

Caso aislado

Adenoma pleomorfo del conducto auditivo externo: estudio inmunohistoquímico de dos casos

P.J. Lespi* y T. Mera de Candisano

**Servicio de Patología y Otorrinolaringología, Hospital Dr. José Penna, Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.*

SUMMARY

Pleomorphic adenoma arising in the external auditory canal is rare. The histopathological and immunohistochemical features of 2 cases of pleomorphic adenoma of the external auditory canal are presented. Rev Esp Patol 1998; 31(2): 151-155.

Key words: Pleomorphic adenoma - External auditory canal - Apocrine gland

RESUMEN

El adenoma pleomorfo del canal auditivo externo es un tumor raro. Presentamos las características histopatológicas e inmunohistoquímicas de 2 casos de adenoma pleomorfo originado en el canal auditivo externo. Rev Esp Patol 1998; 31(2): 151-155.

Palabras clave: Adenoma pleomorfo - Canal auditivo externo - Glándula apocrina

INTRODUCCIÓN

Los tumores del conducto auditivo externo son raros. La mayoría nacen de glándulas apocrinas modificadas denominadas ceruminosas. Generalmente, el término ceruminoma se ha usado para hacer referencia a varios tumores malignos y benignos del conducto auditivo externo.

Actualmente existen cuatro patrones histológicos definidos de tumores de las glándulas ceruminosas: adenoma, adenoma pleomorfo, carcinoma adenoide quístico y adenocarcinoma (1). En este trabajo presentamos

las características histopatológicas e inmunohistoquímicas de 2 casos de adenoma pleomorfo del conducto auditivo externo.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Mujer de 56 años que había percibido una pérdida progresiva de la audición en el oído derecho durante los



Figura 2. Se observa abundante estroma mixoide, túbulos y ductos. Entre esos elementos hay glándulas ceruminosas con una capa interna de células apocrinas y una capa externa de células mioepiteliales (original, HE $\times 100$).

en el segundo. La queratina AE1/AE3 fue positiva en el tumor y en las glándulas ceruminosas. La desmina resultó negativa.

DISCUSIÓN

El término ceruminoma ha causado una considerable confusión durante años posiblemente debido a que las primeras descripciones carecían de adecuadas ilustraciones o no eran lo suficientemente descriptivas (2). En 1972 Wetli y cols. propusieron una nueva división de estos tumores, la cual es ampliamente aceptada, basada en cuatro tipos histológicos: adenoma, adenoma pleo-



Figura 3. Áreas condromixoides (original, HE $\times 100$).

morfo, carcinoma adenoide quístico y adenocarcinoma (1). Con posterioridad a estas cuatro entidades se le agregó el carcinoma mucoepidermoide de glándulas ceruminosas (3).

Una revisión de la literatura recopiló 25 casos de adenoma pleomorfo del conducto auditivo externo (4). La mayoría aparecieron entre los 30 y 50 años y no tenían predilección por el sexo. Los síntomas más frecuentes incluyeron otorrea y pérdida progresiva de la audición. En todos los casos el tratamiento de elección fue la resección quirúrgica. No hubo evidencias de malignización en ningún tumor pero la recidiva local fue comunicada en 3 pacientes. Un único adenoma pleomorfo del conducto auditivo externo fue estudiado con técnicas inmunohistoquímicas (5). En el informe los autores seña-

han descrito exacerbaciones de los síntomas tras los aumentos de presión que se provocan al realizar la maniobra de Valsalva (2), así como remisiones intermitentes (1).

Nabors y cols. (3) han clasificado los quistes meníngeos en tres categorías, lo que simplifica las diferentes nomenclaturas propuestas con anterioridad. El tipo I está constituido por los quistes meníngeos extradurales sin fibras de las raíces nerviosas, el tipo II por los quistes que sí presentan fibras de las raíces nerviosas, y el tipo III por los quistes intradurales.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

El caso en estudio es el de una niña de 13 años, con antecedentes de crisis comiciales desde los 8 años (tratadas con primidona y vigabatrina). Mediante tomografía axial computarizada (TAC) se apreció la presencia de lesiones de probable origen hamartomatoso en los lóbulos occipital y parietal derechos y en la médula espinal, en el espacio comprendido entre la primera y segunda vértebras cervicales.

Poco antes del ingreso la paciente consultó por un cuadro clínico constituido por trastornos de la sensibilidad y pérdida de fuerza en la mano derecha de 8 meses

de evolución. En el estudio de TAC craneal no se detectaron nuevas lesiones cerebrales. No obstante, se apreciaron alteraciones de la columna en forma de una lesión expansiva anterolateral derecha, intrarraquídea y extramedular, que se extendía al espacio epidural y orificio de conjunción entre la cuarta y quinta vértebras cervicales, con erosión del hueso vertebral (Figs. 1 y 2). Desde el punto de vista radiológico, esta lesión era compatible con un quiste meníngeo extradural, sin que se pudiese descartar por completo la posibilidad de un neurofibroma o un schwannoma, si bien la imagen tampoco era típica de dichas tumoraciones. Se decidió la intervención quirúrgica y la extirpación de la lesión.

ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO

En el Servicio de Anatomía Patológica se recibieron varios fragmentos irregulares de tejido elástico y grisáceo de hasta 0,6 cm de diámetro.

