

Casos Clínicos

Fascitis nodular de oído externo. Reporte de caso

Nodular fasciitis of the external ear. Case report

Fascite nodular do ouvido externo. Relato de caso

Dr. Luciano Merino⁽¹⁾, Dr. Martín Daniel Szekely⁽¹⁾, Dr. Esteban Bercellini⁽¹⁾

Resumen

La fascitis nodular es una lesión benigna que puede originarse del tejido subcutáneo, fascia o músculo de cualquier parte del cuerpo, principalmente el antebrazo o el tronco. En la cabeza y el cuello es menos frecuente y no suele considerarse como diagnóstico diferencial. La literatura describe como uno de los sitios más raros de aparición al oído externo.

Se presenta un caso de una paciente de 39 años que consultó por una lesión tumoral de oído externo compatible con fascitis nodular, la cual fue resuelta quirúrgicamente.

Palabras clave: fascitis nodular, oído externo, tumor benigno.

Abstract

Nodular fasciitis is a benign tumor that may originate from subcutaneous tissue, fasciae, or muscle from any part of the body, usually forearm or trunk. It is less frequent in the head and neck regions, and it isn't usually considered as differential diagnosis. Among the rare sites of origin, the literature describes the external ear.

The case of a 39-year-old patient that consulted because of an external ear tumor compatible with nodular fasciitis, is presented. It was surgically solved.

Keywords: nodular fasciitis, external ear, benign tumor.

Resumo

A fascite nodular é uma lesão benigna que se pode originar do tecido subcutâneo, fascia ou músculo de qualquer parte do corpo, principalmente do antebraço ou do tronco. Na cabeça e pescoço é menos frequente e geralmente não é considerado como diagnóstico diferencial. Dentre os locais mais raros

de aparecimento, é descrito na literatura o ouvido externo.

Apresenta-se o caso de uma paciente de 39 anos que consultou por uma lesão tumoral de ouvido externo compatível com fascite nodular e que foi resolvida cirurgicamente.

Palavras-chave: fascite nodular, ouvido externo, lesão benigna.

Introducción

La fascitis nodular es una lesión que fue descrita originalmente en 1955 como «fibrosis pseudosarcomatosa» por la confusión clínica que genera con un sarcoma, tanto por su aspecto como por su rápido crecimiento, a pesar de ser una lesión benigna⁽¹⁾.

La fascitis nodular puede originarse del tejido subcutáneo, fascia o músculo de cualquier parte del cuerpo, principalmente del antebrazo o el tronco. En la región de cabeza y cuello es raro y no suele considerarse como diagnóstico diferencial. La literatura describe entre los sitios menos frecuentes de aparición al oído externo.

En el actual reporte se presenta un caso de fascitis nodular en el oído externo.

Caso clínico

Paciente femenina de 39 años, sin antecedentes de relevancia, que consultó por tumoración a nivel del pabellón auricular derecho (figura 1). La paciente refería un crecimiento de menos de 2 meses de evolución, asociado a hipoacusia. Sin episodios de sangrado de la lesión ni de dolor. Aseguraba no tener antecedentes de traumatismo ni lesiones óticas preexistentes. Refería el hábito de uso de hisopos.

⁽¹⁾ Servicio de Otorrinolaringología. Hospital de Clínicas «José de San Martín», CABA, Argentina.

Mail de contacto: lucianodmerino@gmail.com

Fecha de envío: 25 de enero de 2023 - Fecha de aceptación: 25 de julio de 2023.



Figura 1. Lesión tumoral en oído externo. Primera consulta de la paciente

A la inspección, la lesión era de aspecto sarcomatoide con escasa secreción hialina superficial, de, aproximadamente, 3 centímetros de diámetro, sin eritema perilesional. A la palpación, indolora y de consistencia duro-elástica; impresionaba implantada al piso del conducto auditivo externo y ocultaba la membrana timpánica. La anatomía del oído izquierdo era normal. La paciente no presentaba adenopatías cervicales palpables.

Se realizó con una tomografía computada (TC) sin contraste en la cual se constató en la imagen una densidad de partes blandas ocupando la totalidad del conducto auditivo externo y concha auricular derecha, contactando la membrana timpánica. No se evidenciaron erosiones óseas ni alteraciones del oído medio.

En la resonancia magnética (RM) con gadolinio, se identificó en una imagen que captaba contraste endovenoso ocupando la totalidad del conducto auditivo externo y la concha auricular derecha (secuencia T1 con gadolinio). Los cartílagos del oído externo impresionaban íntegros, con un realce laminar con contraste del piso cartilaginoso del conducto auditivo externo. La lesión respetaba el oído medio (figura 2).

