

# NEURINOMA DEL ACUSTICO. A PROPOSITO DE UN CASO

Dra. Brage Varela, Dr. Fariña, Dr. Emilio Rodríguez, Dra. Tedín García,  
Dres. Estrada Gromaz, G. Calleja, Dr. G Juncal, Dr. Soto Sánchez.

Complejo Hospitalario Cristal-Piñor. Orense

## INTRODUCCION

Es el más frecuente de los tumores de pares craneales (1), constituyendo un 70% de los primarios de SNC con localizaciones en ángulo ponto-cerebeloso (2). Suele iniciarse en el tronco nervioso del octavo par a partir de su rama vestibular o coclear dentro del CAI.

En cuanto a distribución por edad y sexo, frecuentemente se pone de manifiesto entre los 40 años y 50 años, siendo la relación varón/mujer de 6/4 (1).

Diferenciamos dos tipos (3):

- unilaterales, esporádicos que se presentan como tumores únicos en edades avanzadas de la vida, sin transmisión a la descendencia;

- bilaterales, hereditarios, asociados a neurofibromatosis tipo II., transmitiéndose como herencia autosómica, dominante de alta penetrancia (4).

Tasa de crecimiento. - La elevada variabilidad de este parámetro hace difícil prever la evolución (5) (6)

## RESUMEN

El neurinoma del VIII par es un tumor originado generalmente en la célula de Schwann de dicho nervio y de comportamiento benigno, si bien presenta un crecimiento habitualmente muy lento.

Se presenta un caso clínico con el fin de llamar la atención sobre necesidad de hacer una buena historia clínica, así como apoyarse en técnicas complementarias tanto de imagen (RMN) para el diagnóstico anatómopográfico, como electrofisiológicas (BERA), con la finalidad de hacer un diagnóstico lo más precoz posible.

**Palabras clave:** Neurinoma, diagnóstico, RMN, BERA

## RESUMO

Neurinoma do VIII par e un tumor orixinado xeralmente na célula do Schwann de dito nervio e de comportamento benigno, si ben presenta un crecemento xeralmente moi lento. Presenta-se un caso clínico co fin de chama-la atención sobre a necesidade de facer unha boa historia clínica, así como apoiarse en técnicas complementarias tanto de imaxe (RMN) para o diagnóstico anatómopográfico, como electrofisiolóxicas (BERA), ca finalidade de facer un diagnóstico o máis precoz posible.

de un caso determinado. En general, son tumores benignos de crecimiento lento, pudiendo extirparse mediante cirugía, incluso meses después del diagnóstico. La mayoría tendrá un crecimiento lento (0,02 cm/año), o medio (0,2 cm/año). Sólo un bajo % son de crecimiento rápido (1 cm/año).

## CASO CLINICO

Paciente mujer de 55 años que acude a Urgencias por cuadro de otalgia de aparición brusca, acompañada de prurito de O. I., de 2 días de evolución. No presenta otros síntomas en área O.R.L., en ese momento.

A la exploración otoscópica se objetiva otomocosis de O.I., tomándose muestra para cultivo, instaurándose tratamiento empírico y citándose a consulta a los siete días, momento en el cual la paciente confiesa padecer hipocausia desde hace dos meses, acompañada de acúfenos de tono agudo, por lo que inicia estudio de su cuadro.

## EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Audiometría: Hipoacusia mixta de O. I. de 50-60 dB, más acusada en las frecuencias de 1.000 a 4.000 Hz.

S.I.S.I. y Recruitment (-) en O.I.

Impedanciometría: Normal.

Reflejo Estapedial: Ipsilateral de O.I. y contralateral de O.D., negativos.

Resto: Normal.

Pruebas calóricas: Hiporreflexia de O.I.

Otoemisiones Acústicas por Productos de Distorsión: Normales en ambos oídos.

Potenciales Evocados: Pérdida de morfología de las ondas con alargamiento de latencia de la onda V del lado izdo.

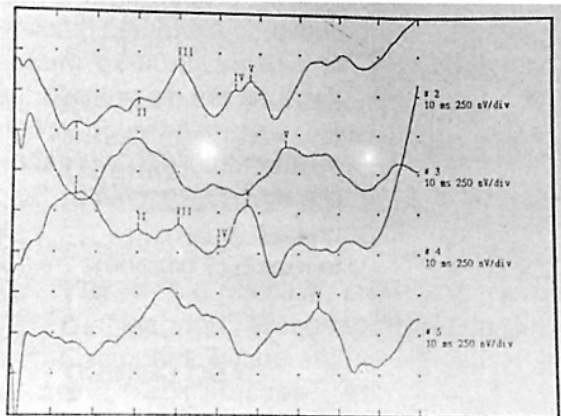


Fig. 1. Potenciales Evocados Auditivos de Tronco

## ESTUDIO RADIOLOGICO

Rx. Simple de oído: Se aprecia una diferencia de neumatización de ambas mastoides, sin erosiones y con dudoso ensanchamiento de la región más interna del CAI, por lo que se prosigue el estudio.

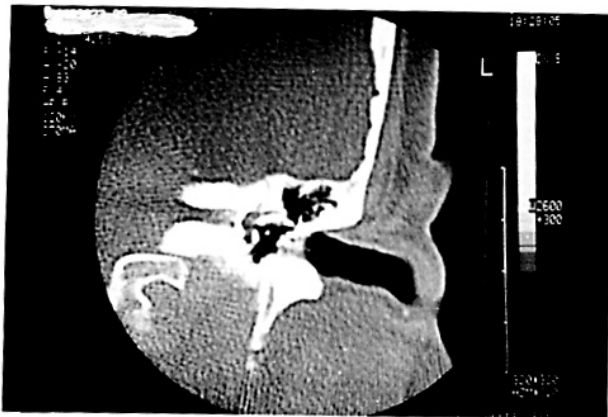


Fig. 2

TAC de oídos informado como dentro de la normalidad.

