

DERMATOSES DO PAVILHÃO AURICULAR

Autores

Aloísio Gamonal ¹
Pedro Robson Boldorini ²
Shirley Gamonal ³

RESUMO

Apresentamos uma atualização sobre as dermatoses que ocorrem no pavilhão auricular. Propomos uma classificação em sete grupos e realizamos uma sucinta descrição clínica de cada uma das 84 entidades catalogadas, de forma didática, com a finalidade de auxiliar o médico, sobretudo o clínico geral, o dermatologista e o otorrinolaringologista, no diagnóstico de tais patologias.

UNITERMOS

Pavilhão Auricular, orelha, clínica e classificação dermatoses.

1 - Professor Adjunto de Dermatologia da Faculdade de Medicina da UFJF.

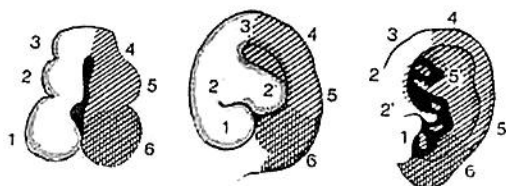
2 - Graduando em Medicina pela UFJF.

3 - Médica Dermatologista.

O sistema condutor do som deriva do aparelho branquial, sendo que os primeiros sinais do ouvido externo e médio são notados no embrião de quatro semanas, onde três arcos branquiais separados por duas fendas aparecem de cada lado da cabeça. O pavilhão auricular se desenvolve em torno da 1ª fenda branquial, de seis túberculos mesenquimais localizados nas extremidades dorsais do 1º e 2º arcos branquiais, os quais se fundem ao redor da 6ª semana, encontrando-se desenvolvido em torno do 3º mês.

Figura 1

Extraída de Miniti ¹¹



A 1ª fenda branquial se aprofunda para formar o conduto auditivo externo ao mesmo tempo em que uma invaginação da faringe, a primeira bolsa faríngea caminha para fora em sua direção resultando na formação da trompa de Eustáquio e na cavidade do ouvido médio. As cartilagens dos 1º e 2º arcos branquiais dão origem aos ossículos. O 3º arco e a 2ª fenda desaparecem precocemente ³. Em virtude dessa múltipla derivação é fácil admitir a viabilidade do surgimento de grande número de anomalias ⁵.

O pavilhão auricular é um apêndice vestigial sujeito a traumatismos mecânicos e ambientais constantes, sendo tal vulnerabilidade agravada pela vascularização deficiente e pela pouca quantidade de tecido subcutâneo entre a pele e o pericôndrio. Tais peculiaridades propiciam, mesmo com pequenos traumas, inflamação focal dérmica com edema e necrose, ocasionando dano epidérmico e pericondrite secundária ¹⁰.

A secreção dos elementos glandulares da pele constitui o principal mecanismo de defesa, especialmente contra agressões microbianas, sendo que tal mecanismo de defesa pode ser modificado por múltiplos fatores, sobretudo endógenos, determinados por alterações metabólicas. A primeira consequência desse desarranjo é a facilidade às infecções, que são sempre temidas, em virtude das deficiências estruturais locais. Além de infecções, esses distúrbios metabólicos, produzindo alterações vasculares e nervosas ou anormalidades de elementos circulantes, propiciam modificações locais, que, muitas vezes, acrescidos de outros sinais e sintomas, sugerem ou firmam determinado diagnóstico ¹⁰.

O presente trabalho tem como objetivo uma atualização sobre as dermatoses do pavilhão auricular consequentes a processos locais ou sistêmicos, através de uma classificação etiológica compreendendo 84 entidades divididas em 7 grupos, de forma didática, visando facilitar a explanação e tendo como público alvo o clínico geral, o dermatologista e o otorrinolaringologista.

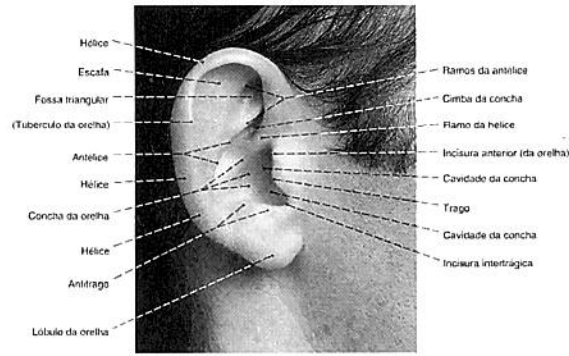
ANATOMIA DO PAVILHÃO AURICULAR

O ouvido externo compreende o pavilhão da orelha e o meato acústico externo. Donaldson e Miller descreveram o pavilhão auricular como um apêndice flexível, de fina cartilagem elástica recoberta de pele. Em sua porção anterior, a pele adere-

se firmemente e isso determina o aparecimento de uma concavidade e elevações no pavilhão ⁴. Em sua face lateral, que é côncava, há uma área denominada concha; em torno dessa destacam-se quatro saliências: hélice, anti-hélice, trago e antitrago.

Figura 2

Anatomia do Pavilhão Auricular, extraído de Sobotta¹⁸



Na porção inferior do pavilhão encontramos outra saliência desprovida de cartilagem, chamada de lóbulo⁸. O pavilhão auricular prende-se ao crânio e ao couro cabeludo através dos músculos auriculares anterior, superior e posterior, os quais são inervados pelo nervo auricular posterior, ramo do nervo facial, e por ra-

mos temporais do nervo facial⁷.

A irrigação é derivada do ramo parietal da artéria temporal superficial, que é um dos ramos terminais da artéria carótida externa, e do ramo auricular da artéria auricular posterior, que se origina da artéria carótida externa na parte superior do pescoço. A drenagem venosa é feita por veias homônimas e pela emissária mastóidea, sendo a via de drenagem linfática as cadeias de linfonodos anterior, inferior e posterior⁴.

A inervação sensitiva compreende os ramos superficiais do plexo cervical (occipital menor, que inerva a pele da face lateral da cabeça e da superfície craniana da orelha; auricular magno, que inerva a pele sobre a glândula parótida e a pele das duas superfícies da orelha), e o nervo aurículo-temporal, ramo do nervo mandibular (terceira divisão do trigêmio), que inerva a orelha externa e a membrana timpânica, além do couro cabeludo, junção têmporo-mandibular e glândula parótida⁷.

SEMILOGIA OTOLÓGICA

A anamnese consiste em obter a história da doença atual com seus diferentes sinais e sintomas; analisar os antecedentes pessoais e familiares e os ambientes geográfico, profissional e psicológico. Os sintomas locais que podem resultar em consulta médica são: a *otalgia*, a qual pode ser conseqüente a uma lesão externa visível do pavilhão (p.ex.: afecção dermatológica, pericondrite, abscesso), lesões otoscópicas (p.ex.: otite externa, zoster, corpos estranhos no conduto), dores reflexas a partir de lesões em outros sítios (p.ex.: dentárias, laríngeas, parotídeas), dores neurálgicas (p.ex.: nervo aurículo-temporal, ramo do mandibular); *pulsações dolorosas* ao nível do pavilhão nos casos de abscesso, pericondrite; *zumbidos* encontrados em todas as lesões obstrutivas do ouvido externo, assim como afecções dos ouvidos médio e interno; *disacusias* por malformações do ouvido externo, por lesões obstrutivas, estenose e/ou infecção do conduto auditi-

vo externo, por afecções na unidade tímpano-ossicular e nos líquidos labirínticos; *otorréia* por lesões do ouvido externo (p.ex.: sangue nos casos de pólipos neoplásicos; serosidade na otite externa; secreção purulenta nas infecções); *otorragia* decorrente de traumatismos do meato acústico externo, de ruptura da membrana timpânica ou por fraturas de base de crânio; *vertigem labiríntica* que consiste na sensação subjetiva, por parte do paciente, de estar girando em torno dos objetos (vertigem subjetiva), ou os objetos estarem girando em torno do mesmo (vertigem objetiva).

A investigação semiótica do aparelho auditivo consiste do exame físico (inspeção externa, palpação e otoscopia), e na avaliação funcional. Na inspeção pode-se reconhecer processos inflamatórios e neoplásicos, cistos, fístulas, furúnculos do meato externo, malformações congênitas, entre outros. A palpação permite avaliar a forma, a consistência e a dor provocada ao nível

das lesões do pavilhão, permitindo, também, evidenciar linfonodos periauriculares nos processos supurativos.

