



## CASO-2017: Adenoma de oído medio con diferenciación neuroendocrina: Reporte de caso



*Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica. Fundado en 1845*

**ISSN  
2215-  
2741**

Recibido: 23/05/2017  
Aceptado: 15/06/2017

Lucía Natalia Picado Leiva<sup>2</sup>

María Fernanda Dien Esquivel<sup>1</sup>

Manuel Hernández Gaitán<sup>3</sup>  
Fernando Alvarado Calderón<sup>4</sup>  
Mónica Mohs Alfaro<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Médica Residente de Radiología e Imágenes. PPEM UCR-CENDEISS. Hospital San Juan de Dios. CCSS. Costa Rica. [maridien@gmail.com](mailto:maridien@gmail.com)

<sup>2</sup>Médica Residente de Neurología. PPEM UCR-CENDEISS. Hospital San Juan de Dios. CCSS. Costa Rica. [lucinatipicado@gmail.com](mailto:lucinatipicado@gmail.com)

<sup>3</sup>Especialista en Radiología e Imágenes. Hospital México. CCSS. Costa Rica.

<sup>4</sup>Especialista en Anatomía Patológica. Hospital Rafael Angel Calderón Guardia. CCSS. Costa Rica.

<sup>5</sup>Especialista en Anatomía Patológica. Hospital Rafael Angel Calderón Guardia. CCSS. Costa Rica.

### RESUMEN

Los adenomas de oído medio son tumores infrecuentes que se originan a partir de la mucosa del oído medio y se pueden confundir frecuentemente con otras patologías. Fueron descritos por primera vez por Hyams y Michaels en 1976<sup>(1)</sup>. Pueden ocurrir en un rango de edad amplio<sup>(2)</sup>, no tienen predominancia de sexo<sup>(2,3)</sup> y no tienen hallazgos clínicos o imagenológicos específicos. La forma de presentación clínica más frecuente es la hipoacusia unilateral y sensación de masa en el oído<sup>(2)</sup>. Se presenta el caso de un paciente masculino de 64 años con cuadro crónico de hipoacusia derecha, en quien se documentó una lesión no pulsátil en oído derecho, se realizó timpanotomía exploratoria y resección de la lesión. El diagnóstico

histopatológico fue de adenoma del oído medio con diferenciación neuroendocrina.

### PALABRAS CLAVE

Hipoacusia unilateral. Adenoma de oído medio. Diferenciación neuroendocrina.

### ABSTRACT

Adenomas are rare middle ear tumors that derive from the middle ear mucosa and can be easily mistaken for other conditions. Hyams and Michaels first described them in 1976<sup>(1)</sup>. They can occur over a wide age range<sup>(2)</sup>, with no sex predominance<sup>(2,3)</sup>, and are not characterized by specific symptoms or findings. The most frequent complaints are unilateral hearing loss and ear fullness<sup>(2)</sup>. We report the case of a male pa-



patient with right hypoacusia, who had a non-pulsatile lesion in his right ear; the histopathologic diagnosis was a middle ear adenoma with neuroendocrine differentiation.

## KEY WORDS

Unilateral hypoacusia. Middle ear adenoma. Neuroendocrine differentiation.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino 64 años, con antecedente de hematoma subdural subagudo evacuado. Fue referido a la consulta externa de Otorrinolaringología por hypoacusia derecha. En la otoscopia de oído derecho (OD) se documentó una lesión “cereza” no pulsátil en meso y epítimpano.

Audiometría:

-Oído derecho: hypoacusia neurosensorial moderada.

-Oído izquierdo: hypoacusia neurosensorial severa.

Se realizó tomografía computarizada (TC) de oídos con medio de contraste en la cual se describió lo siguiente: “En el promontorio coclear derecho se observa una densidad de tejido blando que probablemente esté relacionada con *glomus* timpánico. Mastoides derecha obliterada con esclerosis de la misma en relación a otomastoiditis”.

Posteriormente se realizó resonancia magnética (RM) donde se describió: “Se observan cambios postquirúrgicos en relación con zonas de craneotomía frontal y parietal izquierdas. En la cavidad timpánica derecha se observa una lesión que se comporta hipointensa en T1 (Fig. A) y T2 (Fig. B), compromete el mesotímpano, hipotímpano y parte de epítimpano, que mide aproximadamente 10 x 7 mm, refuerza homogéneamente y marcada tras la administración de contraste (Fig. C); que por las características podría corresponder a un *glomus* timpánico; asocia la existencia de presencia de líquido en celdillas mastoideas derechas y cambios inflamatorios en senos maxilares”.