RMN con gadolinio: Realce intracanalicular de O.I., sospechoso de neurinoma del VIII par.

Controles radiológicos cada seis meses, aunque las tasas de crecimiento son variables. La cirugía descansa en la vía trans-temporal, translaberínica y suboccipital y en el tratamiento radioterápico estereotáxico.



Fig. 3

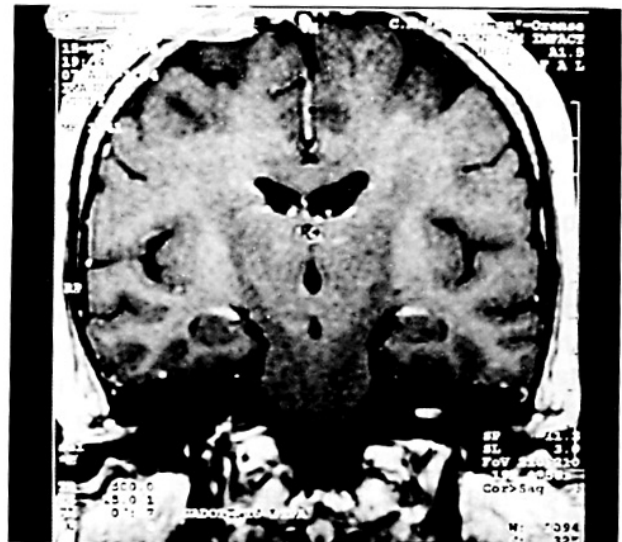


Fig. 4

## DISCUSION

Basándonos en el caso que nos ocupa, diagnosticado casualmente por otro cuadro otológico concomitante de presentación menos larvada, centraremos este punto en la

importancia del diagnóstico precoz, apoyándonos en técnicas complementaria que aumentan la sensibilidad a fin de obtener unos mejores resultados quirúrgicos.

Clínicamente la sintomatología inicial resulta poco invalidante de ahí la importancia de una estrategia clínica adecuada a fin de descubrir tumores de pequeño diámetro.

Los síntomas derivados del VIII par suelen ser los primeros en aparecer (hipoacusia, síndrome vertiginoso y tinnitus)

La audiometría pone de manifiesto una hipoacusia de percepción en el 93% de los casos. Este suele ser el síntoma cardinal que es gradual a lo largo de meses o años, unilateral o asimétrica, de frecuencias altas, junto con un deterioro de la discriminación de la palabra, sin guardar proporción con la pérdida de tonos puros (7). El test vestibular indica arreflexia o acusada hiporreflexia en prácticamente la totalidad de los casos, aunque es demasiado inconstante para ser útil (8).

Se estima que los Potenciales Evocados Auditivos darán resultados positivos en un 91-100% de los casos, aunque están descritos casos de falsos negativos.

La no existencia de una clara relación entre sintomatología, tamaño y tiempo del tumor dificulta su diagnóstico precoz.

Tumores intracanaliculares de pequeño tamaño pueden pasar desapercibidos en el radiología convencional o TAC, por lo que la mayoría de los autores están de acuerdo en que es la RMN con contraste de Gadolinio la técnica de elección para el diagnóstico.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- *King TT* Clinical presentation and Treatment of tumours of The cranial nemes and spinal roots. "Peripheral Neurophaty". Vol. II Dick, Thomas, Lambert, Bunge. Ed.

WB Sannders Company, London, Chapter 97: 2208-2221. 1984.

- 2.- *Mahaley MS, Jo, Mettlin C, Nataragan N, et al:* Analysis of patterns of care of brain tumoro patients in The United States: A Study of the brain tumor section of the AANS and CNS and the Commission on Cancer of the ACS Clin. Neurosurg 36: 347-352, 1990.
- 3.- *Jaker R. K. Pitts LH:* Acoustic Neuroma. Neurosurg. Clin. North Am. 1: 199-223, 1990.
- 4.- *Martuza RL, Eldridge R:* Neurofibromatosis 2 (bilateral acoustic neurofribomatosis). N Engl J. Med. 318: 684-688, 1988.
- 5.- *Thomsen. J, Tos M:* Acoustic Neuroma: Clinical aspects, audiovestibular assessment, diagnostic delay, and growth rate Am J Otol. 11: 12-19, 1990.
- 6.- *Valvassori GE, Guzman M:* Growth rate of Acoustic Neuromas, Am J Otol. 10: 174-176, 1989.
- 7.- *Selesnik S. H., Hackler R. K.,* Otolaryngologic Clinics of North America. Acoustic Neurinoma II. Vol. 25, No 3, W. B. Sannders Company, Philadelphia, 1992.
- 8.- *Hirsch A, Anderson H:* Audiologic test results in 96 patients with tumours affecting the eighth nerve. Acta Otololaryngol (Stockh) 369 (suppl): 1-26, 1980.
- 9.- *S. Thompson.* Acoustic neuroma. Ed. Kligler Publications, Amsterdam, New-York, 1992.
- 10.- *Avellaneda, R.* Patología de la base del cráneo, Ed. MCR, 1990.
- 11.- *Kingsley, D. P. E; Brooks, G. B:* Acustic neuroma: evaluation by resonance imaging. AJNR, 8: 249, 1987.