



Colesteatoma secundario a colocación de tubo de ventilación. Reporte de un caso.

Irvin Hans Garduño Rubi* Fabiana Cortes Acosta* Juan Carlos Cisneros Lesser**
Instituto Nacional de Rehabilitación, INR. Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello

*Médicos residente de ORL y CCC **Médico adscrito al servicio de ORL y CCC

RESUMEN

Se reporta un caso de colesteatoma secundario a colocación de tubos de ventilación en masculino de 7 años en el Instituto Nacional de Rehabilitación.

INTRODUCCIÓN

La colocación de tubos de ventilación con o sin adenoidectomía es una de las cirugías más populares dentro del campo de la otorrinolaringología. Las indicaciones para colocación de tubos de ventilación más frecuentes son la otitis media con derrame en asociación con retraso en el desarrollo del lenguaje e infecciones recurrentes de oído medio. Golz et al. (1999) publicaron que la incidencia de colesteatoma secundario a colocación de tubos de ventilación puede ser tan alta como 1.1% de los pacientes.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 7 años de edad con antecedente de miringotomía más colocación de tubo de ventilación por otitis media aguda de repetición en Octubre de 2012. Inicia padecimiento actual en abril 2014 con otorrea derecha no asociada a IVAS reciente o actividad acuática, acude a valoración de ORL donde se diagnostica otitis media aguda supurada + otitis externa con mejoría de la sintomatología posterior a tratamiento médico, sin embargo, dos meses después inicia con nuevo cuadro de otorrea acompañado de otalgia con persistencia de la sintomatología posterior a tratamiento médico. EF. Otorrea derecha: CAE con presencia de otorrea blanquecina, MT con perforación central de 20% engrosada e hiperémica, hacia techo de conducto se observa un área blanquecina que se palpa blanda y friable. Resto de la exploración física sin alteraciones (Figura 1).

PROTOCOLO DIAGNÓSTICO

Se realiza audiometría tonal (Figura 2).

Se realiza TC de oídos y mastoides donde se observa oído derecho con presencia de densidad de tejidos blandos en oído medio principalmente en mesotímpano y epitímpano, dicha se extiende hacia antro y celdillas mastoideas ocupándolas en su totalidad. Se aprecian cambios erosivos en cabeza de martillo y tegmen timpánico. Resto sin datos que comentar (Figura 3-4).

Se realiza mastoidectomía radical modificada en donde se aprecia tejido de queratina en cavidad mastoidea, celdillas de la punta y caja timpánica que envuelve cadena osicular.

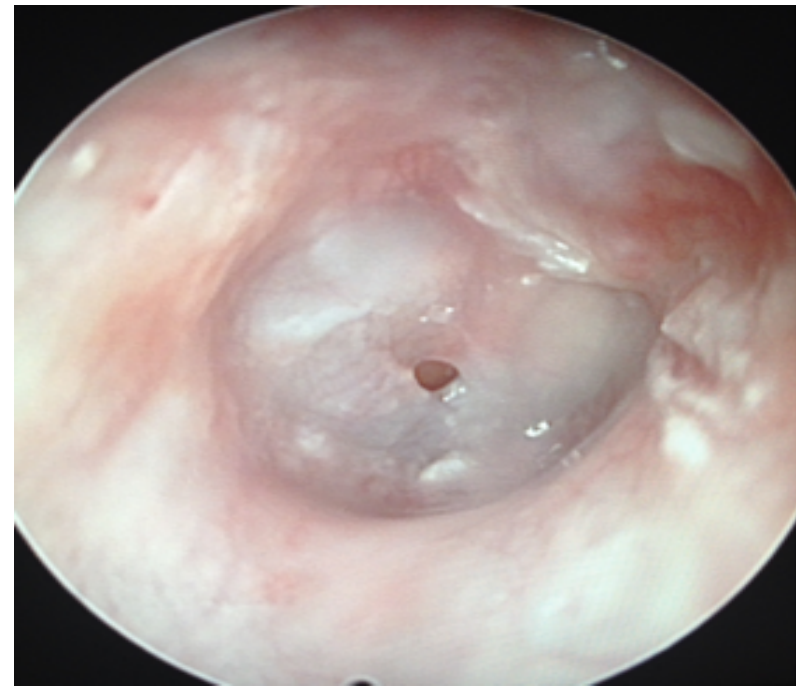


Figura 1. Foto clínica oído derecho donde se aprecia CAE con restos de otorrea blanquecina, membrana timpánica con perforación central de 20%, hacia techo del conducto se observa área blanquecina que se palpa blanda, friable.

