

eccema numular, enfermedad de Bowen y menos frecuentemente con liquen-escleroso y atrófico o liquen simple crónico. El diagnóstico diferencial histológico debe realizarse con otras neoplasias que ocupan la epidermis y están constituidas por células de citoplasma claro y de distribución dispersa; principalmente melanoma de extensión superficial o lentigo maligno, en cuyo caso los marcadores epiteliales resultarían negativos y los marcadores melanocíticos positivos (S-100, Melan-A, HMB-45, etc.). Se puede utilizar el P63, para diferenciar la EPEM de la variante pagetoide de la enfermedad de Bowen⁴⁻⁸.

En general la EPEM presenta únicamente agresividad local. En caso de EPEM avanzada o metastásica⁷ está indicado un tratamiento con quimioterapia sistémica^{5,7,9}.

La cirugía es el tratamiento de elección en la EPEM^{2,3}. Sin embargo, las tasas de recidiva son altas a pesar de realizar exéresis con amplios márgenes quirúrgicos. Esto es debido probablemente a la naturaleza multifocal de la enfermedad, así como al compromiso de piel aparentemente no afecta. Las tasas de recidiva son más altas en los casos de enfermedad invasiva^{5,7}. La resección mediante cirugía micrográfica de Mohs mejora las tasas de curación, aunque no impide la recurrencia. La radioterapia puede ser útil como terapia adyuvante en pacientes con alto riesgo de recidivas⁹.

Dado que la EPEM se presenta en forma parcheada y a menudo se extiende más allá del tumor clínicamente visible, la terapia fotodinámica puede ser un tratamiento útil. Son susceptibles de este tratamiento los pacientes con afectación intraepitelial, en los que la cirugía es de alto riesgo o aquellos con riesgo elevado de morbilidad debido a la ubicación anatómica de la enfermedad. No obstante, dado el escaso número de estudios y publicaciones de casos tratados con esta técnica, solo debe emplearse si otras aproximaciones no son factibles.

Presentamos el tercer caso de EPEM con afectación de la cara (región fronto-temporal). Recordamos la necesidad de considerar esta entidad entre las lesiones que simulan otras dermatosis y cuyo diagnóstico inmunohistoquímico requiere incluir los marcadores habituales de los tumores de mama. Es el primer caso tratado con terapia fotodinámica con remisión completa temporal, por lo que puede constituir una buena opción terapéutica en situaciones de afectación

exclusivamente intraepidérmica y de difícil abordaje quirúrgico.

Bibliografía

1. Crocker HR. Paget's disease affecting the scrotum and penis. *Trans Pathol Soc Lond.* 1888;40:187-91.
2. Chilukuri S, Page R, Reed JA, Friedman J, Orengo I. Ectopic extramammary Paget's disease arising on the cheek. *Dermatol Surg.* 2002;28:430-3.
3. Cohen MA, Hanly A, Poulos E, Goldstein GD. Extramammary Paget's disease presenting on the face. *Dermatol Surg.* 2004;30:361-3.
4. Liegl B, Gogg-Kamere M, Tessaro B, Horn LC, Moinfar F. Mammary and extramammary Paget's disease: an immunohistochemical study 83 cases. *Histopathology.* 2007;50:430-47.
5. Miyamoto A, Akasaka K, Oikawa H, Akasaka T, Masuda T, Maesawa C. Immunohistochemical study of Her2 and TUBB3 proteins in extramammary Paget disease. *Am J Dermatopathol.* 2010;32:578-85.
6. Van Der Putte SCJ. Clear cells of Tokier in the developing anogenital region of male and female fetuses. *Am J Dermatopathol.* 2011;33:811-8.
7. Plaza JA, Torres-Cabal C, Ivan D, Prieto VG. Her2/neu expression in extramammary Paget disease: a clinicopathologic and immunohistochemical study of 47 cases with and without underlying malignancy. *J Cutan Pathol.* 2009;36:729-33.
8. Sawada Y, Bito T, Kasbashima R, Yoshiki R, Hino R, Nakamura M, et al. Ectopic extramammary Paget's disease: case report and literature review. *Acta Derm Venereol.* 2010;90:502-5.
9. Takahagi S, Noda H, Kamegashira A, Madakoro N, Hori I, Shindo H. Metastatic extramammary Paget's disease treated with paclitaxel and trastuzumab combination chemotherapy. *J Dermatol.* 2009;36:457-61.

A. Córdoba^{a,*}, M.E. Iglesias^b, I. Rodríguez^a y J.I. Yanguas^b

^a Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^b Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: acordobi@cfnavarra.es (A. Córdoba).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.06.010>

Tablillas termoplásticas (Aquaplast®) como tratamiento compresivo en el pseudoquiste auricular

Compression Treatment of Auricular Pseudocyst With Thermoplastic Splinting (Aquaplast®)

El pseudoquiste auricular, o también conocido como condromalacia quística idiopática benigna, es una patología poco frecuente que afecta típicamente a varones jóvenes sin comorbilidades asociadas. Es muy frecuente la recidiva a los pocos días tras la evacuación del contenido líquido^{1,2}.

Presentamos un caso clínico de nuestro Servicio en el cual se realizó compresión con tablilla termoplástica (Aquaplast®) tras la evacuación para evitar su reaparición, tratándose de una técnica sencilla y con un buen resultado estético.

