

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

COLESTEATOMA DEL OIDO

TESIS

presentada a la Junta Directiva de la Facultad de
Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de
Guatemala.

por

MANUEL DE JESUS GIRON

en el acto de su investidura de :

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, agosto de 1964.

PLAN DE TESIS

- 1.- DEFINICION
- 2.- HISTORIA
- 3.- FRECUENCIA
- 4.- ETIOLOGIA
- 5.- PATOGENIA
- 6.- ANATOMIA PATOLOGICA
- 7.- SINTOMATOLOGIA
- 8.- DIAGNOSTICO
 - A) Clínico
 - B) Radiológico
 - C) Audiometría
- 9.- EVOLUCION
- 10.- COMPLICACIONES
- 11.- PROFILAXIS
- 12.- TRATAMIENTO
- 13.- 10 CASOS CLINICOS
- 14.- CONCLUSIONES
- 15.- BIBLIOGRAFIA

1.- DEFINICION

Colesteatoma, (tumor perlado, margaroides) se le denomina a una masa blobular constituida por un acumulo de cristales de colessterina y epitelio córneo descamado, reodeada de una delgada cubierta epidérmica y tejido conjuntivo.

2.- HISTORIA

Johannes Müller en 1,838 empleó por primera vez el nombre de Colesteatoma. Pappenheim refirió el primer caso de Colesteatoma del oído en 1,839. Virchow lo consideró como un tumor de células epidermoides, derivadas del tejido conjuntivo y lo clasificó entre los tumores heterólogos. Benecke lo consideró de origen endotelial. Mikulicz en 1,879 sostuvo que procedían de restos embrionarios de la epidermis; pero es te punto de vista solo se acepta para el Colesteatoma verdadero, el cual es una neoformación heterotópica que se desarrolla de esbozos embrionarios epidérmicos mal situados. Grüber, Troeltsch y Bezold consideraron al Colestatoma del temporal como un producto inflamatorio; lo cual es en realidad el Seudocolesteatoma y que es el tipo más frecuentemente encontrado.

3.- FRECUENCIA

Según Birrel el Colesteatoma ocupa un 24.6% de

las afecciones Oticas crónicas

4.- ETIOLOGIA

Las otitis medias crónicas mal tratadas y las infecciones tubéricas o rinofaríngeas recurrentes cuando existe una perforación del cuadrante anteroinferior de la membrana del tímpano, son la mayor parte de las veces las responsables del Seudocolesteatoma, aunque deben mencionarse: a) Otitis media de la infancia, b) Otitis medias crónicas específicas (Tuberculosa, Sifilítica y Micóticas), d) Otosalpingitis crónica, Traumatismos del temporal.

5.- PATOGENIA

Según LINK el desarrollo de Colesteatoma en el Oído medio es atribuido a los siguientes factores:

- A) La conservación de una potencia proliferativa epidérmica en el conducto auditivo externo, que se mantiene latente, aun después de terminado el desarrollo embrionario.
- B) Un factor irritativo (de naturaleza mecánica, química, inflamatoria o constitucional) capaz de provocar la proliferación epidérmica.
- C) Una disposición local anatómica, como es la persistencia del tejido embrionario gelatinoso en el an

tro o en la bolsa de Prussak.

- D) La ausencia de un estratum fibrosum delimitante - en la Pars Flácida de Shrapnell, el único lugar de nuestro organismo donde colindan por su base dos clases de epitelios completamente distintos (ectodermo y endodermo).
- E) La peculiar disposición de la red vascular que irriga la epidermis de la pars flácida. Los vasos que irrigan la epidermis de la pars tensa, son los mismos que irrigan la parte de la mucosa de la caja que le corresponde. En cambio, los sistemas de irrigación de la pars flácida y de su mucosa respectiva, son diferentes.

Hay pues tres teorías: a) Congénita, b) Metaplásica y c) Inmigratorias.

FRIEDMANN inyectó pseudomonas Pyocyanea y Streptococcus Pneumonicus, en el oído medio de cobayos; y logró precisar inmigración de la membrana timpánica a través del tímpano perforado en la Bula infectada de los cobayos, reproduciéndose típicos colesteatomas del oído.

