

Otohematoma o *Hematoma Auris*. Un espejismo diagnóstico que escondía una realidad bien diferente

Oscar Martínez Azumendi

Psiquiatra. Bilbao

El otohematoma o *Hematoma Auris* fue una alteración del pabellón auditivo históricamente asociada a supuestos estigmas degenerativos de la enfermedad mental y que rápidamente cayó en el olvido cuando no se pudo ocultar por más tiempo el origen real de la lesión. Actualmente se conoce la afección con un más prosaico nombre de “oreja de boxeador” u “oreja de coliflor”, incluso M95.1 para la ICD-10 que resuena de forma menos inquietante que la “oreja loca” de los clásicos.

Basándose en las teorías fisonómicas importantes durante el S. XIX, el aspecto y configuración del pabellón auditivo, sin necesidad de ninguna otra patología asociada, podía ser reflejo de los estigmas degenerativos asociados a la locura y por ese motivo fue merecedor de atento escrutinio durante largo tiempo (1-2). La aparición de la técnica fotográfica hizo que esta rápidamente fuera utilizada con propósitos didácticos (3) al permitir la reproducción fidedigna de las morfologías o lesiones estudiadas (fig. 1 y 2). De igual forma, las diferencias observadas individualmente, que harían a cada oreja específica e irrepetible para cada individuo, hicieron que estas fueran incluidas por Bertillon dentro de los rasgos fijos de su “*portrait parlé*” dirigido a la catalogación y registro antropométrico de los criminales (fig. 3).



Figura 1. Fotografía post mortem de una enferma de un manicomio: “el lóbulo de la oreja es extremadamente deficiente, una circunstancia que se observa frecuentemente en aquellos casos, como este, que han estado locos permanentemente”.

Foto: Alexander Johnston Macfarlan, c. 1860 (3).

Hablando ya del otohematoma como lesión frecuentemente observada en los hospitales psiquiátricos de la época (fig. 4), es precisamente una fotografía de esta alteración la que ostenta el honor de ser la primera en ser publicada en 1870 en el *American Journal of Insanity*,



Figura 2. Pabellón auditivo de un enfermo mental del Hospital Murray en Perth.
Foto: William Carmichael M'Intosh, c. 1861 (3).

precursor del actual *American Journal of Psychiatry* (fig. 5). El artículo, firmado por E. R. Hun (5), aclara que el “*Hæmatoma Auris, o tumor sanguíneo del oído externo, se ha observado desde hace tiempo frecuentemente asociado a la insania*”. Seguidamente, partiendo de la descripción hecha por Bird en 1833, hace referencia a diversos autores que lo habían estudiado con anterioridad, aunque la condición ya se conocía desde los tiempos clásicos (fig. 6). Hun, en base a la experiencia acumulada en el manicomio de Nueva York que avala con la presentación de 24 casos clínicos (de los que sólo uno correspondía a una mujer), describe que el curso evolutivo era de varios días, no observándose previa-

mente afectación sistémica general que pudiera anunciar la aparición del hematoma. A la tumorcación precedía cierto enrojecimiento e hinchazón del oído, a veces implicando igualmente a cara y ojos, aunque también podía aparecer sin ese rubor previo. A partir de ahí, en horas o días, el tumor adquiría su máximo desarrollo deformando la aurícula y pudiendo alcanzar un tamaño entre una alubia y un huevo de gallina, en este caso presentando una superficie suave y redondeada. Podía drenarse espontáneamente o reabsorberse gradualmente. Si se drenaba, espontánea o quirúrgicamente, se obtenía una importante cantidad de sangre coagulada y suero sanguinolento, observándose una fuerte tendencia a cerrarse de nuevo. La reabsorción progresiva dejaría una deformidad característica en la gran mayoría de casos.

Curiosamente, en una diatriba que sigue sin resolverse satisfactoriamente en nuestros días (6), para los primeros observadores el otohematoma era causado por la efusión de sangre en el tejido conectivo subcutáneo, mientras que para Hun la hemorragia se alojaría entre el pericondrio y el cartílago. Mayores divergencias existían en relación a la causa del fenómeno que relacionaba supuestas alteraciones en la circulación cerebral con la auricular, presuponiéndose la dilatación de los vasos del oído externo con la congestión cerebral. Todo ello mediatizado asimismo por la excitación del sistema simpático a causa de una emoción fuerte. Estas eran etiologías suficientes para explicar el fenómeno, sin necesidad de considerar que se



Figura 3. “La oreja es otro rasgo fijo que el criminal no puede alterar”. Bertillon describió unas veinte dimensiones diferenciadas en el oído externo, que arrojaban una centena de variaciones finales (4).