Paciente fue llevado a sala de operaciones donde se realizó timpanotomía exploratoria y resección

de la lesión; en la nota operatoria se escribió lo siguiente: “Evidencia de lesión en región atical vascular sugestiva de *glomus*; se observó mucorrea al estirparse la lesión. Mucosa de caja de tímpano de apariencia normal y evidencia de perforación timpánica central después de la resección”.

Se enviaron varios fragmentos de muestra al servicio de Patología donde se reportó: Muestra está constituida por proliferación de células con citoplasma rosado, con núcleo oval o redondeado, con cromatina dispersa, algunas en “sal y pimienta” que se disponen formando glándulas con un material intraluminar amorfo acelular eosinofílico y en otras áreas formando nidos. No se observa atipia citológica ni figuras mitóticas. (Fig D y E).

Se le realiza tinciones de inmunohistoquímica y las células descritas son: CK +, EMA + (focal y heterogéneas), S-100 -, cromogranina + (Fig. F), sinaptofisina + (Fig. G), Ki67:10%. Con los hallazgos morfológicos aunados a los de inmunohistoquímica, se descartó paraganglioma yugulotimpánico, neuroma, meningioma, adenoma simple; se confirma que se trata de un adenoma de oído medio con diferenciación neuroendocrina.

Posterior a la cirugía se describió a la paciente con excelente evolución clínica. Se realizó RM control tres años posterior a la resección tumoral donde se descartó la presencia de recidiva tumoral

## DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DEL CASO

### Introducción

Los adenomas neuroendocrinos del oído medio son tumores epiteliales benignos. No tienen predominancia de sexo<sup>(1-4)</sup> y la edad de aparición puede variar entre los 7 hasta los 80 años<sup>(4)</sup>. La presentación clínica es inespecífica<sup>(5)</sup>. El síntoma más común es la hypoacusia unilateral de meses a años de evolución<sup>(4,5)</sup>. Otros síntomas incluyen sensación de plenitud en el oído<sup>(1,5)</sup> y tinnitus<sup>(1,4,5)</sup>. La otalgia y la parálisis facial son síntomas raros<sup>(5)</sup>. La lesión puede ser totalmente asintomática<sup>(4)</sup>. En la otoscopia, por lo general el canal auditivo se visualiza normal<sup>(5)</sup>, con una membrana timpánica intacta<sup>(4,5)</sup>. Dado a que su crecimiento es lento<sup>(4, 5)</sup> y es un tumor poco



frecuente, los síntomas con frecuencia se atribuyen a otras causas<sup>(5)</sup> por lo que su diagnóstico usualmente es tardío<sup>(4,5)</sup>.

El diagnóstico diferencial se debe hacer con otros tumores del oído medio entre los cuales se incluyen paraganglioma<sup>(1,5)</sup>, schwannoma, masas vasculares retrotimpánicas, adenomas de las glándulas ceruminales, tumor del saco endolinfático, papiloma de la mucosa schneideriana y lipoma<sup>(1)</sup>. También debe incluir al meningioma que se extiende al oído medio, la otitis media crónica, el colesteatoma<sup>(1,5)</sup> y el carcinoma epidermoide<sup>(1)</sup>.

Las características por imagen de los tumores adenomatosos del oído medio no están muy bien definidas dada la poca frecuencia de aparición de los mismos<sup>(5)</sup>.

Los hallazgos por TC incluyen la presencia de una masa con atenuación de tejidos blandos incrustada en los huesecillos del oído medio, por lo general sin evidencia de erosión ósea<sup>(1,5,6)</sup>, excepto en algunos casos<sup>(4,6)</sup>. Es posible encontrar las celdillas mastoideas ocupadas por la obstrucción de las secreciones<sup>(5,6)</sup>.

En la RM se visualiza como una masa con intensidad baja a intermedia en secuencias potenciadas en T1<sup>(1,4,5)</sup>, con realce homogéneo tras la administración de Gadolinio<sup>(1,4,5)</sup>. En las secuencias potenciadas en T2 puede ser iso o hiperintensa<sup>(1,5)</sup>. Usualmente, la RM no aporta mayor información preoperatoria con respecto a la TC, excepto en los tumores de gran tamaño con extensión a la fosa posterior o el ángulo pontocerebeloso<sup>(4,5)</sup>.

El diagnóstico final se establece con los hallazgos histológicos y de inmunohistoquímica<sup>(4)</sup>.