A otoscopia consiste no exame do meato acústico externo e da membrana timpânica, possibilitando a inspeção das lesões existentes e a palpação por meio de pequenos estiletos os quais permitem estu-

dar a dor provocada, a consistência e os limites de uma tumoração. Os exames complementares mais frequentes do aparelho auditivo são constituídos pela exploração funcional da audição (provas com diapação e a audiometria), pelo exame da função vestibular (provas térmicas) e pelo exame radiológico^{12,13}.

CLASSIFICAÇÃO

Dermatoses próprias do pavilhão auricular: Malformações congênitas; Pseudocisto da aurícula; Ceruminoma; Seroma; Otite Externa Maligna; Otite Externa Difusa; Pericondrite; Hematoma de Orelha; Congelamento do Pavilhão Auricular; Dermatite Eczematóide Infecciosa; Condrodermatite Nodular Crônica da Orelha; Hipertricose da Orelha.

Doenças inflamatórias: Eczema atópico; Eczema seborréico; Eczema de contato; Fitofotodermatose; Pitiríase rósea; Dermatite artefacta.

Doenças metabólicas: Amiloidose; Mucínose papulosa; Pelagra; Uricose gotosa; Ocronose.

Doenças infecciosas:

Micóticas: Pitiríase versicolor; Candidíase; Actinomicose; Lobomicose; Paracoccidioidiomíose; Cromomicose; Rinospordiose; Aspergilose; Esporotricose.

Bacterianas: Erisipela; Celulite; Furunculose; Lues; Acne; Abscessos; Hanseníase; Tuberculose.

Viróticas: Verrugas; Herpes zoster; Herpes simples; Rubéola; Molusco contagioso; Sarampo.

Protozoíticas: Leishmaniose.

Doenças tumorais:

Benignas: Cisto Epidérmico; Quelóide; Nevo Sebáceo; Leiomioma Vascular; Tumor Glômico; Ceratoacantoma; Reticulohistiocitoma; Ceratose Seborréica;

Malignas: Melanoma; Epitelioma Espinocelular; Doença de Bowen; Epitelioma Basocelular; Mieloma Múltiplo;

Nevos: Celular; Comedoniano; Azul; de Ota; de Ito.

Doenças de origem obscura: Lupus Eritematoso Discóide; Sarcoidose; Crioglobulinemia; Policondrite Recidivante; Granuloma Anular; Psoríase; Hiperplasia Angiolinfóide; Pênfigos; Vitiligo; Poroceratose de Mibelli; Alopecia Areata.

Miscelânea:

Genodermatoses: Histiocitose X; Porfirias.

Síndromes: Histiocitomatose Reumatóide; Síndrome Carcinóide; Síndrome de Luz-Clara-Bantam; Síndrome de Louis-Bar; Síndrome de Wiskott-Aldrich; Acrodermatite Enteropática; Síndrome de Pringle-Bourneville.

DESCRIÇÃO CLÍNICA DAS DERMATOSES

Dermatoses próprias do pavilhão auricular:

Malformações congênitas^{5,11}: Existem muitas anormalidades congênitas envolvendo o ouvido, resultado de um mau desenvolvimento do primeiro e segundo arcos bran-

quiais. Dentre elas exemplificamos:

A) Macrotia: aumento do pavilhão auricular;

B) Microtia: diminuição do pavilhão auricular, geralmente associada a malformações da face;

C) Anotia: ausência de pavilhão auricular, sendo uma situação rara;

D) Melotia: pavilhão auricular situado na posição transversal e bem mais anterior;

E) Anomalias no relevo do pavilhão auricular: são numerosas e hereditárias;

F) Anomalias do lóbulo: ausência de lóbulo, hipertrofia ou mesmo bilobulações podem ocorrer;

G) Aderências do pavilhão auricular: situação na qual a pele do segmento superior do pavilhão auricular continua-se com a do couro cabeludo causando a ausência do sulco retroauricular;

H) Orelhas em abano: situação na qual o sulco retroauricular é muito profundo proporcionando a projeção do pavilhão auricular em direção anterior, sendo que, geralmente o pavilhão é bem formado;

I) Apêndices auriculares: caracteriza-se por um lóbulo de tecido cartilaginoso descoberto de pele, único ou múltiplo, de localização mais freqüente na região anterior ao trago e ramo ascendente da hélice, em decorrência de um crescimento excessivo do ramo mandibular ou hióide;

J) Divertículos, cistos e fístulas congênitas: um defeito no desenvolvimento da primeira fenda branquial determina a formação de divertículos em fundo cego, assim como, pequenos cistos epiteliais que se abrem através de uma fístula, geralmente próxima à raiz da hélice.

Pseudo cisto da aurícula: caracteriza-se por uma lesão cística firme e endurecida no pavilhão auricular, geralmente pós traumas, ocorrendo, freqüentemente, em lutadores. A drenagem proporciona a saída de um líquido espesso e viscoso.

Ceruminoma: também denominado de adenoma de glândulas ceruminosas, é um tumor benigno pouco comum, próprio do meato acústico externo. Manifesta-se como vegetações com mínima ou nenhuma infiltração, que, crescendo, ocluem o meato acústico externo ou exteriorizam-se. É constituído por estruturas glandulares revestidas por epitélio prismático pseudo-

estratificado, com transformação apócrina, assemelhando-se às células dos oncocitomas da glândula salivar. Em algumas áreas podem ser encontrados cordões celulares pouco diferenciados ou com metaplasia epidermóide, sugerindo um falso diagnóstico de malignidade⁵.

Seroma: consiste em um acúmulo de líquido seroso, de tamanho variado, podendo ocorrer precocemente após um ato cirúrgico, sendo, porém, uma situação rara nos dias atuais. Após a sua instalação, torna-se necessária a drenagem para a resolução do processo, sendo que a profilaxia para tal condição consiste na confecção de um curativo compressivo no pós operatório imediato. A permanência desse líquido ocasiona a formação de um tumor benigno produtor de serum.

Otite externa maligna: é uma otite externa grave, causada pela *Pseudomonas aeruginosa*, de caráter invasivo, que se inicia no conduto auditivo externo podendo atingir a região parotídea, mastóidea, ouvido médio e base do crânio, manifestando-se por otorrêia purulenta, otalgia rebelde, prurido, hipoacusia, osteíte do meato acústico externo, podendo evoluir para paralisia facial periférica. Ocorre, geralmente, em imunodeprimidos^{8,11}.

Pericondrite: é uma infecção do pericôndrio do pavilhão auricular causada por flora mista de cocos Gram-positivos e *Pseudomonas aeruginosa*, através de soluções de continuidade da pele ou por disseminação de infecções adjacentes ao pavilhão auricular. Manifesta-se por dor local intensa, edema, hiperemia, espessamento do pavilhão e supuração com drenagem de fragmentos de cartilagem necrosada, resultando, em última análise, em seqüelas deformantes, como a "orelha em couve-flor"^{5,9,12}.

Hematoma da orelha: é uma coleção serossangüinolenta localizada entre o pericôndrio e a cartilagem do pavilhão auricular, geralmente de origem traumática, de

localização freqüente na porção superior da face externa do pavilhão auricular em virtude de ser uma área mais exposta ao trauma e por estar o pericôndrio frouxamente unido à cartilagem nesse local. O hematoma pode infectar-se originando uma pericondrite, acarretando retrações do pavilhão auricular que, quando extensas, podem chegar ao ponto de transformá-lo num coto pregueado e disforme, tipo couve-flor^{9,12}.

Otite externa difusa: é um processo inflamatório da derme e epiderme do meato acústico externo, ocasionado por soluções de continuidade da pele em consequência de traumatismos, queimaduras, corpos estranhos, retenção de água no meato acústico externo, entre outros. Clinicamente se manifesta por dor local exacerbada com a mastigação, hipoacusia, pele do conduto auditivo externo edemaciada, hiperemiada, dolorosa à compressão, podendo a infiltração ser tão intensa a ponto de obliterar totalmente o conduto. A flora microbiana é representada, principalmente por estafilococos, estreptococos, proteus, aspergilos e bacilo piocianico (*Pseudomonas aeruginosa*)^{9,12}.

