

Hemangioma del hueso temporal

Haemangioma of the temporal bone

RESUMEN

Los hemangiomas rara vez han sido publicados afectando al hueso temporal. Estas lesiones benignas requieren un correcto diagnóstico diferencial en pacientes con disfunción auditiva. Comunicamos un caso al respecto y revisamos la literatura correspondiente

PALABRAS CLAVE:

Hemangioma capilar. Hueso temporal.

SUMMARY

Haemangiomas have rarely been reported to primary involve temporal bone. These lesions are benign. They must be considered in the differential diagnosis of patients who have auditory dysfunction. We report a new case and review this pathology.

KEY WORDS:

Capillary haemangiomas. Temporal bone.

Introducción

El hemangioma del hueso temporal es una afectación infrecuente, siendo generalmente pequeños. Su origen principal está en el conducto auditivo interno o en la región del ganglio geniculado. Se trata de tumoraciones benignas que pueden provocar una clínica variada.

Presentamos el caso de un varón de 72 años remitido desde atención primaria para el estudio de una paresia facial del lado derecho, cuyo estudio posterior permitió llegar al diagnóstico de esta tumoración.

Caso Clínico

Varón de 72 años, remitido a nuestras consultas hospitalarias desde atención primaria. Sin poder precisar en el tiempo, el paciente nos consulta por un cuadro clínico de paresia facial derecha. En la anamnesis posterior el paciente refiere una hipoacusia del oído derecho, con otorrea esporádica del mismo. Igualmente aparece una tumoración retroauricular subcutánea.

En la exploración clínica O.R.L. detectamos la anteriormente comentada tumefacción retroauricular, junto con un pólipo que protuye en el conducto auditivo externo y en la caja timpánica, visible mediante otoscopia y exploración visual simple (Fig.1). En la exploración neurológica detectamos la paresia del VII par craneal (Fig.2), una parálisis del VI par del ojo derecho y una parálisis recurrente del mismo lado. El paciente no presenta nistagmus, aunque sí una moderada inestabilidad en la marcha. En la valoración audiométrica aparece una hipoacusia neurosensorial



Fig. 1: Pólipo visible en el conducto auditivo externo.

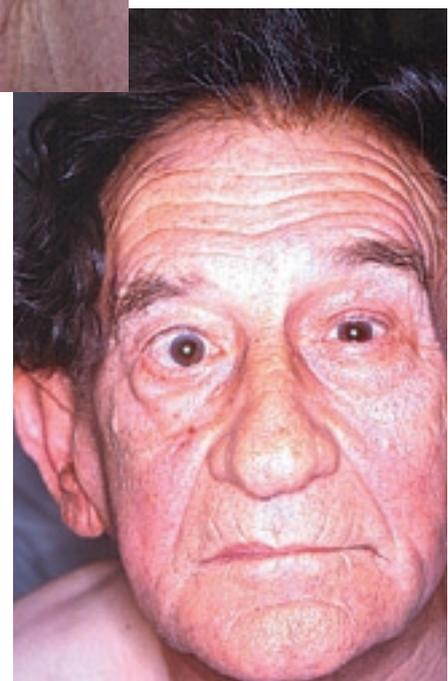


Fig. 2: Paresia del VII par craneal derecho.

moderada en todas las frecuencias en el oído derecho, y en un menor grado en el oído izquierdo. Se solicitó estudio bacteriológico de la otorrea, detectándose un staphylococo epidermididis.

Bajo anestesia local realizamos biopsia del pólipo del conducto auditivo externo. El informe posterior describe una proliferación vascular capilar sin atipias en las células endoteliales, de organización lobular y ulcerado. El informe fue de hemangioma capilar (Fig.3).

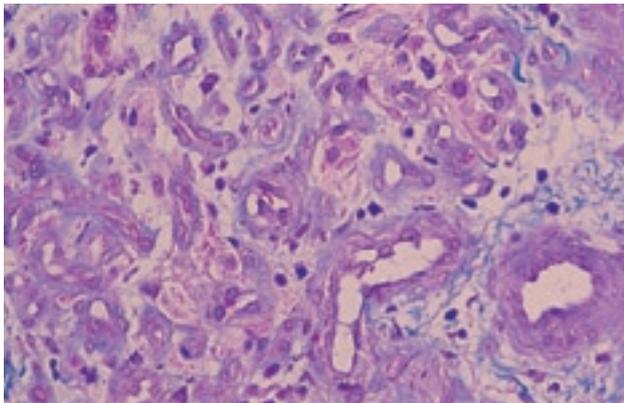


Fig. 3: Imagen de la anatomía patológica correspondiente a la tumoración vascular.

