

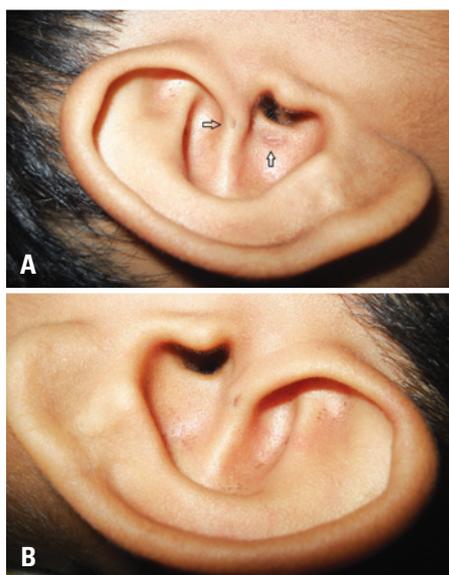
## Dos orifícios e dos seios periauriculares: entendendo o mimetismo

Of periauricular pits and sinuses: understanding the masqueraders

Mainak Dutta<sup>1</sup>, Soumya Ghatak<sup>2</sup>, Rahul Sarkar<sup>2</sup>



**Figura 1.** Observa-se orifício (seta) que leva a uma cavidade cística e alcança o sulco pós-auricular, situado na parte inferior da face medial do pavilhão auricular direito, logo acima do lóbulo



**Figura 2.** (A) Visão lateral do pavilhão auricular direito mostra outro orifício na hélix ascendente (seta transparente). Em contiguidade com o conduto auditivo externo membranoso, está a cicatriz pigmentada (seta branca cheia), que corresponde à cavidade do seio na face medial. (B) O seio intra-auricular e seu orifício podem ser observados na hélix ascendente do pavilhão auricular esquerdo, em posição idêntica à do orifício, na orelha contralateral



**Figura 3.** Exame de raios X contrastado dos seios da face mostra fístula em formato de balão, que termina em fundo cego, na frente e abaixo do processo mastoide direito, no tecido mole, posterior ao ramo da mandíbula, e inferior ao conduto auditivo externo, na região anatômica da glândula parótida

Menina de 8 anos com queixa de saída de secreção intermitente de um orifício situado na face medial do pavilhão auricular direito desde a tenra infância. A secreção era em pequena quantidade, com mal odor, aspecto mucoide e ocasionalmente purulenta. Aumentou a frequência no último ano, com o desenvolvimento um inchaço, logo abaixo do orifício, que inflamou muitas vezes e causou dor. Ao exame, observou-se uma abertura bem acima lóbulo, em direção a um edema que chegava ao sulco pós-auricular (Figura 1). Uma área de cicatrização e pigmentação na face lateral do pavilhão auricular, imediatamente próxima ao conduto auditivo

<sup>1</sup> Departamento de Otorinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Medical College and Hospital, West Bengal, Índia.

<sup>2</sup> Departamento de Otorinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, R G Kar Medical College and Hospital, West Bengal, Índia.

Autor correspondente: Mainak Dutta – Department of Otorhinolaryngology and Head-Neck Surgery, Medical College and Hospital, 88, College Street – CEP: 700073 – Kolkata (WB), Índia – Tel.: +91 9830737587 – E-mail: [duttamainak@yahoo.com](mailto:duttamainak@yahoo.com)

Data de submissão: 4/11/2013 – Data de aceite: 13/1/2014

DOI: 10.1590/S1679-45082014A13020

externo (CAE) – remanescente de inflamações prévias envolvendo a pele do CAE, foi observada e correspondia à fístula (Figura 2A). Outros orifícios semelhantes e assintomáticos foram vistas na hélix ascendente do pavilhão auricular direito (Figura 2A) e esquerdo (Figura 2B). Após controlar a infecção com antibióticos, um raio X de seios da face foi solicitado para avaliar a lesão pós-auricular, o qual mostrou uma fístula em formato de balão no tecido mole de todo pescoço, logo abaixo do processo mastoide e do CAE, e posterior ao ramo da mandíbula (Figura 3). A fístula foi operada sob anestesia geral. Na cirurgia, observou-se que a fístula tinha fundo cego e terminava pouco antes de invadir o tecido da parótida

