



Colesteatoma en paciente acromegálico

RESUMEN

La acromegalia es una enfermedad causada por el incremento crónico de la hormona del crecimiento, debida habitualmente a un adenoma hipofisario que acarrea cambios esqueléticos típicos y alteraciones cardiovasculares y metabólicas cuando el proceso está muy avanzado. Su escasa prevalencia hace que exista poca experiencia en determinadas afecciones, que son las más prevalentes en población general, como es el caso que comunicamos. Se trata de un paciente masculino de 48 años, que fue intervenido por otitis media crónica colesteatomatosa bilateral, dentro de un cuadro de acromegalia muy evolucionada, con rasgos faciales y esqueléticos típicos.

Palabras clave: acromegalia, hueso temporal, colesteatoma.

Antonio Caravaca-García
Antonio Rodríguez-Fernández Freire
Wasim Elhendi-Halawa
Rafael Ruiz-Fito

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Punta de Europa, Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar, Servicio Andaluz de Salud.

Cholesteatoma in acromegalic patient

ABSTRACT

Acromegaly is a disease caused by a chronic increase of the growth hormone. This is usually due to a pituitary adenoma which also causes typical skeletal changes and also cardiovascular and metabolic alterations when the disease has progressed. Its low prevalence corresponds with the little experience acquired with this disease compared with other diseases more prevalent in the general population. We present the case of a 48-year-old male, who was operated of a bilateral cholesteatomatous chronic otitis media, with very advanced acromegaly and its very typical signs in face and skeleton.

Key words: acromegaly, cholesteatoma, temporal bone.

Recibido: 17 de noviembre 2014

Aceptado: 26 de enero 2015

Correspondencia: Dr. Antonio Caravaca García
Servicio de Otorrinolaringología
Hospital Punta de Europa
Ctra de Getares, s/n
11207 Algeciras, Cádiz, España
acaravacag@gmail.com

Este artículo debe citarse como
Caravaca-García A, Rodríguez-Fernández Freire A, Elhendi-Halawa W, Ruiz-Fito R. Colesteatoma en paciente acromegálico. An Orl Mex 2015;60:114-117.



ANTECEDENTES

La acromegalia es una enfermedad poco frecuente que afecta a todas las razas, a los dos sexos, puede aparecer de manera aislada y como parte de síndromes genéticos, a veces con carácter familiar. Su origen suele ser un tumor hipofisario benigno, productor de la hormona del crecimiento.

El diagnóstico suele retrasarse debido a sus manifestaciones iniciales inespecíficas. En los casos de enfermedad avanzada disminuye la esperanza de vida, fundamentalmente por la aparición de complicaciones cardiovasculares, metabólicas y respiratorias. Lo más característico suelen ser las diferentes alteraciones del esqueleto óseo, facial y acro.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 48 años de edad, que clínicamente tenía rasgos faciales y esqueléticos muy marcados, compatibles con acromegalia muy evolucionada, en control por los servicios de Endocrinología, Medicina Interna y Traumatología del Hospital Punta de Europa, del Servicio Andaluz de Salud, debido a complicaciones derivadas de su enfermedad: hipertensión arterial, cardiopatía hipertrófica, hipercolesterolemia y diabetes mellitus. Acudió a consulta por hipoacusia de larga evolución, al usar audífonos; también padecía otorrea episódica crónica e indeterminada.

La otoscopia reveló signos compatibles con otitis media crónica colesteatomatosa bilateral y la tomografía axial computada confirmó estos datos de sospecha, en los que destacó una cortical mastoidea muy engrosada y ebúrnea (Figuras 1 a 5).

Durante la cirugía se evidenciaron estos signos, la cortical estaba extremadamente dura, lo que

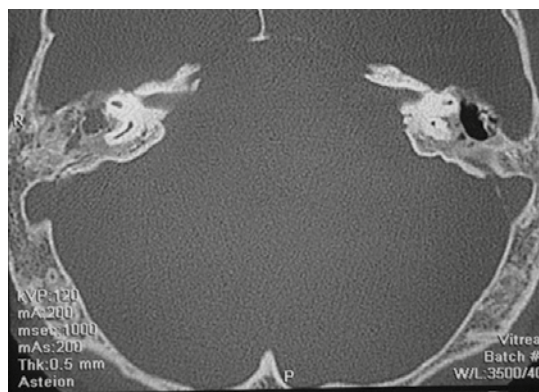


Figura 1. Corte axial. Caja ocupada por material compatible con colesteatoma.

