

# OTORREA DE MESOS D'EVOLUCIÓ: COLESTEATOMA DE CAE

## **Autors:**

**Irene Gumí Caballero<sup>1</sup>, Josep Vilar Capella<sup>2</sup>**

1. Metgessa de família, ABS Reus 3.

2. Resident radiologia, H. Verge de la Cinta

## **Correctora:**

Mèncià Benítez

## **Correspondència:**

**Irene Gumí Caballero**

Adreça electrònica: [irenegumi@gmail.com](mailto:irenegumi@gmail.com)

**Publicat:** febrer de 2012

Irene Gumí Caballero and Josep Vilar Capella (2012)

**Otorrea de mesos d'evolució: Colesteatoma de CAE. Butlletí: Vol 30:Iss 1, Article 3.**

Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol30/iss1/3>

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons  
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

## INTRODUCCIÓ

L'otorrea és un motiu de consulta habitual. La causa més freqüent és la infecciosa, no obstant n' existeixen altres que no s'han d'oblidar mai tot i la seva escassa incidència. El colesteatoma de conducte auditiu extern (CAE) és una entitat rara, però té conseqüències greus i això fa important el seu diagnòstic precoç.

## DESCRIPCIÓ DEL CAS

Pacient, home de 28 anys d'edat, que consulta per otorrea. Com a únic antecedent patològic explica Síndrome de Raynaud amb afectació d'un únic dit de la mà dreta i que no ha requerit tractament. Nega consum de medicació o tòxics habituals. Fa piscina de manera habitual i refereix protegir-se les orelles amb taps de silicona.

El pacient consulta per otorrea a l'orella dreta de 2-3 mesos d'evolució, fosca i amb mala olor. No refereix dolor intens, tot i que explica haver tingut algunes molèsties, com punxades, els primers dies que després han desaparegut.

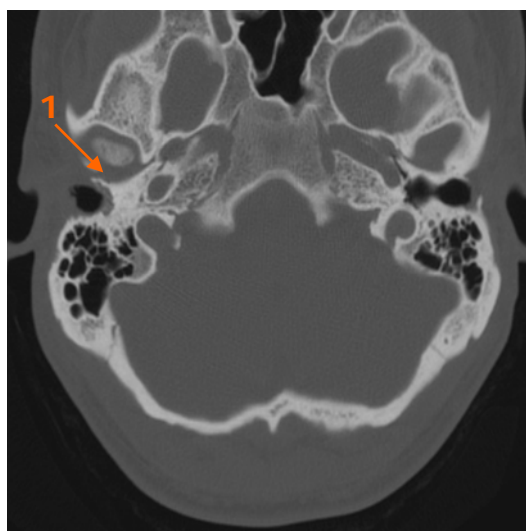
A l'exploració es visualitza timpà eritematós sense perforació clara, amb exsudats blancs i edema a CAE. Sospitant una otitis externa sobreinfectada versus otitis mitja amb mala evolució, es posa tractament amb amoxicil.lina+ac.clavulànic i ibuprofè via oral, i donat el temps i el tipus d'evolució que ha fet es sol.lícita valoració per Otorrinolaringologia (ORL).

Al cap d'una setmana el pacient ve a control. Refereix algunes molèsties i persistència de la supuració fosca. A l'exploració s'observa CAE humit, amb cera abundant i amb el timpà normalitzat. S'afegeix ciprofloxacino tòpic.

Als 10 dies el pacient es valora a la consulta d'ORL. L'especialista aspira cerumen de CAE destapant una úlcera cutània amb os necròtic i diversos segrests ossis. Realitza biòpsia de la pell al voltant de la úlcera i sol.lícita Tomografia Computeritzada (TC) de canal auditiu. Es posa tractament amb Ciprofloxacino via oral.

En la TC de canal auditiu s'aprecia moderat engruiximent del terra del CAE, presència d'erosió òssia (**figura 1**) i retracció timpànica. Oïda mitja i interna íntegres i sense alteracions significatives. L'anatomia patològica informa de la presència de teixit inflamatori i cèl.lules compatibles amb colesteatoma, sense evidència de malignitat.

