

---

## COLESTEATOMA RECURRENTE DE PRESENTACIÓN ATÍPICA CON EXTENSIÓN ZIGOMÁTICA. DESCRIPCIÓN DE UN CASO

### *Recurrent colesteatoma with atypical presentation with zygomatic extension. A case report*

João CARVALHO-ALMEIDA; João LINO; José GAMEIRO-DOS-SANTOS; Cecília ALMEIDA-SOUSA

*Centro Hospitalar e Universitário do Porto. Servicio de Otorrinolaringología. Porto. Portugal.*

*Correspondencia: joaovalhoalmeida@gmail.com*

Fecha de recepción: 11 de mayo de 2018

Fecha de aceptación: 24 de mayo de 2018

Fecha de publicación: 26 de mayo de 2018

Fecha de publicación del fascículo: en prensa

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Política de derechos y autoarchivo: se permite el autoarchivo de la versión post-print (SHERPA/RoMEO)

Licencia CC BY-NC-ND. Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional

Universidad de Salamanca. Su comercialización está sujeta al permiso del editor

**RESUMEN:** Introducción y objetivo: El tratamiento quirúrgico de la otitis media crónica (OMC) colestomatosa es la mayoría de las veces obligatorio. Sin embargo, el tratamiento de esta entidad es un enorme desafío para el cirujano otológico, pudiendo ocurrir persistencia o recurrencia, sobre todo en cavidades de mastoidectomía cerradas. Descripción: Mujer de 52 años, con antecedentes OMC colestomatosa, sometida a mastoidectomía cerrada izquierda hace 20 años. Se presentó en consulta externa con voluminosa lesión subcutánea al nivel del canal auditivo externo, extendiéndose superiormente para la región temporal. Se sometió a revisión de mastoidectomía con exéresis de la lesión que resultó ser un colesteatoma recidivante de grandes dimensiones. Conclusiones: La principal desventaja de la mastoidectomía cerrada es la mayor tasa de enfermedad residual recurrente asociada. Este caso subraya el hecho de que, por la alta tasa de recidiva, estos pacientes deben mantener un seguimiento ampliado y que la presentación de una recurrencia de colesteatoma puede no ser típica.

**PALABRAS CLAVE:** otitis media crónica; colesteatoma; enfermedad crónica; mastoidectomía; hueso temporal.

COLESTEATOMA RECURRENTE DE PRESENTACIÓN ATÍPICA CON EXTENSIÓN ZIGOMÁTICA.  
DESCRIPCIÓN DE UN CASO  
CARVALHO-ALMEIDA J ET AL

**SUMMARY:** Introduction and objective: The surgical treatment of cholesteatomatous chronic otitis media (OMC) is in most cases mandatory. However, the treatment of this entity is a huge challenge for the otologic surgeon, and persistence or recurrence may occur, especially in closed mastoidectomy cavities. Description: A 52-year-old woman with a history of OMC cholesteatomatous, submitted to left closed tympanomastoidectomy 20 years ago. It was presented in external consultation with voluminous subcutaneous lesion at the level of the external auditory canal, extending superiorly to the temporal region. She underwent mastoidectomy with excision of the lesion, which turned out to be recidivant cholesteatoma. Conclusions: The main disadvantage of closed mastoidectomy is the higher rate of associated residual/recurrent disease. This case highlights the fact that, because of the high relapse rate, these patients should maintain a broad follow-up and that the presentation of a cholesteatoma recurrence may not be typical.

