



CASO CLÍNICO

Exostosis del conducto auditivo interno: 10 años de seguimiento



Exostosis of the Internal Auditory Canal: 10-Year Follow-Up

Guilherme Vianna Coelho*, Guilherme Machado de Carvalho, Alexandre Caixeta Guimarães y Leopoldo Nizam Pfeilsticker

Ear, Nose, Throat and Head & Neck Surgery Department, Campinas University, UNICAMP, Campinas, São Paulo, Brasil

Recibido el 3 de abril de 2014; aceptado el 20 de mayo de 2014

Disponible en Internet el 20 de noviembre de 2014

Informe de un caso

Atendimos a una mujer de 45 años de un acúfeno pulsátil en el lado derecho, que había aparecido hacía 2 años. El acúfeno mejora cuando la paciente gira la cabeza/cuello hacia la derecha, o presiona con la mano el cuello en la carótida derecha. El acúfeno sigue el ritmo cardíaco y empeora al realizar ejercicio físico.

No existían otros síntomas tales como hipoacusia, mareo o dolor, y la paciente no tenía historia médica previa. El examen físico no reveló anomalía alguna.

El audiograma reflejó una respuesta normal, con puntuaciones normales de tonos puros, reconocimiento del habla a 10 dB en ambos lados, y buena discriminación del sonido (96% de respuestas correctas a 50 dB). La timpanometría fue normal en ambos lados (tipo A).

La tomografía computarizada (TC) temporal y de base del cráneo (2 de junio de 2002) reflejó una lesión ósea en el canal auditivo interno (CAI), que estrechaba el canal, al igual que la RM (28 de junio de 2001) que también

apuntaba la misma lesión. La imagen de RM reflejó también un síndrome de silla turca vacía (fig. 1).

El doppler cervical de la carótida y de los vasos vertebrales (1 de septiembre de 2000) fue normal.

Tras 10 años de seguimiento el acúfeno de la paciente se había resuelto completamente. Solo se quejó de una ligera migraña en el área temporal derecha, ocasional, y que mejora con analgésicos.

El audiograma no reflejó alteraciones con relación al examen anterior, y la timpanometría fue normal (tipo A, bilateral). La respuesta del tallo cerebral auditivo fue normal en términos de intervalos y valores de latencia, y la electronistagmografía arrojó un valor normal de la función vestibular.

Las nuevas TC y RM no mostraron un crecimiento considerable de la exostosis, ni se hallaron cambios radiológicos de la lesión del CAI (fig. 2).

Discusión

Las exostosis son lesiones benignas frecuentes en el canal auditivo externo y en la región de la cabeza y el cuello, pero son muy raras en el CAI^{1,2}. No se describen muchos casos en la literatura, y PubMed presenta únicamente 14 documentos³.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: guiviana86@yahoo.com.br (G.V. Coelho).

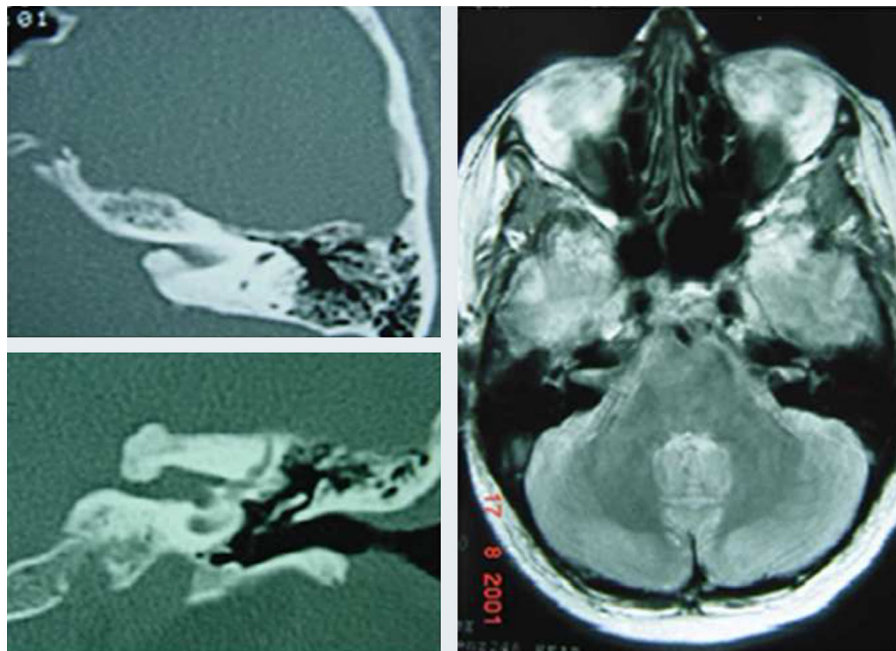


Figura 1 TC y RM de 2002.