6.- ANATOMIA PATOLOGICA

Una supuración del oído medio que se prolonga durante cierto tiempo, puede provocar determinadas alteraciones patológicas, algunas de ellas propias de la supuración y otras características de la supuración ótica. Anatómicamente se afectan todas las partes del oído -

medio y órganos adyacentes, exactamente como ocurre en las mastoiditis agudas. La otitis media supurada crónica puede curarse, o bien dar lugar a la producción de granulaciones y pólipos, organización del proceso (osteofibrosis), colesteatoma, neoformación ósea (otosclerosis) o necrosis ósea con muerte local o general. La alteración patológica más común es la degeneración hiperplásica de la mucosa del oído medio y la apofisis mastoides.

El colesteatoma al corte anatomopatológico presenta: el contenido y la matriz.

El contenido formado por la división de los conos epidérmicos en fragmentos; las células situadas en el centro de los conos, se desintegran y dan lugar a la formación de una masa como pulpa adiposa rica en cristales de colesterolina y glóbulos de grasa.

Hay una masa de células epiteliales planas casi desprovistas de núcleos y dispuestas en láminas concéntricas y poligonales, las de la capa exterior menos afectas.

La matriz del colesteatoma formada por una capa externa fijada al hueso y una capa interna fijada a la epidermis, la cual cubre completamente al contenido del colesteatoma. La capa externa muy vascularizada, contiene tejido conjuntivo pobre en nucleos.

La constante exfoliación que se origina, llena las cavidades de restos epiteliales. La masa produce destrucción ósea por presión mecánica, y la infección ósea vecina a la matriz, determinando la dirección de

su crecimiento el carácter de la complicación.

Debido a la falta de un buen drenaje y la humedad, el epitelio escamoso sólo encuentra espacio para su crecimiento mediante una difusión concéntrica por el tejido subyacente y a expensas del tejido subepitelial. La ulterior regeneración sólo es posible en el tejido conjuntivo perivascular y en tejido óseo compacto que bordea el espacio antral; este proceso origina destrucción y resorción ósea, mientras el colesteatoma aumenta de tamaño a expensa del hueso subyacente. Se creyó que el colesteatoma crece por el interior de los conductos de Havers y destruye el hueso.

Debido al poco espacio disponible en el oído medio y a la eliminación insuficiente de epitelio exfoliado y otros restos, el tumor asume una disposición en capas concéntricas. La mayoría de los autores están de acuerdo en que el colesteatoma se origina en la parte posterosuperior del oído, luego se extiende al ático, antra y finalmente arriba a la mastoideas.

Puede suceder que una mastoiditis latente preceda a un colesteatoma pero en la mayor parte con consecuencia del desarrollo del colesteatoma.

Se ha precisado una entidad patológica denominada "Colesteatosis negra", la cual no es más que un tipo de colesteatoma del oído, con cierta formación celular de la mastoideas con líquido similar al café o de sustancia gelatinosa negruzca, con cristales de colesterol.

Unas de las secuelas comunes es encontrar necrosis de la cadena osicular por osteitis rarefaciente. Pe

ro se encuentra en algunos casos, necrosis de la rama larga del yunque, la cual ha sido luego reemplazada por tejido fibroso, conservándole propiedades de transmisión auditiva al estribo.

Hay casos reportados de invasión colesteatomatosa desde el tímpano hacia la articulación incudo-estapédica, sin llegar al antro; la cual produce una pérdida auditiva marcada.

Se observan colesteatomas del oído con tímpanos intactos, lo cual favorece la hipótesis inmigratoria por actividad proliferativa de las células epidérmicas en casos con microperforaciones que posteriormente se cierran.

El colesteatoma puede presentarse exclusivamente en el conducto auditivo externo, respetando el oído medio; y sin producir por consiguiente, lesiones auditivas. Su frecuencia de localización es la pared inferior y anterior del meato; pero también se han observado otras localizaciones.