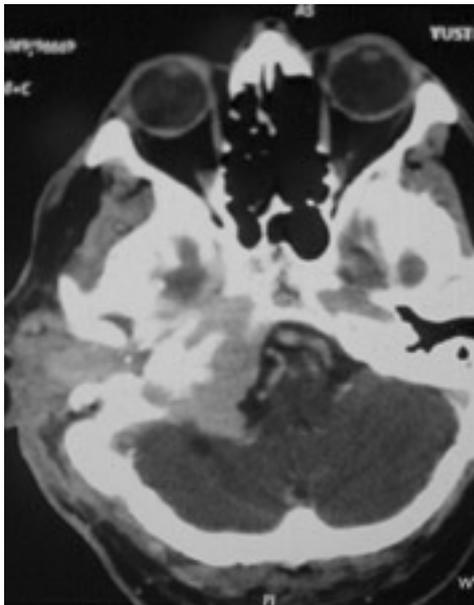


Fig. 4: Tomografía axial computerizada.

Para valorar la extensión del proceso se solicitó un T: A:C: de peñascos y fosa posterior al Servicio de Radiología de nuestro hospital, en la que se aprecia una tumoración sólida en el espacio carotídeo cervical derecho que se extiende hasta la fosa posterior, con erosión del condilo occipital, región mastoidea y peñasco derecho (Fig.4) Igualmente invade la región del ángulo pontocerebeloso, con desplazamiento protuberancial. La R.M.N. realizada

detectó igualmente dicha masa que destruía el peñasco, con extensión a la fosa posterior, tronco encéfalo y hemisferio cerebeloso derecho (Fig.5).

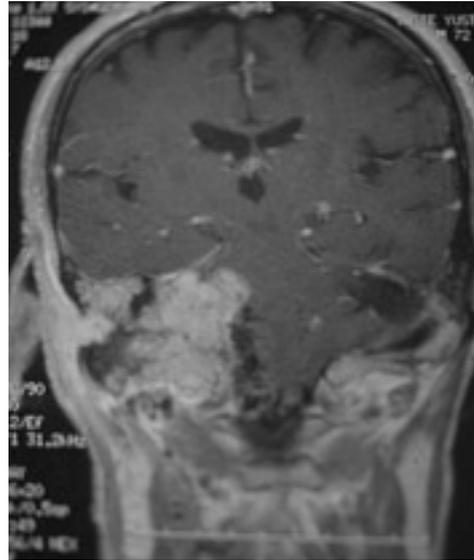


Fig. 5: Resonancia magnética nuclear.

Ante esta situación el Comité de Tumores de Base de Cráneo correspondiente a nuestro hospital solicitó una angiorresonancia (Fig.6) a fin de plantear una embolización del tumor y posterior tratamiento radioterápico de la zona.

Expuesta dicha actitud quirúrgica al paciente, éste la rechazó, negándose a cualquier tipo de actuación médica. En la actualidad el paciente sigue controles periódicos en nuestras consultas, empeorando progresivamente la parésia facial y la inestabilidad en la marcha.



Fig. 6: Angiorresonancia donde se aprecia el conglomerado vascular derecho en la zona temporal.

Discusión

Como hemos referido los hemangiomas se tratan de tumores benignos de vasos capilares neoformados y dilatados. Se pueden clasificar en hemangiomas o tumores de vasos sanguíneos, que incluyen a los hemangiomas capilares (microscópicamente de capilares más anchos que los normales, de calibre irregular y con divertículos laterales) y los hemangiomas cavernosos (con trabéculas de tejido conectivo que delimitan lagunas de sangre tapizadas por un endotelio de células aplanadas).

Pueden presentarse desde recién nacidos y crecer a lo largo de la vida. Son más frecuentes en las mujeres de raza blanca y durante la vida fértil o durante el embarazo.

Entre un 15-25% de los hemangiomas se localizan en la cabeza y cuello (1). Su origen es sitúa principalmente en la cavidad nasal, etmoides y seno maxilar (2). A nivel del hueso temporal son rarísimos, con menos de 15 casos publicados (3,4).

Se localizan en el hueso temporal a nivel del C.A.I. o del ganglio geniculado y apex petroso (5).