Congelamento do pavilhão auricular: o pavilhão auricular pode sofrer queimaduras de primeiro, segundo ou terceiro grau pela ação do frio, ocorrendo, inicialmente, palidez, com anestesia e posterior formação de vesículas até necrose da pele ou da pele e cartilagem. Podem ocorrer infecções secundárias nessas queimaduras que eventualmente levam a pericondrites com posterior deformidades no pavilhão auricular^{9,12}.

Dermatite eczematóide infecciosa: exprime uma reação de hipersensibilidade alérgica da pele do meato acústico externo e ou do pavilhão auricular geralmente em consequência a alergenios alimentares, medicamentosos, microbianos e cosméticos. Na fase aguda, a pele se torna eritematosa, tumefeita, com posterior vesiculação, seguida de exsudação serosa citrina, dolorosa e pruriginosa. Em sua fase crônica, o

eczema geralmente é seco, com pele atrófica e brilhante, com áreas descamativas. Quando há infecção secundária, ocorre a instalação de um exsudato purulento^{8,11}.

Condrodermatite nodular crônica da orelha: caracteriza-se por apresentar uma lesão nodular endurecida, circunscrita por halo eritematoso, dolorosa, aderida à pele e à cartilagem, podendo ulcerar-se, originando a saída de pequena quantidade de pus com evolução para crosta. Ocorre mais freqüentemente no homem, em geral após os 40 anos, localizando-se, principalmente, na hélice. Ocorre a degeneração da cartilagem auricular devido ao processo inflamatório, que, nos casos mais graves, origina pseudocistos⁵.

Hipertricose da orelha: consiste no acúmulo localizado de pêlos no pavilhão auricular. É de caráter familiar.

Doenças inflamatórias:

Eczema atópico: caracteriza-se pelo curso crônico, freqüentemente associado à asma e/ou rinite alérgica, sendo que os critérios maiores para a diagnose são o prurido, morfotopografia, tendência à cronicidade e/ou recidivas freqüentes¹⁶. Na infância ocorrem lesões exsudativas eritemato-vesículo-crostosas, localizadas nas regiões malares, fronte, no encaixe aurículo facial e na região posterior do pavilhão auricular, podendo generalizar-se, ocorrendo, freqüentemente, infecção secundária devido ao prurido⁵. No período pré-puberal ocorre acometimento das regiões de dobras, face e dorso das mãos e pés com áreas de liquenificação e escoriação (dermatite crônica), sendo que nas fases de agudização há eritema, vesiculação e secreção; no adulto ocorre clínica semelhante.

Eczema seborréico: é uma afecção crônica, freqüente, não contagiosa, ocorrendo nas regiões cutâneas ricas em glândulas sebáceas, apresentando as formas clínicas do lactente - escamas gordurosas e aderentes, sobre base eritematosa no cou-

ro cabeludo, manchas eritemato-escamosas na face, tronco e outras regiões - e do adulto, apresentando lesões eritemato-escamosas na face e couro cabeludo ¹⁶. Quando o couro cabeludo é acometido, a região retroauricular freqüentemente está afetada. No pavilhão auricular, as áreas mais afetadas são a concha e a fossa triangular ⁵.

Eczema de contato: decorre de dois mecanismos etiopatogênicos: por irritação primária ou por sensibilização. No primeiro é causada por exposição a agentes capazes de produzir dano tecidual, caracterizando-se por dor, ardor, calor local, eritema e formação de vesículas e ou bolhas; na dermatite de contato irritativa crônica ocorre eritema e ressecamento da pele, seguidos de hiperqueratose e fissuras. A dermatite de contato alérgica é uma reação do tipo celular-mediada devida ao aparecimento de sensibilidade à substância em contato com a pele, apresentando-se sob várias formas clínicas: eritematosa, eritemato-vesiculosa, eritemato-vésico-secretante e eritemato-secretante-infiltrativa-liquenificada ¹⁶. As localizações do eczema de contato são mais freqüentes na face, mãos, pescoço e pés. No pavilhão auricular podemos ter o comprometimento da região superior da anti-hélice por "sprays" de cabelos; nos lóbulos, causado por níquel e cromo de brincos; na concha e meato ocasionado pelo uso de estetoscópios, receptores de telefone, esmalte de unhas, gotas otológicas ^{5,16}.

Fitofotodermatose: é uma afecção cujo mecanismo etiopatogênico é o mesmo da dermatite de contato por irritante primário, com a diferença de que a substância se torna irritante quando sua estrutura química é modificada pela exposição solar, surgindo manchas eritematosas com disposição irregular, às vezes bolhas, evoluindo para melanodermia com desaparecimento das lesões, mesmo sem tratamento ¹⁶. No pavilhão auricular há preferência pelo lóbulo, margem da hélice e região posterior, determinada pelo uso de lavandas e colônias à base de alfazema ⁵.

Pitiríase rósea: é uma afecção inflamatória subaguda, com incidência maior nas mulheres, caracterizada por lesões eritemato-escamosas disseminadas; ovaladas (com o maior eixo paralelo às costelas); com bordas ligeiramente elevadas e centro amarelado descamativo; apresentando, conjuntamente, pápulas eritemato-escamosas lenticulares em proporção variável; progressivas; com evolução de quatro a oito semanas e com regressão posterior e cura. As eflorescências localizam-se no tronco, podendo atingir face, pescoço e membros ^{16,17}.

Dermatite artefacta: também denominada de factícia ou patomímia, é de origem psicogênica e constituída por lesões cutâneas produzidas pelo doente, de configuração geométricas, bizarras, de aparecimento abrupto, variando desde eritema, vesículas e bolhas, até ulcerações ou necroses; pode vir associada com tricotilomania ^{5,16}.

Doenças metabólicas:

Amiloidose: é uma afecção em que há depósito de uma proteína anormal na pele ou em outros órgãos, possuindo formas clínicas cutâneas e sistêmicas. As amiloidoses cutâneas compreendem uma forma primária ou idiopática e uma forma secundária, sendo que essa última decorre de outros quadros dermatológicos bem definidos, como por exemplo, a doença de Bowen, nevos intradérmicos, entre outros. As manifestações clínicas da amiloidose cutânea primária são lesões maculosas, máculo-papulosas ou papulosas, de colorações e localizações variadas ¹⁶. Quando há comprometimento do pavilhão auricular, o mesmo encontra-se edemaciado por infiltração difusa de material amilóide; no meato auditivo externo podem ocorrer nódulos por deposição do mesmo material ¹⁰.

Mucinose papulosa: as mucinoses são afecções que apresentam depósito anormal de mucina na pele. Na mucinose papulosa a erupção cutânea é representada por pápulas, de consistência mole, translúcidas, geralmente da cor da pele, dispostas em

arranjo linear ou em pequenos grupos, de localização preferencial na face e nas extremidades. Há uma variante da mucinose papulosa, o escleromixedema, que além das lesões papulosas apresenta um espessamento difuso da pele o qual acarreta o aparecimento de grandes rugas transversais na frente; nódulos e infiltração difusa do pavilhão auricular, pescoço e regiões anogenitais podem ocorrer ¹⁶.

Pelagra: desenvolve-se em pacientes desnutridos pela carência de ácido nicotínico e outros elementos do complexo B, sendo que as manifestações clínicas principais são dermatite, diarreia e demência. As manifestações iniciais e características são as lesões dermatológicas representadas por eritema vivo nas áreas expostas à radiação solar (na face, formam máscaras até próximo ao couro cabeludo), com evolução para edema, bolhas, sufusões hemorrágicas, seguidas de hiperpigmentação e atrofia da pele ¹⁶. Os pavilhões auriculares são atingidos freqüentemente por serem áreas expostas à radiação ultravioleta ¹⁰.

Uricose gotosa: é um distúrbio do metabolismo das purinas, caracterizado por hiperuricemia e por surtos de artrite, sendo que no ataque agudo a pele encontra-se eritematosa, edematosa, quente e dolorosa ¹⁶. Na forma crônica há nódulos amarelados (tofós gotosos), encontrados principalmente na hélice e anti-hélice dos pavilhões auriculares, cotovelos, bolsas pré patelares, entre outros locais, que se ulceram eliminando cristais de urato ⁵.