Microscópicamente, el adenoma del oído medio se visualiza como un tumor no encapsulado con moderada celularidad<sup>(4,6)</sup>, predominantemente compuestas por células cuboidales o cilíndricas<sup>(3,6)</sup>. El citoplasma es eosinofílico<sup>(4,6)</sup> y los núcleos tienden a ser ovalados o redondeados<sup>(3,4,6)</sup>, los cuales contienen cromatina con un patrón en “sal y pimienta”<sup>(3,6)</sup>. Los patrones arquitecturales pueden ser glandular, trabecular o sólido<sup>(3,4,6)</sup>. Se pueden encontrar marcadores neuroendocrinos en la

inmunohistoquímica como la sinaptofisina, cromogranina, enolasa neuroespecífica (Fig. H)<sup>(3,4)</sup>.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica, la cual involucra la resección en bloque del tumor así como de los huesecillos involucrados<sup>(2,7)</sup>. Se reportan en la literatura algunos casos de recurrencia<sup>(2,5,7)</sup>, principalmente en aquellos que no tuvieron resección de los huesecillos<sup>(7)</sup>, por lo que es necesario dar seguimiento a largo plazo a los pacientes<sup>(2,5)</sup> mediante otoscopia, audiometría y/o TC<sup>(2)</sup>.

## CONCLUSIONES

El adenoma de oído medio con diferenciación neuroendocrina es una entidad poco frecuente; su presentación clínica y características imagenológicas son poco específicas. El diagnóstico definitivo se hace con histología e inmunohistoquímica; se han reportado recidivas tumorales en ciertos casos, por lo cual es necesario el seguimiento a largo plazo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Zan E Limb CJ Koehler JF Yousem DM. *Middle Ear Adenoma: A Challenge Diagnosis*. AJNR Am J Neuroradiol. 2009;30:1602-1603.
2. Masayo B Hiromi U. *A rare case of middle ear adenoma*. Nagoya J. Med. Sci. 2014;76:355-360.
3. Berns S Pearl G. Arch Pathol Lab Med. *Middle Ear Adenoma*. 2006;130:1067-1069.
4. Bakhos D Lescanne E Fetissov F Robier A Morinière S. *Neuro-endocrine adenoma of the middle ear: a case study*. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2007;264:1525-1528.



5. Maintz D Stupp C Krueger K Wustrow J Lackner K. *MRI and CT of adenomatous tumours of the middle ear*. Neuro-radiology. 2001;43:58-61.
6. Saliba I Evrard A. *Middle Ear Glandular Neoplasms: Adenoma, Carcinoma or Adenoma with Neuroendocrine Differentiation: A Case Series*. Cases Journal. 2009;2:6508.
7. Leong K Haber M Divi V Sataloff R. *Neuroendocrine adenoma of the middle ear (NAME)*. ENT-Ear, Nose & Throat Journal. 2009;88:874-879.

#### **CONFLICTO DE INTERÉS Y/O AGRADECIMIENTOS**

Los autores declaran que no existió ningún conflicto de interés en el presente reporte.



