

## Conclusión

El CNF es un tumor poco frecuente en la edad pediátrica. Ante sintomatología nasofaríngea, obstrucción nasal y epistaxis de larga evolución debemos plantear diagnóstico diferencial con esta entidad. Es fundamental el diagnóstico precoz y la evaluación de la extensión, con el propósito de realizar un tratamiento adecuado y oportuno, ya que esta enfermedad tiene una elevada tasa de morbimortalidad.

## Bibliografía

- Muñoz Borge F, González Alonso J, Galera Ruíz H, Delgado Moreno F, Galera Davidson H. Avances en el diagnóstico de los tumores otorrinolaringológicos. *An Pediatr (Barc)*. 2003;58:456-63.
- Vargas Díaz J, Novoa López L, Prado González E. Tumores de la nasofaringe en la infancia. *Rev Cubana Pediatr*. 2002;74:83-91.
- Corchs E, Boschi J. Carcinoma nasofaríngeo en la edad pediátrica. Revisión bibliográfica a propósito de un caso clínico. *Revista Chilena de Radiología*. 2007;13:63-9.
- Lee AW, Foo W, Mang O, Sze WM, Chappell R, Lau WH, et al. Changing epidemiology of nasopharyngeal carcinoma in Hong Kong over a 20-year period (1980-99): An encouraging reduction in both incidence and mortality. *Int J Cancer*. 2003;103:680-5.
- Chan AT, Teo PM, Huang DP. Pathogenesis and treatment of nasopharyngeal carcinoma. *Semin Oncol*. 2004;31:794-801.

- Vokes EE, Liebowitz DN, Weichselbaum RR. Nasopharyngeal carcinoma. *Lancet*. 1997;350:1087.
- Altun M, Fandi A, Dupuis O, Cvitkovic E, Krajina Z, Eschwege F. Undifferentiated nasopharyngeal cancer (UCNT): Current diagnostic and therapeutic aspects. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1995;32:859-77.
- Cvitkovic E, Bachouchi M, Boussen H, Busson P, Rousselet G, Mahjoubi R, et al. Leukemoid reaction, bone marrow invasion, fever of unknown origin, and metastatic pattern in the natural history of advanced undifferentiated carcinoma of nasopharyngeal type; a review of 255 consecutive cases. *J Clin Oncol*. 1993;11:2434-42.
- Alvi A, Joyner-Tripplet N. Acute epistaxis. How to spot the source and stop the flow. *Postgrad Med*. 1996;99:83.

M.A. Ros<sup>a,\*</sup>, L. Ojeda<sup>a</sup>, J.J. Alcón<sup>a</sup>, C. Lecuona<sup>a</sup>  
M. Armengot<sup>b</sup>, M.J. Gomez<sup>b</sup> y E. Lurbe<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Pediatría, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

<sup>b</sup>Servicio de Otorrinolaringología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mariamrosfores@hotmail.com](mailto:mariamrosfores@hotmail.com)  
(M.A. Ros).

doi:10.1016/j.anpedi.2009.02.015

## Colesteatoma bilateral: causa infrecuente de hipoacusia y de otorrea persistente

### Bilateral cholesteatoma: A rare cause of hearing loss and chronic otorrhea

Sr. Editor:

El colesteatoma es una enfermedad causante de hipoacusia muy poco frecuente en la infancia<sup>1</sup>. Es importante tener en cuenta esta lesión ante un niño con pérdida de audición y de otorrea de repetición resistente al tratamiento. El diagnóstico precoz es fundamental para prevenir las graves complicaciones que puede ocasionar y se fundamenta en la anamnesis detallada (debe prestarse atención a las supuraciones crónicas de oído y a la hipoacusia) y en la otoscopia minuciosa del marco timpánico completo<sup>2</sup>. Todo niño con la sospecha de colesteatoma debe derivarse al especialista en otorrinolaringología. El tratamiento es quirúrgico.

Se presenta el caso de un varón de 9 años de edad estudiado por hipoacusia como hallazgo casual en un control escolar habitual. La historia clínica revela la existencia de 2 o 3 episodios anuales de otitis medias supuradas recurrentes del oído izquierdo en los últimos 3 años; todos éstos tratados con antibiótico tópico. Relaciona su enfermedad otológica con cuadros catarrales concomitantes. Refiere, además, un episodio de otorragia en el mismo oído.

La otomicroscopia pone de manifiesto una retracción timpánica con perforación, localizada en el cuadrante posterosuperior y una erosión ósea del marco timpánico, con contenido epitelial en el oído izquierdo y una retracción

timpánica posterosuperior sin perforación en el oído derecho.

La audiometría revela una hipoacusia de conducción en el oído izquierdo, con una media de 35 dB y una mínima hipoacusia de conducción en el oído derecho de 15 dB.

Como prueba de imagen se realiza tomografía computarizada (TC) de peñascos, en la que se aprecia una ocupación completa del oído medio y del antro mastoideo en el oído izquierdo y una masa en el ático que respeta el antro mastoideo en el oído contralateral (figs. 1 y 2).



Figura 1 Tomografía computarizada de peñascos del oído izquierdo que muestra la ocupación de todo el oído medio por colesteatoma.