Se realizó una biopsia bajo anestesia local, resecaando la mayor parte de la lesión, a excepción de su sitio de implantación a nivel de la piel inferior del

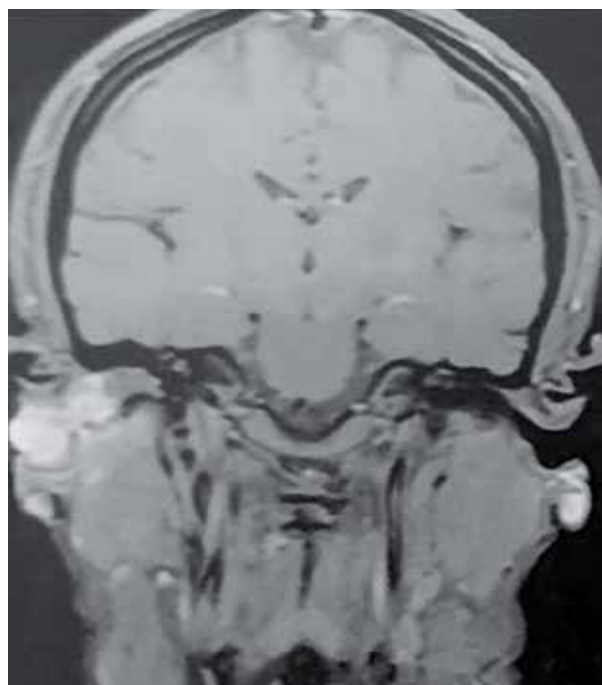


Figura 2. Resonancia magnética con gadolinio, corte coronal. La lesión capta gadolinio, contacta al cartilago del conducto auditivo externo e impresiona rodearlo

tercio lateral del conducto auditivo externo. En el mismo procedimiento, se pudo constatar la indemnidad del tímpano al igual que de la piel de las paredes del conducto auditivo externo.

Pese al uso de corticoides tópicos, la lesión recidivó 3 semanas después con dimensiones similares a las del inicio.

La anatomía patológica informó una proliferación miofibroblástica y mixoide. Inmunohistoquímica con positividad focal con AML (actina de músculo liso). Negativa con S100 y CD10.

Se decidió realizar una cirugía bajo anestesia general, resecaando la lesión y la piel del sitio comprometido, por plano subpericóndrico con márgenes. Se constató que la lesión comprometía el cartílago del piso del tercio lateral del conducto auditivo externo, el cual fue resecaado. No se evidenció compromiso de las partes blandas circundantes al cartílago. Debido a la escasa resección de la piel del conducto se optó por una cicatrización por segunda intención con colocación seriada de gasas furacinadas.

En los sucesivos controles, y con adyuvancia de corticoides, presentó una buena evolución posoperatoria. La epitelización fue completa, sin evidencia de recidiva de la lesión a los 6 meses y resolución de la hipoacusia (figura 3). La anatomía patológica por diferido arrojó como resultado: fascitis nodular.



Figura 3. Endoscopia control a las 6 semanas del posoperatorio. Se observa el sitio de la lesión reepitelizado

Discusión

La fascitis nodular puede originarse del tejido subcutáneo, fascia o músculo de cualquier parte del cuerpo, principalmente el antebrazo o el tronco. En cabeza y cuello, es raro y no suele considerarse como diagnóstico diferencial.

En el estudio más exhaustivo de fascitis nodular auricular hasta la fecha, de Thompson et al.(2), se describieron 50 pacientes. Tuvieron una media de edad de aparición de 27,4 años (1 a 76 años) y un tamaño de 1,9 cm de diámetro promedio. El tiempo de evolución previo a la consulta fue en promedio de 5 meses. Del total de pacientes, 6 tuvieron lesiones iniciales a nivel del conducto auditivo externo, de los cuales la mitad refería haber usado hisopos previamente, al igual que la paciente presentada.

Síntomas de dolor, aparición de sangrado o ulceraciones de la lesión se hallaron en una minoría de pacientes; el actual caso no tuvo esta signosintomatología.

Según este mismo estudio, la fascitis nodular ótica solo representó el 1,5% de 3930 fascitis nodulares de todo el cuerpo humano, con un seguimiento de 20 años. Según Thompson et al., en este sitio hay una recidiva del 9,3%, mientras que en otros sitios es del 1-2%. Estas recidivas se dan, generalmente, en los primeros meses y ello se debería a una resección incompleta de la lesión en el oído externo.