Ocronose: é uma afecção metabólica congênita que ocorre pela falta da oxidase do ácido homogentísico que deriva dos aminoácidos tirosina e fenilalanina, com acúmulo do mesmo nas cartilagens, originando hiperpigmentações variáveis (castanho-amareladas ou azul-enebrecidas), nas regiões auriculares, face, extremidade nasal, articulações condro-costais, córnea e conjuntiva ¹⁶. O pavilhão auricular mostra-se, inicialmente, opaco à transilumina-

ção e, progressivamente, a cartilagem torna-se irregularmente espessada, inflexível e azul-enebrecida, podendo ocorrer calcificação posterior; o cerume e o tímpano apresentam-se enebrecidos ¹⁰. Quadros de artrite de coluna vertebral e quadril ocorrem tardiamente, resultando em lordose, cifose e dores tipo ciática.

Doenças infecciosas:

Micóticas

Pitiríase versicolor: é uma afecção fúngica muito comum na camada córnea da epiderme, manifestando-se por máculas com descamação de cor variável, múltiplas, de formatos variáveis, de localização habitual no pescoço, tórax e porções proximais dos membros superiores ¹⁶. Quando acomete o pescoço, o pavilhão auricular pode ser igualmente afetado ⁵.

Candidíase: é uma infecção causada por levedura do gênero *Candida*, localizada na sua maioria na pele e mucosas podendo ocorrer comprometimento sistêmico. Na presença de condições predisponentes como umidade, maceração, diabetes, gravidez, alterações imunológicas, a levedura se instala originando a patologia. O pavilhão auricular por ser uma área intertriginosa pode ser acometido, manifestando-se como áreas eritematosas, úmidas, maceradas, de extensão variável ^{5,16}. A candidose mucocutânea crônica é um quadro clínico raro e grave, de causa hereditária ou adquirida, iniciando-se com esomatite ou paroníquia e evoluindo com lesões papulosas ou nodulares disseminadas, que se tornam corneificadas, levando à formação de cornos cutâneos, os quais se manifestam no pavilhão auricular e em outros locais.

Actinomicose: eumicetoma é uma infecção crônica da pele, do tecido subcutâneo e ossos subjacentes causado por diversos fungos, com presença de fistulas que drenam material seroso ou seropurulento com grânulos parasitários e presença de fibrose; a lesão é mais freqüente nos membros inferiores, e, raramente, no pavilhão auricular ^{5,17}.

Lobomicose: é uma infecção crônica da pele, causada por um fungo, o *Loboa lobo*, caracterizada por lesões nodulares, verrucosas ou queloidianas isoladas ou em placas, de longa evolução, encontradas com frequência nos pavilhões auriculares e membros inferiores; podem ocorrer complicações como infecção bacteriana e degeneração carcinomatosa ¹⁶.

Paracoccidioidomicose: é uma doença crônica, granulomatosa, causada pelo fungo *Paracoccidioides brasiliensis* e caracterizada por lesões polimórficas, podendo atingir qualquer órgão. A forma tegumentar se apresenta em vários estágios evolutivos, encontrando-se lesões eritemato-papulosas iniciais ao lado de elementos papulosos, pápulo-pustulosos, pápulo-vegetantes e úlcero-crostosos; a forma mais comum de lesões na pele ocorre por disseminação hematogênica do parasito estando os linfonodos, geralmente, tumefeitos ou fistulizados. A frequência de lesões pulmonares é variável, entre 50-80% dos doentes ¹⁶.

Cromomicose: é uma micose profunda causada por fungos pigmentados, de evolução crônica e progressiva, atingindo a pele e o tecido celular subcutâneo. As lesões iniciais são pápulas ou nódulos que evoluem tornando-se verrucosas, com posterior confluência dessas lesões em placas verrucosas; a infecção é localizada, num membro ou segmento, não havendo comprometimento do estado geral ¹⁶.

Rinosporidiose: é uma infecção crônica granulomatosa, causada pelo fungo *Rhinosporidium seeberi*, que acomete as mucosas dos ouvidos, nariz, olhos, entre outros; caracteriza-se por vegetações sésseis ou polipóides, geralmente unilateral, com superfície irregular, avermelhada, com pontos brancos e que sangra com facilidade. A localização nasal representa cerca de 70% dos casos ¹⁶.

Aspergilose: é a segunda infecção fúngica oportunística em frequência nos

imunodeprimidos; a espécie mais comum é o *Aspergillus fumigatus*. A aspergilose disseminada é doença habitualmente fatal, atingindo predominantemente os pulmões, sendo raras as manifestações cutâneas na forma generalizada. Porém pode ocorrer aspergilose cutânea primária, que se manifesta por placas eritematosas únicas ou múltiplas ou máculo-pápulas que simulam exantema por drogas e que podem pustulizar e evoluir para necrose ¹⁶.

Esporotricose: é uma micose profunda, de evolução subaguda ou crônica, apresentando-se sob as formas cutâneas ou extracutâneas, sendo essa última forma muito rara. As formas cutâneas podem ser:

1) cutâneo-linfática: forma mais comum, ocorrendo lesão pápulo-nodular no ponto de inoculação (cancro esporotricótico), seguindo o trajeto linfático, determinando linfangite nodular dolorosa, com tendência à infecção secundária, sendo que a lesão inicial em crianças geralmente é localizada na face;

2) cutânea localizada: lesões pápulo-nodulares, ulcerosas, verrucosas;

3) cutânea disseminada: é rara e resulta de disseminação hematogênica do parasito por queda da imunidade, manifestando-se por lesões nodulares ou gomos disseminadas, podendo ulcerar ¹⁶. Há relato de casos de esporotricose envolvendo o pavilhão auricular ⁵.

Bacterianas

Erisipela: é uma forma de infecção superficial estreptocócica, de instalação rápida, acompanhada de febre alta e calafrios com a zona afetada apresentando sinais flogísticos, borda nítida e adenite satélite. A penetração do patógeno ocorre por solução de continuidade da pele ¹⁶. A sua localização no pavilhão auricular é bastante comum, sendo geralmente secundária a uma otite externa aguda ^{5,8}.

Celulite: é um processo semelhante à erisipela, porém com infecção difusa do tecido celular subcutâneo, sendo os limi-

tes entre a área sadia e a lesada imprecisos; pode seguir-se à picada de insetos ou a escoriações da pele, especialmente pelo ato de coçar, sendo capaz de atingir qualquer parte do pavilhão auricular ou tecido periauricular⁵. É uma entidade potencialmente grave podendo evoluir para quadro de fascíte necrotizante e sepsis.

Furunculose: é decorrente de uma infecção estafilocócica a qual atinge mais de um folículo piloso com glândula sebácea anexa. Apresenta-se como área edematosa, eritematosa, dolorosa e quente sobre a qual surgem pontos de drenagem de secreção purulenta.

Lues: é uma doença infecciosa causada pelo *Treponema pallidum*, que determina lesões cutâneas polimorfas e pode comprometer outros órgãos; é dividida em:

1) sífilis congênita, cuja via de transmissão é vertical e hematogênica;

2) sífilis adquirida. Essa última é classificada em: 2.1) recente primária (presença de lesão ulcerada, de bordas endurecidas, indolor, infiltrada, no local de inoculação – é o cancro duro); 2.2) recente secundária (lesão inicial é a roséola – lesões eritemato-desquamativas – e posterior surgimento de lesões papulosas palmo-plantares, placas mucosas, alopecia em clareira, adenopatia generalizada e pápulas vegetantes perianais); 2.3) recente latente (sem manifestações clínicas visíveis com diagnose através de sorologia); 2.4) tardia (é considerada tardia após o primeiro ano de evolução; as formas clínicas são cutânea, óssea, cardiovascular, nervosa e outras); 2.5) tardia latente (ausência de sinais clínicos, tempo de duração superior a um ano e sorologia positiva). Na forma recente secundária encontramos máculas e pápulas no pavilhão auricular e conduto auditivo externo, sendo que esse último pode ser preenchido por condilomas; o cancro primário é excepcional e a lues terciária é muito rara com manifestações no pavilhão auricular⁵.

