

# COLESTEATOMA LOCALIZADO EN REGION CIGOMATICA

Dr. Argila Loperana, F.; Dr. Soto Sánchez, C;  
Dr. Rossi Vargas, J.

Servicio de O.R.L. Hospital Militar Regional. La Coruña.

## INTRODUCCION

El caso que vamos a presentar se trata de un colesteatoma de rarísima localización y que no nos atrevemos a clasificarlo según su etiología, pues si bien puede tratarse de un colesteatoma congénito, por sus características y evolución clínica, también puede ser adquirido, por su historia anterior.

Un colesteatoma ótico, consiste en la presencia de epitelio pavimentoso estratificado y con capacidad para formar queratina, en el anterior de las cavidades del oído medio (principalmente ático y antro).

Vemos pues, que se trata de la existencia de epitelio de tipo epidérmico en localizaciones donde sólo debería haber epitelio simple, predominantemente de tipo respiratorio. (1)

La inclusión en zonas que no pueden descamar al exterior, determinará el acumulo del estrato córneo y por tanto, de las características histológicas del colesteatoma.

Recordemos que en la neumatización de la mastoides y del temporal, quién marca

## RESUMEN

Presentamos un caso de colesteatoma localizado en región cigomática izquierda en una paciente que fué intervenida de una miringoplastia en oído homolateral diez años antes.

La base de implantación de colesteatoma estaba en la raíz del cigoma, y se comprobó en el transcurso de la intervención su total independencia respecto al oído. Llama la atención el tamaño de la formación y la rareza de su presentación.

**Palabra clave:** Colesteatoma, congénito, extratemporal, cigomático.

## SUMMARY:

We introduce a cholesteatoma case placed on the left zygomatic region of a patient who was surgereed about a myringoplastia in homolateral ear ten years ago.

The implantation base of the cholesteatoma was in the zygoma origin, and its total independence with the ear was confirmed during the surgery.

It is strange the presentation and the formation size.

**Key words:** Cholesteatoma, congenital, extratemporal, zygomatic.

el camino a seguir es el endodermo, que es quién formará la trompa, la caja y el antro y que a partir del antro y del ático, y según sea el potencial de neumatización, se formarán temporales mas o menos neumáticos o ebúrneos. (3)

En un temporal neumatizado se pueden site-matizar 10 grupos de células neumáticas:

- 1) Células cigomáticas
- 2) Células de la fosa media
- 3) Células escamosas
- 4) Células laberínticas
- 5) Células retrofaciales
- 6) Células sinusales
- 7) Células marginales
- 8) Células apicales mastoi-deas
- 9) Células peritubáricas
- 10) Células apicales petro-sas

En caso de infección progresiva de los diferentes grupos celulares, nos podremos encontrar con:

- Mastoiditis
- Petrositis

- Laberintitis

Lo cierto es que un proceso infeccioso tenderá siempre a exteriorizarse, progresando a base de destruir mucosa y tabiques intercelulares, una de las vías de progresión es la antero-superior, con invasión de los grupos cigomáticos y escamosos, provocando la llamada "Paramastoiditis escamo-cigomática". (3)

Sin entrar ahora a exponer las diferentes teorías sobre del colesteatoma los vamos a dividir en dos grandes grupos:

- a) Colesteatomas congénitos
- b) Colesteatomas adquiridos

Los colesteatomas congénitos tienen su origen en un defecto de desarrollo embriológico provocado por la existencia de nidos de tejido epitelial en el espesor del hueso temporal; por lo tanto, el colesteatoma congénito existe ya antes del nacimiento, y su aparición será muy posterior por exteriorización del mismo. (8)

En el origen de los colesteatomas adquiridos podemos englobar aquellas causas que han dado lugar a la teoría de la metaplasia (el epitelio del oído medio se transforma en epitelio queratinizado a raíz de una perforación timpánica) y las teorías invasivas (migración celular, insaculación o bolsa de retracción, crecimiento papilar e implantación traumática).

Según su localización podremos clasificarlos en:

- Colest. congénitos de la pirámide petrosa
- Colest. congénitos de mastoides
- Colest. congénitos timpánicos

Cuando un colesteatoma se localiza en la pirámide petrosa, su evolución puede tener lugar hacia la cavidad craneal, dando lugar entonces a los llamados epidermoides, en los que la clínica es preferentemente intracraneal. Estas formaciones son las lesiones embrionarias intracraneales más frecuentes, constituyen del 0,2 al 1,8% del total de los tumores intracraneales.