**Figura 2** Tomografía computarizada de peñascos del oído derecho, ocupación colestomatosa en el ático del oído sin otra afectación.

La evolución clínica descrita, la otomicroscopia y la realización de TC de peñascos confirman el diagnóstico de colesteatoma adquirido bilateral.

Se interviene inicialmente al paciente del oído izquierdo y se mantiene una actitud expectante con controles periódicos en el oído derecho, que precisa cirugía al año por aumento de la lesión. A los 2 años el paciente se encuentra libre de recidivas.

Los colesteatomas son lesiones benignas del oído medio con comportamiento maligno debido a su naturaleza destructiva dentro de un espacio muy limitado y a la proximidad de estructuras anatómicas vitales<sup>3</sup>.

El diagnóstico precoz es fundamental para prevenir las graves complicaciones que puede presentar. El tratamiento quirúrgico oportuno evita el daño audiológico irreversible y permite un normal desarrollo del lenguaje.

Los colesteatomas se clasifican en 2 grupos: congénitos y adquiridos.

Los primeros son aquellos que tienen una membrana timpánica íntegra y no presentan historia previa de otorreas<sup>4</sup>. Los colesteatomas adquiridos se clasifican, a su vez, en primarios (sin enfermedad timpánica previa) y secundarios (los que se desarrollan en tímpanos patológicos: drenajes transtimpánicos, perforaciones, etc.)<sup>5</sup>.

El tejido epidérmico del colesteatoma crece progresivamente dentro del oído medio y produce una erosión de los huesecillos, lo que provoca en consecuencia una hipoacusia de conducción por desconexión de éstos, unida a la perforación timpánica presente en la mayoría de los colesteatomas. La traducción clínica es la pérdida de audición y la existencia de otorreas crónicas.

La presentación de los colesteatomas infantiles suele ser la pérdida progresiva de la audición asociada a infecciones óticas crónicas<sup>6</sup>, en coincidencia con cuadros catarrales. En algunos casos, el colesteatoma puede evolucionar de forma insidiosa, silenciosa pero agresiva; un paciente puede permanecer asintomático durante varios años y el colesteatoma puede manifestarse como una complicación de éste<sup>7</sup>.

Las complicaciones más frecuentes en el oído medio son parálisis facial, vértigo y mastoiditis. En ocasiones, la presentación es más grave debido a lesiones intracraneales por la destrucción del ático del oído medio, y pueden producirse meningitis y abscesos cerebrales temporales.

La otoscopia muestra un tímpano que suele presentar una retracción timpánica con rotura de ésta (normalmente del ángulo posterosuperior), con tejido de aspecto epitelial, blanquecino, que se introduce en el oído medio, y en algunos casos supuración en la perforación del tímpano<sup>8</sup>. La realización de audiometrías revela una hipoacusia de conducción que puede variar desde 10 o 15 dB hasta 50 o 60 dB.

Es fundamental la realización de una TC preoperatoria para determinar la extensión del colesteatoma así como la destrucción de estructuras vecinas.

El tratamiento es quirúrgico, más intensivo en los niños debido a que son lesiones más destructivas y más recidivantes<sup>9</sup>.

Se deben realizar controles postoperatorios periódicos para control de posibles recidivas<sup>10</sup>.

## Bibliografía

1. Lin V, Daniel S, James A, Friedberg J. Bilateral cholesteatomas: The hospital for sick children experience. *J Otolaryngol*. 2004;33:145-50.
2. Sampérez L. Colesteatoma adquirido de oído medio en la infancia. *ORL Aragón*. 2001;4:15-9.
3. Isaacson G. Diagnosis of pediatric cholesteatoma. *Pediatrics*. 2007;120:603-8.
4. Kazahaya K, Potsic WP. Congenital cholesteatoma. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004;12:398-403.
5. Goçmen H, Kiliç R, Ozdek A, Kizilkaya Z, Safak MA, Samin E. Surgical treatment of cholesteatoma in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2003;67:867-72.
6. Oloriz J, Prim MP, De Diego JI. Colesteatoma congénito en paciente pediátrico. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2002;59:499-503.
7. Gilcarcedo L.M. Patología del oído medio. Colesteatoma. En: Gilcarcedo L.M. *Otología*. 5.º ed. España: Vila Sala Hnos; 2003. p. 233-4.
8. Edelstein DR, Parisier SC, Chute P. Cholesteatoma in the pediatrics age group. *Ann Otolaryngol*. 1988;97:23-9.
9. Schraff SA, Strasnick B. Pediatric cholesteatoma: A retrospective review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2006;70:385-93.
10. Shirazzi MA, Muzaffar K, Leonetti JP, Marzo S. Surgical treatment of pediatric cholesteatomas. *Laryngoscope*. 2006; 116:1603-7.

B. Nieto Almeida<sup>a,\*</sup> y D. Moreno Jiménez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Villa de Vallecas, Área 1, Madrid, España

<sup>b</sup>Servicio de ORL, Hospital Virgen de la Vega, Salamanca, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [beatrizn78@hotmail.com](mailto:beatrizn78@hotmail.com)

(B. Nieto Almeida).