

Quiz / Trago accesorio

Quiz / Cartilaginous Nevus

Heidi Hernández-Ramírez,¹ Ilse Yolanda Osorio-Aragón,¹ Sonia Toussaint-Caire,¹ María Elisa Vega-Memije,¹ María Josefina Carbajosa-Martínez² y Roberto Arenas-Guzmán³

¹ Departamento de Dermatopatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González.

² Dermatóloga, práctica privada.

³ Sección de Micología, Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Revisión

El trago accesorio, también llamado nevo cartilaginoso o apéndice auricular, es una anomalía congénita del oído externo, benigna, con una incidencia global de 0.47%.¹ La prevalencia de las lesiones unilaterales es de 1.7 por mil habitantes, y de las bilaterales es de 9-10 por 10 mil.² Otras denominaciones menos comunes son poliotia, oído externo accesorio, atrio accesorio y trago supernumerario.³

Fue descrito por primera vez en 1958 por Birket.³ Embriológicamente, el trago es una parte del oído externo que proviene del primer arco faríngeo;² el origen del trago accesorio se desarrolla por la falla en la fusión de los seis montículos auriculares que provienen del primer y segundo arco faríngeo que normalmente ocurre entre la cuarta a sexta semanas de vida intrauterina. Una hipótesis más reciente se basa en la observación de ratones en los que se expresa de manera forzada la proteína codificada por el gen HOXA2 en las células del primer arco faríngeo, lo que las lleva a transformarse, siguiendo el destino del segundo arco faríngeo que da como resultado estructuras duplicadas de todo el pabellón auricular, por lo que se propone que el trago accesorio es un rudimentario oído externo duplicado.⁴ El desarrollo del primer y segundo arco faríngeo explicaría también las localizaciones más frecuentes del trago accesorio a lo largo de la línea migratoria que une la base del cuello con la mandíbula hasta llegar al pabellón auricular.^{3,5}

Esta anomalía está presente durante el nacimiento y generalmente es unilateral y solitaria, pediculada o sésil, de 3 a 10 mm de longitud, del color de la piel, con o sin folículos pilosos en la superficie y de consistencia firme, la localización más común es la región preauricular,³ anterior al trago, también existen otras ubicaciones menos frecuentes que incluyen las mejillas a lo largo de la línea media mandibular, la región cervical lateral delante del

músculo esternocleidomastoideo⁶ y, de forma extraordinaria, la glabella⁷ y el vestíbulo nasal.⁷ Los diagnósticos diferenciales en la clínica incluyen: fibromas blandos, fistulas auriculares, pólipos fibroepiteliales, quistes branquiales, tiroglosos y epidermoides.^{3,8}

En la histopatología del trago accesorio se observa una capa delgada de estrato córneo ortoqueratósico, con una epidermis anfractuosa, es frecuente que haya glándulas écrinas y numerosos folículos vellosos, que pueden estar acompañados de glándulas sebáceas, teniendo como rasgo distintivo principal un componente prominente de tejido conectivo y lóbulos de tejido adiposo maduro rodeando el cartílago elástico central, lo que sustenta el diagnóstico definitivo.^{2,7}

El diagnóstico diferencial histológico lo constituyen el tricofolículo y el nevo de folículos pilosos, ya que ambos contienen abundantes folículos vellosos, incluso en el segundo también se puede observar tejido adiposo superficial, sin embargo, ninguno de éstos presenta el componente cartilaginoso central que característicamente conforma al trago accesorio, sin mencionar la evidente diferencia en el aspecto clínico.^{7,9}

El trago accesorio generalmente es una anomalía aislada, sin embargo, se ha asociado con algunos síndromes congénitos que tienen relación con alteraciones del desarrollo del primer y segundo arco faríngeo denominados “síndromes de anomalías congénitas múltiples”, las cuales hay que sospechar cuando tenemos apéndices auriculares múltiples, bilaterales o mayores a 1 cm.^{3,10} Una de las asociaciones más importantes se ha hecho con el síndrome de Goldenhar, el cual tiene una herencia autosómica recesiva y pertenece a un grupo de enfermedades conocidas como microsomía hemifacial, este síndrome se caracteriza por tumores lipodermoides, anomalías vertebrales y defectos auriculares.⁹ Otros síndromes relacionados, aunque menos comunes, son disostosis mandi-

bulo-facial (síndrome de Treache-Collins), síndrome de Townes-Brocks, síndrome de VACTERL y delección parcial del cromosoma 4p (síndrome de Wolf-Hirschhorn)².

A pesar de la creencia popular, no hay estudios que respalden la asociación de estas anomalías con malformaciones renales, ya que se ha encontrado una prevalencia similar de malformaciones de la vía urinaria en estos pacientes en comparación con la población general. Al contrario, un porcentaje significativo (15-30) ha presentado diferentes grados de disminución de la audición, por lo que se aconseja un examen de audición temprano en estos niños.¹¹

La escisión quirúrgica es el manejo terapéutico más utilizado para esta alteración, el cual en general se realiza con fines estéticos. La lesión se debe extirpar mediante una incisión en huso removiendo el cartílago subyacente, que comúnmente se encuentra en la hipodermis, para obtener mejores resultados cosméticos.¹ Durante el procedimiento de extirpación en zonas atípicas se debe evitar el daño a estructuras subyacentes, como el nervio facial, la glándula parótida y los conductos parotídeos.²

En conclusión, el trago accesorio es una anomalía congénita rara, que generalmente se presenta de forma asintomática con un curso benigno, sin embargo, su presencia requiere una examinación física completa y multidisciplinaria para descartar alguna asociación con síndromes congénitos como los mencionados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yin X, Shi J, Hua Z, Miao X y Zhou B, Case series of neck accessory tragus, *J Cosmetic Dermatol* 2019; 18(6):1800-02.
2. Bahrani B y Khachemoune A, Review of accessory tragus with highlights of its associated syndromes, *Int J Dermatol* 2014; 53(12):1442-6.
3. Manríquez-Robles A, Franco AM, Castañeda-Zárraga A, López-Ornelas AF, Toussaint-Caire S y Vega-Memije ME, Clavicular skin-colored nodule, *Indian J Paediatr Dermatol* 2019; 20:169-71.
4. Cohen PR y Gilbert-Barness E, Pathological cases of the month: accessory tragus, *Am J Dis Child* 1993; 147:1123-4.
5. Ban M, Kamiya H, Yamada T y Kitajima Y, Hair follicle nevi and accessory tragi: variable quantity of adipose tissue in connective tissue framework, *Pediatr Dermatol* 1997; 14:433-6.
6. Stoll C, Viville B, Treisser A *et al*, A family with dominant oculoauriculo-vertebral spectrum, *Am J Med Genet* 1998; 78:345-9.
7. Karabulut Y, Şenel E, Karabulut H y Dölek Y, Three different clinical faces of the same histopathological entity: hair follicle nevus, trichofolliculoma and accessory tragus, *An Bras Dermatol* 2015; 90(4):519-22.
8. Hodges FR, Sahouria JJ y Wood AJ, Accessory tragus: a report of 2 cases, *J Dent Child* 2006; 73:42-4.
9. Sayama S y Tagami H, Cartilaginous nevus on the glabella, *Acta Derm Venereol* 1982; 62:180-1.
10. Moradi S, Castiglione C y Ehrig T, Accessory tragus: report of a case in a rare location on the nasal vestibule, *Pediatr Dermatol* 2020; 37(2): 383-4.
11. Novoa A y Garrido G, Niños con apéndices y fositas preauriculares, enfoque práctico para el pediatra, *Arch Arg Pediatr* 2006; 104(2):185-8.