XXVIII Congreso de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja.

EXPLORACIÓN AUDIOVESTIBULAR EN EL SCHWANNOMA INTRALABERINTICO INTRAVESTIBULAR

María Álvarez Álvarez, José Ignacio Benito Orejas, José Antonio Cámara Arnaz, María Consolación Martín Pascual, Mariana González Sosto, Jaime Santos Pérez

Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello. ***HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID***

INTRODUCCIÓN

El **schwannoma intralaberíntico (SI) o schwannoma primario del oído interno** es un tumor benigno, muy infrecuente, que se origina en la vaina perineural de las células de Schwann de las ramas intralaberínticas del nervio vestíbulo-coclear, localizándose en el laberinto membranoso. La prevalencia es desconocida y la edad media de diagnóstico de 49 años (14-89 años), sin predilección por el sexo. El diagnóstico definitivo es por **resonancia magnética**, sin que se hayan podido encontrar síntomas o signos patognomónicos que correlacionen la evolución clínica con los hallazgos en esta.

Presentamos la **exploración audio-vestibular** de dos pacientes diagnosticadas de SI de localización intravestibular.

CASO 1

Mujer de 59 años, con **SI intravestibular de oído izquierdo** (OI). Hipoacusia fluctuante en tonos graves y descenso permanente en los agudos. **Timpanograma** normal, con **reflejos** ipsilaterales. Potenciales Evocados Auditivos del Tronco Cerebral (**PEATC**) con onda III-V simétrica y latencias similares en la onda V de ambos oídos. Productos de distorsión (**PD**) presentes en OD y en OI sólo hasta 2 kHz. Potenciales Evocados Vestibulares Miogénicos Cervicales (**cVEMPs**) con amplitud simétrica y **prueba bitérmica** (en estudio videonistagmográfico) con arreflexia vestibular izquierda.

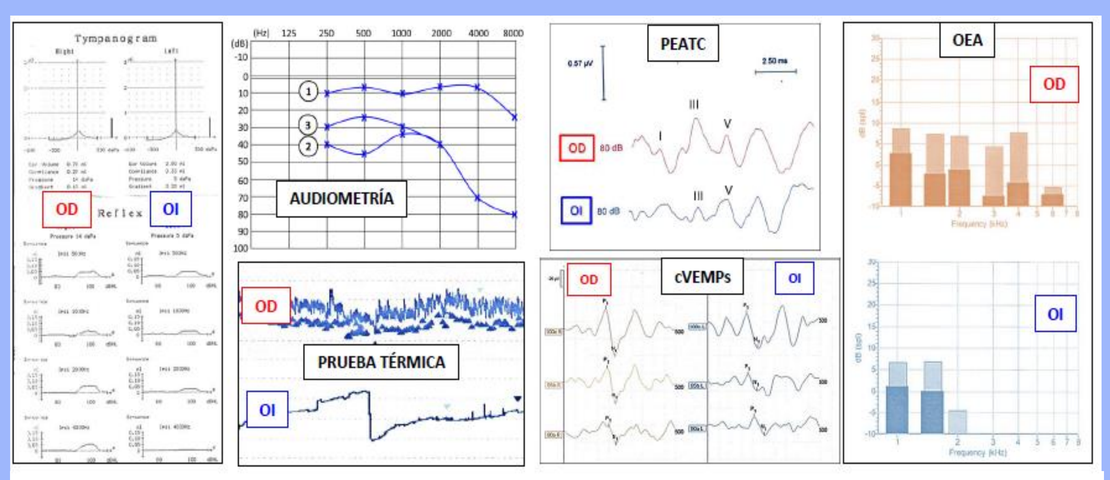

Figura 1: Hipoacusia fluctuante en tonos graves con descenso de los agudos (1: octubre 2013, 2: marzo 2014, 3: marzo 2015); timpanograma normal, con reflejos ipsi en todas las frecuencias menos en 4 kHz del OI; PEATC con onda III-V simétrica; OEA (productos de distorsión) presentes en OD hasta 6 kHz y en OI sólo hasta 2 kHz; cVEMPs con amplitud simétrica y prueba térmica con arreflexia vestibular izda.

CASO 2

Mujer de 55 años, en seguimiento ORL desde 2004 y **SI intravestibular de OD**. Tres episodios de SSI, con recuperación parcial de la audición en 2004, 2011 y 2020, dejando una hipoacusia neurosensorial con pérdida permanente de tonos agudos y parcial de graves. **Timpanograma** normal. **PEATC** con espacio I-V simétrico. **PD** presentes en OI y ausentes en OD (salvo 2 kHz). No se obtienen cVEMPs en ningún oído. En la **prueba bitérmica** hay una paresia vestibular derecha del 74% y disminución de la ganancia en la prueba de impulso cefálico (**vHIT**) en el conducto semicircular horizontal (CSH), con sacadas agrupadas.