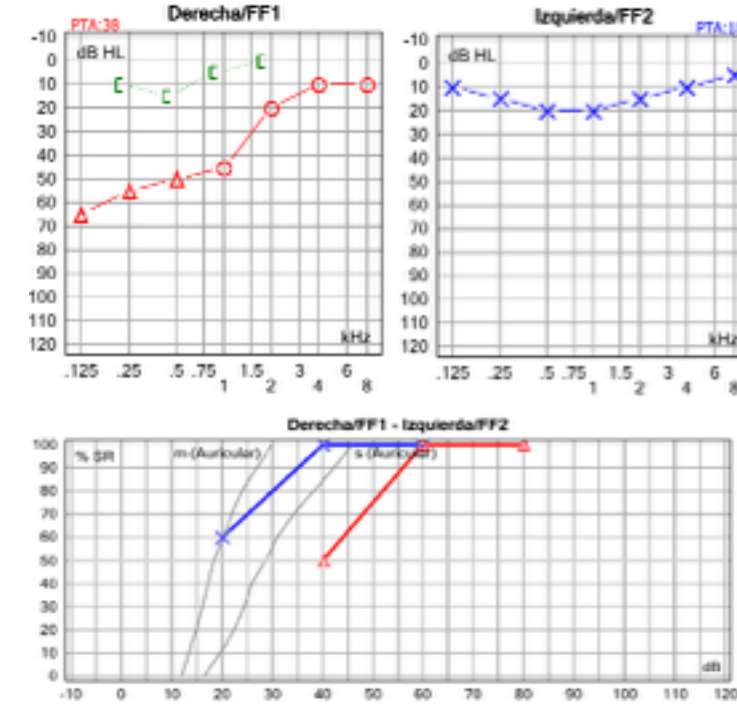


Figura 2. Audiometría tonal preoperatoria que muestra hipoacusia conductiva derecha con PTA 38 y logaudiometría con máxima discriminación a 60 dB.

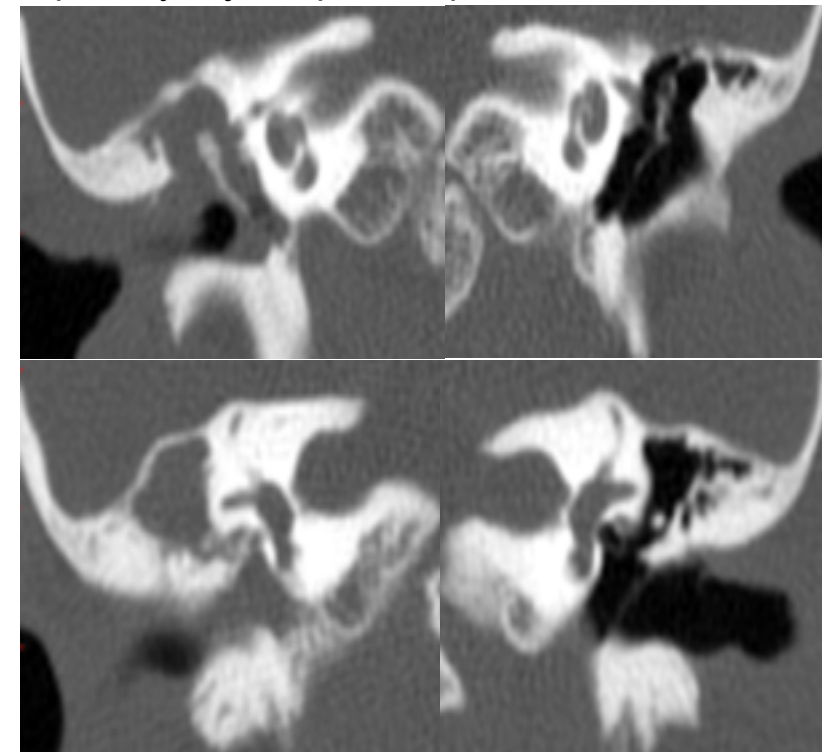


Figura 3. TC en cortes coronales que muestra densidad de tejidos blandos ocupando mesotímpano, epitímpano y antro mastoideo.