Acne: é uma afecção dos folículos pilosebáceos conseqüente a uma hiperse-

ratose folicular e uma hipersecreção sebácea; o quadro clínico é polimorfo, caracterizado por comedões, pápulas, pústulas, nódulos e abscessos, geralmente associado com seborréia, que se localizam na face e na região antero-posterior do tórax (16). Devido à presença abundante de glândulas sebáceas no pavilhão auricular, sobretudo a nível da fossa triangular e concha, temos visto o acometimento do pavilhão auricular em quadros acnéicos mais difusos⁵.

Abscesso: é uma formação circunscrita constituída por líquido purulento, localizada na pele ou tecidos subjacentes, de tamanho variável, podendo ser proeminente; a microbiologia dos abscessos reflete a microflora da área envolvida¹⁶. O pavilhão auricular é acometido, uma vez que é fonte de freqüentes formas de traumatismos⁵.

Hanseníase: comprometimento do pavilhão auricular é muito freqüente, podendo ocorrer: hansenomas, lesões maculosas e anestésicas e formas mistas. Em geral, o pavilhão auricular aumenta de volume pela infiltração do tegumento, levando, nas fases avançadas da doença, à atrofia e a deformações graves com anestesia. Para se chegar a esse estágio, outras partes do organismo já sofreram também lesões deformantes⁵.

Tuberculose: as lesões cutâneas podem decorrer da colonização da pele pelo bacilo ou podem ser conseqüentes a um processo de hipersensibilidade a um foco tuberculoso ativo localizado em outro ponto do organismo. Quando há inoculação da micobactéria na pele do indivíduo não previamente infectado desenvolve-se o complexo primário tuberculoso – pápula, placa ou nódulo inflamatório que evolui cronicamente para ulceração com linfadenopatia regional. Nos indivíduos previamente infectados, tuberculino-positivos e com certo grau de imunidade, podem ocorrer a tuberculose secundária, de manifestações clínicas diversas. O comprometimento do pavilhão auricular e do conduto au-

ditivo externo está associado a lesões mais extensas na pele da face e se apresenta com morfologia variada: 1) Lupus vulgar (mácula, pápula ou nódulo de cor vermelho-acastanhada, que coalescem e originam placas infiltradas com atrofia central e ulceração); 2) Tuberculose verrucosa (pápula ou pápulo-pústula no ponto de inoculação transformando-se em placas verrucosas com atrofia central); 3) Escrofuloderma (ocorrem por propagação à pele de lesões tuberculosas ósseas ou linfonodais, iniciando-se como nódulos subcutâneos que ulceram e eliminam material caseoso e purulento); entre outras formas. A manifestação clínica mais comum é a forma hipertrófica, derivada do Lupus vulgar, na qual se observam nódulos e hiperqueratose no lóbulo ^{5,16}.

Viróticas:

Verrugas: são proliferações epiteliais na pele e mucosas causadas por diversos tipos de papovavírus; as verrugas vulgares são as mais comuns sendo a lesão constituída de uma pápula ou nódulo, de consistência firme, com superfície dura, ceratótica, ocorrendo em qualquer área da pele; as verrugas planas são pápulas levemente amareladas, numerosas, de localização preferencial na face, dorso das mãos e antebraços.

Herpes zoster: é uma infecção causada pelo mesmo vírus da varicela; é mais comum em indivíduos com doenças sistêmicas, particularmente com imunodepressão, e nesses pode generalizar-se constituindo o zoster-varicela. A lesão elementar é uma vesícula sobre base eritematosa, com erupção unilateral seguindo o trajeto de um nervo, com evolução para crostas e cura em duas a quatro semanas. A nevralgia pós-herpética é a complicação mais grave do herpes zoster¹⁶. Podemos encontrar vesículas no pavilhão auricular e conduto auditivo externo⁵. A Síndrome de Hansay-Hunt é caracterizada por otalgia, surdez e vertigem, quando o sítio é o gânglio geniculado.

Herpes simples: é uma infecção viral que determina quadros variáveis be-

nignos ou graves relacionados ao estado imunológico do paciente; o tipo 1 é responsável por infecções na face, tronco e qualquer outra região do corpo e o tipo 2 está relacionado às infecções na genitália; o herpes recidivante é de observação mais comum no adulto, surgindo ardor ou prurido local inicial com evolução para vesículas agrupadas sobre base eritematosa, que se tornam pústulas e se ulceram, localizando-se em qualquer área da pele ou mucosa. É pouco comum o comprometimento do pavilhão auricular, sendo que, quando presente, as vesículas encontram-se em qualquer região do mesmo ^{5,16}.

Rubéola: é uma infecção viral de evolução benigna, exceto quando adquirida na gravidez podendo causar malformações fetais; o exantema, geralmente discreto, inicia-se na face atingindo o pescoço, tronco e membros; há linfadenopatia generalizada sendo característica a tumefação dos linfonodos cervicais e occipitais ¹⁶.

Molusco contagioso: é causada por um parapoxvírus que atinge exclusivamente a pele, sendo mais comum em crianças; a lesão do molusco são pápulas semi-esféricas, sésseis, umbilicadas ou com discreta depressão central, de dimensões diversas, localizadas em qualquer região da pele e dolorosas quando infectadas ¹⁶. Em pacientes imunodeprimidos os quadros são mais disseminados e resistentes aos tratamentos ¹⁷.

Sarampo: é uma infecção causada por um paramixovírus, extremamente contagiosa, iniciando com sintomas catarrais seguindo-se a erupção cutânea caracterizada por exantema morbiliforme (áreas de manchas entremeadas com pele sã), que se inicia na face e se alastra para o pescoço, tronco e extremidades. O Sinal de Koplik, caracterizado por pequenos pontos brancos ligeiramente salientes com halo eritematoso na mucosa oral é importante para a diagnose clínica ¹⁶.

Protozoíticas

Leishmaniose: é uma infecção crôni-

ca, não contagiosa, causada por diversas espécies de protozoários do gênero *Leishmania*, transmitidas por fêmeas de flebotomíneos infectadas. A forma tegumentar americana, encontrada no Brasil, é causada pela *Leishmania brasiliensis*, manifesta-se por uma lesão eritemato-papulosa, única ou múltipla, localizada em geral nas áreas expostas, dentre elas o pavilhão auricular, correspondendo ao ponto de inoculação. Com a evolução, as lesões assumem aspecto pápulo-vesiculoso até a formação de úlceras, sendo que estas apresentam contornos circulares, bordas altas e infiltradas, podendo evoluir para cicatrização espontânea ou dar origem a placas vegetantes verrucosas^{4,16}. Na leishmaniose difusa anérgica, as lesões se localizam nos lóbulos ou todo o pavilhão auricular causando perda tecidual¹⁶. As lesões mucosas ocorrem um a dois anos após o início da infecção, sendo devidas à disseminação hematogênica.

Doenças tumorais:

Cisto epidérmico: resulta da proliferação de células epidérmicas produtoras de ceratina no interior da derme, as quais atingem a derme através de traumatismos cutâneos, pela oclusão de folículos pilosebáceos ou a partir de células desprendidas ao longo de fendas embrionárias. São afecções comuns do pavilhão auricular, apresentando-se como nódulos de dimensões variadas, móveis em relação aos planos profundos, únicos ou múltiplos, ocorrendo, sobretudo, no meato e região posterior. Não há sintomas dolorosos, exceto quando há infecção, onde se observa material purulento e tecido de granulação^{5,16}.

Epitelioma espinocelular: é um tumor maligno, constituído por proliferação atípica de células espinhosas, de caráter invasivo, ocorrendo geralmente após os 50 anos, de predomínio no sexo masculino e em pessoas de pele clara. Cerca de 10 a 20% dos carcinomas espinocelulares da pele se originam de ceratoses actínicas, as quais decorrem da exposição solar crônica, sendo tais lesões consideradas pré-ma-

lignas. Há, no início, uma área ceratótica infiltrada e dura ou um nódulo, com aumento gradual de tamanho dessa lesão e posterior ulceração. Com a evolução a lesão pode adquirir um aspecto de ulceração com infiltração na borda ou tornar-se vegetante ou córnea. Uma vez que a localização das lesões é em áreas expostas à luz solar, os pavilhões auriculares estão freqüentemente envolvidos.