En el oído, estos tumores se originan predominantemente en la dermis, a diferencia de otros sitios anatómicos. En menor medida son de origen subcutáneo y, aún más raro, en la fascia. Al igual que con la paciente presentada, en algunos casos los ana-

tomopatólogos no han logrado determinar la capa anatómica específica de origen (14%).

En el estudio de Thompson et al.(2), se tuvo un diagnóstico inicial distinto a fascitis nodular en el 75% de los casos. En el 23% de los casos este diagnóstico distinto fue considerado maligno, incluyendo: dermatofibrosarcoma protuberans, fibrosarcoma, leiomioma y histiocitoma fibroso maligno. La subsiguiente realización de inmunohistoquímica o discusión de casos entre anatomopatólogos, llevó al diagnóstico definitivo de fascitis nodular. En el presente caso la biopsia inicial, pese a no ser suficiente para asegurar un diagnóstico específico de fascitis nodular, fue suficiente para orientar el diagnóstico a un tumor benigno de características miofibroblásticas y mixoides.

Liu et al. describieron un caso en el que un paciente pediátrico de 17 meses de edad recibió quimioterapia por un diagnóstico inicial de fibrosarcoma. Tras la resección completa de la lesión se diagnosticó el caso como fascitis nodular(3).

Hay consenso en la literatura acerca de la necesidad de resolución quirúrgica de la lesión, con su resección completa para evitar recidivas locales. En caso de recidiva local, se considera que hubo una escisión incompleta del tumor o debe reconsiderarse otro diagnóstico diferencial. De todas formas, en algunos casos con biopsias incisionales se logró una posterior resolución espontánea de este tipo de tumoración(4).

El abordaje quirúrgico depende de la ubicación de la lesión y la infiltración de planos profundos. Pese a que en el caso expuesto se utilizó un abordaje endomeatal, fueron descritos en la literatura abordajes preauriculares(5) y retroauriculares(6). La reconstrucción posoperatoria del defecto varía según cada caso, pudiendo utilizarse colgajos de avance o injertos de piel.

Pese a que algunos autores propusieron la etiología inflamatoria o traumática de la fascitis nodular, esto no se encuentra comprobado fehacientemente(2). En algunos casos se utilizaron corticoides intralesionales con éxito(7). Otros reportes de caso no tuvieron el mismo éxito con triamcinolona intralesional(8). En el caso presentado, el uso tópico de corticoides no previno el rápido crecimiento del remanente lesional tras la biopsia inicial.

Conclusión

La fascitis nodular debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial de lesiones de rápido creci-

miento del oído externo. Debe confirmarse histopatológicamente y debe ser resuelta en forma quirúrgica.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Bibliografía

1. Konwaler BE, Keasbey L, Kaplan L. Subcutaneous pseudo-sarcomatous fibromatosis (fasciitis). *Am J Clin Pathol.* 1955 Mar; 25(3): 241-52.
 2. Thompson LD, Fanburg-Smith JC, Wenig BM. Nodular fasciitis of the external ear region: a clinicopathologic study of 50 cases. *Ann Diagn Pathol.* 2001; Aug; 5(4): 191-8.
 3. Liu X, Li X. Nodular Fasciitis in the Cavity of Auricular Concha: A Case Report. *Ear Nose Throat J.* 2021 Apr 8: 1455613211006006.
 4. Nishi SP, Brey NV, Sanchez RL. Dermal nodular fasciitis: three case reports of the head and neck and literature review. *J Cutan Pathol.* 2006 May; 33(5): 378-82.
 5. Della Volpe A, Festa P, Varricchio AM, Russo C, Covelli EM, Bifano D, et al. Diagnosis and Treatment of Nodular Fasciitis of Ear Region in Children: A Case Report and Review of Literature. *Healthcare (Basel).* 2022 Oct 7; 10(10): 1962.
 6. Barbot C, Brown J, Siegel B. Nodular fasciitis of the ear: A case report and literature review. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Case Reports.* 2019; 24: 100664.
 7. Graham BS, Barrett TL, Goltz RW. Nodular fasciitis: response to intralesional corticosteroids. *J Am Acad Dermatol.* 1999 Mar; 40(3): 490-2.
 8. Tay YK, Tan SH. A subcutaneous nodule on the face. *Pediatr Dermatol.* 2000 Nov-Dec; 17(6): 487-9.
-