Figura 4. Charles Féré (del Hospital Bicêtre de París).
Les Épilepsies et le Épileptiques. 1890.

tratará simplemente del resultado de una lesión traumática (bien autoinfligida o producida por terceras personas), otra posibilidad que ya se venía apuntando en esas fechas.

Las causas de su aparición en los enfermos mentales, previas a la aceptación del factor mecánico como etiología principal, todavía en 1892 eran resumidas por Pieterse (7) como:

- Causas análogas a las que producen apoplejía.
- Mayor compactación de los huesos del cráneo obstaculizando la circulación sanguínea.
- Algún tipo de afección sanguínea.
- Causas relacionadas de alguna forma con la propia enfermedad mental.
- Reblandecimiento del cartílago.
- Trastorno del simpático cervical.
- Degeneración de ciertos nervios tróficos.
- Agentes tóxicos circulando en la sangre.
- Infecciones.

Como contrapunto al anterior abanico etiológico, merece la pena rescatar aquí la descripción realizada en 1896, no sin buenas dosis de humor de la época, por P. Borrás y Torres, jefe de la clínica de oto-rino-laringología del Hos-

pital de Niños de Barcelona en su artículo “Trastornos auriculares producidos por las bofetadas” (8): “Como afortunadamente, dado el gran número de bofetadas que se suelen expender a precio poco elevado, no todas tienen consecuencias desagradables para el que las adquiere en justa e injusta compensación a las rarezas de carácter o a la no siempre justificada cólera de algún viejo regañón, descontentadizo maestro, impetuoso militar, furibunda maritornes, etc., etc., de aquí que en Otología se vean relativamente pocos casos de trastornos auriculares debidos a este traumatismo manual. Sábese sin embargo, que consecutivos a

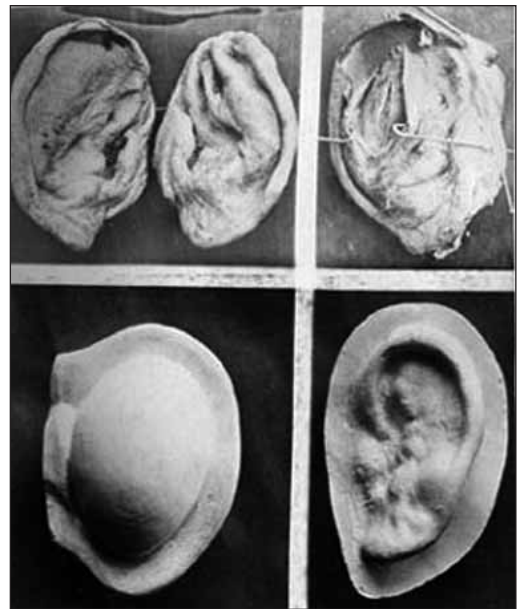


Figura 5. Primeras fotografías en el *American Journal of Insanity*. Las dos imágenes de abajo representan el oído externo de un paciente, la imagen de la izquierda es la fotografía de un molde de escayola realizado cuando la tumefacción era mayor. La imagen de la derecha representa el mismo oído una vez que la ruptura y contracción habían ocurrido. Las tres imágenes superiores fueron tomadas de los oídos de otro paciente. Las dos de la izquierda muestran la contractura que tuvo lugar tras la ruptura de los quistes; mientras que la figura de la derecha muestra una sección de uno de ellos y demuestra la separación del pericondrio del cartílago auricular.

Hun, 1870 (5).



Figura 6. Detalle de la oreja del boxeador del Quirinal. Bronce griego, S I a.C.

este modo de traumatizar tan singular, hanse presentado parálisis faciales periféricas, lesiones en los ojos, carrillos, labios, epistaxis, acompañadas o no de fracturas del tabique nasal, y como consecuencia, desviaciones permanentes de este mismo othematoma, pero admitiendo que la primera causa que obra, traumatismo, es la ocasional. Por esta razón es tan frecuente en los locos, cuyos guardianes o loqueros poco cariñosos, en general, suelen castigar con sendos tirones de orejas o con repetidos bofetones a los alienados, poco conocedores, desgraciadamente, del cumplimiento de sus obligaciones.