Epitelioma basocelular: é a neoplasia maligna cutânea mais freqüente, sendo localmente agressiva, ou seja, pode invadir e destruir tecidos adjacentes. As metástases são incomuns, ocorrendo em 0,0028% dos casos¹⁷. As lesões do epitelioma basocelular ocorrem geralmente após os 40 anos de idade, em áreas fotoexpostas, principalmente nos dois terços superiores da face e no pavilhão auricular. O tipo clínico mais encontrado é o chamado epitelioma basocelular nódulo-ulcerativo no qual se observa nódulo com bordas cilíndricas, translúcidas e brilhantes (aspecto perláceo), com finas telangiectasias e com evolução para ulceração central e crosta. Quando há extensão em profundidade, com invasão e destruição de músculo, cartilagem, osso ou outras estruturas, denominamos de forma terebrante^{16,17}.

Quelóide: é uma proliferação fibrosa pós traumática, ocorrendo, por exemplo após queimaduras, excisão cirúrgica, ferimento, vacina e acne. No início as lesões são róseas e moles evoluindo para lesões esbranquiçadas, duras e inelásticas. O quelóide excede ostensivamente a área de injúria, em contraste com a cicatriz hipertrofica, a qual limita-se à área atingida. Devido às perfurações de orelhas, ocorre particularmente nos lóbulos, podendo atingir outros locais do pavilhão auricular.

Nevo sebáceo: é uma formação névica com aumento de glândulas sebáceas, caracterizando-se por placa papulosa, geralmente única, amarelada, ligeiramente elevada, com sucros na superfície, obser-

vadas desde o nascimento. Localiza-se predominantemente na face e couro cabeludo, possuindo potencial para desenvolver lesões malignas, como o epitelioma basocelular^{16,17}.

Leiomioma vascular: é um tumor originário da musculatura lisa das paredes vasculares, sendo usualmente solitário, com diâmetro acima de 40 milímetros, originando sintomatologia dolorosa em metade dos casos. Compromete, freqüentemente, as extremidades inferiores, podendo atingir o tronco e a face; acomete mais o sexo feminino^{15,16}.

Mieloma múltiplo: é um linfoma de células B, de baixo grau de malignidade, o qual é primariamente doença da medula óssea, originando discretas lesões osteolíticas, associadas com dores ósseas e fraturas patológicas, infiltração plasmocítica da medula óssea, hepato-esplenomegalia, linfadenopatia e eliminação urinária da proteína de Bence-Jones. As infecções bacterianas da pele, incluindo pavilhão auricular, são freqüentes devido ao déficit imunológico. As lesões cutâneas podem ser inespecíficas, representadas pela amiloidose e crioglobulinemia. Na primeira, ocorre infiltração do pavilhão auricular tornando-o tumefeito, e na segunda, há bolhas hemorrágicas e ulcerações no mesmo. As lesões específicas são representadas por pápulas e nódulos, sendo denominadas de plasmocitoma cutâneo^{10,15,16}.

Tumor glômico: *glômus* são formações especiais do aparelho vascular cutâneo que consiste em anastomoses diretas entre arteríola e vênula, e que estão envolvidos com a regulação térmica, sendo localizados nos leitos ungueais, pavilhão auricular e no centro da face. O tumor glômico é um tumor benigno de células glômicas, ou seja, são células contráteis de aparência epitelial que compõem o aparelho vascular cutâneo; consiste de nódulo pequeno, doloroso e vermelho-azulado com acentuação da cor pelo frio ou traumatismos¹⁶.

Ceratoacantoma: assemelha-se clínica e histologicamente ao carcinoma espinocelular, diferenciando-se desse último pelo crescimento mais rápido e caráter benigno, pois, em geral, regride espontaneamente. Apresenta-se como uma tumoração hemisférica, com 1 a 2 centímetros de diâmetro, de borda regular, de cor branco amarelada ou violácea, de configuração vulcânica, cuja cratera central é ocupada por uma massa córnea. Localiza-se de preferência nas áreas descobertas podendo portanto, acometer o pavilhão auricular.

Reticulohistiocitoma: também denominada de dermoartrite lipoídica, corresponde a coleções de histiócitos os quais determinam, clinicamente, pápulas ou nódulos com rápida progressão nas regiões acrais. As histiocitoses produzem, tipicamente, lesões ósseas líticas determinando uma poliartropatia debilitante. Possui associação com neoplasias malignas, sendo classificada como uma dermatose paraneoplásica^{6,15}.

Doença de Bowen: é um carcinoma espinocelular *in situ*, ou seja, a membrana basal está intacta sem invasão dérmica, apresentando-se como uma lesão escamosa ou crostosa, única, eritematosa, com limites bem definidos e com ausência de infiltração. Atinge qualquer região corpórea.

Ceratose seborréica: são papilomas benignos, que afetam indivíduos de ambos os sexos a partir da quarta década de vida, caracterizando-se por múltiplas pápulas verrucosas, circunscritas, cuja cor varia do castanho claro ao escuro, com diâmetro de poucos milímetros a dois centímetros, as quais são recobertas por uma escama aderente que quando retirada mostra superfície sulcada. As lesões localizam-se na face, pescoço, membros e tronco; quando localizadas nas áreas intertriginosas, como o pavilhão auricular, pode haver infecção secundária com maceração e odor fétido¹⁶.

Melanoma: é o mais maligno dos tumores cutâneos, ocorrendo entre os 30 e

60 anos de idade, sendo classificado conforme suas características clínicas e histológicas. Devemos suspeitar que uma lesão pigmentada é melanoma maligno quando tivermos as seguintes características: assimetria, borda irregular, cor variada, diâmetro maior que 6 milímetros e em crescimento¹⁷. O melanoma extensivo superficial é a forma mais freqüente, constituindo 70% de todos os melanomas, caracterizando-se inicialmente como pápulas que evoluem para placas bem delimitadas, cujas margens são irregulares, de coloração variando desde acastanhada a negra e possuindo áreas azuladas, esbranquiçadas, acinzentadas e até vermelhas. As localizações mais freqüentes são o tronco e dorso¹⁶. O melanoma maligno nodular é a forma mais grave de melanoma maligno, isto é, é o tipo que evolui mais rapidamente para a fase invasiva, ocorrendo em qualquer região corpórea. Podemos ainda ter a apresentação clínica amelanótica, ou seja, a lesão é da cor da pele.

Doenças de origem obscura:

Lupus eritematoso discóide: é uma dermatose de evolução crônica, mais freqüente em mulheres acima dos 40 anos, constituindo a variante clínica mais comum do lupus eritematoso. As lesões discóides caracterizam-se por eritema de cor rosada a violeta, com atrofia central e descamação, que afetam freqüentemente a face, especialmente as regiões malares e dorso do nariz, adquirindo aspecto característico em vespertílio ou asa de borboleta. Atingem também os pavilhões auriculares, lábios e couro cabeludo, determinando nesse último, alopecia cicatricial¹⁶. As lesões residuais cicatriciais são comuns bem como a discromia, podendo eventualmente originar um carcinoma espinocelular ou basocelular¹⁷.

Sarcoidose: é uma doença inflamatória sistêmica, de etiologia desconhecida, apresentando quadro histopatológico específico representado por granulomas de células epitelióides, os quais são encontrados mais freqüentemente nos gânglios periféri-

cos e mediastínicos, pulmões, fígado, baço, pele, ossos falangianos e parótidas^{10,16}. A hipercalcemia está presente, devido ao aumento da absorção intestinal de cálcio e pode determinar calcificações nos pavilhões auriculares. O lupus pérmio é a mais característica manifestação cutânea da sarcoidose, representada por lesões eritemato-papulosa de cor vermelho violáceo com presença de telangiectasias, bem delimitadas por pele normal, de localização predominante no nariz, regiões malares e lóbulos auriculares¹⁶. A ulceração pode ser uma complicação do lupus pérmio no nariz e orelhas. A forma máculo-papulosa usualmente atinge os pavilhões auriculares, muitas vezes, formando anéis, simulando o granuloma anular¹⁰.