7.- SINTOMATOLOGIA

Generalmente los pacientes refieren un padecimiento crónico del oído, que puede ser reciente, o bien desde su niñez. Pueden acusar sordera de la más diversa variedad, acúfenos, supuración, fetidez. Rara vez acusan dolor y cuando éste se presenta, es síntoma de una complicación local (retención de secreciones o inflamación del conducto auditivo externo) o bien, de una complicación interna seria.

Pocas veces la exacerbación de una mastoiditis es el primer síntoma de un colesteatoma. Hay casos de colesteatomas sin antecedentes de mastoiditis crónica su curada.

Actualmente con frecuencia se encuentran casos de colesteatomas asintomáticos con infecciones latentes, que en la mayor parte de las veces se deben al uso inadecuado o incompleto de antibióticos y quimioterápicos que encubren el cuadro sintomático, mientras persiste el proceso anatomopatológico que conduce a la formación de un colesteatoma.

En el colesteatoma del conducto auditivo externo se observa una imagen timpánica normal, sin relación con la afección, hay abundante secreción ceruminosa y purulenta y poco dolor.

8.- DIAGNOSTICO

Clinico :

Clinicamente deberá realizarse la OTOSCOPIA, limpiándose cuidadosamente las secreciones del meato, para exponer claramente la superficie de la membrana del tímpano. Una característica es encontrar discontinuidad del tímpano casi siempre en la membrana de Shrapnell, o bien en el cuadrante posterosuperior de la pars tensa. Casi siempre la perforación es marginal. Puede encontrarse una perforación grande, subtotal; pero también la boca colesteatomatosa puede ser diminuta, o a veces estar cubierta por una costra o por secreciones. Se recomien

da ser meticoloso en la exploración timpánica usando preferentemente el amplificador otoscópico. Se revisará la cavidad timpánica para detectar la presencia de granulaciones o pólipos; así como revisar minuciosamente el meato para investigar la presencia de fistulas.

Ultimamente se ha demostrado que las perforaciones centrales si pueden dar origen a colesteatoma y nó - como se aseguró en un tiempo que eran únicamente las perforaciones marginales.

Anteriormente Ulrich y Bezold refirieron encontrar en los colesteatomas un defecto subtotal de la membrana del tímpano. Actualmente estos hallazgos han cambiado y se encuentra en el 25% grandes perforaciones marginales, en el 62% el defecto está en la membrana de Shrapnell o son pequeñas perforaciones en la parte superior de la membrana del tímpano; y recordemos que ésta puede encontrarse normal en los colesteatomas del conducto auditivo externo.

El lavado de la cavidad colesteatomatosa podrá efectuarse con el propósito de limpieza, para precisar mejor las estructuras anatómicas; teniendo importancia diagnóstica cuando se recogen las láminas epidérmicas de color blanco nacarado, características de la presencia de colesteatoma, aunque su ausencia no descarta la existencia de él.

Generalmente todas las otitis crónicas supuradas son fétidas, pero si la fetidez persiste a pesar de continuos lavados del oído, debe presumirse la existencia de colesteatoma. La persistencia de la fetidez es un síntoma cardinal de colesteatoma.

Pueden investigarse la existencia de Cristales de

Colesterina en las secreciones, por varias pruebas químicas. Unas gotas de Cloroformo sobre el material recogido le darán un color verde amarillento.

La reacción con Tetracloruro de carbono vertida en el oído, el cual se lava, recogiendo el contenido en tubo de ensayo hasta alcanzar 5 cc. Se mezcla luego con 2 cc. de ácido Acético Glacial; se le agregan finalmente 3 gotas de ácido sulfúrico y se deja reposar la mezcla durante media hora. En los casos positivos, aparecerá un color verde.

Examen Radiológico:

La radiografía es necesaria para decidir la conducta quirúrgica funcional, ya que nos revela la magnitud de la lesión; nos delimita y nos orienta sobre la situación del colesteatoma; así como los demás elementos de la región. Será preferible tomar radiografías en diversas posiciones, entre las cuales pueden recomendarse: La posición de Schuller, Chaussé III, Transorbitaria Unilateral de Guillen, etc.

Hay que hacer notar que en colesteatoma del conducto auditivo externo, no se encuentran cambios radiológicos de la mastoides y del oído medio.