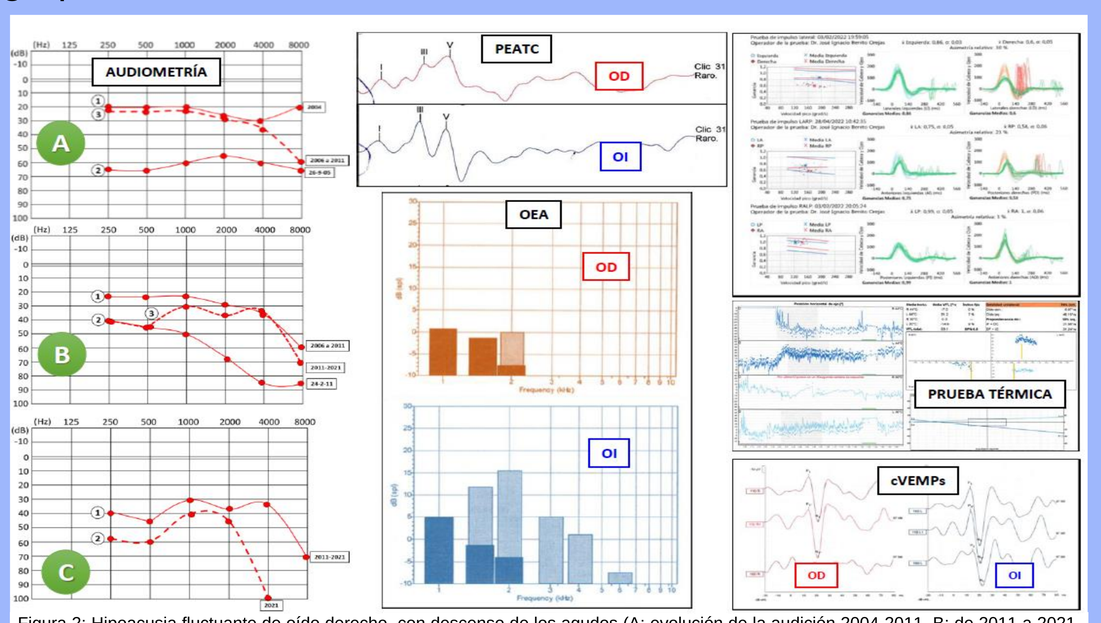

Figura 2: Hipoacusia fluctuante de oído derecho, con descenso de los agudos (A: evolución de la audición 2004-2011, B: de 2011 a 2021, C: último descenso auditivo); timpanograma normal; PEATC con ondas I-III-V simétricas en ambos oídos; OEA (productos de distorsión) presentes en OD hasta 6 kHz y en OI sólo en 2 kHz; vHIT: disminución de ganancia con sacadas agrupadas en el CSH derecho y discreta disminución en el CSP derecho; Prueba térmica con paresia vestibular izquierda y cVEMPs con amplitud simétrica.

DISCUSIÓN

En 2004, Kennedy et al. clasificaron los SI por su localización en 7 subtipos, a los que se añadieron otros 3, por Van Abel et al., en 2013. Aunque controvertido, el más frecuente sería el de localización intracoclear, siendo más raros los que afectan a los conductos semicirculares (CS), como acontece en los casos que presentamos. Las dos pacientes que describimos tienen un SI intravestibular, donde la clínica auditiva es la más destacable. La normalidad de los PEATC testificaría que no se ha producido invasión tumoral del conducto auditivo interno. La paresia vestibular del lado afecto evidencia el daño de las estructuras dependientes del nervio vestibular superior, a pesar de la escasa sintomatología.

CONCLUSIÓN

Aunque las pruebas audio-vestibulares no son específicas del SI intravestibular, los hallazgos presentados deben alertar sobre la necesidad de solicitar una RM de alta resolución para su diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Van Abel KM, Carlson ML, Link MJ, Neff BA, Beatty CW, Lohse CM, Eckel LJ, Lane JI, Driscoll CL. Primary inner ear schwannomas: a case series and systematic review of the literature. Laryngoscope. 2013;123(8):1957-66. PMID: 23335152.
2. Kim YH, Jun BC, Yun SH, Chang KH. Intracochlear schwannoma extending to vestibule. Auris Nasus Larynx. 2013;40(5):497-9. PMID: 23103153.
3. Elias TGA, Perez Neto A, Zica ATS, Antunes ML, Penido NO. Different clinical presentation of intralabyrinthine schwannomas - a systematic review. Braz J Otorhinolaryngol. 2019;85(1):111-120. PMID: 29980446.
4. Kennedy RJ, Shelton C, Salzman KL, Davidson HC, Harnsberger HR. Intralabyrinthine schwannomas: diagnosis, management, and a new classification system. Otol Neurotol. 2004;25(2):160-7. PMID: 15021777.
5. Maseda E, Ablanedo A, Blanco R, Díaz C, Martín A. Schwannoma intralaberíntico: a propósito de dos casos [Intra-labyrinthine schwannoma: two-cases report]. Acta Otorrinolaringol Esp. 2007;58(2):70-2. Spanish. PMID: 17371686.
6. Nishimura T, Hosoi H. Progressive hearing loss in intracochlear schwannoma. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2008;265(4):489-92. PMID: 17932683.