

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

COLESTEATOMA DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO EN LA INFANCIA

Cholesteatoma of the External Auditory Canal in Childhood

Paula PEÑA-NAVARRO ; Sofía PACHECO-LÓPEZ ; Cristina Nicole ALMEIDA-AYERVE ;

Susana MARCOS-ALONSO ; Fernando BENITO-GONZÁLEZ ; Enrique CALVO-BOIZAS 

Unidad de Otorrinolaringología Pediátrica. Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Correspondencia: paulapnavarro@hotmail.com

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: La atresia aural congénita ocurre en 1 de cada 10.000 – 20.000 nacimientos, se asocia generalmente a microtia y es resultado de una detención en el desarrollo embrionario del primer arco branquial. Una posible complicación de esta entidad es el colesteatoma adquirido del conducto auditivo externo (CAE) como consecuencia del atrapamiento de epitelio queratinizado. Se expone el siguiente caso con el objetivo de visibilizar una entidad poco frecuente, incidir en su diagnóstico precoz y exponer el tratamiento quirúrgico para prevenir posibles complicaciones derivadas de esta condición y evitar su recidiva.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 8 años con microtia congénita. La otoscopia muestra un CAE estrecho y filiforme que no permite visualizar su fondo, y la audiometría tonal liminal objetiva una hipoacusia de transmisión moderada ipsilateral. Se realiza un TAC de peñascos que revela estenosis del tercio externo del CAE óseo y tejido de densidad de partes blandas que ocupa de forma total el CAE y se introduce en el oído medio englobando parcialmente la cadena osicular, que está preservada. Se procede a la intervención quirúrgica mediante un abordaje retroauricular hasta alcanzar el conducto óseo estenótico, fresándolo circunferencialmente respetando la piel (canaloplastia), encontrando un colesteatoma de conducto, que se retira. Se objetiva la membrana timpánica íntegra, con normalidad de la caja timpánica, y se realiza una amplia meatoplastia.

Discusión: La incidencia del colesteatoma adquirido del CAE es baja, desarrollándolo aproximadamente 1 de cada 5 pacientes con atresia aural congénita. Por este motivo, resulta de gran importancia la sospecha

clínica mediante la anamnesis, teniendo en consideración las malformaciones otológicas, y la exploración física mediante la otoscopia. Esta sospecha guiará la realización de un TC de peñascos como prueba de imagen diagnóstica de elección. El tratamiento de elección es el quirúrgico, con la exéresis del colesteatoma de conducto para disminuir y tratar de erradicar su elevada probabilidad de recurrencia, asociada a una canaloplastia para ensanchar el CAE más de 10 mm y una meatoplastia con el fin de evitar la reestenosis. Asimismo, es pertinente realizar una timpanotomía exploradora en los casos en los que se sospeche una afectación del oído medio.

Conclusiones: La atresia aural congénita puede generar como complicación un colesteatoma de CAE. Su diagnóstico se basa en la sospecha clínica, la otoscopia y el TC de peñascos. Su tratamiento es quirúrgico mediante la exéresis del colesteatoma, la canaloplastia y meatoplastia y, en su caso, la timpanotomía exploradora.

PALABRAS CLAVE: estenosis del conducto auditivo externo; colesteatoma; atresia aural congénita; microtia.

SUMMARY: Introduction and objective: Congenital aural atresia happens in 1 in 10,000 – 20,000 births, it is generally associated with microtia, and it is the result of an arrest in the embryonic development of the first branchial arch. A possible complication of this entity is acquired cholesteatoma of the external auditory canal (EAC) because of the entrapment of keratinized epithelium. The following case is presented with the aim of making visible a rare entity, influencing its early diagnosis and exposing the surgical treatment to prevent possible complications derived from this condition and avoid its recurrence.

Clinical case: We present the case of an 8-year-old male with congenital microtia. The otoscopy shows a narrow and filiform EAC that does not allow its fundus to be visualized, and the liminal pure tone audiometry shows moderate ipsilateral conductive hearing loss. A CT scan of the petrous bones is performed, revealing stenosis of the external third of the bone EAC and soft parts density tissue that completely occupies the EAC and enters the middle ear, partially encompassing the ossicular chain, which is preserved. Surgical intervention was carried out using a retroauricular approach until reaching the stenotic bone duct, reaming it circumferentially, respecting the skin (canaloplasty), finding a duct cholesteatoma, which was removed. The entire tympanic membrane is observed, with normality of the tympanic cavity, and a large meatoplasty is performed.

Discussion: The incidence of acquired cholesteatoma of the EAC is low, developing it in approximately 1 in 5 patients with congenital aural atresia. For this reason, clinical suspicion through anamnesis, considering otological malformations, and physical examination with otoscopy are of great importance. This suspicion will guide the performance of a petrous bone CT as the diagnostic imaging test of choice. The treatment of choice is surgery, with excision of the duct cholesteatoma to reduce and try to eradicate its high probability of recurrence, associated with a canaloplasty to widen the EAC by more than 10 mm and a meatoplasty to avoid restenosis. In addition, it is pertinent to perform an exploratory tympanotomy in cases in which middle ear involvement is suspected.

Conclusions: Congenital aural atresia can lead to an EAC cholesteatoma as a complication. Its diagnosis is based on clinical suspicion, otoscopy, and petrous bone CT. Its treatment is surgical through exeresis of the cholesteatoma, canaloplasty and meatoplasty and, where appropriate, exploratory tympanotomy.

KEYWORDS: external auditory canal stenosis; cholesteatoma; congenital aural atresia; microtia.