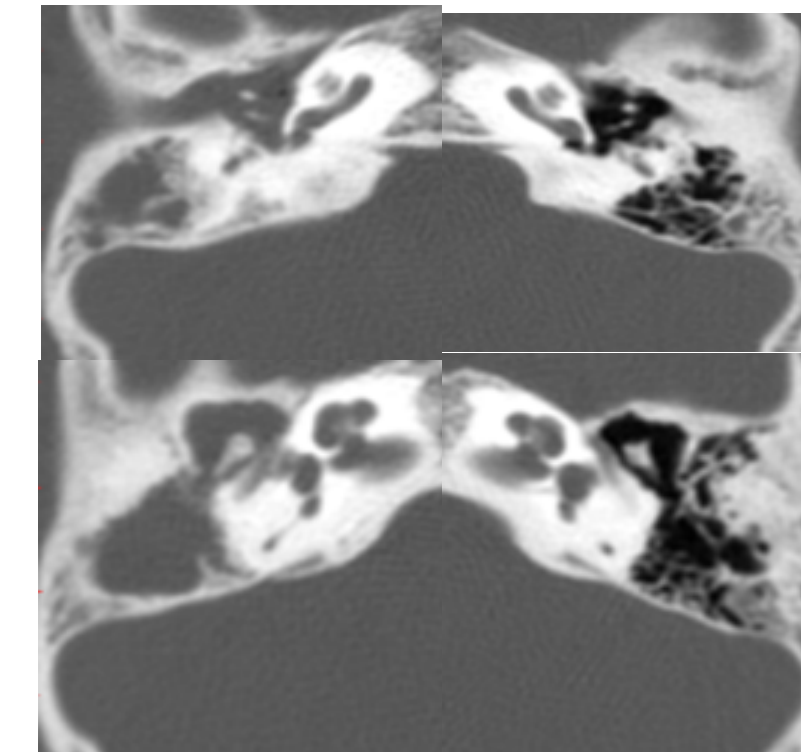


Figura 4. TC en cortes coronales que muestra densidad de tejidos blandos ocupando mesotímpano, epitímpano y antro mastoideo.

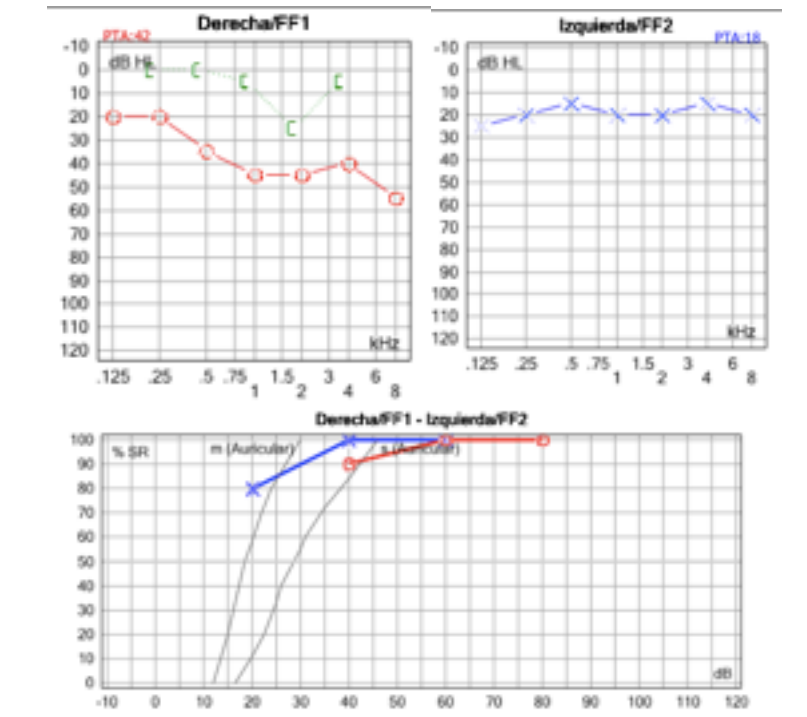


Figura 5. Audiometría tonal postoperatoria que muestra hipoacusia conductiva derecha con PTA 41 y logaudiometría con máxima discriminación a 60 dB.

DISCUSIÓN

Las complicaciones secundarias a la miringotomía con inserción de tubos de ventilación están bien documentadas que pueden ser consecuencia de la técnica quirúrgica o de factores anatómicos y fisiológicos del tubo en sí. Estas complicaciones incluyen atrofia, atelectasia, timpanoesclerosis, perforación persistente y el desarrollo de un colesteatoma. El colesteatoma iatrogénico secundario a la colocación de tubo de ventilación es raro. La causa de este podría ser por una implantación directa de células epiteliales en el oído medio o debido a un crecimiento de células epiteliales escamosas en el margen de la perforación de la membrana timpánica, el cual es facilitado por los ángulos del tubo. La incidencia reportada por Wright fue de 0.5%, Al Anazy reportó una incidencia del 0.62%.

CONCLUSIONES

Los médicos otorrinolaringólogos debemos tener presente el desarrollo de esta complicación. Se debe evitar el traumatismo excesivo de las paredes del conducto auditivo externo. El seguimiento es mandatorio en todos los pacientes con antecedente de inserción de tubo de ventilación. La mastoidectomía radical modificada en pacientes pediátricos con colesteatoma en los que el estribo no este afectado, pueden tener buena preservación de la audición aún removiendo por completo la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1R.A Buckingham. Cholesteatoma and chronic otitis media following middle ear intubation, Laryngoscope, 1981.
- A. Golz, Goldenberg et al., Cholesteatomas associated with ventilation tube insertion, Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg, 1999.
- P.M Jyoti, Mukherjee, Otitis media with effusion: an audit on the indications and outcome, Indian J. Otolaryngol. Head Neck Surg, 2001.
- Fatma Homood Al Anazy, Iatrogenic cholesteatoma in children with OME in a training program, International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 2006.