**KEYWORDS:** chronic otitis media; cholesteatoma; chronic disease; mastoidectomy; temporal bone.

## INTRODUCCIÓN

La otitis media crónica (OMC) colesteatomatosa se define por la presencia de epitelio pavimentado estratificado en el oído medio que asume un crecimiento destructivo, con capacidad de migración y de erosión. Este comportamiento se basa en la inducción de metaloproteinasas, la liberación de radicales de O<sub>2</sub> y marcadores inflamatorios, la actividad proteolítica, la remodelación y reabsorción ósea y el reclutamiento de células inflamatorias [1]. Se puede presentar con otorrea persistente o recurrente, infección, destrucción ósea, destrucción de la cadena osicular, parálisis periférica del nervio facial, fistulas laberínticas, trombosis del seno lateral y, en última instancia, complicaciones intracraneales como absceso epidural o subdural, absceso del parénquima y la meningitis [2]. El tratamiento quirúrgico es, en la mayoría de las veces, obligatorio, salvo contraindicación. Tiene como objetivo la exéresis del colesteatoma, la obtención de un oído estable y la preservación o recuperación de la función auditiva [3]. El tratamiento de esta entidad es, sin embargo, a menudo complicado, constituyendo un enorme desafío para el cirujano otológico. Puede ocurrir persistencia o recurrencia, sobretudo en cavidades de mastoidectomía cerradas [4].

## DESCRIPCIÓN

Se describe el caso de una mujer de 52 años, con antecedentes OMC colesteatomatosa, sometida a timpanoplastia cerrada izquierda 20 años antes. Se recurrió a la consulta externa de otorrinolaringología (ORL) por crecimiento insidioso, progresivo y bastante extenso de tumefacción que involucra prácticamente toda la región temporal izquierda, con inicio algunos años después de la cirugía. También presentaba acúfeno e hipoacusia izquierda, como secuelas quirúrgicas, no teniendo otras quejas otológicas, especialmente otorrea, que pudieran sugerir recurrencia de la enfermedad.

En el examen objetivo presentaba tumefacción de grandes dimensiones en la región temporal izquierda, posterosuperiormente al pabellón auricular, de consistencia blanda, con cerca de siete centímetros diámetro mayor, con gran deformación estética (Figura 1). A la otoscopia presentaba plastia íntegra, sin otorrea, tejido de granulación, pólipos inflamatorios o acumulación de queratina a nivel de la caja y región atical, que pudieran denunciar, de igual forma, recurrencia de la enfermedad. Sin embargo, en el canal auditivo, se visualizaba fístula de Gellé, con queratina a nivel de la mastoides. La acimetría demostró hallazgos compatibles con sordera de conducción izquierda y el audiograma

COLESTEATOMA RECURRENTE DE PRESENTACIÓN ATÍPICA CON EXTENSIÓN ZIGOMÁTICA.  
DESCRIPCIÓN DE UN CASO  
CARVALHO-ALMEIDA J ET AL

demonstró hipoacusia mixta severa izquierda, con *gap* aeroóseo de cerca de 50 dB (Figura 2).

una evolución favorable. La audición se mantuvo estable, ya que no se realizó tiempo funcional.



Figura 1. Tumefacción temporal de grandes dimensiones en el examen objetivo.

Por la historia de aparente recidiva de OMC colesteatomatosa, se solicitó una tomografía computarizada (TC). La TC reveló una voluminosa tumoración quística subcutánea al nivel del canal auditivo externo, extendiéndose superiormente hacia la región temporal. Se reveló la cavidad de mastoidectomía rellena por contenido de densidad de tejidos blandos, con aparente continuidad con la tumefacción subcutánea (Figura 3). La paciente fue sometida a revisión de mastoidectomía con exéresis de la lesión que se extendía más allá de la raíz del zigoma (Figura 4 y 5), procediendo también a la limpieza de la cavidad previa de mastoidectomía. El diagnóstico histológico reveló estructura cavitaria revestida por epitelio pavimentado estratificado, aspectos compatibles con colesteatoma. En el postoperatorio, la paciente obtuvo

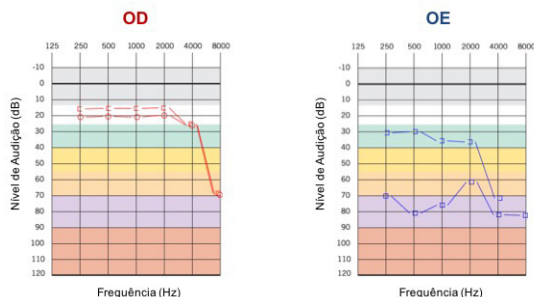


Figura 2. Hipoacusia mixta severa izquierda, con *gap* aeroóseo de cerca de 50 dB en el audiograma.