Audiograma:

Lo más frecuente es encontrar una lesión limitada al oído medio, la cual nos da una Hipoacusia de conducción. El tipo y la intensidad de la hipoacusia de conducción depende del estado de los elementos que participan en la transmisión mecánica del sonido: estado de la membrana del tímpano, cadena de huesillos, ventana oval, ventana redonda, permeabilidad de la -

trompa, estado de la mucosa de la Caja. En ocasiones el colesteatoma actúa como elemento de transmisión, dando así una falsa interpretación del estado de los elementos de transmisión.

9.- EVOLUCION

El colesteatoma de perforación timpánica grande puede drenarse facilmente por lo que produce menos estragos; mientras que los colesteatomas de perforación timpánica pequeña, tiene una evolución muy lenta, siendo la variedad que produce más complicaciones, ya que toma mayores dimensiones. Se ha citado un tipo de colesteatoma "Cicatrizante" los cuales detienen su desarrollo, quedando estáticos en determinada fase del mismo.

10.- COMPLICACIONES

Además de los síntomas que se refirieron, el colesteatoma puede evolucionar hacia una complicación, dando una sintomatología más dramática, tanto de tipo local como general. El mayor porcentaje de complicaciones se encuentran en los colesteatomas con una pequeña perforación marginal del tímpano. Las complicaciones que se han citado son: Infecciones del pabellón de la oreja y del conducto auditivo externo, Septicopiemia, Absceso de la vaina del músculo esternocleidomastoideo (Absceso de Bezold), Abscesos perisinusales, Meningitis, Tromboflebitis del seno lateral, seno

petroso y cavernoso, del bulbo de la yugular interna, - Abscesos extradurales, Abscesos cerebrales o cerebelosos, Laberintitis, Parálisis facial, Síndrome de Gradenigo (Petrositis con parálisis de músculos extraoculares, VI par, dolor del trigémino por irritación del ganglio de Gasser), y complicaciones de las células neumáticas del vértice del peñasco.

11.- PROFILAXIS

Siendo el colesteatoma una afección relativamente común como complicación de procesos inflamatorios crónicos del oído, principalmente en la infancia; y considerando la gravedad de las complicaciones que pueden ser mortales o un deterioro de la función auditiva de los más diversos grados, con los consecuentes problemas Psicosociales del individuo. Los Médicos generales y Pediatras al tratar procesos supurados recientes del oído, deberán hacerlo a base de una terapéutica bien orientada y oportuna a base de antibióticos y sulfamidas. Al encontrar casos de cronicidad, que no se resuelve con los tratamientos indicados, deben ser referidos al especialista o Servicios de Otorrino, donde habrá de considerarse un tratamiento quirúrgico a fin de evitar complicaciones e impedir un mayor deterioro de la audición.

12.- TRATAMIENTO

La mayoría de colesteatomas requieren trata - -

miento quirúrgico. Algunos clínicos aconsejan el tratamiento conservador del colesteatoma; pero éste constituye siempre una amenaza innegable, ya que en algunos casos que aparentan seguir una evolución buena, sobrevienen exacerbaciones, lo que demuestra la insuficiencia de la observación otoscópica en estos casos. En todo caso de colesteatoma es necesaria la eliminación completa de la matriz, de todo el tejido celular y conectivo; tratando de no lesionar la cadena de huesillos para mantener una buena capacidad auditiva, para lo cual deberá también verificarse una timpanoplastia para eliminar el defecto timpánico.

Cuando ya existe una disminución marcada de la audición por invasión o destrucción de la cadena osicular, puede tratarse de establecer la función normal, implantando prótesis de platino, polietileno o injertos de grasa etc. Se ha encontrado interrupción de la cadena osicular en el 72% de los casos de colesteatoma, por lo que la operación temprana se recomienda para mantener la audición lo mejor posible.

Para prevenir el desarrollo del colesteatoma debe hacerse una aticoantrotomía y eliminar las capas de tejido conjuntivo del tímpano en casos de otitis media aguda infantil.

Cuando existe una complicación intracraneal del colesteatoma es recomendable seguir un procedimiento Neuroquirúrgico, así como la resección completa de un absceso intracraneano y no simplemente drenarlo por el oído.

