

BENEFICIO DE LAS TÉCNICAS DE IMAGEN EN LOS TUMORES DE OÍDO EXTERNO

MSc. Masleidy Valladares Valle* Msc. Alejandro Díaz González**, Msc. Barbara García Hernández***, Dr. Odeity Gutiérrez Toledo****, Msc. Dianarelys Villafuerte Delgado*****

*Especialista de I grado en Medicina General Integral e imagenología, profesor Asistente. ** Especialista de II grado en ORL, profesor Auxiliar. *** Especialista de II grado en imagenología profesor Auxiliar. **** Especialista de I grado en ORL. ***** Especialista de I grado en Medicina General Integral y II imagenología profesor Auxiliar.

Los tumores malignos del CAE son poco frecuentes. La incidencia está estimada en 1-2 personas por cada millón de habitantes, afectando principalmente a pacientes de edad avanzada, con una edad media de presentación de 55 años. El tipo histológico más frecuente es el carcinoma epidermoide. La exploración de cabeza y cuello mediante TAC Y RM aporta información sobre la lesión local y extensión regional linfática de la enfermedad.

Las pruebas de imagen Figura 1 son necesarias para determinar la extensión local del tumor, la relación con las estructuras vecinas, descartar metástasis ganglionar a nivel cervical y parotídea, estadificar el tumor y para planificar correctamente el tratamiento (Determinar si es resecable). Fig 1.

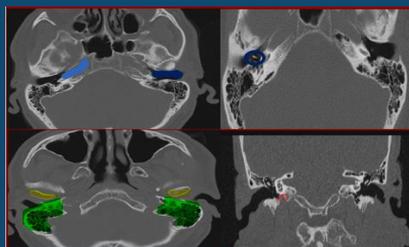


Fig 1. TC de alta resolución. Extensión al canal carotídeo, pared medial del oído medio, mastoides, articulación temporomandibular y foramen yugular.

Evaluar a los siguientes hallazgos radiográficos para estadificación(Tabla 1).

Si el tumor esta limitado al CAE sin afectación ósea, erosión del CAE limitada (no todo el espesor, Figura 2), erosión completa o no del CAE, erosión coclear. Además, si hay afectación de partes blandas, o con <0.5cm de afectación de partes blandas o parálisis facial. Extensión a los ápex petrosos, canal carotídeo, foramen yugular, pared medial del oído medio, duramadre o >0.5cm de extensión a partes blandas(figura 3).

Clasificación TNM de la Universidad de Pittsburg, para carcinoma de células escamosas del CAE modificada por Hirsch

- T1: Tumor limitado al conducto auditivo externo, sin erosión ósea o evidencia de involucrar a los tejidos blandos.
- T2: Tumor limitado al conducto auditivo externo, con erosión ósea subtotal en su espesor y con limitación a tejidos blandos (Menor 0.5 cm).
- T3: Tumor limitado que erosiona en forma total el espesor del conducto auditivo externo y con una extensión menor de 0.5cm a tejidos blandos, pero que involucra al oído medio y mastoides o ambos.
- T4: Tumor ilimitado que erosiona la cóclea, ápex petroso, pared medial del oído medio, canal carotídeo y foramen yugular. Con extensión a tejidos blandos mayor de 0.5cm, que involucra la articulación temporomandibular y/o foramen estilomastoideo. Con parálisis facial.
- N: Estado del nódulo linfático involucrado, signo de peor pronóstico y estado avanzado del paciente. (i.e. T1 N1, estado III), y T2, T3, T4 N1 (estado IV)
- M: Estado M1 enfermedad en estado IV y es considerado signo de mal pronóstico.

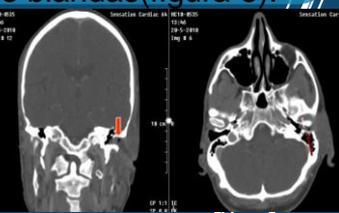


Figura 2. TAC. Tumor esta limitado al CAE, erosión del CAE limitada.

Tabla 1. Clasificación TNM de la Universidad de Pittsburg.



Figura 3. RM. Tumor con extensión a partes blandas, parótida.

Bibliografía

Kenneth O Devaney, Cynthia R Boschman, Sarah C Willard, Alfio Ferlito, Alessandra Rinaldo. Tumours of the external ear and temporal bone. Lancet Oncol 2005; 6: 411–20.
 L.M. Gil-Carcedo, L.A. Vallejo, E. Gil-Carcedo. Paragangliomas del oído medio. Tumores en el hueso temporal. Otolología, 2ª edición: Ed. Médica Panamericana 2004; 323-332.
 Barrs DM. Temporal Bone Carcinoma. Otolaryngol Clin North Am 2001;34(6):1197-1218.