

CASO CLÍNICO 4

ESTUDIOS DE IMAGEN EN PATOLOGÍA DEL CAE

BONILLA RAYA MD, TORRES MORAGA V, RODRÍGUEZ VERDUGO M. HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ (HUELVA).



FIGURA 1: Imagen otoscópica de la lesión.

La patología del oído externo es relativamente común y un motivo de consulta frecuente, siendo éste fácilmente accesible al examen físico. Podemos dividir la patología del conducto auditivo externo (CAE) en 4 grandes grupos: congénita (estenosis, agenesias de CAE, etcétera), inflamatorio-infecciosa (otitis externa maligna, queratosis obturans, etcétera), tumoral benigna (óseas, vasculares) y maligna (carcinomas basocelular y espinocelular) y traumática.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

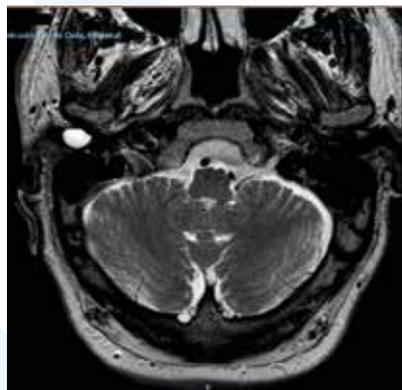
Varón de 75 años que consulta por hipoacusia derecha y sensación de taponamiento de manera progresiva de meses de evolución sin antecedente personales relevantes para esta sintomatología.

En la otoscopia del oído derecho presenta una tumoración de color azulado la cual ocupa totalmente el CAE e impide visualizar la membrana timpánica (figura 1). El oído izquierdo se encuentra dentro de la normalidad. El estudio audiométrico muestra una hipoacusia neurosensorial izquierda y mixta derecha. Se realiza tomografía computarizada (TC) de oído externo, medio y mastoides bilateral objetiván-

FIGURA 2: Imagen de TC donde se visualiza masa de densidad de partes blandas que ocupa CAE derecho.



FIGURA 3: Imagen de RNM T2 donde se visualiza lesión hiperintensa que ocupa CAE derecho.



dose una imagen de densidad de partes blandas en oído derecho que ocupa oído medio y oído externo, sin erosiones óseas ni imágenes que descarten un glomus (figura 2).

Se decide realizar resonancia magnética nuclear (RNM) para valorar dicha masa que nos informan con unas medidas de 1,2 x 1,2 x 1,4 cm aproximadamente, de morfología redondeada que ocupa totalmente el CAE presentando una mayor relación con su pared anteroinferior y una prolongación hacia la base de la membrana timpánica, con la que establece contacto sin llegar a comprimirla o infiltrarla. Se descarta la patología glómica sin poder descartarse lesiones tumorales como el adenoma de glándula ceruminosa y otros tumores del CAE (figura 3). Dado que se descarta una lesión vascular y ante la necesidad de un diagnóstico histopatológico definitivo se realiza resección quirúrgica ampliada, siendo su estudio histopatológico compatible con quiste epidérmico.

DISCUSIÓN

La inspección simple y microscópica del oído externo nos proporciona en la gran mayoría de los casos un diagnóstico de la patología subyacente. En algunas ocasiones hay

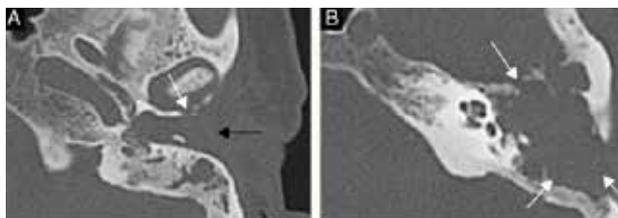


FIGURA 4A: Imagen transversal de TC que muestra masa de densidad de partes blandas que ocupa CAE y oído medio (flechas negras) y erosiona las paredes óseas del CAE (flecha blanca).

FIGURA 4B: Imagen transversal de TC que muestra extensa destrucción del hueso temporal.

que realizar pruebas de imagen complementarias para establecer un diagnóstico diferencial lo más exacto posible antes de proceder a un tratamiento quirúrgico.

La lesión más importante con la que se debe hacer el diagnóstico diferencial es el carcinoma epidermoide en cuya exploración se objetiva una lesión ulcerada de límites irregulares y en el estudio TC se observará una masa unilateral de densidad de partes blandas que ocupa CAE así como erosión ósea, que es el hallazgo radiológico más característico. La RNM permite delimitar su extensión y evaluar la infiltración de áreas adyacentes (figura 4).

Dentro de la patología benigna con la que se debe plantear un diagnóstico diferencial es con el colesteatoma del conducto auditivo externo de manera preferencial, cuyo estudio de TC mostraría erosiones óseas y presencia de fragmentos en su interior (figura 5).

La queratosis obturans también forma parte de la patología benigna; que aunque infrecuente, puede afectar al CAE. El estudio de TC mostraría una masa



FIGURA 5A y 5B: Imágenes transversales de TC que muestran una masa de partes blandas en el CAE que erosiona sus paredes (flechas negras) y presenta fragmentos óseos en su interior (flechas blancas).

de densidad de partes blandas homogénea sin observarse cambios óseos erosivos (figura 6).

