de Educación e Investigación Médica  
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gtz."  
Centro Médico Nacional Siglo XXI.

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
"DR. BERNARDO SEPÚLVEDA Gtz."

MAR 8 2008

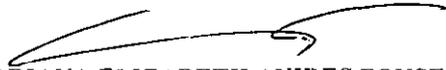


**DR. ALEJANDRO MARTÍN VARGAS AGUAYO**

Jefe de Servicio de Otorrinolaringología  
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gtz."  
Centro Médico Nacional Siglo XXI.



**DR. ALEJANDRO MARTÍN VARGAS AGUAYO**  
Jefe de Servicio de Otorrinolaringología  
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gtz."  
Centro Médico Nacional Siglo XXI.



**DRA. ADRIANA ELIZABETH ANIDES FONSECA**  
Jefe de Servicio de Dermatología  
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gtz."  
Centro Médico Nacional Siglo XXI.

**AUTORES:**

**DRA. SILVIA NOHEMÍ RAMOS GODOY**  
Residente de 4to. grado de Otorrinolaringología  
Servicio de Otorrinolaringología  
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gtz."  
Centro Médico Nacional Siglo XXI.

**DRA. ADRIANA ELIZABETH ANIDES FONSECA**  
Jefe de Servicio de Dermatología  
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gtz."  
Centro Médico Nacional Siglo XXI.

**DR. ALEJANDRO MARTÍN VARGAS AGUAYO**  
Jefe de Servicio de Otorrinolaringología  
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gtz."  
Centro Médico Nacional Siglo XXI.

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS**

**Qué me dió la oportunidad de vivir.**

### **A MIS PADRES**

**Por su amor, confianza, ayuda y consejo,  
qué los hace únicos y maravillosos.  
Por estar siempre cerca a pesar de la distancia.  
Por darme los valores que cimientan mi vida.**

### **A MIS HERMANOS**

**Por ser ante todo mis mejores amigos,  
y por estar conmigo en todo momento.**

### **A RUBÉN**

**Por su amor, confianza, y apoyo incondicional.  
Por iluminar y complementar mi vida,  
y hacer de pequeños detalles, grandes  
circunstancias que nos llevan a  
La Felicidad.**

### **A MIS ASESORES**

**Por sus enseñanzas y ayuda en todo  
momento; por su calidad humana  
y ejemplo de profesionalismo.**

### **A MIS MAESTROS**

**Por su entrega, sacrificios, paciencia y  
dedicación desinteresadas, que pusieron en  
mi formación; haciéndome crecer  
como Médico, y como Persona.**

### **A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS**

**Con quienes compartí momentos difíciles,  
tristezas, alegrías, y logros que envuelven el  
gran mundo de la Residencia,  
... ¡Una Importante parte de nuestras vidas!.**

### **A ERNESTO GALLARDO**

**Te recuerdo con mucho cariño,  
por haber sido un gran amigo,  
y estar siempre con nosotros  
desde donde te encuentres...**

## ÍNDICE

| CONTENIDO                              | PAGINAS |
|--|---------|
| Título.....                            | 1       |
| <b>CAPITULO 1</b>                      |         |
| Antecedentes.....                      | 3       |
| <b>CAPITULO 2</b>                      |         |
| Planteamiento del problema             |         |
| Objetivos.....                         | 9       |
| <b>CAPITULO 3</b>                      |         |
| Material, pacientes y métodos          |         |
| Procedimiento                          |         |
| Análisis Estadístico                   |         |
| Consideraciones éticas                 |         |
| Recursos.....                          | 11      |
| Cronograma de actividades.....         | 12      |
| <b>CAPITULO 4</b>                      |         |
| Resultados.....                        | 14      |
| <b>CAPITULO 5</b>                      |         |
| Discusión.....                         | 18      |
| <b>CAPITULO 6</b>                      |         |
| Conclusiones.....                      | 20      |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....        | 21      |
| HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....      | 22      |
| CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO..... | 23      |
| FOTOS.....                             | 24      |



## **MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS EN OÍDO EXTERNO. Revisión de la frecuencia de las mismas.**

El presente estudio fue aprobado por el Comité local de Investigación con el número de Folio 269/99, con fecha de 13 de Diciembre de 1999.