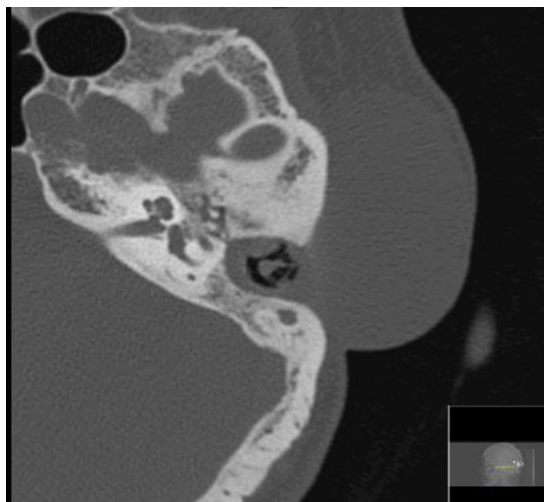


Figura 3. Voluminosa lesión quística subcutánea al nivel del canal auditivo externo, extendiéndose superiormente hacia la región temporal.

## DISCUSIÓN

A pesar de ser una enfermedad relativamente común y de tratarse de una enfermedad benigna, la OMC colesteatomatosa puede presentar un crecimiento agresivo y extenso [5].

COLESTEATOMA RECURRENTE DE PRESENTACIÓN ATÍPICA CON EXTENSIÓN ZIGOMÁTICA.  
DESCRIPCIÓN DE UN CASO  
CARVALHO-ALMEIDA J ET AL

El tratamiento consiste en la resección quirúrgica a través de una mastoidectomía abierta o cerrada. La principal desventaja del enfoque cerrado es la mayor tasa de enfermedad residual recurrente asociada [6].

Es difícil diagnosticar clínicamente una recurrencia de la enfermedad en una cavidad cerrada, excepto cuando los hallazgos a la otoscopia son típicos, lo que no se verificó en esta paciente. Además, después de la cirugía inicial, los pacientes pueden tener una falsa sensación de seguridad, creyendo que están curados, ignorando el hecho de que la enfermedad sigue existiendo [7].

Este caso subraya el hecho de que, por la alta tasa de recidiva, estos pacientes deben mantener un seguimiento ampliado y que la presentación de una recurrencia de colesteatoma puede no ser típica.



Figura 4. Lesión que se extendía más allá de la raíz del zigoma.



Figura 5. Dimensiones de la tumoración de consistencia blanda.

## CONCLUSIONES

El colesteatoma es una lesión de origen epitelial compuesta por una matriz externa de epitelio escamoso estratificado queratinizado. La clínica es a menudo incompleta y no indica la gravedad de la enfermedad. El tratamiento curativo es siempre quirúrgico siendo la técnica usada adecuada a cada paciente ya la experiencia del cirujano.

Después de la cirugía inicial, los pacientes pueden tener una falsa sensación de seguridad, creyendo que están curados, ignorando el hecho de que la enfermedad sigue existiendo.

Este caso subraya el hecho de que, por la alta tasa de recidiva, estos pacientes deben mantener un seguimiento ampliado y que la presentación de una recurrencia de colesteatoma puede no ser típica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Brand R, Shihada R, Segev Y, Doweck I, Brackmann D, Luntz M. Coexisting middle ear cholesteatoma and giant petrous apex cholesterol granuloma. *Otol Neurotol*. 2012;33(4):e25-26.
2. Ferlito O, Devaney KO, Rinaldo A, Milroy C, Wenig B, Iurato S, McCabe BF. Clinicopathological consultation ear cholesteatoma versus cholesterol granuloma. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1997;106:79-85.
3. Sood N, Khandelia BK, Bugnait G. A case report of a giant cholesteatoma. *J Clin Diagn Res*. 2017;11(3):ed08-ed10.
4. Williams MT, Ayache D. Imaging in the postoperative middle ear. *Eur Radiol* 2004;14:482-95.
5. Olszewska E, Wagner M, Bernal-Sprekelsen M, Ebmeyer J, Dazert S, Hildmann H, et al. Etiopathogenesis of cholesteatoma. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2004;261(1):6-24.
6. Chinski A. Cholesteatomatous chronic otitis media. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 1999;49:S7.
7. Dornhoffer JL, Friedman AB, Gluth MB. Management of acquired cholesteatoma in the pediatric population[ J]. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013;21(5):440-5.