

Condrosarcoma del oído medio. A propósito de un caso

Chondrosarcoma of the middle ear

Dr. C.Jorge Santana Alvarez, Dra.Melba Piñero González, Dr. Luis Bastián Manso

Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Dr. Octavio de la Concepción de la Pedraja. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio y presentación de un caso ingresado en el servicio de O.R.L. del Hospital Militar "Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja"; con un condrosarcoma del oído medio, que comenzó con una parálisis facial periférica, se analizan las manifestaciones de la enfermedad, se comenta la conducta seguida hasta la solución de la secuela mediante la anastomosis de la porción periférica del facial al nervio espinal.

DeCS: CONDROSARCOMA; OIDO MEDIO.

ABSTRACT

A study and presentation of a case admitted in the O.R.L service of Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja" Military Hospital, was performed The patient was carrier of a chondrosarcoma of the middle ear, he presented a peripheral facial palsy Manifestations of the disease are analyzed. The treatment followed towards the solution of the sequela through anastomosis of the peripheral zone of the facial nerve to the spinal one, is discussed.

DeCS: CONDROSARCOMA; OIDO MEDIO.

INTRODUCCIÓN

El condrosarcoma es un tumor cartilaginoso maligno, muy raro que se desarrolla en partes blandas del cuerpo, en el 10 % de los casos proceden de un tumor cartilaginoso benigno, tiende a ocurrir en sujetos de 40 a 70 años de edad, fundamentalmente en el sexo masculino. (1, 2, 5-7)

Se desconocen factores etiológicos importantes y aparentemente se originan de células mesenquimales primitivas que pueden diferenciarse bajo condiciones apropiadas (ph, vascularización, concentración local de fermentos y sales minerales) en tumores cartilagosos benignos o a partir de la cubierta cartilaginosa de un osteocondroma preexistente. (2, 3, 5).

Se dividen de acuerdo a su localización en centrales, periféricos y yuxtacorticales o pariostales, aunque la mayoría se encuentran en la parte central del hueso (2, 5).

Los bien diferenciados se localizan por lo general en partes profundas de miembros superiores, mientras que los mesenquimatosos son más superficiales y afectan generalmente partes blandas de cabeza y cuello, aunque se describen en algunos órganos como mamas y tiroides.(4).

La mitad de las lesiones se encuentran en la cintura pélvica, costillas, esternón, hombro y huesos largos como el fémur, son muy poco frecuentes en la parte distal del esqueleto como huesos de las manos y pies, a excepción del calcáneo y el astrágalo. (1, 2, 6)

El condrosarcoma tiene un curso prolongado. Su extirpación puede ir seguida de recidivas locales, las cuales pueden presentar un crecimiento muy lento antes que el paciente fallezca por lesión local de alguna estructura vital. Los tumores más malignos son de crecimiento más rápido, metastatizan y pueden producir la muerte en pocos años.

Es difícil expresar el pronóstico por medios clínicos y aún histológicos, no obstante, los diferenciados son más agresivos.

PATOLOGÍA

Macroscópicamente su tamaño varía entre 5 y 20 cm. de diámetro, son generalmente lobulados, de límites bien precisos y de consistencia firme. Al corte son de color gris pálido y mucoides, con áreas nodulares de color blanco azulado a menudo y parcialmente calcificados. En la parte central es frecuente encontrar zonas de necrosis, hemorragia o degeneración quística. (4, 6).

Los tumores centrales suelen producir poca expresión ósea y si el crecimiento es lento con frecuencia hay un engrosamiento del córtex. Puede haber puntos de calcificación lo que ayuda al diagnóstico radiológico de estos tumores. (2).

Los tumores periféricos tienen la cubierta cartilaginosa muy engrosada y en los primeros estudios la superficie, que normalmente es lisa, puede aparecer cubierta

de pequeños nódulos de cartílagos. Luego pueden calcificarse o sufrir degeneración mixoide (2). Microscópicamente es fácil hacer el diagnóstico de malignidad si las células de un tumor cartilaginoso son pleomórficas con núcleos vesiculares y abundantes células tumorales multinucleadas con un número moderado de figuras mitóticas. (2, 7).

En los tumores de crecimiento el diagnóstico puede ser difícil, los criterios de malignidad aceptados son: la presencia en pocas áreas, de muchos condrocitos con núcleos grandes y en moderada cantidad condrocitos con dos o más núcleos.

La ausencia de figuras mitóticas no indica necesariamente que el tumor sea de naturaleza benigna. (2, 5, 6)

RASGOS CLÍNICOS

Pueden manifestarse casi siempre con una masa indolora. El edema y el dolor se ven con mayor frecuencia en la variedad mesenquimatosa. (4).

TRATAMIENTO

Si no se intervienen los condrosarcomas puede seguir creciendo localmente durante años. (3)

Cuando se ha practicado extirpación quirúrgica incompleta ocurren recidivas locales, crecimiento más rápido y mayor predisposición a las metástasis; con el tiempo; hay diseminación hematógena a órganos distantes, aunque generalmente después de un lapso prolongado, cuando la extirpación es adecuada, el pronóstico es muy bueno. (3).

Se logra mayor número de curaciones que en cualquier otro tumor primario maligno de los huesos. Por tanto, la extirpación en bloque o amputación es el tratamiento ideal. (3).