---

# CAPITULO 1

---

---

### ANTECEDENTES:

El oído externo está compuesto por pabellón auricular y conducto auditivo externo (óseo y cartilaginoso). El pabellón auricular es una lámina elástica cubierta por piel, que es mantenida en su sitio por músculos y ligamentos. Este cartilago tiene un aspecto plegado muy complejo y termina medialmente en la cavidad del pabellón auricular. Esta extensión muy medial marca el comienzo del conducto auditivo externo.<sup>(3)</sup>

El conducto auditivo externo está dividido en las porciones ósea y cartilaginosa. La longitud total del conducto es, en promedio, de 3.5 cm y su diámetro interno promedio es de 7x9 mm. Los dos tercios laterales del conducto son cartilagosos y el tercio medial es óseo. El revestimiento cutáneo del conducto cartilaginoso es relativamente grueso (0.5 a 1 mm) y tiene una capa subcutánea muy bien desarrollada, en la cual, se hallan numerosos folículos pilosos y glándulas ceruminosas y sebáceas. El revestimiento cutáneo del conducto óseo es bastante delgado, con un espesor de tan solo 0.2 mm. No hay una capa subcutánea bien desarrollada, ya que el revestimiento cutáneo está firmemente adherido al periostio subyacente.<sup>(3)</sup>

La irrigación del conducto auditivo externo es suministrada por las arterias auricular posterior y temporal superficial, así como por la auricular profunda. El drenaje venoso se efectúa a través de las venas maxilar y yugular externa, y el plexo venoso pterigoideo. El drenaje linfático se dirige a los ganglios auriculares anteriores, posteriores e inferiores.<sup>(3)</sup>

Las lesiones cutáneas del oído, pueden estar limitadas a él, o ser parte de muchas dermatosis generalizadas. El diagnóstico preciso de las mismas, depende de una apropiada clasificación morfológica de cada lesión.<sup>(1)</sup>

Se clasifican en primarias (si su color, consistencia y características no están alteradas, y son vistas en alguna entidad específica, típicamente), y secundarias (si una lesión primaria ha sido alterada de alguna manera)<sup>(1,2)</sup>

Las lesiones primarias se clasifican en:

**\*Manchas o máculas:** Son un simple cambio de coloración de la piel, sin relieves; pueden ser vascular, pigmentaria o artificial. La vascular se origina por congestión, extravasación o neoformación de vasos, dependiendo su origen varía el color y las características.<sup>(2,3)</sup>

**\*Pápulas:** Las pápulas son lesiones circunscritas, y sólidas de la piel, que desaparecen solas y al hacerlo no dejan cicatriz, es de color rosado, rojo, o negruzco.<sup>(2)</sup>

**\*Roncha:** Edema transitorio de tipo vasomotor de la dermis, manifestado por una elevación mal definida, de consistencia elástica, forma amebode, límites imprecisos y evolución fugaz; la superficie es convexa con aspecto de piel de naranja, y color blanco, rosado, o rojo.<sup>(2)</sup>

**\*Nódulo o tubérculo:** Lesión circunscrita, sólida, del color de la piel o rosada, de consistencia firme; puede causar dolor o no, dura meses o años; no es resolutive; al desaparecer deja una zona de atrofia, y si se ulcera una cicatriz.<sup>(2,3)</sup>

**\*Goma:** Lesión circunscrita, más profunda que el nódulo, de evolución crónica; pasa por una etapa de endurecimiento, después se reblandece en su centro, se torna fluctuante, se abre, y finalmente se repara la ulceración; deja una cicatriz atrófica.<sup>(2)</sup>

**\*Nudosidad:** Lesión eritematosa, más o menos circunscrita, siempre profunda, palpable y dolorosa; evoluciona en días o semanas, y desaparece sin dejar huella.<sup>(2,3)</sup>

**\*Vesícula:** Elevación circunscrita de la piel, de contenido líquido seroso; mide unos cuantos milímetros; al romperse forma costras.<sup>(2)</sup>