En general disminuye el número de lesiones en el pabellón desde que en los asilos de alienados se ejerce extraordinaria vigilancia con los loqueros. "Así en el Hospicio des Antiquailles, de Lyon, en 1859, los tumores sanguíneos se produjeron en diversos intervalos y cesaron bruscamente después de renovar ciertos enfermeros: lo que demuestra que los individuos afectados eran cogidos por las orejas para ser corregidos o trasladados a los sitios que les correspondía".

No cabe dudar de que los traumatismos del pabellón han sido conocidos y comentados en todas edades por las deformidades de mayor o menor cuantía que hayan podido imprimir a la sección externa del aparato de percepción de los sonidos. Por esto "los escultores griegos y romanos no han olvidado de dar como ornamento plástico a las orejas de sus semidioses o de sus atletas célebres, tales como Hércules, Héctor, Cástor y Pólux, la deformación consecutiva al hematoma. Gudden, Winkelmann, visitando la dactiloteca de Munich o las estatuas de la escultura antigua; Prat, examinando las medallas y estatuas que se remontan a la época romana, han visto parecidas deformaciones sobre los pabellones de las cabezas de atletas".

Generalmente afectan estas lesiones a la cara externa del pabellón en cualquiera de sus divisiones menos el hematoma, que jamás se sitúa en el pulpejo. Como en mis tres observaciones, el lado afectado suele ser siempre el izquierdo, pues generalmente el que hiere lo hace cara a cara y con su mano derecha, a menos de ser zurdo".

Para 1897 la frecuencia de aparición de esta condición iba progresivamente en descenso. Carter (9) lo atribuye a métodos más humanos de tratamiento y la menor incidencia de trau-

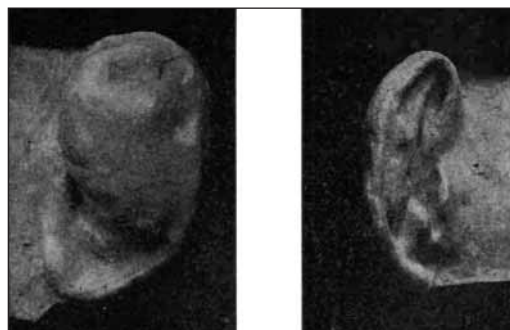


Figura 7. Fotografías de los moldes de escayola de un caso de hematoma auris, publicadas por Kraepelin en General Paresis (1913).

En la primera hay una enorme tumefacción globular debida a la extravasación de sangre. En la segunda, engrosamiento y desfiguración de los cartílagos tras la reabsorción sanguínea (10).



Figura 8. “En la imagen se ve muy claro el fuerte tumor ovalado. La fosa escafoidea ha desaparecido, el reborde auricular en su zona superior está desfigurado por completo. Destacan las arrugas horizontales y el párpado superior cerrado. Es por eso que su fisonomía parece muy dolorida. Informaciones técnicas: La toma de la imagen se realiza en una habitación individual donde la luz viene del lado observado. Debido a la inquietud del paciente, la fotografía sólo se pudo realizar sujetando la cabeza manualmente durante un instante”.

Alber, 1902 (11).

matismos en los enfermos asilados en instituciones bien reguladas. Los traumatismos serían entonces un factor etiológico, si bien la degeneración de alguna de las ramas de la arteria carotídea sería la causa que lo favorecía. Para el final de la Primera Guerra Mundial el tema desapareció de las revistas médicas y otras modas tomaron el relevo.

Kraepelin (10) hace referencia a esta condición en el apartado de la sintomatología de la parálisis general progresiva secundaria a la sífilis (fig. 7), una de las principales causas de ingreso psiquiátrico hasta no tan remotas fechas. Reconociendo que un trabajo de Von Gudden en 1860 había probado la causalidad externa de

la misma dice: “Fracturas costales y hematoma auris ocurren frecuentemente en la pasesia, a veces de forma alarmante, porque los pacientes son muy difíciles, a menudo inquietos, y especialmente porque no se defienden o se quejan por lo que sufren irremediablemente los malos tratos de sus compañeros”. Termina recomendando una mejor organización y supervisión auxiliar para disminuir la frecuencia tanto de orejas tumefactas como de costillas fracturadas.

A continuación veamos un ejemplo de los que debieron ser frecuentes casos clínicos (PGP + otohematoma) durante la época, tomado del Atlas de enfermedades mentales de A. Alber (11), discípulo de Sommer en su sistema diagnóstico acompañado de imágenes (fig. 8).