Crioglobulinemia: são imunoglobulinas que se precipitam quando são submetidas a baixas temperaturas, entre 4 e 5°C, redissolvendo ao aquecimento (10-15°C). Em um terço dos casos a causa é idiopática, sendo que no restante associa-se a múltiplas doenças tais como mieloma múltiplo, macroglobulinemia, neoplasias malignas de mama e colo, linfomas, doenças do tecido conjuntivo, doenças hepáticas crônicas e infecções como leishmaniose visceral, malária, hanseníase, endocardite bacteriana^{10,16}. As principais manifestações clínicas incluem petéquias e equimoses, fenômeno de Raynaud, livedo reticular, acrocianose, ulcerações e gangrena em determinadas áreas e urticária ao frio. O achado mais comum são ulcerações, que iniciam-se como bolhas hemorrágicas que rapidamente se rompem, localizadas nos quadris, extremidades e pavilhão auricular, após exposição prolongada ao frio⁵.

Policondrite recidivante: é uma doença auto-imune caracterizada pela agressão inflamatória simultânea de várias cartilagens, com incidência maior em mulheres entre os 30 e 50 anos^{8,10}. A condrite atinge as regiões auriculares em 85 a 90% dos casos, porém outras áreas cartilaginosas podem ser acometidas, tais como o nariz

(50-70%), aparelho respiratório e arcabouço costal. As regiões envolvidas apresentam sinais inflamatórios em surtos que variam de semanas a meses, os quais acarretam, progressivamente, fibrose com deformidades e calcificação do tecido cartilaginoso. Há freqüente associação com artrite e, eventualmente, podem ocorrer lesões dos aparelhos auditivo, ocular e respiratório¹⁶. A localização laringo-traqueal desencadeia tosse, rouquidão, infecções freqüentes e até dispnéia com indicação de traqueostomia, havendo relatos de êxito letal em virtude de envolvimento extenso do trato brônquico^{8,10}.

Granuloma anular: é uma dermatose crônica, benigna, de causa desconhecida, caracterizada por lesões pápulo-nodulares com tendência a se agruparem formando anéis, geralmente múltiplos, de cor rósea, não pruriginosas, localizando-se habitualmente no dorso dos dedos, mãos e pés. Porém, em 15% dos casos, particularmente em adultos, toda a superfície corpórea pode ser acometida, caracterizando a forma disseminada. A doença ocorre mais freqüentemente em crianças e mulheres¹⁶.

Psoríase: é uma dermatose inflamatória de etiologia desconhecida, de evolução crônica e recorrente, acometendo ambos os sexos, principalmente entre a segunda e a quarta décadas de vida. Caracteriza-se clinicamente pela presença de placas eritemato-escamosas, circunscritas, isoladas ou múltiplas, de tamanho e formas variadas, afetando o couro cabeludo e região retroauricular, região sacra e de forma simétrica a superfície extensora dos membros. No pavilhão auricular acomete comumente o meato acústico externo e a concha^{5,16,17}.

Hiperplasia angioliinfóide: é uma doença rara, caracterizada pela presença de pápulas, nódulos, placas ou tumores, geralmente de 2 a 3 centímetros de diâmetro, localizados na face, fronte, couro cabeludo e pavilhões auriculares, acompanhados de eosinofilia periférica e, às vezes,

de linfadenopatia regional. A regressão espontânea é vista na maioria dos casos após um período variável de tempo^{15,16}.

Pênfigos: o termo pênfigo refere-se a um grupo de doenças com comprometimento cutâneo e/ou mucoso que tem como característica comum a presença de bolhas intra-epidérmicas, resultantes da perda da adesão entre as células epiteliais. Os pênfigos são classificados em diferentes variantes clínicas e etiopatogênicas, sendo o pênfigo vulgar e o pênfigo foliáceo as formas clínicas mais freqüentemente descritas. O pênfigo vulgar é a forma mais severa de pênfigo, podendo acometer todo o tegumento e atingir todas as mucosas, apresentando-se como lesões vésico-bolhosas, de conteúdo turvo, límpido ou hemorrágico, que coalescem e se rompem deixando áreas ulceradas mais profundas que as observadas no pênfigo foliáceo, ocasionando comprometimento do estado geral. No pênfigo foliáceo surgem bolhas superficiais as quais se rompem com facilidade deixando áreas erosadas eritematosas recobertas por crostas e escamas, com disseminação simétrica no sentido crânio caudal, comprometendo toda a superfície corpórea, poupando áreas mucosas, e acarretando sensação de ardor ou queimação que originou o nome "fogo selvagem"^{16,17}.

Vitiligo: é uma leucodermia adquirida, de etiologia desconhecida, apresentando máculas acromicas de limites nítidos, com forma e extensão variáveis, com tendência à distribuição simétrica, não pruriginosas e geralmente com bordas hiperpigmentadas. É relativamente freqüente afetando em torno de 1% da população^{5,16}.

Poroceratose de Mibelli: é dermatose rara, crônica, hereditária, autossômica dominante, cuja lesão inicial é uma pápula que, alargando-se, forma lesão característica que consiste em crista córnea periférica, proeminente, circundando área central, normal ou atrófica¹⁶. As lesões são múltiplas e se localizam, preferencialmente, nas

extremidades, face e órgãos genitais, sendo observado nessas lesões o surgimento de neoplasias.

Alopécia areata: caracteriza-se pela perda brusca de cabelos ou pêlos em áreas circulares ou ovais, única ou múltiplas, de dimensões variáveis, sem sinais inflamatórios ou de atrofia da pele. É de etiologia desconhecida, afetando ambos os sexos, tendo um prognóstico, em geral, favorável¹⁶.

Miscelânea:

Nevos^{5,16}:

Nevo celular: também conhecidos como "pinta" ou "sinal", representam o tipo mais comum de tumor, com incidência praticamente universal, podendo acometer qualquer área da pele. Geralmente os nevos surgem como pequenas manchas na pele, que podem tornar-se elevadas, apresentando formas papilomatosas, abauladas ou pedunculadas.

Nevo comedoniano: consiste de pápulas ligeiramente elevadas em cuja área central existe rolha córnea, castanho-escuro semelhante ao comedão, sendo geralmente unilateral e atingindo preferencialmente a face, pescoço e porção superior do tronco.

Nevo azul: ocorre como uma lesão de cor azul escura a negra, bem delimitada, de forma oval ou redonda, plana ou saliente, de alguns milímetros de tamanho, geralmente única, sendo mais encontrada na face ou dorso da mão, sem regressão.

Nevo de Ota: também denominado de nevo fusco-céruleo-oftalmomaxilar, consiste de uma placa pigmentada, de coloração azul ou pardacenta, na área de distribuição do primeiro e segundo ramos do nervo trigêmeo, freqüentemente associado com pigmentação ocular e, eventualmente, da mucosa nasal, palatina ou faríngea, de crescimento lento e persistência por toda a vida.

Nevo de Ito: também denominado

de nevo fusco-céruleo-acrômio-deltóideo, apresenta placa pigmentada, de coloração azul ou pardacenta nas regiões do ombro, área supra clavicular e pescoço.

Genodermatoses:

Histocitose X: compreende três doenças de causas desconhecidas, porém relacionadas por terem em comum a resposta histiocitária com formação de granulomas. Abrange as doenças de Letterer-Siwe, Hand-Schüller-Christian e o granuloma eosinófilico, sendo essa última a mais benigna, de evolução crônica, possuindo cistos ósseos como o sinal mais comum, podendo ocorrer transição para uma das outras formas. Qualquer das formas pode começar na pele e permanecer limitada a esta ou atingir outros órgãos. As lesões cutâneas típicas são placas eritemato-escamosas semelhantes ao eczema seborréico, diferenciando-se deste pela presença de infiltração e pequenas pápulas acastanhadas as quais coalescem e ulceram, estando localizadas no pavilhão auricular e regiões retroauriculares, assim como a presença de xantomias nas mesmas áreas. O comprometimento do conduto auditivo externo origina quadro agudo ou crônico de otite externa. A doença de Letterer-Siwe corresponde à forma aguda, disseminada, ocorrendo em crianças, apresentando trombocitopenia com conseqüente lesões purpúricas^{10,15,16}.