**\*Ampolla o flictena:** Elevación circunscrita de la piel, de contenido líquido y gran tamaño (hasta 15 ó 20 mm), al romperse dejan erosiones.<sup>(2)</sup>

**\*Pústula:** Elevación pequeña, circunscrita, llena de un líquido purulento. Puede ser primaria: intraepidérmicas o foliculares; o secundaria a una vesícula.<sup>(2)</sup>

\***Absceso**: Acumulación purulenta de mayor tamaño en dermis e hipodermis; es una elevación de la piel, blanda, fluctuante, y de aspecto más o menos inflamatorio; tiende a abrirse al exterior y originar fístulas.<sup>(2)</sup>

\***Quiste**: Acumulación no inflamatoria, rodeada por una pared, de contenido líquido o pastoso. Se constituye a expensas de glándulas o inclusiones epiteliales.<sup>(2)</sup>

Las lesiones secundarias se clasifican en:

\***Escamas**: Caída en bloque de la capa córnea de la epidermis; se manifiesta por separación de fragmentos secos de la misma.<sup>(2,3)</sup>

\***Costra**: Exudado que se seca. Pueden ser melicéricas, sanguíneas y hemáticas.<sup>(2,3)</sup>

\***Escara**: Producto de la eliminación de una zona de necrosis; es negra, insensible y de temperatura local disminuida, al caer, dejará una ulceración.<sup>(2,3)</sup>

\***Erosión o exulceración**: Solución de continuidad que solo afecta a la epidermis. Es de origen traumático y no deja cicatriz.<sup>(2)</sup>

\***Excoriación**: Solución de continuidad que abarca epidermis y dermis papilar; también es de origen traumático.<sup>(2)</sup>

\***Ulceración**: Pérdida de la sustancia más profunda, que puede incluir dermis, hipodermis y descubrir huesos, músculos y tendones; al repararse deja una cicatriz. Si son agudas se denominan ulceraciones, y si son crónicas úlceras.<sup>(2)</sup>

\***Grietas y fisuras**: Hendiduras lineales de la piel; por lo general son dolorosas; las primeras afectan a la epidermis, y las segundas profundizan hasta dermis.<sup>(2)</sup>

\***Verrugosidad y vegetación**: Combinación de papilomatosis e hiperqueratosis; la primera da levantamientos duros, anfractuoso y de superficie irregular; la segunda es semejante pero blanda, de superficie lisa y húmeda.<sup>(2)</sup>

\***Queratosis**: Espesamiento moderado o importante de la capa córnea; puede ser circunscrita o callosidad; regional o generalizada.<sup>(2)</sup>

\***Atrofia**: Disminución de una o varias capas de la piel y sus anexos.<sup>(2)</sup>

\***Esclerosis:** Formación difusa de tejido conectivo en la dermis, que ocasiona desaparición de anexos cutáneos; da un endurecimiento parcial o total de la piel.<sup>(2)</sup>

\***Cicatriz:** reparación de una solución de continuidad mediante la formación de tejido conectivo fibroso; es de origen traumático o inflamatorio. Puede ser hipertrófica o queloide.<sup>(2)</sup>

\***Liquenificación:** Engrosamiento de las capas de la epidermis; se traduce por piel gruesa con aumento de los pliegues cutáneos y exageración de los mismos. Puede ser primaria o secundaria, e indica rascado prolongado.<sup>(2)</sup>

\***Neoformación o tumor:** Lesión que tiende a crecer y persistir; por lo general es elevado, de forma, color y tamaño variables; puede estar ulcerada.<sup>(2)</sup>

\***Comedón:** Es un tapón de queratina.<sup>(2)</sup>

\***Surco o túnel:** Lesión lineal, recta o tortuosa, ligeramente elevada, de color grisáceo o eritematoso.<sup>(2)</sup>

\***Fístula:** Trayecto que comunica dos cavidades, o una cavidad con el exterior.<sup>(2)</sup>

\***Infiltración:** Lesión eritematosa o violácea, levantada, que puede ser localizada o difusa.<sup>(2)</sup>