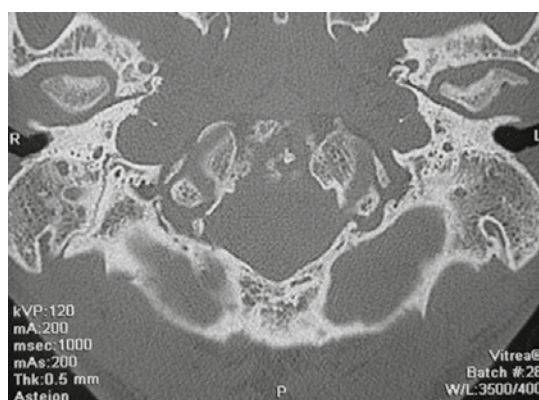


Figura 2. Corte axial en el que se aprecia la rarefacción de hueso mastoideo.

generó gran dificultad en el avance óseo durante el fresado para la remodelación de la cavidad. El resto de los hallazgos quirúrgicos fueron equivalentes a los de cualquier otra cirugía de este tipo. El posoperatorio prosiguió sin incidencias y su seguimiento actual no difiere del de cualquier otro paciente.

DISCUSIÓN

La acromegalia es una enfermedad poco frecuente, con incidencia de 2 a 4 casos por

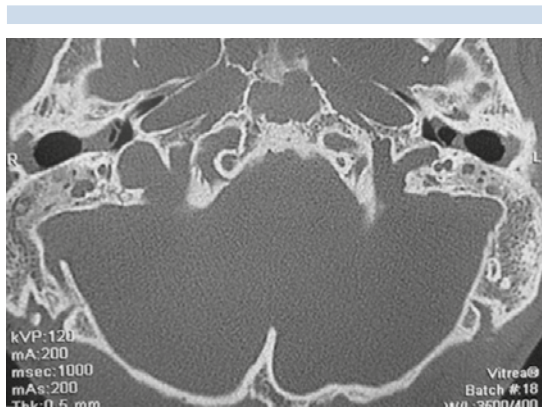


Figura 3. Corte axial en el que se observa el grosor de la cortical mastoidea.

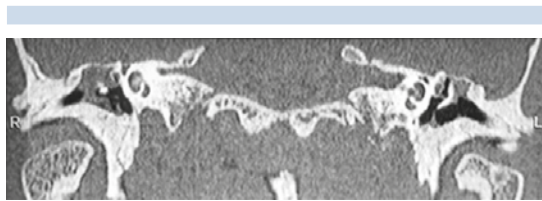


Figura 4. Corte coronal que muestra la lesión osteolítica de los huesecillos.

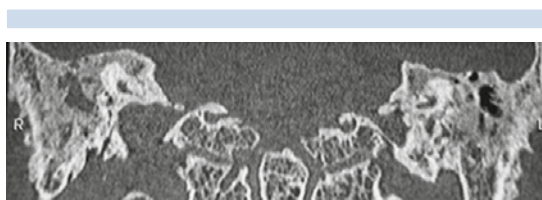


Figura 5. Corte coronal en el que se aprecia la rarefacción ósea y la cortical aumentada.

millón,¹⁻⁶ se distingue por incremento de la producción de la hormona del crecimiento a causa, en 95% de los casos, de un adenoma hipofisario benigno.^{1,3,5,6} En niños y en adolescentes suele provocar gigantismo, mientras que en adultos acarrea múltiples alteraciones del esqueleto, sobre todo facial y de las partes acras de los miembros, seguidas de diversas alteraciones metabólicas y cardiovasculares, entre otras.¹⁻¹³

Su inicio suele ser lento e insidioso, lo que condiciona regularmente un diagnóstico tardío.^{1,4,5} La cuantificación en sangre de la hormona del crecimiento y del factor de crecimiento insulínico tipo 1 (IGF-1) es la base analítica del diagnóstico, y en caso de duda, se realizará la prueba de sobrecarga oral de glucosa.¹⁻³ Las pruebas de imagen, sobre todo la resonancia magnética del área hipofisaria, confirman el diagnóstico de adenoma; según la evolución, en ocasiones se necesitan estudios para comprobar la afectación sistémica.¹⁻³

El tratamiento inicial de elección suele ser la hipofisectomía vía endoscópica,^{1-3,5} seguida de tratamiento farmacológico con análogos de la somatostatina, antagonistas dopaminérgicos y antagonistas de los receptores de la hormona de crecimiento.^{1,3,5,6,10,14} Por el contrario, la radioterapia está en controversia y no es de primera elección.^{1-5,10}