Otra patología importante son los tumores óseos benignos del CAE como son las exóstosis y los osteomas que presentan unas características otoscópicas muy singulares. La TC muestra un crecimiento óseo que en el caso de las exóstosis es circunferencial de base amplia que estenosa el CAE (figura 7A) y en los osteomas es excrecente y pediculado (figura 7B).

Por último, mencionar las tumoraciones de origen vascular como el glomus del conducto auditivo externo. En la exploración se objetiva una tumoración de color rojizo o violáceo que en ocasiones presenta sangrado. En este caso las pruebas de imagen son imprescindibles previas a cualquier tratamiento quirúrgico. En la TC se objetiva una masa en CAE de consistencia de tejidos blandos que no destruye hueso (figura 8A). En la RNM observamos una lesión vascular en CAE que toma impregnación (figura 8B). Para un diagnóstico definitivo se debe realizar un estudio angiográfico de la zona (figura 9).

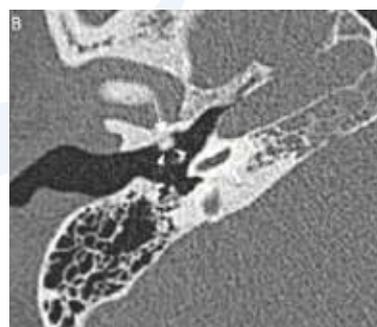
FIGURA 6: Imagen transversal de TC que muestra material de densidad de partes blandas compacta y homogénea, sin erosión ósea, que ocupa y remodela el CAE.



FIGURA 7A: TC que muestra un crecimiento óseo circunferencial de base amplia que estenosa el CAE.



FIGURA 7B: TC donde se visualiza una excrecencia ósea focal pediculada en la pared anterior del CAE.



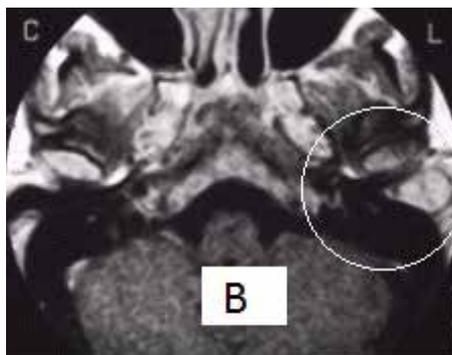
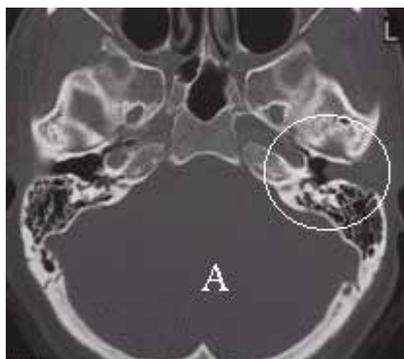


FIGURA 8A: TC que muestra masa de densidad de partes blandas que ocupa CAE sin erosión de sus paredes óseas.

FIGURA 8B: RNM que muestra imagen de lesión vascular en CAE que toma impregnación.

Como hemos expuesto en nuestro caso, dada la exploración otoscópica de la lesión y al no poder delimitar su extensión ni descartar patología vascular, se decide realizar una TC como primera opción diagnóstica. Ante la ausencia de signos radiológicos de patología maligna agresiva; como es la destrucción ósea, y no poder descartarse patología vascular como el glomus se realiza RNM. En dicho estudio queda descartada la patología vascular, por lo tanto se decide biopsia/exéresis de la lesión para llegar a un diagnóstico histopatológico definitivo de quiste epidérmico. Dado el caso, pensamos que las

pruebas radiológicas complementarias deben realizarse en toda lesión ocupante de espacio en el CAE como primera opción diagnóstica con vistas al tratamiento quirúrgico más indicado.

CONCLUSIÓN

Frecuentemente la historia clínica y la otoscopia son suficientes para diagnosticar y tratar la patología del CAE, y las pruebas de imagen no desempeñan un papel importante. En determinados escenarios clínicos pueden ser cruciales para alcanzar un diagnóstico concreto y establecer el tratamiento adecuado. La TC es la técnica de elección para la mayor parte de las enfermedades del conducto auditivo externo, permite valorar con precisión la porción ósea y delimitar lesiones de partes blandas. La RNM se considera una prueba complementaria; debido a su gran resolución tisular puede evaluar la extensión y consistencia de las lesiones de partes blandas.



FIGURA 9: Arteriografía de arteria carótida externa donde se visualiza la vascularización de la lesión y su arteria nutricia (flecha negra).

BIBLIOGRAFÍA

- Gil-Carcedo LM, Vallejo LA, Gil-Carcedo E. Otolología. 2ª Edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid. 2004. 79-99, 143- 161.
- Guirado CR. Atlas de diagnóstico por imagen del oído. Tomografía computarizada y resonancia magnética. Tesys, S.A. Barcelona, 1999.
- Mazón M, Pont E, Montesinos P, Carreres-Polo J,

Más-Estellés F. Radiología del oído externo: indicaciones, anatomía normal y procesos patológicos. Elsevier España. SERAM 2015.

- Montull Ferrer C, Castrillo Salas L, Sandoval Puig M, Lozano Arranz P, Viros Porcuna D. Patología del conducto auditivo externo: Valoración radiológica. SERAM 2014.

- Arauz, S. Glomus del conducto auditivo externo. Fundación Arauz Otorrinolaringología [sede Web]. Argentina.