\***Placa:** Término que describe un conjunto de lesiones.<sup>(2)</sup>

Las enfermedades cutáneas se manifiestan por la presencia de una o más lesiones elementales<sup>(1)</sup>, y estas se presentan con frecuencia variable, dependiendo de la edad, sexo, labores que se desempeñan, o enfermedades asociadas. Por ejemplo, tenemos que las *dermatitis seborreicas* son más frecuentes en pacientes HIV positivos, e inmunodeprimidos.<sup>(4,8)</sup> Las *queratosis seborreicas* son más frecuentes en pacientes mayores de 40 años, en zonas expuestas al sol<sup>(4)</sup>. Las pericondritis pueden deberse a traumatismos abiertos o cerrados a nivel del pabellón auricular, a otitis externas o a cuerpos extraños (agujas de acupuntura por ejemplo), y rara vez se relacionan con otitis externa necrotizante o con alteraciones inmunológicas.<sup>(4,5,10,11)</sup> Las Otitis externas, solo un 3 a 10% de la población llegan a padecerlas, y de estas, solo un 10% llegan a ser micóticas.<sup>(4)</sup> Las neoplasias del pabellón son cerca del 6% de todos los cánceres de piel, se presentan generalmente en pacientes ancianos, con antecedente de exposición al sol; los más comunes son el CA de células basales y el CA de células escamosas. Con menor frecuencia se presentan los

melanomas, neoplasias glandulares con origen en las glándulas ceruminosas, CA adenoideoquístico, adenocarcinomas y sarcomas.<sup>(4,6,7)</sup> Otra entidad muy rara es la papilomatosis de oído externo, que generalmente se asocia a rituales culturales de limpieza mecánica y rasurado del conducto auditivo externo, con instrumentos que son utilizados en múltiples ocasiones sin previa esterilización, y que pueden ser el vehículo por el cual se lleve a cabo la inoculación viral (población del sureste de China).<sup>(9)</sup>

Es muy importante realizar una evaluación adecuada de cada paciente, empezando por un interrogatorio completo y posteriormente un análisis exhaustivo de la lesión, por observación (directa, y por microscopía), palpación de la misma, y realización de raspado, punción y/o biopsia de la misma, para llegar al diagnóstico certero, para que puedan ser tratadas en forma adecuada y evitar complicaciones, como sobreinfección bacteriana, que haga más complicado su manejo y pueda causar secuelas permanentes. (Vgr. Una infección, laceración, o contusión del pabellón o tercio externo de conducto auditivo externo pueden causar una pericondritis, que de no ser tratada debidamente, o de no responder a un tratamiento adecuado, puede producir deformaciones que van de leves a severas del pabellón auricular, o estenosis del conducto auditivo externo). Otra posibilidad es que el paciente presente una lesión aislada, como manifestación de una enfermedad generalizada, la cual sea tratada como lesión única, sin investigar con detenimiento el caso, y por lo tanto no se llega al diagnóstico correcto, y no se instala tempranamente el tratamiento, como puede suceder en los casos de Impetigo contagioso.<sup>(1,4,10)</sup>



## CAPITULO 2

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la frecuencia de las diferentes enfermedades dermatológicas de oído externo?

## **OBJETIVOS**

Conocer la frecuencia de presentación, de las diferentes enfermedades dermatológicas de oído externo.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**



## CAPITULO 3

## **MATERIAL, PACIENTES, MÉTODOS:**

### **DISEÑO DEL ESTUDIO:**

Prospectivo, transversal, observacional, descriptivo.

### **UNIVERSO DE TRABAJO:**

Pacientes recibidos en el departamento de Otorrinolaringología en 8 meses, de Mayo de 1999 a Diciembre de 1999.

### **DESCRIPCIÓN DE VARIABLES:**

- **Independientes:** Se estudiarán todo tipo de enfermedades dermatológicas de oído externo
- **Dependientes:** Frecuencia de cada una de las lesiones, y cual es la más frecuente de todas ellas.

### **SELECCIÓN DE LA MUESTRA:**

- **Tamaño de la muestra:** 25 pacientes.
- **Criterios de selección:**

*Criterios de inclusión:* Pacientes con lesiones dermatológicas de oído externo, mayores de 18 años, de ambos sexos.

