

# OTORREA DE MESES DE EVOLUCIÓN: COLESTEATOMA DE CAE

**Autoras:**

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

1. Médica de familia, ABS Reus 3.

2. Residente radiología, H. Verge de la Cinta.

**Correctora:**

Mèncià Benítez

**Correspondencia:**

**Irene Gumí Caballero**

Correo electrónico: [irenegumi@gmail.com](mailto:irenegumi@gmail.com)

**Publicado:** febrero de 2012

Irene Gumí Caballero and Josep Vilar Capella (2012)

**Otorrea de meses de evolución: Colesteatoma de CAE. Butlletí: Vol 30:Iss 1, Article 3.**

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

Éste es un artículo de Open Access distribuido según licencia de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

## INTRODUCCIÓN

La otorrea es un motivo de consulta habitual. La causa más frecuente es la infecciosa, no obstante existen otras que no deben olvidarse nunca a pesar de su escasa incidencia. El colesteatoma de conducto auditivo externo (CAE) es una entidad rara, pero tiene consecuencias graves y eso convierte en importante su diagnóstico precoz.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente, hombre de 28 años de edad, que consulta por otorrea. Como único antecedente patológico explica Síndrome de Raynaud con afectación de un único dedo la mano derecha y que no ha requerido tratamiento. Niega consumo de medicación o tóxicos habituales. Va a piscina de manera habitual y refiere protegerse los oídos con tapones de silicona.

El paciente consulta por otorrea en el oído derecho de 2-3 meses de evolución, oscura y con mal olor. No refiere dolor intenso, a pesar de que explica haber tenido algunas molestias, como pinchazos, los primeros días que después han desaparecido.

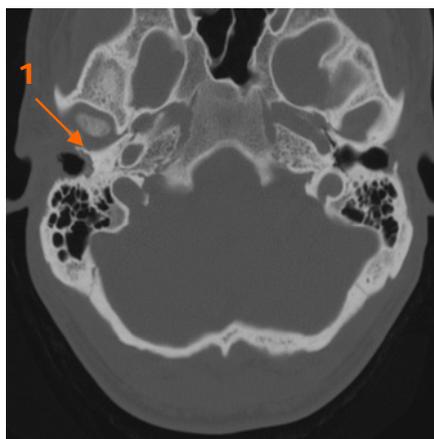
En la exploración se visualiza tímpano eritematoso sin perforación clara, con exudados blancos y edema en CAE. Sospechando una otitis externa sobreinfectada versus otitis media con mala evolución, se pone tratamiento con amoxicilina+ac. clavulánico e ibuprofeno vía oral, y dado el tiempo y el tipo de evolución que ha tenido se solicita valoración por Otorrinolaringología (ORL).

Al cabo de una semana el paciente viene a control. Refiere algunas molestias y persistencia de la supuración oscura. En la exploración se observa CAE húmedo con cera abundante y con el tímpano normalizado. Se añade ciprofloxacino tópico.

A los 10 días el paciente se valora en la consulta de ORL. El especialista aspira cerumen de CAE destapando una úlcera cutánea con hueso necrótico y varios secuestros óseos. Realiza biopsia de la piel alrededor de la úlcera y solicita Tomografía Computada (TC) de canal auditivo. Se pone tratamiento con Ciprofloxacino vía oral.

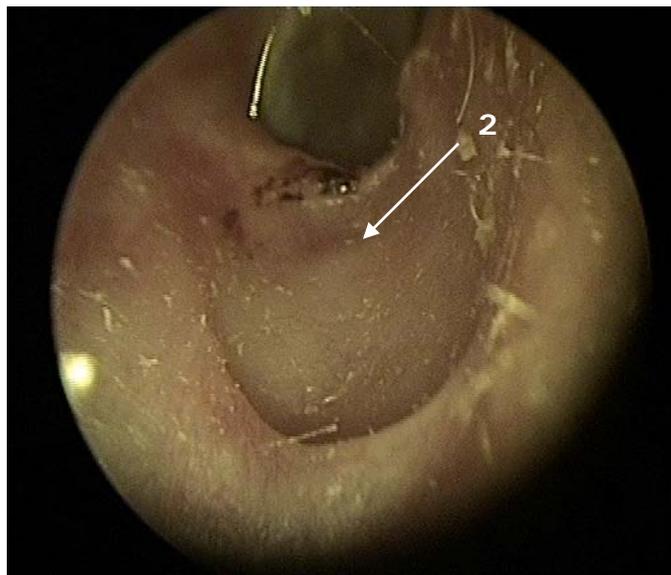
En la TC de canal auditivo se aprecia moderado engrosamiento del suelo del CAE, presencia de erosión ósea (**figura 1**) y retracción timpánica. Oído medio e interno íntegros y sin alteraciones significativas. La anatomía patológica informa de la presencia de tejido inflamatorio y células compatibles con colesteatoma, sin evidencia de malignidad.

**Figura 1.** TAC craneal. Erosión e irregularidad ósea localizada en el suelo del CAE.



Se decide realizar tratamiento conservador. El paciente ha acudido semanalmente en la consulta de ORL donde se ha realizado limpieza de la lesión y tratamiento tópico con antibiótico y pomadas epitelizantes. Actualmente la lesión ha mejorado mucho, no queda hueso afectado en biopsias de control y la úlcera está reepitalizada (**figura 2**), quedando sólo una leve irregularidad en CAE. Seguirá haciendo controles que se espaciarán según la evolución.

**Figura 2.** Otoscopia. Se aprecia irregularidad del CAE una vez resuelto el proceso.



## DISCUSIÓN

El colesteatoma es un quiste recubierto por epitelio escamoso estratificado y queratinizante, asociado a periostitis y erosión ósea. Se considera una tumoración benigna, pero localmente agresiva.

La mayoría de los casos se localizan en el oído medio, y en el CAE sólo supone el 1,2 por cada 1000 nuevos pacientes con patología otorrinolaringológica<sup>1</sup>.

El colesteatoma de CAE tiene como complicaciones la afectación del nervio facial o la arteria carótida, la progresión en fosa posterior y el absceso cerebral.

Hay que realizar el diagnóstico diferencial con: Neoplasias del CAE, Queratosis Obturans i Otitis Externa Maligna<sup>2</sup>.

La etiología es incierta, la mayoría son espontáneos pero también se pueden desarrollar después de cirugía o traumas del CAE<sup>3</sup>. El diagnóstico por inspección directa es muy difícil y casi indiferenciable de las entidades mencionadas anteriormente.

Los hallazgos radiológicos típicos son: masa de partes blandas al CAE asociada a erosión ósea con fragmentos de hueso intramural<sup>4</sup>. Es importante valorar las estructuras vecinas (nervio facial, el tímpano, la oído medio y celas mastoideas) ya que el tratamiento cambia según la afectación.

La clínica más frecuente es la otorrea secundaria a sobreinfección asociada a otalgia crónica de características inespecíficas y menos frecuentemente pérdida de audición por oclusión del CAE. Muchos casos son silentes.

El tratamiento es conservador con desbridamiento de la queratina y fragmentos óseos necróticos, siempre que la erosión se pueda ver completamente. Si existe afectación de estructuras vecinas el tratamiento será quirúrgico<sup>5</sup>.

En resumen, hay que tener presente esta entidad en otalgias o otorreas que no sigan una evolución habitual, que no respondan al tratamiento, cuando hay lesiones al CAE que no vemos claras o cera en localizaciones poco frecuentes, ya que a pesar de no ser poco habitual y difícil de identificar, podemos evitar consecuencias importantes.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- 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 Verdager, 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.