

**Título:** Meningioma de hueso temporal como causa de otitis media serosa crónica unilateral: No todo es lo que parece.

**Autor principal:** Eugenia López Simón.

*Nº colegiado:* 393907037. *Especialidad:* Otorrinolaringología. 2º año de residencia en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

*Datos de contacto:* Número de teléfono: 661021817. E-mail: eugenialopez@usal.es

**Otros autores:**

- Nathalia Castillo Ledesma. Residente de Otorrinolaringología de 4º año en HUMV.
- Patricia Corriols Noval. Residente de Otorrinolaringología de 3º año en HUMV.
- Minerva Rodríguez Martín. Residente de Otorrinolaringología de 1º año en HUMV.

**Resumen**

Los meningiomas extracraneales son tumores benignos muy poco frecuentes y la afectación del hueso temporal es extremadamente rara. La otitis media serosa es una condición muy común de la práctica clínica diaria, generalmente idiopática, pero pudiendo ser consecuencia de enfermedades primarias.

Se presenta el caso de una mujer con diagnóstico de meningioma con extensión infratemporal cuya forma de presentación clínica fue una otitis media serosa de 8 años de evolución. El diagnóstico se basa en la realización de pruebas de imagen como la tomografía computarizada y la resonancia magnética, y la cirugía es el tratamiento primario de elección.

Este caso clínico quiere poner de manifiesto la importancia de no subestimar esta patología y poder prevenir así el retraso en el diagnóstico y tratamiento de otras más graves.

**Palabras clave**

Otitis media serosa, hueso temporal, meningioma.

## CASO CLÍNICO

### **ANAMNESIS**

Mujer de 41 años sin antecedentes de interés que acude remitida por su médico de atención primaria a nuestro servicio en el año 2009 por haber presentado un primer cuadro vertiginoso de minutos de duración, asociado a cortejo vegetativo pero sin sintomatología auditiva ni pérdida de consciencia. En el servicio de urgencias se le extrajo un tapón de cera y fue tratada con sulpirida con mejoría completa y sin nueva recurrencia.

### **EXPLORACIÓN FÍSICA**

La exploración física y pruebas complementarias realizadas fueron rigurosamente normales a excepción del test de Unterberger-Fukuda que presentó un ángulo de desplazamiento de 90° hacia la derecha.

En la primera revisión, se encontraba totalmente asintomática y la videonistagmografía realizada no mostró alteración alguna. Seis meses después, fue diagnosticada de otitis media serosa del oído derecho.

Durante ocho años, ha seguido acudiendo a revisiones periódicas con persistencia del cuadro de otitis seromucosa sin otros síntomas acompañantes. La otoscopia evidenciaba una membrana timpánica íntegra ambarina. Se realizaron varias miringotomías en las que se aspiraba contenido mucoso acuoso, pero tras la ausencia de mejoría, se decidió la colocación de un drenaje transtimpánico. La paciente continuó realizando de forma constante pautas mensuales de corticoides nasales e intramusculares y los drenajes se fueron reemplazando.

### **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Las pruebas complementarias como la audiometría mostraban una hipoacusia de transmisión leve derecha y un timpanograma tipo B que se normalizaban cuando se desobstruía el drenaje. La fibroscopia fue realizada en cada visita y siempre excluyó patología. Además, se tomaron varios cultivos del líquido aspirado que mostraban flora mixta bacteriana.

Sin embargo, no fue hasta el año 2018 cuando se solicitó, dada la mala evolución y recurrencia del cuadro, una tomografía computarizada (TC) de peñascos, mastoides y conducto auditivo interno (CAI) sin contraste. Entre los hallazgos encontrados destacó una ocupación total de la cavidad timpánica y de las celdillas mastoideas. El tegmen y espolón supra timpánico estaban íntegros pero adelgazados y no se apreció afectación de la cadena osicular (Figura 1 y 2).

Se solicitó una resonancia magnética (RM) complementaria para descartar patología en la zona dehiscente del tegmen tympani a nivel de ático anterior. El resultado fue la aparición de una gran masa en fosa craneal media derecha con extensión extracraneal, de morfología lobulada con bordes bien definidos e intenso realce tras la administración

Meningioma de hueso temporal como causa de otitis media serosa crónica unilateral: 2  
No todo es lo que parece.

de contraste. En la fosa craneal posterior ocupa la cisterna peripontina condicionando distorsión del tronco del encéfalo.

