

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE
Dr." ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE ÁVILA

Tumor gigantocelular de oído medio. A propósito de un caso.

Freddy Calixto Cruz Hernández¹

RESUMEN

En nuestro trabajo presentamos un raro caso de tumor gigantocelular de oído medio como prolongación de un tumor de fosa cerebral media. Es infrecuente el reporte de este tipo de patología.

Nuestro caso debutó con hipoacusia y la aparición de una pequeña tumoración que decolaba la piel de la pared superior del conducto auditivo externo derecho como único síntoma.

Realizamos un estudio descriptivo de nuestro caso comparándolo con la escasa literatura mundial al respecto.

Al paciente le fue practicada una antroaticotomía derecha por técnica abierta con exéresis de la totalidad del tumor que ocupaba el oído medio y parte del externo, en su masa incluía los huesecillos del oído. En el transoperatorio nos percatamos de la extensión de la tumoración hacia el endocraneo por lo que remitimos el caso al Servicio de Neurocirugía del Hospital CIMEX de Ciudad Habana. La evolución posoperatoria del oído fue satisfactoria, no apareciendo recidiva de la tumoración a este nivel.

Palabras clave: TUMOR DE CELULAS GIGANTES, OIDO MEDIO.

1. Especialista de Primer Grado de Otorrinolaringología. Profesor Principal.

INTRODUCCIÓN

Los tumores Gigantocelulares, llamados también Tumores Pardos por el depósito de hemosiderina que producen, son entidades que se presentan con mayor frecuencia a nivel de los huesos largos: son sitios de predilección el extremo inferior del fémur, extremo superior de la tibia, radio, maxilar inferior, húmero, huesecillos de la mano, sacro y a veces rótula (1,2).

Otros autores han reportado localizaciones tan disimiles como en la tercera vertebra torácica (3), en el seno esfenoidal (4) además de la base del cráneo (5).

Ha sido nuestro interés reportar este caso clínico que fue atendido en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Provincial Docente "Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila y que nuestro pequeño esfuerzo enriquezca la literatura mundial.

CASO CLÍNICO

En el servicio de otorrinolaringología del Hospital Provincial Docente "Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila, recibimos un paciente remitido del Hospital General de Morón, masculino, blanco de 51 años de edad que venía presentando hipoacusia de transmisión derecha de 8 meses de evolución, esta sintomatología se acompaña de la presencia de una pequeña tumoración que decolaba la piel de la pared superior del conducto auditivo externo derecho que impedía observar la membrana timpánica del propio oído. Este paciente nos llega con el siguiente estudio realizado:

-Audiometría: Hipoacusia conductiva derecha de 45 dR de pérdida en su vía aérea. Vía ósea normal en ambos oídos, así como la vía aérea del oído izquierdo.

-Rx de Mastoides en posición de Shullers Esclerosis mastoidea derecha. No se observan otros signos.

- Biopsia de la lesión del conducto auditivo externo derecho: Pólipo de oído.

Ante las características observadas del examen físico: Tumoración que decolaba la piel del conducto auditivo externo, dudamos de la veracidad de este informe anatomopatológico decidiendo realizar un abordaje retroauricular derecho con Antroaticotomía mastoidea derecha por técnica abierta.

Inmediatamente al separar la pared ósea de la porción posterior del conducto auditivo externo nos percatamos que estábamos en presencia de una tumoración que ocluía todo el conducto auditivo externo, localizándose entre la pared ósea del propio conducto y la piel del mismo correspondiente al techo; esta tumoración de color carmelita oscuro no estaba encapsulada y llenaba toda la caja timpánica donde englobaba la cadena de huesecillos, dicha tumoración sangraba con facilidad al tacto con el aspirador. No encontramos base de implantación y decidimos reseca la misma en su porción superior.

A través de esta técnica pudimos comprobar que dicha tumoración no se ubicaba solamente en la caja timpánica, sino que se prolonga hacia el endocráneo en una extensión hasta ese momento insospechada ya que podíamos avanzar con facilidad y sin resistencia por ninguna estructura ósea que según anatomía debía de existir a este nivel, pudiendo llegar con el explorador hasta profundidades peligrosas en este tipo de cirugía.

Durante la resección la tumoración se comportó muy sangrante. Se extrajo con la cadena de huesecillos incluía. Decidimos, al percatarnos que la tumoración rebasaba el área permisible de nuestra esfera otorrinolaringológica dar por terminada la intervención quirúrgica y lo hicimos siguiendo las normas habituales en este tipo de operación.