13.- DIEZ CASOS CLINICOS

Caso No. 1:

V.C.M. edad 17 años, masculino. H.R. No. 151445. estudiante, originario de Huehuetenango, residente en la capital.

Historia: Hace dos años presentó dolor agudo del oído derecho con supuración que duró dos meses; cedió sin tratamiento, pero hace un año presentó nuevamente dolor, secreción purulenta constante que cursaba con fiebre. Hace dos días principió nuevamente con fiebre, dolor y secreción purulenta fétida, cefalea, principalmente al hacer esfuerzo.

Estando hospitalizado presentó súbitamente Parálisis facial derecha, por lo que se le efectuó punción lumbar y después una operación.

Antecedentes: Tos ferina, Sarampión, Parotiditis.

Exámenes: Cultivo de secreción purulenta: Proteus.

Radiografías: Mastoiditis crónica derecha.

L. C. R.: Glucosa 78 mg. %
 Proteínas 86 mg. %
 Cloruros 125 mg. %
 Citológico 138 células X mm³
 Bacterioscopía: escasos diplococos Gram Positivos (Neumococo?)
 Diferencial: Linfocitos 62%
 Polimorfonucleares 38%

Cultivo: estéril a las 72 horas.

Control de L.C.R.: 12 días después de la operación -
fué normal.

Impresión clínica: Exacerbación aguda de Otitis me-
dia crónica con parálisis facial pe-
riférica y Meningitis.

Tratamiento de urgencia: Mastoidectomía radical dere-
cha.

Diagnóstico anatomopatológico: COLESTEATOMA: In-
flamación crónica. Hueso esponjo-
so bastante denso.

Dr. Carlos Tejada V.

Caso No. 2:

J. G. P. A. edad 7 años, originario y residente -
en la capital. H. R. No. 55823.

Historia: Hace cuatro años principió con supuración fé-
tida del oído derecho por lo que hace dos años fué trata-
do, con lo que se alivió 6 meses, pero luego volvió a
presentar el mismo cuadro, el cual persiste; presentando
bruscamente cefalea y fiebre con rigidez y dolor en el-
cuello.

Antecedentes: Mastoidectomía hace dos años.

Examen físico: Supuración amarillenta fétida del oído

derecho abundante, con enrojecimiento y dolor en mas-
toides derecha, con espasmo y dolor del Esterno-cleido-
mastoideo y dificultad de flexionar la cabeza hacia el-
lado derecho.

Exámenes de Laboratorio:

Cultivo de secreción purulenta: Proteus

L.C.R.: Glucosa 149 mg. %

Proteínas 28 mg. %

Cloruros 106 mg. %

Bacteriológico: negativo

Citológico: Linfocitos 8%

Polimorfonucleares 92%

Cultivo: escasas colonias de Neisseria

Cultivo de secreción faríngea: Estreptococo -
alfa y Estafilococo albus no he-
moltico escaso.

Radiografías: Torax normal

Mastoides derecha: se vé esclerósis y ausencia de las-
celdillas mastoideas derechas, siendo esto compatible -
con un proceso infeccioso crónico del oído medio, con
propagación al antro y a la mastoides, sin colesteatoma
ni colecciones infecciosas localizadas.

Impresión clínica: Otitis media supurada crónica y mas-
toiditis aguda derecha con meningismo secundario.

Tratamiento: Mastoidectomía derecha.

NOTA: se encontró colesteatoma, pero no se hizo es-
tudio Anatomopatológico.

Caso No. 3:

M.E.P. L. edad 5 años, originaria y residente - de ésta capital. H. R. No. 53828.

Historia: Hace quince días principió con dolor y supuración del oído derecho que fué tratada con penicilina en una Farmacia, con lo cual cedió el cuadro por una semana, principiando nuevamente hace tres días. Presentó un absceso mastoideo, el cual fué drenado, pero siguió supurando por la fístula y el conducto auditivo.

Antecedentes: Sarampión.

Examen Físico: Presenta fístula retroauricular con tejido de granulación exuberante. Supuración abundante del oído derecho que no deja visualizar la membrana timpánica.

Cultivo de secreción purulenta: Proteus y Estreptococo-Betta hemolítico.

