



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 482/779 - OREJA ROJA

C. Alonso Lamas<sup>1</sup>, A. Lozano Martínez<sup>2</sup>, R. del Portillo Pastor<sup>3</sup> y F. Azorín Sanz<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cigales. Cigales. Valladolid. <sup>2</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tórtola. Valladolid. <sup>3</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pilarica. Valladolid. <sup>4</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cigales. Cigales. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 45 años sin alergias medicamentosas, en tratamiento con omeprazol, Seguril, Adiro y ezetrol, nifedipino. Antecedentes personales de hipercolesterolemia, insuficiencia vascular y enfermedad de Raynaud. Acude por dolor e inflamación en pabellón auricular derecho desde hace 1 día, prurito y vesículas blanquecinas, dolor con supuración y descamación de la piel. Lo relaciona con la picadura de un insecto pero no sabe precisar cuál. Asocia cefalea y náuseas. No refiere pérdida de audición ni acufenos. No lagrimeo en ojo derecho. No eritema facial. No fiebre. No refiere otra sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paciente consciente. Eupneico. TA: 132/77 mmHg, T: 37 °C, SatO2 basal: 97%. Exploración: pabellón auricular derecho, inflamado, caliente, doloroso a la palpación, con vesículas-ampollas. Otoscopia OD: CAE eritematoso no edematizado. Membrana timpánica normal. OI: normal. Adenopatía infrauricular derecha dolorosa a la palpación. No se observa picadura de insecto. Exploración neurológica: pupilas isocóricas y normorreactivas, Movimientos de los ojos normales, nistagmo horizontal en mirada a la derecha. Pares craneales normales, fuerza y sensibilidad simétrica y conservada. Barré y Romberg negativo, marcha normal. Analítica: serie roja y blanca normales. Función renal normal. PCR 2. Coagulación normal. El paciente fue derivado a urgencias, ante la sospecha de Herpes Zoster se trató con aciclovir 800 mg 2 comprimidos. Tras ser visto por otorrinolaringología se diagnosticó de pericondritis y pautaron ciprofloxacino 500 mg c/12 horas, 10 días, furacín pomada cada 8 horas, prednisona 30 mg en pauta descendente y revisión en 10 días.

**Orientación diagnóstica:** Pericondritis.

**Diagnóstico diferencial:** Ramsay-Hunt, picadura, reacción alérgica, psoriasis.

**Comentario final:** La pericondritis es una infección del tejido que cubre el cartílago auricular. Podría llegar a destruir la estructura del pabellón auricular. Mediante un diagnóstico y tratamiento precoces desde atención primaria es posible prevenir posibles complicaciones.

### Bibliografía

1. Usoro A, Ehmann MR.. Acute Auricular Perichondritis with an effusion. Clin Pract Cases Emerg Med. 2019;3(4):453-4.

2. Lucerna A, Espinosa J. Acute atraumatic pinna (auricular) perichondritis. *World J Emerg Med.* 2018;9(2):152-3.

**Palabras clave:** Pericondritis. Infección de oreja.