

Osteoma del conducto auditivo interno. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía

Arturo Torres-Valenzuela*

Resumen

Los osteomas del conducto auditivo interno (CAI) son una lesión ósea poco común, su comportamiento habitual es asintomático. Se describe el caso de paciente femenino con osteoma del conducto auditivo interno izquierdo y se revisa la literatura.

Palabras Clave: Osteoma, conducto auditivo interno, exostosis.

Summary

Osteomas of the internal auditory canal (ZAC) are an infrequent osseous lesion. They are usually asymptomatic. This report describes a 29-year-old woman with an osteoma of the left internal auditory canal and reviews the literature.

Key words: Osteoma, internal auditory canal, exostosis.

Introducción

Dentro de las tumoraciones óseas del hueso temporal, los osteomas se localizan primeramente a nivel del conducto auditivo externo, sin embargo, existen otras localizaciones como el conducto auditivo interno (CAI) reportándose una incidencia 10 veces mayor en el externo que en el interno.¹

Las estenosis del conducto auditivo interno es sumamente rara, pudiendo ser de tipo congénita o adquirida. Dicha estenosis puede ser el resultado de una tumoración ósea limitada al CAI o ser secundaria a una enfermedad ósea generalizada.

Estas lesiones han sido etiquetadas como exostosis u osteomas, sin embargo, en 1979, Graham resumió las diferencias macroscópicas e histológicas de ambas.² (Cuadro I).

Estas tumoraciones de manera usual son asintomáticas y son también el resultado de un hallazgo radiográfico.

Se reporta el caso de un osteoma del CAI izquierdo ocasionando únicamente la presencia de acúfeno izquierdo. Se realiza una revisión de la literatura mundial respecto a esta entidad.

Cuadro I. Comparación macroscópica de los osteomas y exostosis

Diferencias macroscópicas entre exostosis y osteomas	
Exostosis	Bilateral Múltiples Base amplia Presencia en hueso timpánico
Osteoma	Unilateral Único Pediculado Presencia sobre la sutura timpanoescamosa

* Información de Graham.²

* Departamento de Audiología. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social. Correspondencia y solicitud de sobrescritos: Dr. Arturo Torres Valenzuela. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social. Servicio de Audiología. Piso 3 Sección C México D.F.

Caso clínico

Femenino de 29 años enviada a nuestro servicio por la presencia de acúfeno izquierdo de 3 años de evolución continua y no pulsátil. No presencia de hipoacusia, vértigo o inestabilidad.

La paciente negó antecedentes previos de infecciones óticas, de vías aéreas superiores, exposición a sonidos de gran magnitud, empleo de agentes ototóxicos, padecimientos sistémicos u anomalías óseas.

La exploración física, mostró ambos oídos con membranas timpánicas íntegras y sin evidencia de patología, los conductos auditivos externos no mostraron la presencia de osteomas o exostosis.

La audiometría tonal demostró audición normal en ambos oídos, el umbral de recepción del lenguaje fue de 5 dB y una discriminación del lenguaje del 80% a 20 dB, 100% a 40 y 60 dB en ambos oídos (Figura 1). La timpanometría y los reflejos estapediales fueron normales.

Los potenciales evocados auditivos mostraron latencias absolutas e intervalos interonda dentro de los límites normales.

La electronistagmografía y las pruebas térmicas alternas binaurales sin alteración alguna.

La tomografía computada no contrastada mostró la presencia de imagen hiperdensa en la zona del CAI izquierdo (Figura 2). La imagen por resonancia magnética con gadolinio no mostró anomalía del octavo nervio.

El diagnóstico de osteoma se realizó con base a los criterios diagnósticos (macroscópicos) de Graham y el hallazgo tomográfico.

La paciente no fue sometida a cirugía, por no existir un compromiso sobre el nervio vestibulococlear facial por lo que en la actualidad se mantiene bajo seguimiento audiológico.

Discusión

Dada la baja incidencia de los osteomas a nivel del CAI, éstos deberán considerarse como posibles diagnósticos diferenciales de patología retroclear que se manifieste o no con la presencia de síntomas faciales y cocleovestibulares. Las lesiones óseas hiperostóticas confinadas al CAI, han sido clasificadas en exostosis y osteomas con

base a sus características macroscópicas (bilateral o unilateral, múltiples o únicas, pediculados etc), histológicas (disposición de las láminas óseas, presencia de osteocitos y canales fibrovasculares) y por los hallazgos radiográficos.