Los epidermoides son considerados formaciones blastomatosas que tienen su origen en epitelios aberrantes incluidos en el hueso temporal en el momento del cierre neural, y

también en la línea media de la región paraselar, en la región del quiasma, hemisferios cerebrales, tallo encefálico, cisternas subaracnoideas, telas coroideas de los ventrículos, diploe de los huesos del cráneo y en ángulo ponto-cerebeloso.

En esta última localización encontramos a la mayoría de los epidermoides y suponen entre el 4,6% y el 9% de la totalidad de los tumores de la región. (7)

La apariencia macroscópica y microscópica de estos tumores es exactamente igual a un colesteatoma de oído medio. Su crecimiento es muy lento dando una clínica muy escasa o nula durante años, hasta que en su progresión lesionan o afectan a raíces nerviosas de pares craneales (V, VII y VIII pares son los más afectados). Cuando aparecen ya estas lesiones, los epidermoides son de gran tamaño y en caso de infección pueden dar lugar a temibles complicaciones neurológicas.

## PRESENTACION DEL CASO CLINICO

Se trata de una paciente de 47 años a la que en 1983 se le practicó una miringoplastia en el oído izquierdo a causa de una perforación amplia que afectaba a la mitad posterior del tímpano.

Se le colocó fascia de temporal por debajo de los restos de la membrana timpánica, rebasando ampliamente los bordes de la perforación, apoyándola en la pared ósea del C.A.E. por detrás y como límite anterior, el mago del martillo.

La evolución post-operatoria fue favorable y la paciente recuperó audición.

El pasado día cuatro de Junio de 1992 acude a la consulta por molestias en la región cigomática izquierda, presentando un bulto que se extiende hacia región fronto-parietal, de consistencia blanda y que le molesta porque choca con la patilla de las gafas. Se punciona con resultado negativo.

El día treinta de Junio del mismo año, es intervenida bajo anestesia general; se practica una incisión paralela al cigoma, a unos tres traveses de dedo por encima, de unos ochos centímetros de largo y que arran-

ca del pabellón auricular. Se extrae una formación temporal de la fascia profunda del músculo del mismo nombre, que alcanza por delante al tendón de dicho músculo y cuyo origen parece estar en la raíz del cigoma y región antero-superior del C.A.E. izquierdo. (Fig.1)



Fig. 1. Aspecto general del campo operatorio y de la pieza.

Se procede a limpieza cuidadosa de la región de implantación y se comprueba la total normalidad del oído medio y externo previo despegamiento de la piel del C.A.E. y región antero-superior del tímpano. Se cierra por planos y se tapona C.A.E. con gasa orillada impregnada en Terramicina. El día diez de julio es dada de alta hospitalaria y una semana más tarde se revisa, dándole el alta definitiva.

El informe histopatológico es el siguiente: Formación ovoidea de cinco por tres centímetros de consistencia quística, que a la sección presenta múltiples nódulos, con un material pastoso de coloración blanquecina. Se toman secciones representativas.

Descripción microscópica: El material remitido está constituido por un tejido fibroso que muestra varias cavidades quísticas revestidas de epitelio poliestratificado plano, queratinizado, con una capa granulosa, y abundante depósito de queratina laminar en la porción central.

Diagnóstico histológico: QUISTE EPIDERMICO DE INCLUSION. (Figs. 2 y 3)



Fig. 2. Colesteatoma Cigomático que mide 5x3,5 cms.

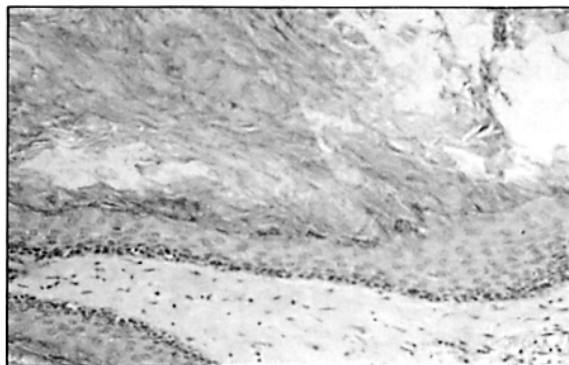


Fig. 3. Corte histológico en el que se aprecia cavidad quística revestida de epitelio plano poliestratificado, queratinizado, y en la porción central la queratina dispuesta en láminas, estructura típica de los colesteatomas.