ANEXOS

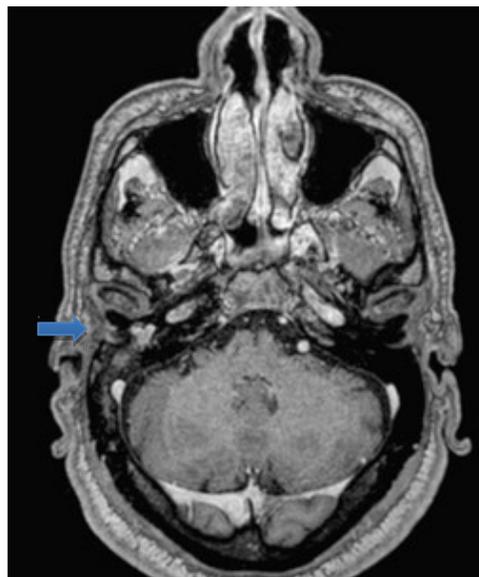
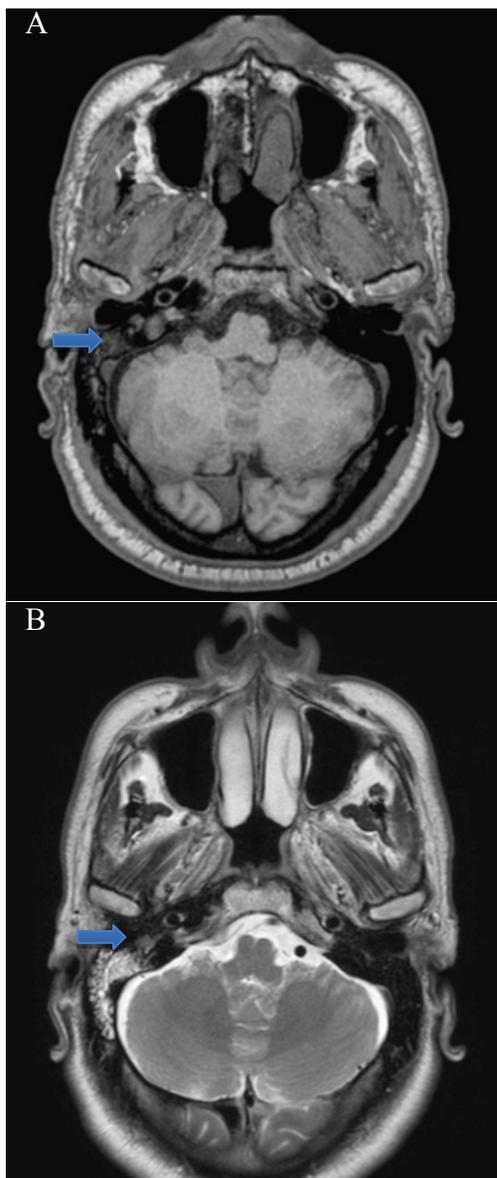
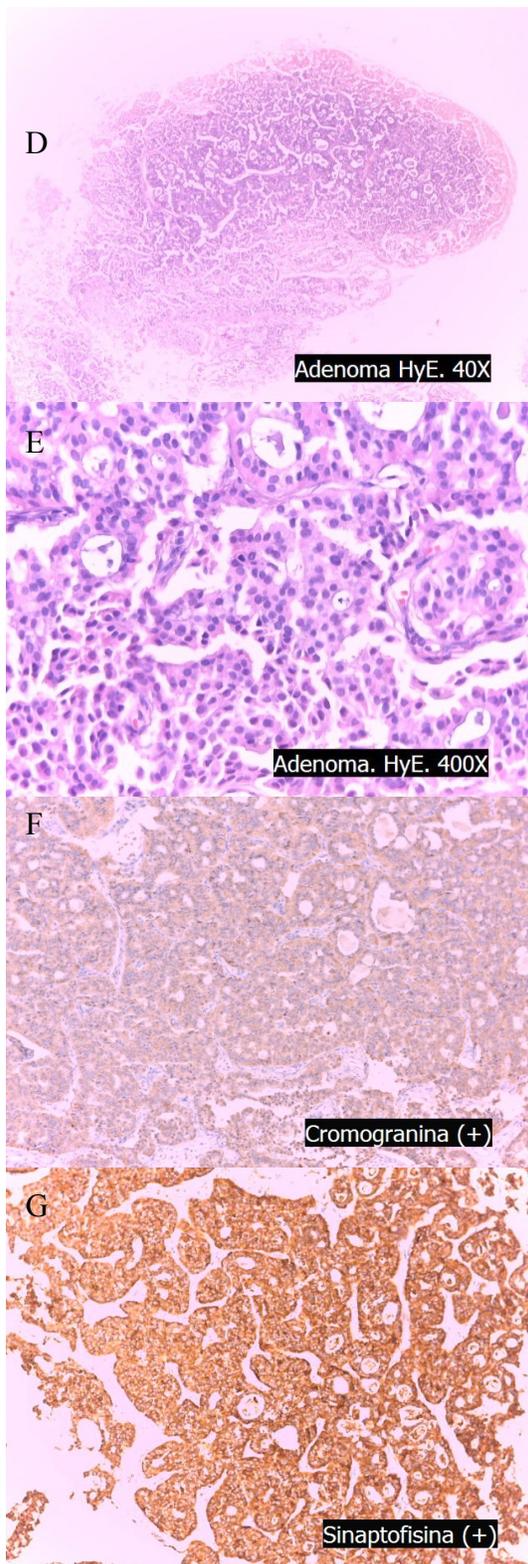


Fig. A, B, C: se observa lesión hipointensa en T1 (A) y T2 (B); que realza homogéneamente tras la administración de Gadolinio (C) en hipo y mesotímpano derechos.

Fuente: Centro de resonancia magnética Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia



Tinciones de inmunohistoquímica y las células descritas son: Fig. F: CK +, EMA + (focal y heterogéneas), S-100 -, cromogranina +, Fig. G: Ki67:10%, sinaptofisina +

Fuente: Servicio de Patología Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia

Fig D y E: Tinción con hematoxilina y esosina