Porfirias: são doenças metabólicas raras, em virtude de uma alteração do metabolismo das porfirinas, que são pigmentos róseos, levando ao aumento dessas substâncias com posterior depósito anormal das mesmas nos tecidos. As manifestações cutâneas são fotossensibilidade, com bolhas, ulcerações e cicatrizes atróficas nas áreas expostas, resultando em deformidades mutilantes nos pavilhões auriculares, dorso do nariz, regiões malares e lábios^{5,15,16}.

Síndromes:

Histiocitomatose reumatóide: compreende lesões mucocutâneas e artrite severa, sendo que as primeiras ocorrem anos após o surgimento da artrite. Tais lesões

cutâneas apresentam-se como pápulas, nódulos e placas de infiltração, isoladas ou disseminadas, principalmente no couro cabeludo, face, pavilhões auriculares, dorso das mãos e dedos, provocando nestes últimos distrofias ungueais. No comprometimento facial as mucosas dos lábios, língua, gengivas, faringe, laringe e esclera estão afetadas, dando à face aspecto leonino⁵. Uma das características da doença é a tendência para a regressão das lesões cutâneas, embora a artrite possa tornar-se progressiva e incapacitante¹⁰.

Síndrome carcinóide: carcinóide é um tumor potencialmente maligno originado de células cromafins, sendo o sítio mais comum o trato gastrointestinal, especialmente o apêndice e o íleo, podendo acometer também os pulmões e a tireóide. Tais tumores produzem grandes quantidades de serotonina as quais ocasionam alterações em todo o organismo, inclusive a pele. O surgimento de rubor na região centro-facial e parte superior do tronco, com evolução para edema, bolhas, sufusões hemorrágicas, seguidas de hiperpigmentação e atrofia da pele, assim como presença de diarreia, dor abdominal, edema e dispnéia asmatoforme são manifestações desta síndrome, aparecendo quando já se desenvolveram metástases hepáticas^{10,15}.

Síndrome de Luz-Clara-Bantan²¹: também chamada de pseudohipoparatiroidismo, manifesta-se por hipoacusia e lóbulos aderentes do pavilhão auricular; calcificação lenticular, cataratas, escleras azuis e estrabismo; dentição tardia e/ou aplasia dental; calcificação subcutânea e ossificações; anormalidades esqueléticas múltiplas; oligofrenia e endocrinopatias múltiplas.

Síndrome de Louis-Bar: é uma síndrome genética de característica autossômica recessiva que se apresenta com anormalidades imunológicas e neurológicas associadas com exuberantes telangiectasias. Estas aparecem em torno dos três anos de idade localizando-se na hélice, na face pos-

terior dos pavilhões auriculares, conjuntiva bulbar, espaços antecubitais e poplíteos, palato, face e pescoço. A ataxia cerebelar manifesta-se quando a criança começa a deambular, ocorrendo, também, nistagmo espontâneo. O déficit de imunoglobulinas, sendo a mais comum a deficiência isolada de IgA, proporciona maior susceptibilidade às infecções bacterianas, principalmente as sino-pulmonares em virtude da baixa quantidade de IgA nas secreções do trato respiratório. Há alta incidência de linforreticulossarcoma entre aqueles que conseguem sobreviver^{4,10,16}.

Síndrome de Wiskott-Aldrich: é uma enfermidade hereditária ligada ao sexo, só ocorrendo em meninos, e que se traduz por defeitos imunológicos, trombocitopenia e lesões cutâneas tipo eczema. As deficiências imunes, ausência de isohemaglutininas e nível baixo de IgM, determinam maior susceptibilidade às infecções por germes de membrana polissacarídica, como pneumococos, meningococos e hemófilos, resultando, a partir dos 6 meses de vida em pneumonias, meningites, otites e sepsis. A plaquetopenia ocasiona petéquias, equimoses e sangramento de mucosas. O pavilhão auricular pode apresentar eczema seco, fissurado, como parte da erupção eczematosa generalizada, simulando dermatite atópica^{5,16}.

Acrodermatite enteropática: é uma afecção de herança autossômica recessiva provocada pela deficiência de zinco e caracterizada por dermatite de localização acral, alopecia e surtos de diarreia. As lesões cutâneas iniciam-se com placas eritematosas, escamosas, erosivas e crostosas na face, em torno da boca, couro cabeludo, pavilhão auricular. Infecções secundárias bacterianas e por *Candida sp* são frequentes^{10,16}.

Síndrome de Pringle-Bourneville: também denominada de epilóia ou esclerose tuberosa, é uma doença autossômica dominante caracterizada por crises convulsivas, retardo mental e lesões cutâneas. A

manifestação cutânea mais freqüente é o adenoma sebáceo, consistindo de lesão semelhante a pápulas, sólidas, de tamanhos variados, de coloração vermelho-vivo, sésseis ou pedunculadas, assintomáticas, lo-

calizadas nos sulcos nasolabiais, regiões malares e mento. Histopatologicamente são angiofibromas.



SUMMARY

EXTERNAL EAR DERMATOSIS

The authors present one up to date description of ear dermatosis, through of the brief clinical report, filed 84 entities, shared in the seven groups, with logical form, with the purpose of help the physician, specially general physician, for the diagnostic of such dermatosis.

KEYWORDS

Dermatosis, ear, classification and clinical external ear dermatosis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - BULL, T R. Atlas de Ouvido, Nariz e Garganta, Rio de Janeiro, Atheneu.
- 2 - DÂNGELO, J G & FATTINI, C A. Anatomia Humana Sistemica e Segmentar 2ª ed. São Paulo, Atheneu, 1998.
- 3 - FILHO, O C L. Temas de Otorrinolaringologia, vol. 4. São Paulo, Manole, 1980, 438 pp.
- 4 - FILHO, O C L; CAMPOS, C A H de. Tratado de Otorrinolaringologia São Paulo, Roca, 1994.
- 5 - GAMONAL A. Dermatoses do Pavilhão Auricular. Apostila. Juiz de Fora. 1990.
- 6 - GAMONAL, A; GAMONAL, S B L & ALCHORNE A O. Dermatoses Paraneoplásicas In Gamonal A. Dermatologia Elementar. Juiz de Fora, Gamonal, 2000, 291 pp.
- 7 - GARDNER, E; GRAY, D J & RAHILLY, R O. Anatomia: Estudo regional do corpo humano, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1988.
- 8 - HUNGRIA, H. Otorrinolaringologia 7ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1995; 489 pp.
- 9 - MANGABEIRA-ALBERGAZ, P. Otorrinolaringologia Prática, São Paulo, Sarvier, 1981; 175 pp.
- 10 - GASPAR, A P; GASPAR, N K; MELLO, L R P & MELLO, L F P. Pavilhão Auricular. JBM, 5:25-36, 1974.
- 11 - MINITI, A; BENTO, R F & BUTUGAN, O. Otorrinolaringologia clínica e cirúrgica, Rio de Janeiro, Atheneu, 1993, 357 p.
- 12 - PORTMANN, M. Otorrinolaringologia 2ª ed. São Paulo, Masson, 1983.
- 13 - PORTO, C C. Semiologia Médica 2ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1994.
- 14 - ROBBINS, S L; KUMAR V & COTRN R S. Patologia Estrutural e Funcional 5ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1996.
- 15 - ROOK, A J, WILKINSON, D S & EBLING, F J G. Textbook of Dermatology. IV v. 5ª ed. London: Blackwell Scientific Publications, 1992.
- 16 - SAMPAIO SAP & RIVITTI EA. Dermatologia, São Paulo, Artes Médicas, 1998.
- 17 - SITTART, J A & PIRES, M C. Dermatologia para o clínico, São Paulo, Lemos, 1997.
- 18 - SOBOTTA, J. Atlas de Anatomia Humana 20ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1993.
- 19 - TAGLIAVINI, R. Novo Atlas Prático de Dermatologia e Venereologia 3ª ed. São Paulo, Santos.
- 20 - WAY, L W. Cirurgia Diagnóstico e Tratamento 9ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1993.
- 21 - BUTTERWORTH T. Manual de Síndromes Dermatológicas, São Paulo, Manole, 1974, 88 pp.