Os orifícios periauricular são estigmas congênitos, geralmente vistos pelos clínicos quando infeccionam e apresentam sintomas. Podem ir na direção dos seios, formar fístulas, cistos ou simplesmente terminar em fundo cego, e são mais observadas na região pré-auricular<sup>(1)</sup> (acima do trago, na área da incisura terminal), mas podem ter localização intra-auricular<sup>(2)</sup> ou pós-auricular. Porém, as complicações clínico-embriológicas podem ser diferentes, dependendo de sua localização e composição. O pavilhão auricular é formado pela união de seis saliências cartilaginosas (de His), oriundas do primeiro e segundo arcos branquiais. Antitrigo, anti-hélix, lóbulo e a parte inferior da hélix são formadas a partir do segundo arco, e o restante do pavilhão auricular origina-se do primeiro arco. Os seios/cistos pré-auriculares e intra-auriculares são manifestações da união deficiente dos dois derivados do arco branquial; seriam como cistos/fístulas de inclusão e inócuos.<sup>(1)</sup> No entanto, cistos, seios ou fístulas clinicamente idênticos podem ser observados na parte posterior do pavilhão auricular e na porção superior do pescoço, e a origem delas não pode ser explicada pela teoria de inclusão ou tecido encarcerado. Na verdade, são duplicações do CAE e derivam de malformações

do primeiro seio branquial, que contribui para o desenvolvimento do CAE.<sup>(3)</sup> Elas podem ser revestidas por epitélio (tipo I) ou formadas por componentes de ectoderma e mesoderma (tipo II).<sup>(4)</sup> Por isso geralmente drenam para o CAE ou pescoço, e estão bem próximas à glândula parótida e ao nervo facial,<sup>(1)</sup> o que as torna vulneráveis durante a exploração cirúrgica. Essa criança, coincidentemente, tinha anomalia da fenda do arco branquial, apresentando-se clinicamente como orifícios, com grande proximidade anatômica. Nesses casos, é muito difícil diferenciar um cisto/seio de inclusão de uma anomalia da fenda do primeiro arco branquial do tipo I, que tem uma relação íntima com o CAE membranoso.<sup>(5)</sup> A situação pode enganar, e as anomalias sindrômicas congênitas<sup>(1)</sup> e o comprometimento de estruturas vitais,<sup>(1,5)</sup> que são associações conhecidas de malformações da fenda branquial, poderiam não ser percebidas se forem confundidas com os seios pré-auriculares e intra-auriculares, que são relativamente benignos e distintos, em termos embriológicos. Os exames de imagem (raio X de seios da face) podem auxiliar, mas a diferenciação depende realmente de conhecimento da embriologia regional e dos achados do perioperatório.

## REFERÊNCIAS

1. Graney DO, Sie KC. Anatomy and developmental embryology of the neck. In: Flint PW, Haughey PH, Lund VJ, Niparko JK, Richardson MA, Robbins KT, et al. editors. Cummings otolaryngology head & neck surgery. 5th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2010. p. 2585.
2. Marom T, Goldfarb A, Roth Y. Intra-auricular sinus: first description of a variant of the pre-auricular cyst. *J Craniofac Surg*. 2013;24(1):e12-3.
3. Aronsohn RS, Batsakis JG, Rice DH, Work WP. Anomalies of the first branchial cleft. *Arch Otolaryngol*. 1976;102(12):737-40.
4. Work WP. Newer concepts of first branchial cleft defects. *Laryngoscope*. 1972;82(9):1581-93.
5. Gonzalez-Perez LM, Prats-Golczer VE, Montes Carmona JF, Heurtebise Saavedra JM. Bilateral first branchial cleft anomaly with evidence of a genetic aetiology. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2014;43(3):296-300.