Existe una predominancia en el sexo femenino, así como una predilección en la mujer postmenopáusica pudiendo existir una probable influencia hormonal para el desarrollo y el crecimiento de estas tumoraciones óseas.³

Sin embargo, Miller y colaboradores proponen la hipótesis en la que estas lesiones surgen de sitios en los que existió contacto entre tejidos de diferente origen embriológico. Otras posibles causas propuestas son: infección, inflamación o trauma.⁴

Estas lesiones casi siempre son asintomáticas y representan un hallazgo radiográfico, sin embargo, cuando los síntomas están presentes, éstos pueden ser debidos a una presión directa o atrofia del nervio vestibulococlear.

Se ha descrito hipoacusia unilateral de tipo sensorineural y anomalías vestibulares como los síntomas más comunes, siguiéndoles el acúfeno. En cuanto al nervio facial es bien reconocida su resistencia a la compresión dentro del CAI, de ahí la escasasintomatología reportada en la literatura.

Por el tipo de presentación de esta entidad, bien puede ser un reto el diagnóstico diferencial con el neurinoma del acústico, pues en ambas entidades se puede presentar hipoacusia unilateral sensori-

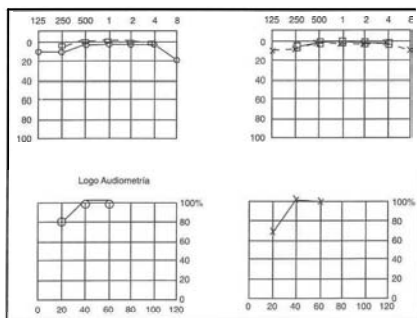


Figura 1. Audiometría tonal y logaudiometría que muestra audición en ambos oídos. O= Oído derecho X= Oído izquierdo.



Figura 2. Corte coronal de estudio tomográfico no contrastado que revela la presencia de imagen hiperdensa en el área del conducto auditivo interno izquierdo.

neural y datos de paresia vestibular. Respecto a la tomografía computada no contrastada, ésta revela de manera significativa la lesión,^{5,6} sin embargo, por el adelanto tecnológico y la modalidad a emplear la imagen por resonancia magnética, ésta deberá emplearse para descartar lesiones retrococleares de origen no óseo.

Cabe señalar que por las características propias de la imagen por resonancia magnética, ésta cuenta con la incapacidad de proveer un adecuado detalle de las lesiones de origen óseo, existiendo en forma potencial la posibilidad de falla en el diagnóstico del osteoma del CAI.

Referente al manejo quirúrgico de los osteomas del CAI éste ha variado, empleándose para estos casos abordajes de fosa media y suboccipitales^{8,9}. Dependiendo de la localización, tamaño de la tumoración, compromiso de la función cócleo-vestibular y preferencia del cirujano.

Se recomienda ante la sospecha de lesión retrococlear la realización de estudio cócleo-vestibular completo, potenciales evocados auditivos y evaluación inicial por tomografía computada no contrastada en pacientes femeninos en edad postmenopáusica y complementación con la imagen

por resonancia magnética, a fin de dilucidar el probable origen de la lesión en estudio.

Referencias

1. Denia A, **Pérez F**, **Canalis RR**, Graham MD. Extracanalicular osteomas of the temporal bone. Arch Otolaryngol 1979; 105: 706-709.
2. Graham MD. Osteomas and exostosis of the external auditory canal: A clinical, histopathologic and scanning electron microscopic study. Ann Otol Rhinol Laryngol 1979; 88: 566-572.
3. Clerico DM, Jahn AF, Fontanella S. Osteoma of the internal auditory canal: Case report and literature review. Ann Otol Rhinol Laryngol 1994; 103: 619-623.
4. German T. Multiple small tumors in the mastoid process. Z Hals Nasen Ohrenheilkd 1927; 18: 339-349.
5. **Beale DJ**, Phelps PD. Osteomas of the temporal bone: a report of three cases. Clin Radiol 1987; 38: 67-69.
6. Doan HT, **Powell JS**. Exostosis of the internal auditory canal. J Laryngol Otol 1988; 102: 173-175.
7. Som PM Bergeron RT. Head and neck imaging. 21 ed. St Louis, MO: Mosby-yearbook, 1991: 1047.
8. House **WF**. Surgical exposure of the internal auditory canal and its contents through the middle, cranial fossa. Laryngoscope 1961; 71: 1363-1385.
9. Thoinssen J. Suboccipital removal of acoustic neuromas. Results of 125 operations. Acta Otolary (Stockh) 1976; 81: 406-414.