### **PROCEDIMIENTOS**

- Toma de muestra (raspado ó biopsia) de lesión para análisis micológico, bacteriológico, y/o anatomopatológico.
- Toma de iconográfica.

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO:**

Se emplea estadística descriptiva, cuyos valores se observan en la sección de resultados.

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS:**

A todos los pacientes se les pedirá su consentimiento para la toma de muestra de la lesión, así como de iconográfica. <sup>(anexo 2)</sup>

### **RECURSOS PARA EL ESTUDIO:**

Otorrinolaringólogo, Dermatólogo, cámara fotográfica, bisturí, pinza de caimán, cucharilla de cerumen, laminillas (portaobjeto), microscopio.

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:**

El estudio se realizará a partir del mes de mayo de 1999 hasta Diciembre del mismo año, viendo pacientes en la consulta externa de Otorrinolaringología, aproximadamente 1 por semana. El día de la primera consulta se les tomará muestra, e iconográfica, y se establecerá el diagnóstico.

⋮  
⋮  
⋮  
⋮



---

## CAPITULO 4

## RESULTADOS

Se revisaron un total de 25 pacientes que reunían los criterios de inclusión, de los cuales 5 presentaron tumores malignos, 2 presentaron tumores benignos, 4 presentaron patología de origen desconocido y el resto presentaron patologías de origen infeccioso; como se muestra en la tabla No. 1.

TABLA No. 1

| TIPO                           | NUMERO | SUBTOTAL |
|--------------------------------|--------|----------|
| <b>BENIGNOS</b>                |        |          |
| PAPILOMA                       | 1      |          |
| NEUROFIBROMATOSIS              | 1      | 2        |
| <b>MALIGNOS</b>                |        |          |
| CARCINOMA EPIDERMÓIDE          | 2      |          |
| CARCINOMA BASOCELULAR          | 2      |          |
| CARCINOMA<br>ADENOIDEOQUÍSTICO | 1      | 5        |
| <b>ORIGEN INFECCIOSO</b>       |        |          |
| OTITIS EXTERNA                 | 12     |          |
| PERICONDRITIS                  | 2      | 14       |
| <b>ORIGEN DESCONOCIDO</b>      |        |          |
| DERMATITIS SEBORREICA          | 4      | 4        |

Respecto a la localización, los tumores malignos se localizaron con mayor frecuencia en el pabellón auricular, la patología infecciosa fue más frecuente en el conducto auditivo externo, la de origen desconocido en pabellón auricular, y de los tumores benignos, uno afectó solo el conducto

auditivo externo y el otro pabellón y conducto, como manifestación de una enfermedad sistémica, tal como se resume en las tabla 2.