En cuanto a su clínica nos podemos encontrar desde una parálisis facial con o sin alteraciones auditivas, hasta una sordera progresiva con parálisis facial recurrente. Igualmente espasmos faciales y neuralgias del VII par, déficit del XII par y masas retroauriculares. El oído medio en ocasiones puede verse afectado o conservarse (6,7).

Para explicar su origen, Havens y Lockhart (8) opinan que los vasos y las primeras células hemáticas procedentes del mesénquima, es decir las formaciones angioblásticas, tienen la capacidad de formar vasos, los cuales se permeabilizan, convirtiéndose las células centrales en corpúsculos sanguíneos y las marginales en endotelio parietal. Los espacios vasculares crecen por evaginación de sus paredes, pudiendo unirse a otros vasos. Porciones de este angioblasto pueden quedar secuestradas, por el fallo para establecer contacto con otros vasos o bien crecen a partir de sus propios capilares, formando redes independientes.

El diagnóstico diferencial debemos realizarlo con schwannomas, epidermoidomas, glomus, meningiomas y arterias carótidas aberrantes.

El diagnóstico definitivo es mediante el estudio anatomopatológico del tumor. En su diagnóstico y extensión tumoral pueden ayudar la tomografía axial y la R.M.N. En el T.A.C. es característica la aparición de espículas óseas y una alta captación del contraste con áreas de degeneración (9). Por su parte en la R.M.N. encontramos masas tumorales con captación no homogénea del contraste, lo cual representa las espículas óseas y las estructuras vasculares.

En su tratamiento se ha propuesto el uso de esteroides para aquellos tipos con un componente fundamentalmente cavernoso. Igualmente el uso de la radioterapia(10), se usa para aquellos tumores irresecables o posterior a la cirugía, ya que consigue aumentar el periodo libre sin recidiva. La quimioterapia queda reservada en caso de aparecer metástasis a distancia (11). El abordaje quirúrgico del tumor es el abordaje de base craneal propuesto por Fisch (12) con embolización o ligadura previa de la carótida externa (13).

En su evolución son frecuentes las recidivas, incluso hasta 20 años después del tratamiento inicial.

Bibliografía

1. Bhatia S, Karmakar S, Calabrese V, Landolfi M, Taibah A, Russo A et al. Intratemporal hemangiopericytoma involving the facial nerve. Diagnosis and management. Skull base Surg. 1988;353-356.
2. Reiner S, Seigel G, Clark K, Kyung-Whan Min. Hemangiopericytoma of the nasal cavity. Rhinology. 1990;28:129-136.
3. Tewfik T, Finlayson M, Attia E. Hemangiopericytoma of the temporal bone. J. Otolaryngol 1981;10:72-77.
4. Birzgalis A, Ramsden R, Lye R, Richardson P. Hemangiopericytoma of the temporal bone. J. Laryngol. Otol. 1990;104:998-1004.
5. Mazzoni A, Pareschi R, Calabrese V. Intratemporal vascular tumours. Journal of Laryngology and Otology. 1988;102:353-356.
6. Pulec JL. Facial Nerve grafting. Laryngoscope 1969;79: 1562-83
7. Eby TL, Fisch U, Makek MS. Facial nerve management in temporal bone hemangiomas. Am J Otol 1992;13:223-32.
8. Havens FZ, Lockhart B. Angiomas of interest to the Otolaryngology. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1953; 57(1):36-50.
9. Palacios E, Valvassori G. Temporal Bone Haemangioma as a cause of facial paralysis. ENT-Ear, Nose & Throat Journal. 1999:84.
10. Glasscock M, Smith P, Schwaber M, Wissen AJ. Clinical aspects of osseous haemangiomas of the skull base. Laryngoscope 1983;94:869-873.
11. Heckmayr M, Gatzmejer U, Radenbach D, Liebig S, Fasske E, Magnussen H. Pulmonary metastasizing hemangiopericytoma. Am. J. Clin. Oncol. (CCT) 1988;11(6):636-642.
12. Fisch U, Fagan P, Valvanis A. Infratemporal fossa approach for the lateral skull base. Otolaryngologic Clinics of North America. 1984;17:513-552.
13. Chin L, Rabb C, Hinton D, Apuzzo M. Hemangiopericytoma of the temporal bone presenting as a retroauricular mass. Neurosurgery 1993;33(4):728-731.