Radiografía del torax: Normal.

Impresión clínica: Otitis media supurada colestomatosa y Mastoiditis crónica derecha.

Tratamiento: Mastoidectomía cortical.

Informe Anatomopatológico: Colesteatoma.

Dr. C. Vizcaño G.

Caso No. 4:

S. B. T. L. edad cinco años, originaria y residente en ésta capital. H. R. No. 75338.

Historia: Desde hace dos años padece de dolor y supuración en ambos oídos, por lo que fué sometida a Mastoidectomía radical derecha, quedando bien; hoy se presenta por haber principiado con supuración nuevamente.

Examen físico: Perforación timpánica bilateral con supuración fétida de ambos lados, siendo menor en el oído derecho. Pólipo en el conducto auditivo externo derecho.

Cultivo de secreción ótica: Proteus y Stafilococcus aureus

Radiografías: Mastoiditis crónica bilateral.

Impresión clínica: Otitis media supurada crónica bilateral, Colesteatomasa.

Tratamiento: Mastoidectomía radical derecha (Reintervención)

Informe Anatomopatológico: Hueso mastoideos: Inflamación crónica Oído externo: Colesteatoma.

Dr. C. Tejada V.

Caso No. 5:

A.C.G. edad tres años, originario residente en la capital. H. R. No. 59200.

Historia: Hace dos años principió con supuración del oído derecho seropurulenta, maloliente, constante. Se creción mucosa nasal constante y amigdalitis frecuente.

Antecedentes: Catarros y amigdalitis frecuentes.

Examen físico: nariz con mucosa congestionada y secreción mucosa abundante.

Oído izquierdo: Timpano enrojecido.

Oído derecho: Perforación timpánica del cuadrante posterior inferior central, con secreción mucopurulenta, fétida del conducto auditivo externo derecho. Orofaringe enrojecida, amígdalas hipertóxicas.

Exámenes de Laboratorio: Cultivo de secreción ótica: - Difteroides. Estafilococo aureus hemolítico coagulasa positivo.

Radiografía del torax: normal

Mastoides derecha: No se ve colesteatoma en epófisis mastoides derecha.

Tratamiento: Amigdalectomía y adenoidectomía.
Mastoidectomía radical derecha.

Informe Anatomopatológico: Amígdalas y adenoides con marcada hiperplasia linfoidea.

Dr. C. Tejada V.

Masa del oído medio: Colesteatoma.

Dr. C. Vizcaíno G.

Caso No. 6:

A. G. O. edad diez años, originario de Joyabaj Quiché y residente en ésta capital; estudiante. H. R. Número 97051.

Historia: Desde hace una semana principió con supuración del oído derecho, dolor agudo y después edema de la región auricular. Ultimamente presentó fiebre y parálisis facial derecha bruscamente.

Antecedentes: Malformación congénita de la oreja derecha.

Examen físico: Pabellón auricular derecho aglutinado, con tumefacción fluctuante de región auricular y periauricular. Supuración por el conducto auricular externo. No puede cerrar párpados del ojo derecho. Hay desviación de la comisura labial a la izquierda.



La radiografía de mastoides muestra un aumento en la densidad de la mastoides derecha con posible cavidad sugestiva de Colesteatoma.

Exámenes de laboratorio:

Cultivo de secreción ótica: Proteus
 L. C. R. Glucosa: 60 mg. %
 Proteínas: 7 mg. %
 Cloruros: 107 mg. %
 Bacterioscopia: Negativa.
 Gran cantidad de fibrina, no se hizo citológico.

Impresión clínica: Mastoiditis aguda con colesteatoma
 Pabellón auricular derecho aglutinado.

Tratamiento: Drenaje de absceso.
 Mastoidectomía radical derecha.

Informe anatomopatológico: Colesteatoma.
 Inflamación crónica.

Dr. Carlos Restrepo.

Caso No. 7:

P. M. G. edad catorce años, originario y residente en ésta capital. I. R. R. 5,300.

Historia: Notó hace tres años que no oía bien con el oído derecho, esto ha progresado. También se presentó el oído izquierdo pero en menor grado. Tinnitus y otalgias leves, mareos y otorreas, cefalea frontal.

