

Colesteatoma de conducto auditivo externo secundario a cirugía previa

J. M. Verdaguer, A. Trinidad, D. Lobo, J. R. García-Berrocal, R. Ramírez-Camacho

Servicio de ORL. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Universidad Autónoma de Madrid.

Resumen: Los colesteatomas del conducto auditivo externo (CAE) son una patología infrecuente. Su presentación clínica habitual suele ser en forma de masa que erosiona el CAE, normalmente en sus porciones inferior o anterior, con una membrana timpánica generalmente conservada y un oído medio intacto. Presentamos un caso de esta enfermedad con una revisión de la literatura con el fin de establecer unas pautas actualizadas en la prevención, diagnóstico y manejo de esta rara entidad.

Palabras clave: Colesteatoma. Patología del conducto auditivo externo. Complicación quirúrgica. Keratosis obturans.

External auditory canal cholesteatoma as a complication of ear surgery

Abstract: External auditory canal cholesteatomas are a rare disease. Their usual clinical appearance is a mass eroding the bony external auditory canal, normally in the inferior or anterior parts, with an intact tympanic membrane and a normal middle ear. A case of this uncommon disease with a review of the scientific literature is presented. Guidelines for the prevention, diagnosis and management are examined.

Key words: Cholesteatoma. External auditory canal wall diseases. Ear-surgery complications. Keratosis obturans.

INTRODUCCIÓN

La gran mayoría de los colesteatomas se desarrollan en el oído medio y en la mastoides, siendo su aparición en el conducto auditivo externo (CAE) extremadamente infrecuente¹. Suele presentarse como una masa que erosiona el CAE, generalmente en sus porciones inferior o anterior, encontrándose el tímpano y el oído medio por lo general no afectos.

Correspondencia: José M.^a Verdaguer Muñoz
Servicio de Otorrinolaringología
Hospital Universitario Puerta de Hierro
C/ San Martín de Porres, 4
28035 Madrid
E-mail: josem.verdaguer@wanadoo.es
Fecha de recepción: 1-7-2004
Fecha de aceptación: 28-6-2005

No es rara la aparición de un secuestro óseo por debajo de esta masa, que suele rellenarse con detritus de queratina².

La primera descripción de esta entidad en la literatura corresponde a Toynbee³ que en 1850 describió una masa de detritus de queratina en el CAE. Su nombre fue acuñado por Schofield⁴ en 1893, aunque la definición de la enfermedad era difusa, existiendo confusión con otras patologías que afectaban al CAE, en especial con la keratosis obturans. En 1980, Piepergerdes y colaboradores⁵ establecieron la distinción entre estas dos enfermedades. La keratosis obturans consistiría en un tapón de queratina que obstruiría el CAE pudiendo llegar a dilatarlo pero siempre sin la existencia de una actividad erosiva en el hueso subyacente.

La composición química de los colesteatomas del CAE es similar a la de sus homólogos de oído medio⁶, presentando un estado de hiperproliferación del epitelio con abundantes mediadores de la inflamación⁷. Este hecho ha llevado a sugerir la hipótesis de que a una posible disminución del riego sanguíneo es el factor fisiopatológico más importante en el desarrollo del mismo⁷⁻⁹.

Aunque Holt² incluye a los colesteatomas de postquirúrgicos entre las causas de colesteatoma de CAE, existen diferencias fisiopatológicas evidentes entre los colesteatomas espontáneos y el presentado aquí.

Se presenta un caso de colesteatoma del oído externo secundario a cirugía otológica con una revisión de la literatura con el fin de establecer unas pautas actualizadas en la prevención, diagnóstico y manejo de esta rara entidad.

CASO CLÍNICO

Mujer de 68 años de edad que acude a revisión por aumento progresivo de su hipoacusia habitual en el oído derecho. La paciente presenta antecedentes de una miringoplastia previa en ese oído y otras dos en el contralateral hace 12 años para tratar una secuela otorreica bilateral. Desde entonces la paciente no ha vuelto a presentar episodios de otorrea.