Un varón de 27 años, sin comorbilidades asociadas, que practica boxeo utilizando casco de manera habitual, presenta una lesión nodular en el pabellón auricular derecho, de consistencia líquida y no dolorosa de varios meses de evolución (fig. 1). Refería evacuaciones anteriores con una jeringa con remisión completa, pero con recidiva a las pocas semanas. Se planteó el diagnóstico de pseudoquiste auricular y se practicó una evacuación parcial con toma de biopsia. En el estudio histológico se pudo observar un espacio intracartilaginoso cuyas paredes estaban



Figura 1 Se observa una lesión nodular en el borde superior del pabellón auricular, que a la palpación es de consistencia blanda.

revestidas de cartílago degenerado más eosinófilo y fibrosis pericondral, que confirmó el diagnóstico de pseudoquistes auricular.

Se decidió el tratamiento quirúrgico mediante la evacuación del contenido líquido con sacabocado y posterior compresión utilizando una tablilla termoplástica (Aquaplast®) a ambos lados y realizando una sutura transpabellón a modo de botón. La tablilla termoplástica (fig. 2 A) debe calentarse antes, siendo de esta manera moldeable. Tras unos segundos de calentamiento se coloca en la zona, ajustando con los dedos la silueta del pabellón auricular, a un lado y al otro (figs. 2 B y C) procediendo luego al fijado mediante puntos de sutura trasapando todo el espesor del pabellón auricular, a modo de botón (fig. 2 D). Tras unos

minutos la tablilla será sólida y habrá adquirido la forma idónea adaptada a la anatomía del pabellón, ejerciendo una presión mantenida a un lado y al otro (fig. 3).

La tablilla y los puntos de sutura fueron retirados a los 10 días tras la intervención, sin ocasionarle molestias al paciente ni signos de inflamación. En la actualidad, tras un año de seguimiento, el paciente no ha sufrido ninguna recidiva.

Revisando la literatura el pseudoquiste auricular recidiva prácticamente en el 100% de los casos a los 4-5 días si se realiza tan solo evacuación del contenido líquido³. Mediante la infiltración posterior de corticoides hasta el 50% de los casos vuelven a aparecer, con el riesgo además de provocar una deformidad en el pabellón auricular de manera irreversible^{4,5}. En muchos artículos se utilizan tras la evacuación múltiples materiales para la compresión posterior, desde gases compactas hasta botones de ropa realizando sutura a un lado y a otro⁶. Mediante la utilización de la tablilla termoplástica se realiza una compresión ajustada y cómoda. Este material está compuesto de yeso y es ampliamente utilizado en cirugía plástica en las intervenciones rinofaciales, y también se ha descrito su uso en cirugía dermatológica tras la colocación de injerto cutáneo para la estabilidad y compresión del mismo⁷. En la literatura Salgado et al. ya describieron su uso en el tratamiento quirúrgico del pseudoquiste auricular⁸. Es de fácil utilización, se debe calentar unos segundos antes de la colocación y de esta manera adquiere una consistencia elástica y moldeable, permitiendo ajustarlo a la anatomía de la zona y después suturar. Pasados unos minutos se enfría y adquiere una consistencia sólida, aplicando una compresión firme y adaptada perfectamente a la forma de la anatomía de la zona a tratar.

En conclusión, el uso de tablillas termoplásticas para tratar el pseudoquiste auricular es un procedimiento sencí-



Figura 2 A. Tablilla termoplástica de grosor 1,6mm antes de colocar en recipiente con agua caliente. B. Tablilla recortada ajustándola al tamaño. C. Colocación de la tablilla a un lado y al otro del pabellón auricular; compresión manual durante unos segundos hasta la solidificación de la tablilla a modo de férula. D. Sutura transpabellón auricular, a un lado y al otro a modo de botón.



Figura 3 Resultado final tras la fijación de la tablilla a ambos lados del pabellón auricular.

llo que, utilizando un material de fácil adquisición, podría reducir las frecuentes recidivas evitando el uso de otros métodos de compresión más elaborados o técnicas más agresivas.

Bibliografía

1. Ichioka S, Yamada A, Ueda K, Harii K. Pseudocyst of the auricle: case reports and its biochemical characteristics. *Ann Plast Surg.* 1993;31:471-4.

2. Hoffmann TJ, Richardson TF, Jacobs RJ, Torres A. Pseudocyst of the auricle. *J Dermatol Surg Oncol.* 1993;19:259-62.
3. Glamb R, Kim R. Pseudocyst of the auricle. *J Am Acad Dermatol.* 1984;11:58-63.
4. Harder MK, Zachary CB. Pseudocyst of the ear. Surgical treatment. *J Dermatol Surg Oncol.* 1993;19:585-8.
5. Miyamoto H, Oida M, Onuma S, Uchiyama M. Steroid injection therapy for pseudocyst of the auricle. *Acta Derm Venereol.* 1994;74:140-2.
6. Göktay F, Aslan C. Successful treatment of auricular pseudocyst with clothing button bolsters alone. *J Dermatolog Treat.* 2011;22:285-7.
7. Meads SB, Greenway HT, Eaton JS. Surgical pearl: thermoplastic bolster dressing for full-thickness skin grafts. *J Am Acad Dermatol.* 2006;54:152-3.
8. Salgado CJ, Hardy JE, Mardini S, Dockery JM, Matthews MS. Treatment of auricular pseudocyst with aspiration and local pressure. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2006;59:1450-2.

S. Kindem*, O. Sanmartin, C. Serra-Guillén y C. Guillén

Servicio de Dermatología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sabrinakindem@hotmail.com (S. Kindem).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.07.010>