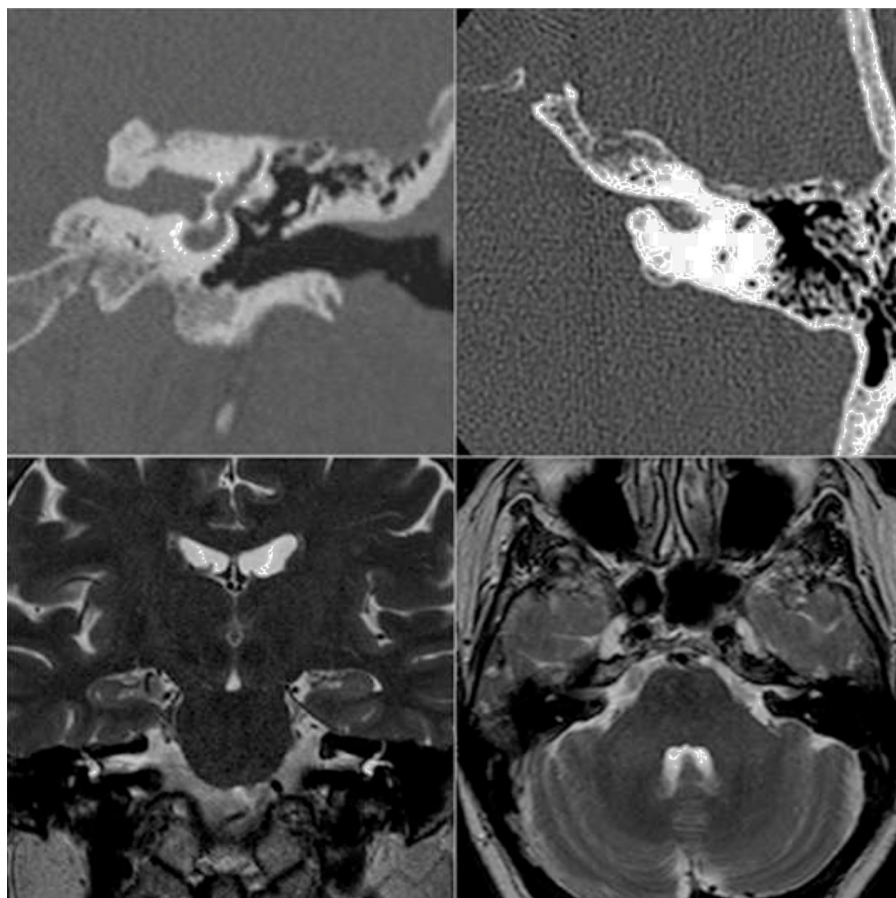


Figura 2 TC y RM de 2012.

La presentación clínica de las exostosis en el canal auditivo interno es variable, muchos casos son asintomáticos, pero en ciertos casos pueden causar acúfenos, vértigo, hipoacusia e incluso compresión del tallo cerebral, con síntomas parecidos a los schwannomas vestibulares⁴. La imagen de RM puede evidenciar su diagnóstico, debido al estrechamiento del canal auditivo interno, pero se confirma mediante una TC de alta resolución, que puede mostrar lesiones masivas con bordes suaves.

Microscópicamente las exostosis muestran capas concéntricas paralelas de hueso subperióstico, sin canales fibrovasculares y con abundantes osteocitos. Por otro lado, los osteomas son lesiones pedunculadas, tienen mínimos osteocitos y contienen canales fibrovasculares rodeados de hueso lamelar¹.

El diagnóstico diferencial de las lesiones en el canal auditivo interno incluye malformación congénita, otosclerosis amplia, hiperostosis craneal, displasia fibrosa, osteopetrosis, enfermedad de Paget y tumores óseos neoplásicos, tales como exostosis y osteomas^{4,5}. A veces es difícil diferenciar correctamente estos 2 últimos, ya que tienen una presentación clínica similar y la biopsia tisular del canal auditivo interno es una técnica invasiva. El diagnóstico se realiza sobre la base de sus diferentes características en la TC: las exostosis aparecen como crecimientos óseos masivos con borde suave, y los osteomas son normalmente lesiones óseas aisladas pedunculadas, con evidencia radiológica de médula ósea^{1,3}.

Para pacientes con síntomas severos la literatura actual apoya la cirugía para eliminar la compresión del nervio local. Davis et al.⁶ analizaron en la literatura 12 pacientes con osteomas sintomáticos en el CAI, de los cuales 8 se sometieron a extracción quirúrgica. La cura completa de todos los síntomas se observó únicamente en 3 de estos pacientes, aunque todos ellos experimentaron cierta mejora. El resultado fue mejor en pacientes con acúfenos y disfunciones vestibulares, y los pacientes con hipoacusia no obtuvieron buenos resultados. Esto puede deberse a la

compensación continua del laberinto contralateral en los primeros casos⁵.

Debería realizarse un seguimiento a los pacientes asintomáticos con TC y pruebas auditivas y vestibulares regulares¹. Nuestra paciente tenía acúfenos únicamente en el lado derecho, y la exostosis se hallaba en el CAI izquierdo, luego esta no era la responsable de sus síntomas. Presentamos un seguimiento a largo plazo de 10 años, durante los cuales la paciente no ha manifestado síntomas audiovestibulares debidos a la exostosis, ni cambios radiológicos de la lesión. Dichos hallazgos muestran un índice de crecimiento muy bajo de la exostosis, lo que apoya la probabilidad de que los pacientes con síntomas leves o nulos se mantengan de este modo y no precisen cirugía alguna.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Baik FM, Nguyen L, Doherty JK, Harris JP, Mafee MF, Nguyen QT. Comparative case series of exostoses and osteomas of the internal auditory canal. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2011;120:255–60.
2. Liétin B, Bascoul A, Gabrillargues J, Crestani S, Avan P, Mom T, et al. Osteoma of the internal auditory canal. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2010;127:15–9.
3. Gerganov VM, Samii A, Paterno V, Stan AC, Samii M. Bilateral osteomas arising from the internal auditory canal: Case report. *Neurosurgery*. 2008;62:E528–9.
4. Ciorba A, Aimoni C, Bianchini C, Borrelli M, Calzolari F, Martini A. Bilateral osseous stenosis of the internal auditory canal: Case report. *ACTA Otorhinolaryngologica Italica*. 2011;31:177–80.
5. Wright A, Corbrigde R, Bradford R. Osteoma of the internal auditory canal. *Br J Neurosurg*. 1996;10:503–6.
6. Davis TC, Thedinger BA, Greene GM. Osteomas of the internal auditory canal: A report of two cases. *Am J Otol*. 2000;21:852–6.