

**HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE DE
“ANTONIO LUACES IRAOLA”
CIEGO DE ÁVILA**

**Tumores glómicos de oído medio.
Glomus tumor of the middle ear.**

Luis E. Pérez Paz (1), Francisco Álvarez Morales (1), Frank Álvarez Llambías (2)

RESUMEN

Se hace un análisis y revisión bibliográfica de los tumores más frecuentes del oído medio, enfocando fundamentalmente los aspectos etiológicos, clasificación y tratamiento de estos tipos de tumores. En segundo lugar, se esboza el papel que desempeña la radioterapia en los estadios avanzados, según la clasificación de Alford y Guilford, a pesar de que estos tumores son relativamente radioresistentes. El pronóstico depende de la extensión de la enfermedad. Finalmente, se concluye que la clave del tratamiento, luego de llegar al diagnóstico por la clínica y el estudio imagenológico, es la extirpación quirúrgica.

Palabras Clave: NEOPLASMAS DE OIDO MEDIO, TUMOR GLOMICO.

1. Especialista de 1er Grado en O.R.L.
2. Médico General Integral.

INTRODUCCIÓN

Los glómicos son los tumores más frecuentes del oído medio, pertenecen al grupo de los paragangliomas no cromafines que se desarrollan en el temporal y se comportan como tumores vasculares. Se ven con mayor frecuencia entre los 40 y 50 años de edad y el 70-80% de los casos presentados corresponden al sexo femenino, por lo que se plantea que es 5 veces mayor en mujeres que en hombres. (1,2)

Son tumores integrados por senos vasculares nutridos por la arteria faríngea ascendente que presenta en el tímpano con el nervio Jacobson. Su rapidez de crecimiento es variable, pero por regla general se desarrollan con lentitud; en algunos casos transcurren hasta 20 años entre el comienzo y el diagnóstico. Estos tumores raramente producen metástasis, pero son destructivos y crecen invadiendo los tejidos circundantes. (2,3,4)

Portlman plantea que si la frecuencia de estos tumores no es muy grande, es de todas formas suficiente para que cada especialista de ORL pueda observar alguno en su vida profesional.

Clasificación:

1. Glómico yugular.
2. Glómico timpánico.

El glomo yugular es una diminuta estructura glandular semejante al cuerpo carotídeo. Suelen haber varios glomos en cada hueso temporal, en el vértice del bulbo yugular, a lo largo del curso del nervio de Jacobson en el plexo timpánico o en el nervio de Arnold. Se desconoce la función que desempeñan estas estructuras, lo más probable es que se trate de

quimiorreceptores sensibles al nivel de CO₂ o al PH de la sangre, como en el caso del cuerpo carotídeo. (3,4,5)

Glomos Yugularis: No presentan traducción clínica, sólo se manifiestan cuando por su extensión a la base del cráneo dan síntomas de tipo otológico como acúfenos por invasión de la caja timpánica a través del tegmen timpáni, que es de carácter pulsátil, un síndrome del agujero rasgado posterior por lesión de los nervios craneales IX, X, XI y XII, dando a su vez una hemiplejía velofaringolaríngea, parálisis del músculo esternocleidomastoideo y a veces lesión del nervio hipogloso, produciéndose además sordera total.

En algunos casos pueden ocasionar parálisis del V y VI par craneal por invasión del vértice petroso. El dolor no es un síntoma común.

Glomo Timpánico: Se desarrolla en la caja timpánica, dando puramente una sintomatología otológica, con acúfenos precoces, rítmicos con el pulso, intensos, unilaterales, permanentes, a veces perceptibles con la auscultación mastoidea o pueden disminuir con la compresión carotídea.

La hipoacusia es progresiva, comenzando de tipo de transmisión, que puede llegar a la de tipo perceptivo. La otorragia es un signo clásico que a menudo es sustituido por una otorrea que puede ser debida a una infección secundaria. La parálisis facial y las lesiones de otros nervios son tardías.

De aquí que, por la clínica y examen físico, ambos tumores glómicos tienen 4 formas clínicas de presentación:

- 1-Otológica.
- 2-Neurológica.
- 3-Cervicales.
- 4-Metastásicas.

Diagnóstico.

El diagnóstico se realiza mediante la exploración, que en las fases precoces revela una tumefacción rojiza de la membrana timpánica. Si el tímpano se presenta opaco y el tumor es pequeño, este aspecto puede confundirse con el signo de Schwartze en la otosclerosis. A medida que el tumor aumenta de tamaño origina el abombamiento de la porción inferior de la membrana timpánica y por último su desgarramiento a través del cual aparece una masa polipoidea lisa de color rojo oscuro que sangra con facilidad por las manipulaciones. En los tumores avanzados es útil la angiografía de la carótida externa para delimitar la extensión de la lesión, también la TAC y la RM juegan un papel importante en este tipo de lesión, pero no es sino la biopsia la que confirma el diagnóstico (5,6,7,8,9).