El postoperatorio inmediato y mediato fue satisfactorio, no se presentaron complicaciones como náuseas, vómitos, cefalea ni parálisis facial periférica, tampoco constatamos signos de irritación laberíntica. Diariamente realizábamos lavados óticos con alcohol diluido y alcohol boricado como medida antiséptica local. A los 7 días no existía secreción a través del conducto auditivo externo derecho ni fetidez, cualidad esta que se encontraba presente en el preoperatorio. Realizamos entonces audiometría evolutiva derecha donde no encontramos profundización de la hipoacusia descrita en audiometría anterior. Decidimos realizar Rx de mastoides en posición de Shuller que puso de manifiesto la radiotransparencia propia de la intervención quirúrgica y Rx de mastoides en posición de Stenvers que aparentemente fue normal. Coordinamos una Tomografía Axial Computarizada la que puso en evidencia gran tumoración de la base del cráneo anatómicamente situada sobre el oído derecho operado y que para nuestra sorpresa no había tomado clínicamente otros pares craneales ni afectado neurológicamente al paciente que nos hubiera hecho sospechar la existencia de la misma asociada a la tumoración del oído ya descrita.

Con la hipoacusia que mantenía este paciente y sin la presencia de la tumoración en el conducto auditivo externo derecho y el mismo seco, decidimos su remisión al Hospital CIMEX de Ciudad de la Habana, entregando de esta forma el paciente a un Servicio de Neurocirugía.

El examen histológico de la pieza operatoria confirmó el diagnóstico de tumor Gigantocelular de oído medio.

DISCUSIÓN

Según la literatura revisada, esta tumoración es considerada rarísima en la localización descrita, Rossenwasser en 1973 presentó un caso y tuvo noticias de otro (1). Llama la atención que nuestro paciente tenía un gran parecido clínico con el paciente descrito por este autor, sólo estaba ausente la debilidad en el territorio del facial.

La invasión de partes blandas y la presencia de hemorragias viejas y recientes son un hallazgo constante en el Tumor Gigantocelular de oído medio, el depósito de pigmento de hierro en el área tumoral dan a la lesión el nombre de tumor Pardo (1)

Existen varias opiniones en cuanto a la malignidad o no de esta tumoración, existe consenso en la literatura de la especialidad en que erróneamente se han publicado casos de Sarcoma Gigantocelular de hueso como Tumor Gigantocelular de oído y de ahí la confusión que existe (1).

En cuanto al tratamiento muchos autores coinciden en el curetaje de la lesión y el relleno subsecuente con astillas óseas de la cavidad operatoria lo que llevaba a la curación.

Otros autores consideran esta tumoración potencialmente maligna por lo que utilizan quimioterapia con Cisplatín/Doxombicin en aquellas tumoraciones refractarias al tratamiento estándar (6). Algunos preconizan la utilización de estrógenos con el fin de detener la actividad osteoclástica de la secreción enzimática producida por el tumor (7). Otros la utilización de crioterapia en el postoperatorio (8) y aquellos que dudan si la tumoración puede ser benigna o maligna gustan de realizar el clásico tratamiento realizado en Oncología de radioterapia preoperatoria, cirugía y quimioterapia postoperatoria, teniendo en el 82% de 76 pacientes una supervivencia de cinco años (9).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosenwasser H, Parisier SC. Tumores del oído medio y mastoides En: Paparella MM, Shumrich DA, eda. Otorrinolaringología. 2.ed.T.2. Ciudad de la Habana: Editorial Científico Técnica, 1983:1569-71.
2. Giallonardo P, Cutilli T, Masciochi C, Appia F, Corbacelli A. Syntomatic and surgical results after integrated CT-MR study of a central giant cell tumor of the maxilla, Stomatol-Mediterr Jan-Mar 1991; 11 (1): 23-9.
3. Zimmerman JM, De Graeve B, Bador L, et al. Rare tumor of the postriossuperior mediastinum. Therapeutic approach. A propose of a case. Review of the literature. Ann Chi 1991; 45 (8): 695-8.
4. Uttley D, Archer DJ. Giant cell tumor of the sphenoid sinus: An unusual skull base tumor. J Laringol Otol oct 1991; 105(10): 855-7.
5. Pomerang S, Umansky F, Elidan J, et al. Giant cranial base tumours. Acta Neurochir (Wien) 1994; 129 (3-4): 121-6.
6. Stewart DJ, Balanger R, Benjamin RS. Prologend disease-free survival following surgical debulking and hig-dose Cisplatin/Doxombicin in a patient with bulky mestatases from giant cell tumor of bone refractory to "standard" chemotherapy. Am J Clin Oncol Apr 1995; 18(2): 144-8.
7. Kremer M. Rifkin B. anorman J, Onslor MJ. Estrogen modulation of osteoclast lysosomal enzyme secretion. J Cell Biochem Feb 1995; 57(2):271-9.
8. Richardson ML, Longh LR, Shwman WP, et al. MR appearance of skeletal neoplasms following cryoterapy. Skeletal Radiol Feb 1994; 23 (2): 121-5.
9. Lantsman InV, Anisia JJ, Shagiakmetona RA, Vaks LP. Vopr Onkol 1991; 37(4); 479-84.