**Figura 1.** TAC cranial. Erosió i irregularitat ossia localitzada al terra del CAE.



Es decideix fer tractament conservador. El pacient ha acudit setmanalment a la consulta d'ORL on s'ha realitzat neteja de la lesió i tractament tòpic amb antibiòtic i pomades epitel.litzants. Actualment la lesió ha millorat molt, no queda ós afectat en biòpsies de control i la úlcera està reepitalitzada (**figura 2**), quedant només una lleu irregularitat a CAE. Seguirà fent controls que s'espaiarant segons l'evolució.

**Figura 2.** Otoscòpia. S'aprecia irregularitat del CAE una vegada resolt el procés.



## DISCUSSIÓ

El colesteatoma és un quist recobert per epiteli escamós estratificat i queratinitzant, associat a periostitis i erosió òssia. Es considera una tumoració benigna, però localment agressiva.

La majoria dels casos es localitzen a l'òida mitja, i al CAE només suposa l'1,2 per cada 1000 nous pacients amb patologia otorrinolaringològica<sup>1</sup>.

El colesteatoma de CAE té com a complicacions l'afectació del nervi facial o l'artèria caròtida, la progressió a fossa posterior i l'abscess cerebral.

Cal fer el diagnòstic diferencial amb: Neoplàsies del CAE, Queratosis Obturans i Otitis Externa Maligne<sup>2</sup>.

L'etiologia és incerta, la majoria són espontanis però també es poden desenvolupar després de cirurgia o traumes del CAE<sup>3</sup>. El diagnòstic per inspecció directa és molt difícil i quasi indiferenciable de les entitats nombrades anteriorment.

Les troballes radiològiques típiques són: massa de parts toves al CAE associada a erosió òssia amb fragments d'ós intramural<sup>4</sup>. És important valorar les estructures veïnes (nervi facial, el timpà, la oïda mitja i cel.les mastoïdees) ja que el tractament canvia segons l'afectació.

La clínica més freqüent és l'otorrea secundària a sobreinfecció associat a otàlgia crònica de característiques inespecífiques i menys freqüentment pèrdua d'audició per oclusió del CAE. Molts casos són silencis.

El tractament és conservador amb desbridament de la queratina i fragments ossis necròtics, sempre que l'erosió es pugui veure completament. Si existeix afectació d'estructures veïnes el tractament serà quirúrgic<sup>5</sup>.

En resum, cal que tinguem present aquesta entitat en otàlgies o otorrees que no segueixin una evolució habitual, que no responguin al tractament, quan hi ha lesions al CAE que no veiem clares o cera en localitzacions poc freqüents, ja que tot i ser molt poc habitual i difícil d'identificar, podem evitar conseqüències importants.

#### **BIBLIOGRAFIA:**

- 1.HH Owen, J Rosborg, M Gaihede. Cholesteatoma of the external ear canal: etiological factors, symptoms and clinical findings in a series of 48 cases. *BMC Ear, Nose and Throat Disorders* 2006;6:16.
- 2.Garin P, Degols JC, Delos M. External Auditory Canal Cholesteatoma. *Otolaryngol-Head-Neck-Surg* 1997;123(1):65-2.
- 3.Malcolm PN, Francis IS, Wareing MJ, Cox TCS. CT Appearances of external ear canal cholesteatoma. *The British Journal of Radiology* 1997;70:959-960.
- 4.FD Zanini, ES Ameno, SO Magaldi, RA Lamar. Cholesteatoma of external auditory canal: a case report.. *Rev Bras Otorrinolaringol.* jan/feb 2005;71(1):91-3.
- 5.JM Verdaguer, A. Trinidad, D. Lobo, JR García-Berrocal, R. Ramíriez-Camacho. Colesteatoma de conducto auditivo externo secundario a cirugía previa. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2006;57:378-380.