Antecedentes: Catarros frecuentes en la niñez
 Después de la tosferina principió con la disminución auditiva. Sarampión.

Examen físico: Oído derecho: ausencia del tímpano con porción de flaccida insitu, oído medio con mucosa pálidas.
 Oído izquierdo: Membrana del tímpano marcadamente retraída con prominencia de la apófisis corba.

AUDIOGRAMA:

	128 do	256 do ₁	512 do ₂	1024 do ₃	2048 do ₄	4096 do ₅	8192 do ₆
<		-10	-10	-10	-5	-5	
>		-5	-10	-5	0	-5	
○	40	40	45	50	60	40	10
×	50	45	45	50	50	50	15

Radiografías: Zona radiotransparente en el antro masoideo derecho, cuyo significado no es posible determinar por éste examen.

Impresión clínica: Otitis media crónica con Colesteatoma.

Tratamiento: Mastoidectomía radical derecha con musculoplastia de cavidad.

Informe anatomopatológico: Colesteatoma. No hay evidencia de malignidad. Inflamación a cuerpo extraño.

Dr. C. Tejada V.

Caso No. 8:

C.H.F., edad nueve años, originario y residente - en esta capital. I. R. R. No. 16598.

Historia: a la edad de un año principió con supuración del oído derecho que le duró un mes; después principió a notar la madre disminución de la agudeza auditiva. Hace dos meses principió nuevamente con otorrea, con secreción amarillenta fétida.

Antecedentes: Catarros frecuentes en la niñez. Sarampión, Paperas.

Exámen físico: Oído derecho: Sale pus por el canal. - hay un pólipo rojo edematoso en los 2/3 del canal que sale de perforación timpánica marginal posterior.

AUDIOGRAMA:

	128 do	256 do ₁	512 do ₂	1024 do ₃	2048 do ₄	4096 do ₅	8192 do ₆
>		-5	-10	-10	-10	-10	
<		-5	-10	-10	-10	-10	
×	60	45	45	35	35	45	30
○	50	40	30	30	20	20	20

Impresión clínica: Otitis media crónica con Colesteatoma y pólipo aural derecho.

Tratamiento: Mastoidectomía radical con musculoplastia derecha.

Informe anatomopatológico: Pólipo del oído medio.

Dr. C. Martínez Durán.

Caso No. 9:

M. H. P. G. edad catorce años, originario y residente de la capital, I.R.R. No. 17463.

Historia: Desde la edad de dos años padeció otorrea intermitente del oído derecho. Hace cuatro años fué operada, quedando sin supuración. Además fué tratada conservadoramente del oído izquierdo; le quedó disminuida la audición en el oído derecho pero hace dos años le principió a disminuir en el oído izquierdo.

Antecedentes: Tos ferina, Varicela.
Mastoidectomía derecha.

Examen físico: Oído derecho con cicatriz antigua arriba del trago que sugiere insición antigua No. 2 de Lempert. Cavidad llena de cerumen parcialmente extraída.

Oído izquierdo: Conducto auditivo externo con pus -

amarillento, fétido. Tímpano ausente.

AUDIOGRAMA:

	128 do	256 do ₁	512 do ₂	1024 do ₃	2048 do ₄	4096 do ₅	8192 do ₆
>		-5	-10	-10	-10	-10	
<		-5	-10	-10	-10	-10	
O	60	45	45	35	35	45	30
X	50	40	30	30	20	20	20

Radiografías: Ausencia de las celdas mastoideas bilateralmente. Colesteatoma en oído derecho.

Impresión clínica: Otitis media crónica izquierda.
Colesteatoma.

Tratamiento: Mastoidectomía radical endaural izquierda.

NOTA: Se encontró Colesteatoma, cuya imagen es típica al microscopio. No se hizo Anatomía patológica.

Caso No. 10:

C. de M. edad sesenta años, Femenino, originario y residente en la capital. P.P. No. 62359.

Historia: a los once años principió a manifestar supuración del oído izquierdo a repetición; presentando frecuentemente salida de "pellejitos" y costras. Persistió otorrea, hipoacusia progresiva, molestándole los ruidos intensos y graves (jets), vértigo ocasional.