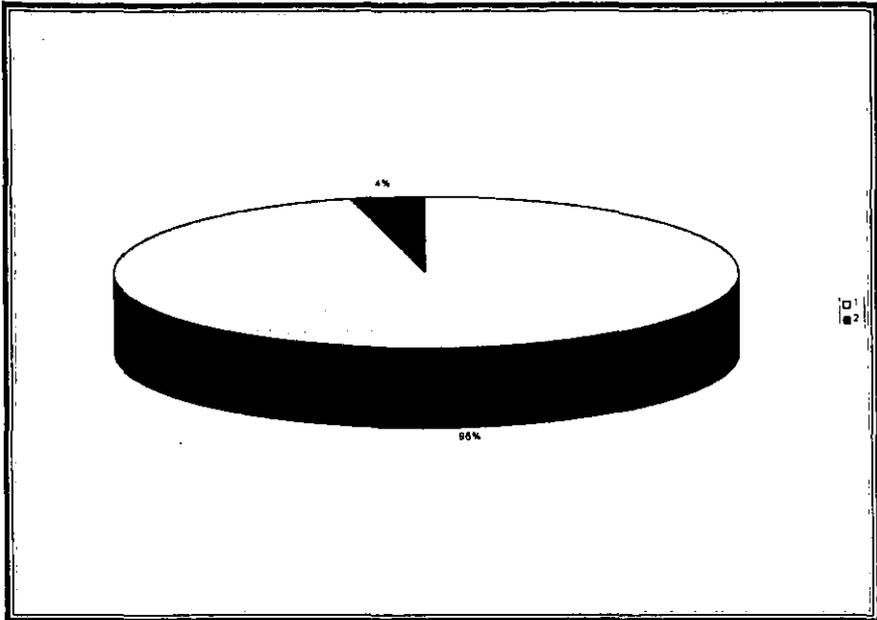
**TABLA 2**

| <b>ETIOLOGIA</b>                               | <b>AFECCIÓN A<br/>PABELLÓN<br/>AURICULAR</b> | <b>AFECCIÓN A<br/>CONDUCTO<br/>AUDITIVO EXTERNO</b> | <b>AFECCIÓN DE<br/>AMBOS</b> |
|--|--|---|------------------------------|
| <b>TUMORES<br/>MALIGNOS</b>                    | <b>4</b>                                     | <b>1</b>  | <b>0</b>                     |
| <b>TUMORES<br/>BENIGNOS</b>                    | <b>0</b>                                     | <b>1</b>  | <b>1</b>                     |
| <b>PATOLOGÍA<br/>INFECCIOSA</b>                | <b>2</b>                                     | <b>12</b>   | <b>0</b>                     |
| <b>PATOLOGÍA DE<br/>ORIGEN<br/>DESCONOCIDO</b> | <b>4</b>                                     | <b>0</b>  | <b>0</b>                     |

De las manifestaciones dermatológicas encontradas en oído externo, en un paciente formaba parte de enfermedad sistémica (4%), y en el resto se presentaron como lesiones localizadas (96%).

Gráfica 1.

GRÁFICA 1





---

## CAPITULO 5

---

---

## DISCUSIÓN

Como podemos observar, la mayoría de las lesiones encontradas fueron de origen infeccioso, seguidas por las de origen maligno, las cuales ocuparon un porcentaje importante a pesar de que nuestro servicio no sea oncológico, de aquí, la importancia de realizar un diagnóstico certero y oportuno, ya que de eso depende su pronóstico.

En nuestro estudio, la manifestación dermatológica más frecuente en oído externo fue la otitis externa siendo el 48%, seguido por tumores malignos en un 20%, dermatitis seborreica en un 16%, tumores benignos 8%, y pericondritis 8%.

Dentro de los tumores malignos, el carcinoma epidermoide y el basocelular se presentaron con la misma frecuencia, 40% cada uno, y el carcinoma adenoideoquístico que es muy raro, ocupó un 20%.



---

## CAPITULO 6

---

---

## CONCLUSIONES

- ❖ La Otitis externa es la patología más frecuente en nuestro servicio.
- ❖ Las Neoplasias malignas fueron más frecuentes que las benignas.
- ❖ Dentro de las neoplasias malignas, el carcinoma epidermoide y el basocelular fueron más frecuentes que el adenoideoquístico.
- ❖ Es muy importante realizar un diagnóstico clínico temprano, y corroborarlo histopatológicamente.
- ❖ La mayoría de las lesiones en oído externo son aisladas.
- ❖ En nuestro estudio solo un caso fue manifestación de enfermedad sistémica.
- ❖ Todos los tumores malignos se trataron en conjunto con el servicio de Oncología.
- ❖ Todas las lesiones dermatológicas benignas y de origen desconocido, se trataron en conjunto con el servicio de Dermatología.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Franck E. Lucente, William Lawson, Nelson Lee Novick. THE EXTERNAL EAR, W.B. Saunders company, 1996. Pp. 25-39.
2. Dr. Roberto Arenas. DERMATOLOGÍA. Atlas, diagnóstico y tratamiento. McGRAW-HILL-INTERAMERICANA. 2da. Edición 1996. Pp. 8-10.
3. Dr. Amado Saúl. LECCIONES DE DERMATOLOGÍA. Méndez Editores. 13ª. Edición 1993. Pp. 33-39.
4. Biron J. Bailey, Jonas T. Johnson. HEAD & NECK Surgery Otolaryngology. Lippincott 1993. Pp. 7-8, 1544-55, 1567-68.
5. Paparella, Shumrick, Gluckman, Meyerhoff. OTORRINOLARINGOLOGÍA. Panamericana, 3ª. Edición 1994. Tomos I y II. Pp. 26-27, 1454-72.
6. K. J. Lee. LO ESENCIAL EN OTORRINOLARINGOLOGÍA. Appleton & Lange. 1ª. Edición en español 1995. Pp. 1-24.
7. J. R. Escajadillo. OIDOS, NARIZ , GARGANTA Y C.C.C. Manual Moderno, 1991. Pp. 11-12, 57-73.
8. M.E. Parry and G.R. Sharpe. Br. Journal of Dermatology 1998; 139:254-63. Seborrheic dermatitis is not caused by an altered immune response to *Malassezia yeast*.
9. R.L. Blair, F.R.C.S., B.S. Irani, C Low, M.B., Ch. B. The Journal of Laryngology and Otolology June 1998, Vol. 112, pp.565-66. Aural papillomatosis.
10. Norman Levine, MD. Geriatrics, September 1996 Vol.51 No.9 pp.22. Painful papules on the ear
11. R. Indudharan, M.S. Dip., N.B., T. Arni, M. Path, K.K. Myint, M.Sc., N. Jackson. M.R.C.P. The Journal of Laryngology and Otolology June 1998, Vol.112, pp. 592-594. Lymphoblastic lymphoma/leukemia presenting as perichondritis of the pinna.