Aparentemente, no había extensión hacia el CAI derecho. Se extiende ocupando el cavum de Meckel y hacia la fosa temporal comprimiendo el parénquima cerebral con importante edema en la sustancia blanca. Colapsa parcialmente el ventrículo lateral derecho y III ventrículo desplazando la línea media. Distorsiona ligeramente la cintilla óptica posterior, desplaza la arteria cerebral media derecha y parece englobar la carótida interna (Figura 3 y 4).

## **DIAGNÓSTICO**

Las imágenes fueron valoradas por varios expertos que acordaron como diagnóstico meningioma en fosa media con extensión infratemporal.

## **TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN**

La paciente comenzó con cefalea, diplopia oblicua con la mirada inferior y ciertos olvidos transitorios por lo que en conjunto con el servicio de Neurocirugía y Maxilofacial se decide intervenir quirúrgicamente previa embolización percutánea dado su gran tamaño. Se realiza un abordaje transmandibular preauricular tipo Hinz, más subtemporal transcigomático con resección subtotal del tumor sin incidencias destacables. Se remitió una muestra para estudio histológico intraoperatorio que fue informada como meningioma.

En el postoperatorio inmediato la paciente permaneció hemodinámicamente estable y con evolución favorable. Orientada en las tres esferas y como únicas secuelas presentó parálisis facial periférica derecha grado VI según la escala House-Brackmann y parestesias en territorio de V3 del mismo lado sin afectación de pares craneales bajos. No refirió diplopia y presentaba los movimientos oculares aparentemente conservados. La herida quirúrgica curó sin incidencias y la paciente fue dada de alta tras 10 días de ingreso.

En la TC de control comparando con el estudio prequirúrgico se observó extirpación de la práctica totalidad de la lesión exceptuando una pequeño remanente tumoral paraselar derecho de aproximadamente 1,5 x 1 cm (Figura 5). La evolución posterior fue favorable con mejoría de la sintomatología y paulatina resolución de la parálisis facial.

## **DISCUSIÓN**

Los meningiomas son tumores intracraneales benignos de crecimiento lento. Suponen el 13-26% de todas las neoplasias intracraneales primarias y son los segundos más frecuentes en el ángulo pontocerebeloso. Se diferencian en dos tipos: globulares o en placa(1,2).

Sin embargo, la afección del hueso temporal es extremadamente infrecuente y puede permanecer asintomática durante muchos años. Ayache et al(2) describieron que el tiempo entre la aparición de síntomas y el diagnóstico fue de 1 a 10 años.

Su extensión extracraneal hacia la mastoides o la cavidad del oído medio por el tegmen tympani o la fosa posterior puede presentarse en forma de otitis media serosa o dar lugar

Meningioma de hueso temporal como causa de otitis media serosa crónica unilateral: 3  
No todo es lo que parece.

a complicaciones auditivas por destrucción con alto riesgo de infradiagnóstico(2). *Thompson et al* describieron una serie de 36 pacientes con tumores del hueso temporal donde reportaron que los tumores del oído medio eran los más frecuentes (n=25), seguidos por los del canal auditivo (n=4), y únicamente dos casos en el hueso temporal (n=2). Se clasifican en primarios y secundarios según su origen esté dentro o fuera del hueso temporal. Desde el punto de vista histopatológico, la mayoría son de tipo meningotelial, fibroso, transicional y angioblástico(3).

La otitis media crónica u otitis media serosa es el síntoma más comúnmente asociado. Esto es seguramente debido a la obstrucción de la trompa de Eustaquio y consecuente extensión del tumor en la cavidad del oído medio(2,4). En algunos casos, un tipo de meningioma secretor o una fístula de líquido cefalorraquídeo al espacio timpánico es el responsable de la acumulación serosa. Además, la diseminación por el canal auditivo interno puede ocasionar hipoacusia neurosensorial, vértigo, acúfenos o parálisis facial(4).

Es conveniente realizar una prueba de imagen como la TC en aquellos pacientes con resistencia crónica al tratamiento de otitis media serosa unilateral atípica tras haber descartado el tumor nasofaríngeo(3,4). La TC en sí misma no puede detectar este tipo de tumores pero sí aporta signos radiológicos altamente sugestivos.