Antecedentes: Crisis anginosas e Hipertensión. Várices de miembros inferiores.

Examen físico: Oído izquierdo seco.

Oído derecho: Membrana del tímpano - con perforación posterosuperior, no se ven estructuras, hay costra en la perforación.

Fistula test: Experimenta "mareo" intenso con gran espaviento pero sin nistagmus, misma sensación que cuando se siente mal.

Radiografías: Destrucción en area de pared laberíntica del oído izquierdo. Mastoides poco desarrollada.

AUDIOGRAMA:

	250	512	1024	2048	4096	6000	8000
Rojo X	-5	25	35	30	35		
Azul O	10	20	30	35	35	45	50
Rojo O	15	30	40	30	30		
Azul X	30	40	40	45	45	80	60

Impresión clínica: Otitis media crónica con Colesteatoma del oído izquierdo.

Tratamiento: Mastoidectomía radical izquierda.

Informe anatomopatológico: Colesteatoma (oído medio)

Dr. C. Vizcaino G.

CONCLUSIONES

- 1.- La otitis media colestomatosa en nuestro medio, continúa exacerbando el problema de taras Psicosociales, por los trastornos auditivos y complicaciones orgánicas, por la dificultad para su eficaz profilaxis y el tratamiento adecuado.
- 2.- Para disminuir el porcentaje de muertes y secuelas por Meningitis secundaria a Colesteatoma; deberá instituirse tratamiento médico adecuado, previo a la intervención quirúrgica.
- 3.- Deberá divulgarse el peligro que entraña el colestoma, el cual puede presentarse en cualquier oído que esté supurando; para que tanto el público como médicos generales y Pediatras sepan sobre las normas de profilaxis y terapéutica que debe seguirse en la otitis.
- 4.- Siempre que fracasen los tratamientos conservadores de las otitis, deberá referirse el paciente al especialista o servicios de Otorrinolaringología para que sea considerado el tratamiento quirúrgico, ya que el Colesteatoma que tiene un porcentaje elevado en ellas, es de tratamiento estrictamente QUIRURGICO.
- 5.- El Colesteatoma es frecuente en Guatemala y recomiendo que en los centros de protección infantil se haga consulta Otorrinolaringológica por

especialistas.

Manuel de Jesús Girón

Dr. Carlos Castellanos
Asesor

Dr. Miguel Fresch y Fresch
Revisor

Vº. Bº.

Imprimase:

Dr. Carlos Armando Soto
Secretario

Dr. Carlos M. Monsón M.
Decano

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Justo M. Alonso. Tratado de Oto-rino-laringología y Bronco-esofagología. Segunda Edición, Editorial Paz Montalvo, Madrid, 1964.
- 2.- Moreno P. Dagoberto: "La Otitis Media Crónica Colesteatomatosa". Tesis. Imprenta la República Tegucigalpa, D.C., Honduras, C.A. 1961.
- 3.- Lederer Francis L., Enfermedades del Oído, Nariz y Garganta. Primera Edición española, Salvat, Editores, S. A., 1953.
- 4.- Acta Otorrino-laringológica de Colombia. Publicación de la Sociedad Colombiana de Otorrino-laringología y Bronco-esofagología, Bogotá, - Colombia, S. A., Abril 1964.
- 5.- Coates, Schenck, Miller, Otolaryngology I y II, W.F. Prior Company Inc. 1957.
- 6.- Shambaugh. Surgery of the ear. Sanders & Co. 1958.
- 7.- Middle Ear Disease. Moderator: Chas E. Kinney, M.D., Chicago Ill. The Laryngoscope Vol. --- LXXIII. Mayo 1963.
- 8.- Ruedi, L. (Zurich, Suiza). "Pathogenesis and Treatment of Cholesteatoma in chronic suppuration of the temporal bone". Anals. of Otol. Rhin.

BIBLIOGRAFIA (2)

no1, Vol.66, 283, 1957.

- 9.- Boies, L. R. (Minnesota): Otorrinolaringología,
3a. Edic. Edit. Interamericana, S. A., México,
1959.