La paciente presenta una hipoacusia conductiva moderada en OD. En la otoscopia el tímpano izquierdo se encontraba íntegro con placas de miringoesclerosis, el CAE derecho presentaba una masa que impedía la visualización de la membrana timpánica.

Un TAC de peñasco (Figura 1) muestra la presencia de una masa originada en la porción posterosuperior del CAE

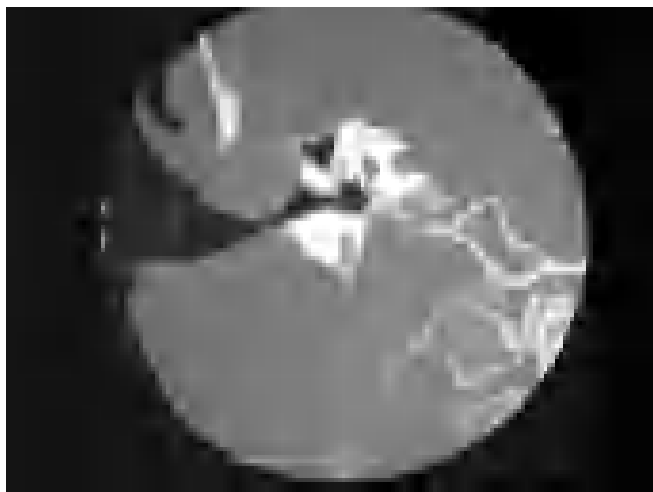


Figura 1. TAC coronal de peñasco, se observa masa que erosiona el suelo de la fosa media.

invadiendo mastoides y erosionando el techo del tegmen timpani.

Ante la sospecha de un colesteatoma secundario a la cirugía previa se decide programar a la paciente para una revisión quirúrgica. Se procedió a la misma mediante un abordaje retroauricular del CAE (Figura 2), encontrándose una masa que erosionaba la pared posterior del conducto, y tegmen introduciéndose en mastoides. La exéresis del mismo dejó un defecto en el techo de la fosa posterior de aproximadamente un centímetro de diámetro que fue cubierto mediante injerto de cortical ósea, recubierto por Duragen® y sellado con Tisucol®. Por último se regularizó la cavidad radical mastoidea.



Figura 2. Exéresis del colesteatoma. Se aprecia erosión de la pared posterior del conducto auditivo externo y tegmen.

El postoperatorio transcurrió sin incidencias no objetivándose en ningún momento salida de líquido cefalorraquídeo a través de la herida quirúrgica o de la gasa que recubría la cavidad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Holt² clasificó los colestatomas de oído externo de acuerdo a su etiología en postquirúrgicos, secundarios a la obstrucción del CAE, postraumatismos del CAE, secundarios a estenosis del CAE y espontáneos. En un caso como el presente, un colesteatoma que se desarrolla posteriormente a una cirugía otológica en la localización del colgajo timpanomeatal, se produce probablemente como el resultado de una superposición de los bordes tanto hacia dentro como hacia afuera de la herida en el CAE. Recientemente, Naim¹⁰ clasificó los colesteatomas de conducto auditivo externo en función de su extensión en cuatro grados: grado I, caracterizado por una hiperplasia del epitelio del CAE; grado II, en el que encontramos una periosteitis; grado III, se observa un defecto óseo y grado IV, en el cual hay extensión a otras localizaciones aparte del CAE.

El caso aquí presentado se ajusta a casos previos descritos en la literatura en la edad de presentación de la paciente (7ª década de vida)¹, en el antecedente de cirugía otológica hace 5 o más años y en la integridad de la membrana timpánica.

Las opciones de tratamiento pueden dividirse en tres categorías de acuerdo al estadio de la enfermedad según Holt². En lesiones pequeñas y localizadas, puede ser suficiente la desbridación de tejidos necróticos y cera endurecida de forma ambulatoria en la consulta combinada con la aplicación continuada de aceite al canal. Algunos autores¹¹ propugnan la utilización de 5-fluoracilo tópico en el manejo de estas lesiones. Lesiones más extensas y profundas van a requerir un manejo quirúrgico de las mismas, extirpando las zonas afectas de piel y hueso, marsupializando la cavidad resultante. Por último en aquellos casos en los cuales se afecta el hueso mastoideo como el aquí presentado se recomienda ampliar la cirugía a la mastoides. La decisión de qué cirugía mastoidea realizar va a estar condicionada no tanto por la extensión de la lesión sino por los principios de manejo comunes a todos los colesteatomas¹².