La RM con gadolinio es, por tanto, la técnica de elección para confirmar el diagnóstico de meningioma intracraneal(3,5). El realce con gadolinio ha demostrado ser especialmente eficaz para delimitar los meningiomas en placa.

El tratamiento debe ser personalizado según las características del paciente y la implicación de estructuras neurales y vasculares(4). Es de elección la resección quirúrgica amplia incluyendo la parte ósea afectada y la duramadre de alrededor. El abordaje quirúrgico depende de su localización, tamaño y grado de audición del paciente, pudiendo ser retro o translaberíntica, transótica, transcoclear o subtemporal(5). Las características infiltrantes de los meningiomas en placa hacen que la resección completa sea prácticamente imposible y la disección de estructuras neurales y vasculares muy difícil como en nuestro caso(3). La lesión residual postquirúrgica puede controlarse con radioterapia adyuvante en los casos más agresivos. La quimioterapia a base de hidroxurea se ha sugerido como tratamiento de los tumores más refractarios(6). En el caso clínico expuesto consideramos que dentro del protocolo de estudio de otitis media crónica serosa unilateral se debieron incluir estudios de imagen al no obtener respuesta terapéutica con el tratamiento convencional. Como otorrinolaringólogos debemos alertarnos cuando fracasa la colocación de drenajes transtimpánicos u otros tratamientos médicos.

En conclusión, los meningiomas extracraneales aun siendo raros, deberían ser sospechados con prontitud. La RM o la biopsia a través de miringotomía es aconsejable para evitar retrasos en el diagnóstico.

*Los autores declaran no tener conflicto de interés en la publicación de este artículo.*

Meningioma de hueso temporal como causa de otitis media serosa crónica unilateral: 4  
No todo es lo que parece.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Keereweer S, Metselaar RM, Dammers R, et al. Chronic serous otitis media as a manifestation of temporal meningioma. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 2011;73: 287–290.
2. Ayache D, Trabalzini F, Bordure P, Gratacap B, Darrouzet V, Schmerber S, et al. Serous otitis media revealing temporal en plaque meningioma. *Otol Neurotol* 2006; 27: 992-8.
3. Thompson LD, Bouffard JP, Sandberg GD, Mena H. Primary ear and temporal bone meningiomas: a clinicopathologic study of 36 cases with a review of the literature. *Mod Pathol* 2003;16(3):236-45.
4. Nicolay S, De Foer B, Bernaerts A, Van Dinther J, Parizel PM. A case of a temporal bone meningioma presenting as a serous otitis media. *Acta Radiol Short Rep* 2014; 3: 2047981614555048.
5. Ricciardiello F, Fattore L, Liguori M, et al. Temporal bone meningioma involving the middle ear: A case report. *J Oncol* 2015; 10:2294-52.
6. Norden AD, Drappatz J, Wen PY. Advances in meningioma therapy. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2009; 9(3):231-40.

Meningioma de hueso temporal como causa de otitis media serosa crónica unilateral: 6  
No todo es lo que parece.

Figura 1. TC coronal.