Cuando la enfermedad está avanzada pueden aparecer múltiples síntomas acompañantes, lo que condiciona un descenso de alrededor de 10 años en la esperanza de vida; entre estos síntomas están:^{1,3,8} alteraciones musculoesqueléticas: dismorfias faciales, artropatías, síndrome de apnea obstructiva del sueño y cefaleas; alteraciones metabólicas: diabetes mellitus, alteraciones lipídicas y del calcio; alteraciones cardiovasculares: hipertensión arterial, cardiomiopatías, arritmias e insuficiencia cardíaca; alteraciones digestivas: pólipos y cáncer colorrectal; incremento del riesgo de otras neoplasias.

Asimismo, existe una posibilidad alta de recidiva de la enfermedad, ya sea después del tratamiento quirúrgico o del control farmacológico.¹

En el área de Otorrinolaringología encontramos en la bibliografía consultada referencias de la existencia de síndrome de apnea obstructiva del sueño, roncopatías, somnolencia diurna;³ además



del fenotipo característico de facies y mandíbula, que provocan incremento en la dificultad para la intubación orotraqueal anestésica.^{7-9,13}

Sólo hemos visto algunos hallazgos en relación con afecciones del oído: mayor riesgo estadístico de padecimientos relacionados con problemas tubáricos¹¹ y una referencia antigua en relación con hallazgos quirúrgicos en el oído medio.¹²

El caso que comunicamos confirmó algunas de las complicaciones en la evolución de la acromegalia, sobre todo una afección que bien pudo acompañar inicialmente los problemas de la trompa de Eustaquio. Sin embargo, el objetivo de comunicar este caso clínico es confirmar la dificultad quirúrgica durante el fresado de la cortical mastoidea de esta afección del hueso, lo que es necesario al momento de enfrentarnos a esta excepcional situación.

REFERENCIAS

1. Reddy R, Hope S, Wass J. Acromegaly. *BMJ* 2010;16:341.
2. Sesmilo G, Webb SM, Neuroendocrinology Group of the Spanish Society of Endocrinology and Nutrition. Twelve years of the Spanish acromegaly registry: a historical view of acromegaly management in Spain. *Endocrinol Nutr* 2010;57:39-42.
3. Scacchi M, Cavagnini F. Acromegaly. *Pituitary* 2006;9:297-303.
4. Martínez-Delgado IA, Gómez-Martínez G. Acromegalia. Informe de 84 casos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008;46:311-314.
5. Ledón Llanes L, Agramonte Machado A, Fabré Redondo B, Hernández Rodríguez J. Impacto de la acromegalia y el síndrome de Cushing sobre la salud; una perspectiva vivencial. *Rev Cubana de Endocrinol* 2011;22:144-166.
6. Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. Consenso Nacional de Acromegalia: Guía para su diagnóstico, tratamiento y seguimiento. *Revista de Endocrinología y Nutrición* 2004;12;supl 2.
7. Sharma D, Prabhakar H, Bithal PK, Ali Z, et al. Predicting difficult laryngoscopy in acromegaly: a comparison of upper lip bite test with modified Mallampati classification. *J Neurosurg Anesthesiol* 2010;22:138-143.
8. Peral AI. Comment on "an assesment of the predictors of difficult intubation in patients with acromegaly". *J Clin Neurosci* 2010;17:279.
9. Khan ZH, Rasouli MR. Intubation in patients with acromegaly: experience in more than 800 patients. *Eur J Anaesthesiol* 2009;26:354-355.
10. Colao A. Long-term acromegaly and associated cardiovascular complications: a case-based review. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2009;23:31-38.
11. Babic BB, Petakov MS, Djukic VB, Ognjanovic SI, et al. Conductive hearing loss in patients with active acromegaly. *Otol Neurotol* 2006;27:865-870.
12. Graham MD, Brackmann DE. Acromegaly and the temporal bone. *J Laryngol Otol* 1978;92:275-279.
13. Weiss V, Sonka K, Pretl M, Dostálová S, et al. Prevalence of the sleep apnea syndrome in acromegaly population. *J Endocrinol Invest* 2000;23:515-519.
14. Sosa E, Espinosa de-los-Monteros AL, González B, Vargas G, et al. Tratamiento de la acromegalia con octreotida LAR. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008;46:651-658.