OBSERVACIÓN

Caso clínico: Paciente masculino de 53 años de edad, fumador con antecedentes de hipertensión arterial, que acude a nuestro servicio por presentar pérdida del gusto, con nueve meses de evolución, desviación de la comisura labial al lado derecho, dificultad para ocluir el párpado del ojo izquierdo, acúfenos graves en oído izquierdo y disminución de la audición homolateral.

Al examen físico se comprueban los signos anteriores y se detecta ausencia del pliegue frontal izquierdo, membrana timpánica congestiva rechazada hacia el conducto auditivo externo y con pérdida de las características anatómicas normales Dentro de los complementarios se realiza audiometría y se detecta hipoacusia perceptiva izquierda de 60 a 70 db. Rayo X de mastoides en posición de Sechuller que muestra imagen radiopaca en el antro mastoideo y aditus. Rayos X de cráneo AP y lateral normales. Test de Shirmes muestra lagrimeo en el ojo izquierdo intacto.

Se diagnostica clínicamente como una parálisis periférica izquierda de causa tumoral con lesión del nervio debajo del ganglio geniculado dados los resultados de los exámenes realizados en el topodiagnóstico.

Se realiza una mastoidectomía con revisión del oído medio y descompresión quirúrgica del facial. en la caja timpánica. Se comprueba la existencia de una tumoración de aspecto cartilaginosa que la ocupa totalmente y al parecer penetra en tubo auditivo con lesión y destrucción de cadena osicular y pared ósea vecina, por lo que es preciso exéresis de cadena osicular con el bloque tumoral con frezado de toda la pared ósea lesionada.

El informe de anatomía patológica refleja un condrosarcoma bien diferenciado, el cual es confirmado en el Hospital Hermanos Ameijeiras, donde indican tratamiento radiante. (biopsia 94 b-79).

COMENTARIO

Después de analizar nuestro caso y corroborar el diagnóstico histológico de condrosarcoma del oído medio lo comparamos con la escasa bibliografía que habla de este tipo de tumor y observamos que esta localización no se describe en ningún texto, razón por la cual nos sentimos motivados a realizar este trabajo.

Dentro de las características clínicas recogidas en la bibliografía sólo encontramos que generalmente se presenta como una masa indolora de localización más frecuente en huesos largos, mientras que nuestro paciente acudió a consulta por presentar pérdida de la sensibilidad gustativa, desviación de la comisura labial al lado derecho, dificultad para ocluir el párpado del ojo izquierdo, acúfenos graves e hipoacusia del oído izquierdo, detectándose la tumoración en el oído medio, específicamente en la tuba auditiva.

En cuanto al tratamiento, sólo se describe la exéresis total del tumor sin ninguna terapia acompañante, mientras que en el otro caso se utilizó, aparte de la extirpación del tumor, la radioterapia postoperatoria y el tratamiento acupuntural como parte del protocolo de investigación del centro, obteniéndose magníficos resultados.

CONCLUSIONES

El condrosarcoma del oído medio es una tumoración infrecuente, no descrita en la bibliografía revisada por nosotros.

Los primeros síntomas clínicos recogidos cuando el tumor presenta esta localización es el acúfeno, la hipoacusia y la parálisis facial cuando existe invasión del conducto de Falopio.

La otoscopia permite detectar la presencia de la tumoración cuando ésta altera las características de la membrana timpánica.

En los condrosarcomas de gran tamaño la vía transmastoides es idónea para su abordaje con técnica radical.

La presencia de parálisis facial obliga al cirujano a la revisión del conducto de falopio hasta localizar la lesión.

La radioterapia postquirúrgica, la descompresión o la anastomosis microquirúrgica del nervio facial al nervio espinal o hipogloso, parece ser la técnica resolutoria de la secuela propia de la lesión irreversible del nervio facial cuando el nervio se encuentra englobado por la tumoración

RECOMENDACIONES

Ante todo paciente con una parálisis facial periférica máxima, cuando los acúfenos e hipoacusia son síntomas acompañantes, se deben investigar los tumores de oído medio dada la alta frecuencia con que ellos concommitan con estos síntomas.

La timpanostomía y el abordaje transmastoides resultan las técnicas idóneas para el tratamiento quirúrgico de cualquier tumoración del oído medio.

La radioterapia postquirúrgica debe ser la terapéutica que complete el tratamiento en estos casos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anderson JR. Patología de Muir. Compendio de Anatomía Patológica General. La Habana: Científico-Técnica, 1984; t 2: 1004-1046.
2. Sthephen MK, Schiller Al. Neoplasias óseas. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. México: Interamericana; 1989; t 2: 2317.
3. Robbins SL, Contran RS, Krumar V. Patología estructural y funcional. La Habana; 1987; t 2 1228-1229.
4. Takahashi M. Citología del Cáncer. 2 ed. La Habana: Científico-Técnica, 1983: 556-558.
5. Million RR, Cassini NJ, Wittes RE. Cáncer de Cabeza y Cuello. En: Devita Vincent. Cáncer: principios y práctica de Oncología. La Habana: Científico-Técnica, 1985; t 1: 286-354.

Dr. C.Jorge Santana Álvarez. Dr CM. Especialista de I Grado en ORL. J' Servicio ORL. Hospital Militar. Camagüey. Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Dr. Octavio de la Concepción de la Pedraja. Camagüey, Cuba.