El estudio histológico de las muestras puso de manifiesto que la tumoración estaba constituida por tejido fibroso escasamente poblado por células fusiformes de aspecto fibroblástico, con núcleos ligeramente ovalados y citoplasma de márgenes poco definidos. El tejido fibroso estaba dispuesto en delicadas capas y focalmen-



Figura 1. Resonancia magnética: plano sagital de columna cervical donde se observa una formación quística entre la cuarta y quinta vértebras.

dulas salivales ectópicas, a pesar de que nunca fue descrita su presencia en esa localización (6). Por el contrario, la mayoría de los autores coinciden en que el adenoma pleomorfo se origina en las glándulas ceruminosas.

En nuestros casos observamos una íntima relación entre las glándulas ceruminosas y el adenoma pleomorfo, y además encontramos características inmunohistoquímicas compartidas entre el componente epitelial y del estroma del adenoma pleomorfo y las células mioepiteliales de las glándulas ceruminosas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wetli C, Pardo V, Millard M, Gerston K. *Tumors of ceruminous glands*. Cancer 1972; 29: 1169-1178.
2. Hicks G. *Tumors arising from the glandular structures of the external auditory canal*. Laryngoscope 1983; 93: 326-340.
3. Puler JL. *Glandular tumors of the external auditory canal*. Laryngoscope 1977; 87: 1601-1612.
4. Haraguchi H, Hentona H, Tanaka H, Komatuzaky A. *Pleomorphic adenoma of the external auditory canal*. J Laryngol Otol 1996; 110: 52-56.
5. Collins RJ, Yu HC. *Pleomorphic adenoma of the external auditory canal*. Cancer 1989; 64: 870-875.
6. Iguchi Y, Takahashi H. *Pleomorphic adenoma of the external auditory canal* (Abstract). Jibi Inkouka Gakkai Kaihou 1994; 66: 426-438.

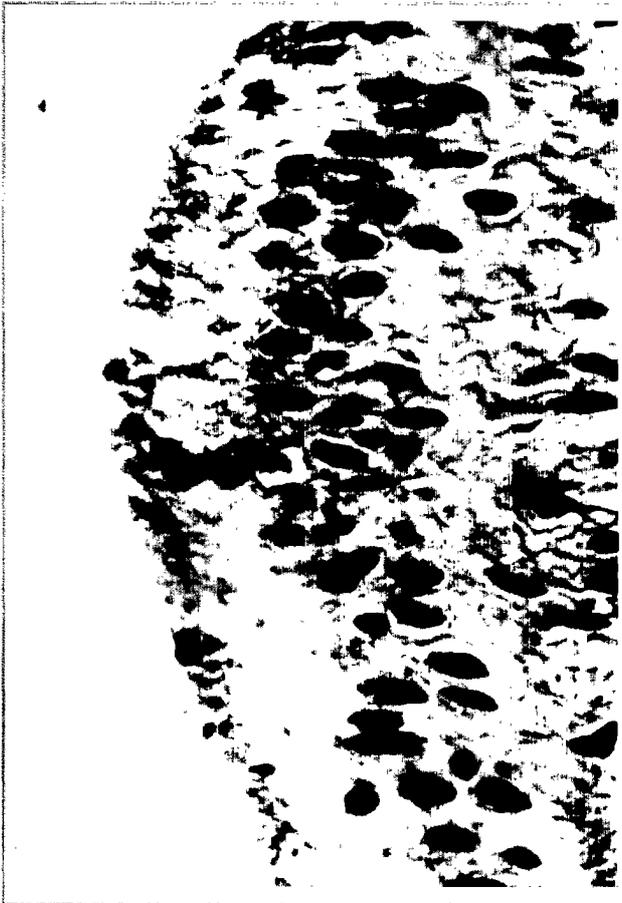


Figura 3. Pared del quiste meníngeo constituida por tejido fibroso recubierto por varias capas de células de aspecto meningotelial (original, HE $\times 400$).



Figura 4. Positividad para el antígeno epitelial de membrana en las células de revestimiento de la pared del quiste (original, complejo avidina-biotina-peroxidasa $\times 400$).

la luz del quiste (8), una dinámica pulsátil del líquido cefalorraquídeo (9) y finalmente, y quizá sea ésta la hipótesis más aceptada, un mecanismo valvular (1, 3, 10). En nuestro caso no se encontró comunicación entre la lesión y el espacio subaracnoideo. Además, y a pesar de que en la exploración radiológica se había sugerido la existencia de líquido cefalorraquídeo en la luz del quiste, en una punción que se realizó en el acto intraoperatorio no se obtuvo líquido. No obstante, y como describen Lake y cols. (8), cabe la posibilidad de que la comunicación hubiese existido previamente, aunque en el momento de la intervención no se apreciase. Asimismo, pensamos que en el desarrollo de la lesión quística intervino un mecanismo valvular. Esta posibilidad viene avalada por la erosión del cuerpo vertebral adyacente a la lesión, ya que, como indican Nabors y cols.

(3), sería necesario un mecanismo que originase la suficiente presión como para erosionar el hueso, y de todos los propuestos el único capaz de hacerlo es el mecanismo valvular.

Finalmente cabe indicar que, tras la extirpación del quiste meníngeo, las manifestaciones clínicas desaparecieron casi por completo, persistiendo sólo algunas molestias locales relacionadas con la manipulación quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rohrer DC, Burchiel KJ, Gruber DP. *Intraspinal extradural meningeal cyst demonstrating ball-valve mechanism of formation. Case report.* J Neurosurg 1993; 78: 122-125.
2. Cloward RB. *Congenital spinal extradural cysts: Case report with review of literature.* Ann Surg 1968; 168: 851-864.