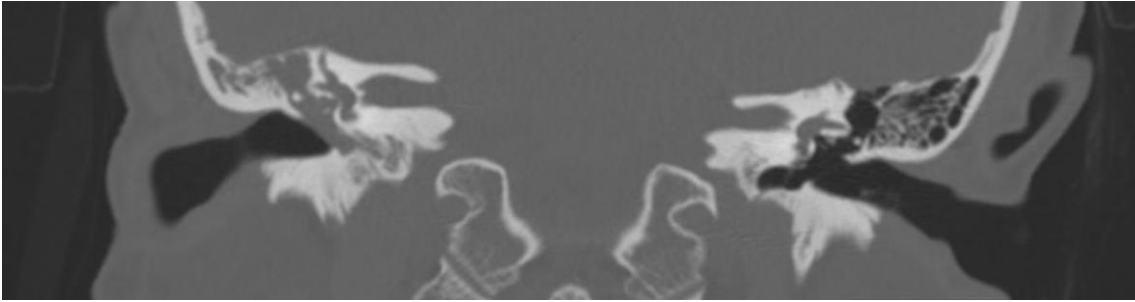
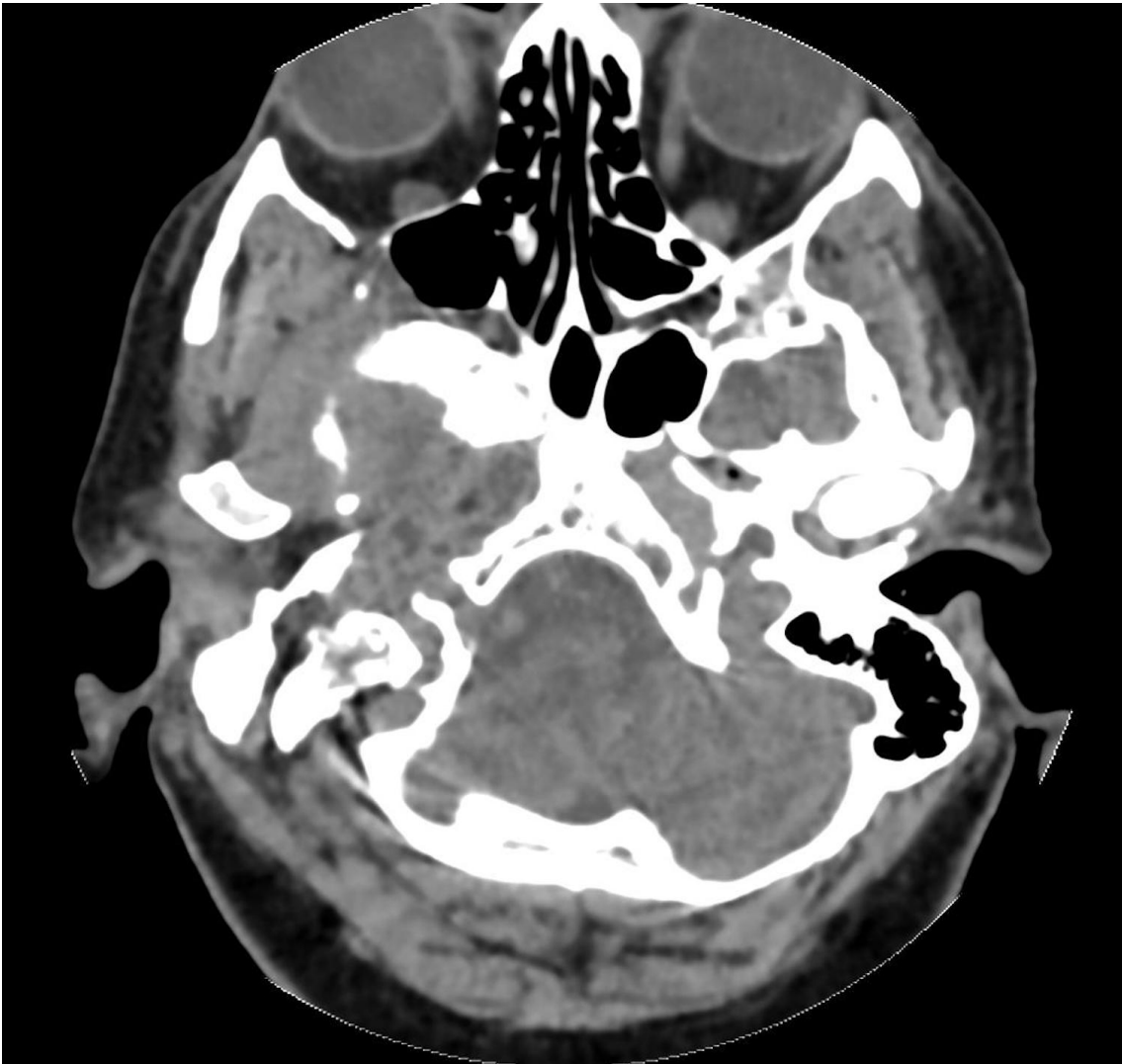


Figura 2. TC axial.



Meningioma de hueso temporal como causa de otitis media serosa crónica unilateral: 1  
No todo es lo que parece.

Figura 3. RM T2 Flair.



Meningioma de hueso temporal como causa de otitis media serosa crónica unilateral: 2  
No todo es lo que parece.



Figura 4. RM T2 Spir.



Meningioma de hueso temporal como causa de otitis media serosa crónica unilateral: 3  
No todo es lo que parece.

Figura 5. TC de control postoperatorio.



Meningioma de hueso temporal como causa de otitis media serosa crónica unilateral: 4  
No todo es lo que parece.