**ANEXO 1**  
**HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**1. INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

**2. ANTECEDENTES IMPORTANTES**

Ocupación: \_\_\_\_\_

Enfermedades Infecto-contagiosas: \_\_\_\_\_

Enfermedades crónico-degenerativas: \_\_\_\_\_

**3. DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. MÉTODO DIAGNÓSTICO EMPLEADO**

Clínico

Cultivo

Raspado

Biopsia

Biopsia excisional

**5. HALLAZGOS**

\_\_\_\_\_

**6. RESULTADOS**

\_\_\_\_\_

**7. DIAGNÓSTICO**

\_\_\_\_\_

ANEXO 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: LESIONES  
DERMATOLÓGICAS DE OÍDO EXTERNO

Registrado ante el comité local de investigación con el número: \_\_\_\_\_

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: \_\_\_\_\_

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio, y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre, matrícula y firma del investigador  
principal

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Testigo

# FOTOGRAFÍAS

Anexo 3



Dermatitis seborreica de región posterior de lóbulo (Foto 1). Posterior a tratamiento con crioterapia (Foto 2)



Dermatitis seborreica de pabellón auricular (Foto 3)



Carcinoma Epidermoide de concha, con infiltración de tejidos blandos de pabellón. (Foto 4).



Pericondrítis de pabellón auricular. (Foto 5).



Carcinoma Epidermoide de trago (Foto 6).



Papiloma de Conducto auditivo externo. (Foto 7).



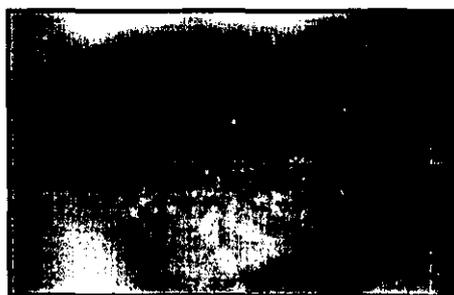
**Neurofibromatosis, que involucra conducto auditivo externo y pabellón auricular (Foto 8).**



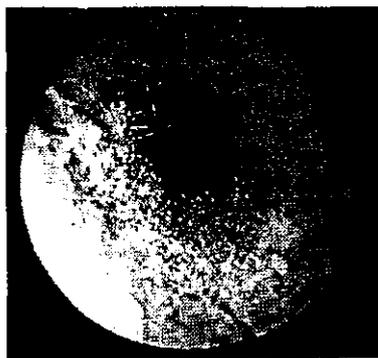
**Carcinoma basocelular de pabellón auricular (Foto 9).**



**Carcinoma basocelular de pabellón auricular (Foto 10).**



**Carcinoma Adenoideoquistico de conducto auditivo externo (Foto 11).**



**Otitis Externa por Aspergillus (Foto 12).**