“H.C. aus H., 42 años. Ingresó el 27 de diciembre 1898, falleciendo el 10 de mayo de 1899. Sin carga de herencia genética. Se casó con 29 años. Tuvo 4 hijos de los que uno murió de convulsiones y otro nació muerto. Su memoria empezó a empeorar medio año antes del ingreso, cansancio fácil, insomnio, excitabilidad, dolor de cabeza nervioso. Después afasia, intolerancia al alcohol, crisis convulsivas. Poco después de ingresar presentó espasmos de los músculos de la mímica y de las extremidades. Tocar su brazo derecho genera un espasmo clónico del mismo. Presenta un reflejo patelar derecho aumentado, siendo el izquierdo de intensidad normal. Obvio espasmo clónico en pie derecho. Las pupilas muy estrechas. No reaccionan a la incidencia de luz. Lenguaje escandido. En el ámbito psíquico: orientado, mala memoria, inteligencia defectuosa. A lo largo de las observaciones fueron particularmente llamativos los ataques de tipo epiléptico, tensión enorme, sobre todo en los aductores, intensas contracciones, lenta relajación de los espasmos, aguda excitación motora alcanzando la agitación frenética, megalomania simplona. Fallecimiento tras un de rápido desmoronamiento físico. El otohematoma surgió a mediados de marzo de 1899 por causas desconocidas, se supone que a consecuencia del auto-deterioro, teniendo en cuenta la enorme inquietud motora del paciente”.



Berrios, comentando uno de estos textos clásicos sobre el otomatoma (12), llama la atención frente al espejismo de nuestras verdades sobre el conocimiento presente y se pregunta por cuáles son las auténticas diferencias entre los diagnósticos vigentes actualmente y los que ya pasaron de moda. Dependiendo de nuestro punto de partida podríamos llegar a conclusiones diferentes, siendo aconsejable tener en cuenta a la hora de dar una respuesta no solo los avances tecnológicos disponibles para el diagnóstico (realismo), sino los conceptos derivados de los propios contextos históri-

cos (instrumentalismo). Con esta perspectiva más amplia, incluyendo los dos puntos de vista, estaremos mejor prevenidos ante el convencimiento ciego en futuros “*Hematoma Auris*” y el subsiguiente sonrojo al descubrir las verdaderas causas ocultas para su explicación.

Contacto

Oscar Martínez Azumendi
Sº Psiquiatría del Hospital de Basurto
Avda. Montevideo 18. • 48013-BILBAO
osarmar@wpanet.org
<http://psiquifotos.blogspot.com>



BIBLIOGRAFÍA

- 1) Mac-Auliffe, L. Marie, A. Observation et mensuration de 200 oreilles d'aliénés, épileptiques ou idiots. *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*. 1910. I (1) : 23-33.
- 2) Mac-Auliffe, Marie, A. Thooris. Résultats des mensurations comparées de 100 soldats et de 100 aliénés, épileptiques ou idiots. *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*. 1910. I (1) : 307-311.
- 3) Barfoot, M. Morrison-Low, A.D.V.V.C. M'Intosh and A.J. Macfarlan. Early Clinical Photography in Scotland. *History of Photography*. 1999; 23 (3): 199-210.
- 4) Douglas, W. The speaking portrait. *Pearson's magazine*. Marzo, 1901. XI (63): 288-292.
- 5) Hun, E.R. Hæmatoma auris. *American Journal of Insanity*. 1870; 27: 13-28.
- 6) Mudry, A. Pirsig, W. Auricular Hematoma and Cauliflower Deformation of the Ear: From Art to Medicine. *Otology & Neurology*. 2009, 30(1): 116-120.
- 7) Pieterston, J.F.G. Hæmatoma Auris. En Tuke, D.H. (Ed.) Dictionary of Psychological Medicine. Jhon Churchill. Londres, 1892: 557-62. Reimpreso en *History of Psychiatry*. 1999; 10: 376-383.
- 8) Borrás y Torres, P. Trastornos auriculares producidos por las bofetadas. *La Independencia Médica*. 26 noviembre 1896. 32 (9): 87-89.
- 9) Carter, F.P. A case of double Hæmatoma auris. *American Journal of Insanity*. 1897; 53: 560-561.
- 10) Kraepelin, E. General paresis. Nervous and mental disease monograph series, nº 14. New York, 1913.
- 11) Alber A. Atlas der geisteskrankheiten im Anschluss an Sommer's diagnostik der geisteskrankheiten. *Urban & Schwarzenberg*, 1902: 10-11.
- 12) Berrios, G. Pieterston's 'Hæmatoma auris'. *History of Psychiatry*. 1999; 10: 371-375.