Uno de los aspectos más desconcertantes de esta patología es la rara frecuencia de su aparición o al menos la escasa literatura encontrada acerca de la misma. En la literatura anterior a los años 80, la mayor parte de los casos descritos versaban sobre los colesteatomas de CAE primarios^{3,5}; Anthony y Anthony¹ tan sólo encontraron 10 casos en la revisión de 9.950 pacientes vistos en su consulta. El método usado en la inspección de los pacientes puede influir en la baja tasa de detección de esta patología, ya que pequeñas lesiones en el conducto pueden pasar desapercibidas por debajo de cerumen acumulado. Otro aspecto todavía sin explicar en esta patología es la tasa de crecimiento de estas lesiones y cuántas de ellas van a aumentar de tamaño, ya que

existen casos descritos de lesiones de pequeño tamaño, estables a lo largo de muchos años de evolución¹³.

El colesteatoma de inclusión es una patología que suele aparecer en pacientes de edad avanzada, que suelen asimismo poseer el antecedente de una cirugía otológica previa. A diferencia de los colesteatomas espontáneos de CAE, existe la posibilidad de evitar su aparición mediante la utilización de una técnica quirúrgica meticulosa evitando la implantación de células epiteliales. El riesgo de aparición de esta enfermedad muchos años después de la intervención incluso en operaciones otológicas "menores" obliga a hacer énfasis en la necesidad del seguimiento a largo plazo de estos pacientes como único método de detección temprano de esta patología permitiendo un manejo menos agresivo.

Referencias

1. Anthony PF, Anthony WP. Surgical treatment of external auditory canal cholesteatoma. *Laryngoscope* 1982;92:70-5.
2. Holt JJ. Ear canal cholesteatoma. *Laryngoscope* 1992;102:608-13.
3. Toynbee J. Specimens of molluscum contagiosum developed in the external auditory meatus. *London Med Gaz* 1850;46:11.
4. Schofield RE. Cholesteatoma of auditory canal caused by a bug. *Lancet* 1893;2:929.
5. Piepergerdes MC, Kramer BM, Behnke EE. Keratosis obturans and external auditory canal cholesteatoma. *Laryngoscope* 1980;90:383-91.
6. Adamczyk M, Sudhoff H, Jahnke K. Immunohistochemical investigations on external auditory canal cholesteatomas. *Otol Neurotol* 2003;24:705-8.
7. Naim R, Riedel F, Gotte K, Bran G, Sadick H, Gossler U, Hormann K. Co-expression of different angiogenic factors in external auditory canal cholesteatoma. *Acta Otolaryngol* 2004;124:563-8.
8. Naim R, Sadick H, Schafer C, Hormann K. External auditory canal cholesteatoma: analysis of the integrity of the tissue structure. *Int J Mol Med* 2004;14:601-4.
9. Naim R, Riedel F, Bran G, Hormann K. Expression of beta catenin in external auditory canal cholesteatoma (EACC). *Biofactors* 2003;19(3-4):189-95.
10. Naim R, Linthicum F, Shen T, Bran G, Hormann K. Classification of the External Auditory Canal Cholesteatoma. *Laryngoscope* 2005; 115:455-460.
11. Smith MFW. The topical use of 5-fluoracil in the ear in the management of cholesteatoma and excessive mucous secretion. *Laryngoscope* 1985;95:1202-3.
12. Holt JJ, Venkatraman G, Mattox DE. External auditory canal wall cholesteatoma: a complication of ear surgery. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 1997;117:293-7.
13. Greene LD. Cholesteatoma-like accumulations in the external auditory meatus. *Arch Otol* 1943;38:236-40.