Clasificación según Alford y Guilford:

1-Fase 0: Constituye la manifestación más precoz de un tumor glómico. El paciente se queja de pérdida de audición o de zumbido pulsátil. La audición puede ser normal o experimentar una pérdida de tipo de transmisión. El tímpano aparece intacto, pero decolorado. La radiografía es normal.

2-Fase 1: Además de los signos anteriores, existe secreción debido a la alteración de la membrana timpánica. La radiografía muestra opacificación del oído medio, pero sin erosión ósea. No hay alteraciones nerviosas.

3-Fase 2: Existe ahora parálisis facial y pérdida auditiva de tipo perceptivo. La radiografía no muestra erosión ósea y sólo en ocasiones se aprecia un ensanchamiento del agujero yugular.
4-Fase 3: La alteración del agujero yugular produce lesión de los nervios craneales IX, X, XI y XII. Existen signos de erosión de la porción petrosa y ensanchamiento del agujero yugular.
5-Fase 4: Se ha producido propagación intracraneal con papiledema. Se observan lesiones destructivas de la porción petrosa con parálisis de los nervios craneales III, IV, V y VI.

Tratamiento.

El tratamiento consiste en una serie de medidas de acuerdo con la fase en que se encuentra el tumor.

1-Los tumores en fase 1 que afectan sólo el oído medio, pueden escindirse por completo a través de timpanotomía (miringotomía).

2-La propagación al interior del ático o de la mastoide (fases 1 y 2) requieren un acceso de mastoidectomía radical para exposición adecuada con o sin embolización preoperatoria.

3-En las lesiones extensas, la hemorragia puede poner en peligro la vida del paciente, por lo que se procede a la ligadura de la arteria faríngea ascendente. En el mundo se han operado de forma satisfactoria casos en los cuales el tumor había alcanzado el agujero yugular con parálisis de los nervios craneales (fase 3), pero se trata de un procedimiento quirúrgico de gran envergadura que requiere la disección y ligadura del seno lateral y la vena yugular en el cuello y que muchas veces debe combinarse con la irradiación.

4-Se usa a menudo en estos casos la irradiación de 4500 a 5000 rd por 4 a 5 semanas, especialmente cuando no es posible la extirpación completa. Aunque estos tumores son algo radiorresistentes, la radioterapia ejerce un efecto definido sobre su evolución, conduciendo a una remisión lenta del tamaño del tumor. Cualquier tipo de tratamiento debe ir seguido de una exploración periódica prolongada.

ABSTRACT

An analysis and bibliographical review of more frequent tumors of the middle ear focusing on etiological aspects, classification and treatment of this type of tumors. On second place, we outlined the role radiotherapy play in the advanced stages according to Alford and Guilford, classification in spite of the fact that these tumors are radioresistent. The prognosis depends on the illness extension. Finally we concluded that the key for the treatment, after reaching the diagnosis by clinic and imaginology study is surgical excision.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrau RI, Jonson JT. Management of tumors originating in the parapharyngeal space. *Laryngoscope* 2001; 100: 560-9.
2. Kumar V, Cotran RS, Robbin SL. *Patología humana*. 6 ed. Chicago: Mc Graw-Hill; s.a.
3. Dillen WP, Zawwadski NM. MR imaging of paragangliomas. *AJR* 2002; 148-4.
4. Spector G, Maisel R, Ogura J. Glomus tumor in the middle ear: an analysis of 46 patients. *Laryngoscope* 1973; 83: 1652-72.
5. Netterville JL. Carotid body tumor a review of 30 patients *Laryngoscope* 2001;105-26.
6. Mc Caffrey TY. Familial paragangliomas of the head and neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;100:112-8.
7. Leroux-Robert T, Pech A. Los chemodectomas cervico-cephaliques. En : *Actualities de cancerologia cervico faciale*. Paris: Masson; 1984.

8. Okamoto Y, Matzusaki Z. Carotid artery resection for head and neck cancer. *Surgery* 2000; 120(1):54-9.
9. Reyt E, Nourtet P. Paeragangliomas brachiomeroque cervicaux a propos de 21 cas. *Ann Otolaryng (Paris)* 2000; 109: 240-4.
10. Rodriguez Cuevas H, Lan Y. High altitudes paragangliomas. Diagnostic and therapeutic considerations. *Cancer* 1986; 57:672-6.
11. Powell S, Peter N. Chemodectomas of the head and neck. Result of treatment in 84 patients. *Int Rad Oncol Biol Phys* 1992; 22:919-24.