## CONCLUSIONES

1) El interés del caso que presentamos reside en su localización. En toda la bibliografía consultada, Actas de la Sociedad Española de O.R.L. desde el año 1978; Ponencia Oficial de la XXVI reunión de la Sociedad Española de O.R.L. titulada "El colesteatoma" y en otras publicaciones e incluso la búsqueda bibliográfica por ordenador del Medical Subject Heading, buscando en todas las publicaciones ahí reseñadas

desde el año 1983 hasta 1993, usando como palabras clave: colesteatoma, congénito y extratemporal, sin encontrar ningún caso en que se mencionara lo que buscábamos.

2) Otra conclusión que podemos sacar de este caso, es que se trate de un colesteatoma adquirido. Esta valoración la avala el hecho de que esta paciente sufrió infinidad de procesos otorreicos a lo largo de su vida, para acabar finalmente siendo intervenida de miringoplastia. Puede haberse producido una metaplasia de epitelio de las celdillas cigomáticas, dando lugar a un colesteatoma que pudo exteriorizar sin demasiada dificultad al exocráneo.

3) Cabe pensar también en un origen congénito, lo avala a su vez el crecimiento lento que ha tenido este colesteatoma, lo que no suele suceder con los adquiridos, que progresan más rápidamente y dan una sintomatología más precoz. Pensemos que han pasado diez años entre la miringoplastia y la aparición de nuestro colesteatoma.

A mayores, la base de implantación estaba cerca de la entrada del C.A.E., en la base de la apófisis cigomática, pero ya comprobamos en el transcurso de la intervención la total independencia del colesteatoma que nos ocupa respecto a C.A.E. y oído medio.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1-. ABELLO, P.: "Etiopatogenia del colesteatoma". O.R.L. DIPS nº 2, año X Marzo-Abril, pags. 89-95. 1982
- 2-. AMIRI, C. S.: "Hypotesis based on anatomical aberration and certain conditions responsible for cholesteatoma formation" First International Conference on cholesteatoma 204. Aesculape Ed. Birmingham. U.S.A. 1977
- 3-. AVELLANEDA, R.: "Complicaciones intratemporales de las otitis medias" O.R.L. DIPS nº 2 Año X Marzo-Abril 1982 pag. 127-132.
- 4-. BODELET, B.: "Metaplasie et cholesteatome" Ann. Otolaryng. 89/7-8: 411-418, 1972.
- 5-. FRIEDMANN, J.: "Epidermoid cholesteatoma and cholesterol granuloma" Ann. Otol. Rhinol Laryngol., 68: 57, 1959.
- 6-. FERNANDEZ, C y LINDSAY Y, J.: "Epidermoid cholesteatoma and cholesterol granuloma" Ann. Otol. Rhinol. Laryngol., 68: 57, 1959.
- 7-. LALWANI, ANIL K.- "Meningiomas, epidermoides y otros tumores del ángulo pontocerebeloso" Clínicas O.R.L. de Norteamérica pags. 745-763. Edit. Interamericana -Mc Graw-Hill, 1992.
- 8-. OLAIZOLA, FALAMINOS, D. "Teoría del colesteatoma" Comunicación al congreso Nacional de O.R.L. Tenerife 1971.
- 9-. OLAIZOLA GORBEA y cols. "El colesteatoma" ponencia oficial de la XXVI reunión de la SEORL pags. 7-13 Edit. Garsi 1985
- 10-. PALVA, T Y PALVA, A: Arch Otolaryng., 87-21, 1968.0) RUEDI, L: "Cholesteatoma of the attic" J. Laryngol. Otol. 73: 593, 1958
- 11-. PORTMANN, M.: "The invagination theory for the pathogenesis of cholesteatoma" Second International Conference. Kugler Publications, Amsterdam, 1982)
- 12-. RUEDI, L "Cholesteatoma of the attic" J. Laryngol. Otol. 73: 593; 1958
- 13-. SADE, J. "Pathogenesis of the attic cholesteatomas. The metaplasia theory" First International Conference on cholesteatoma. Ed Aesculape, 1977.
- 14-. A. G. D. MARAN, P. M. STELL.: Otorrinolaringología clínica. pags. 167-217. Ed Espax, S.A.
- 15-. J. J. BALLENGER y cols. "Enfermedades de la nariz, garganta y oído" pags. 706-717. Ed. JIMS.