CORISTOMA GLIAL

Autor: Dr. Arauz, Santiago Luis
Colaboradores: Dra. Boga Michaud, Tatiana; Dra. Gambini, Estefania; Dr. Gils, Juan Ignacio.

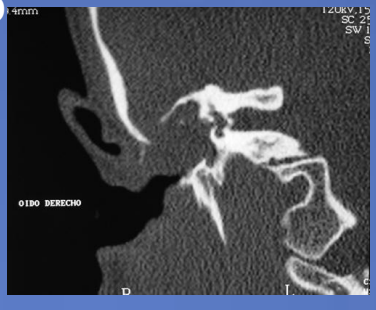
El termino coristoma hace referencia a una neoplasia benigna. Consiste en tejido que se desarrolla en un sitio que no es su lugar de origen. El coristoma glial es un tejido cerebral heterotópico que implica generalmente estructuras extracraneales de la línea media de cabeza y cuello, como nariz, rinofaringe y cavidad oral. Su presencia fuera de la línea media es infrecuente. Ante lo explicado previamente y tras una amplia y extensa revisión bibliográfica nos encontramos en presencia de un evento infrecuente e incidental , que se convierte en un hecho fortuito, dado el bajo número de casos similares a nivel mundial y la posibilidad de nuestro staff médico de brindar la resolución quirúrgica de este tipo de tumor

Caso Clínico

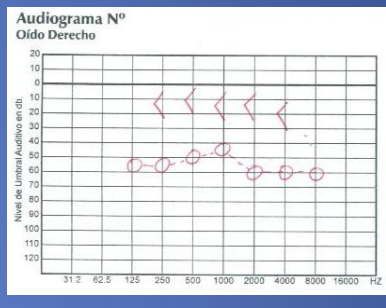
Paciente femenina de 27 años de edad que refiriere disminución progresiva de la audición y otorrea persistente en oído derecho. Como antecedente destacamos una mastoidectomía previa homolateral.

Al examen otomicroscópico se observo otorrea mucopurulenta bilateral. La audiometría tonal mostró hipoacúsia conductiva bilateral de 55db. La tomografía computada (TC) evidencio una masa de densidad de partes blandas en oído medio derecho con una solución de continuidad del tegmen timpani. El diagnostico probable prequirúrgico fue de colesteatóma.

TC PRE-QUIRÚRGICA

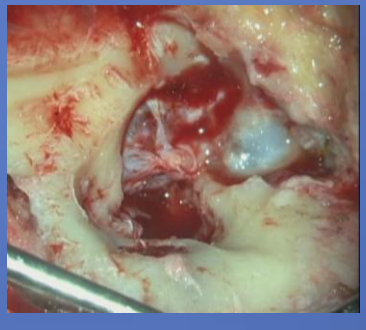


AUDIOMETRÍA PRE QUIRÚRGICA.

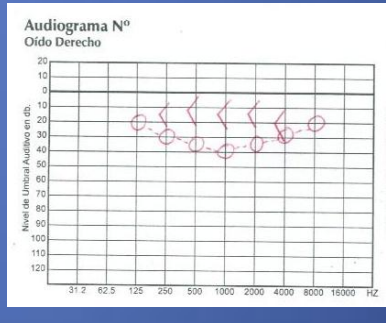


Procedimiento quirúrgico

Incisión retroauricular. Se expone mastoides. Se extrae fascia de músculo temporal. Se observa tejido colesteatomatoso en cavidad de mastoidectomía previa. Se observa seno lateral con solución de continuidad. Se observa aparente herniación de duramadre a través de solución de continuidad del tegmen. Se fresa muro del nervio facial. Se extrae tejido herniado. Se comprueba movilidad de platina. Se obtiene polvo de hueso. Se realiza tallado de yunque, fresando su apófisis larga y corta. Se toma cartílago de banco y se talla orificio central con cánula n°18. Se ubica sobre platina y se coloca por encima el yunque tallado de manera que el resto de apófisis larga se introduce en el orificio del cartílago conectando con la platina. Se coloca fáscia temporal y membracel. Se cierra fístula de tegmen con polvo de hueso y fáscia temporal. Se coloca spongostan en cavidad. Sutura por planos. Se realiza meatoplastia y se deja oclusor. Vendaje compresivo.



AUDIOMETRÍA PÓSTQUIRURGICA.



Discusión

El Coristoma glial supone un tumor sin evidencia de transformación maligna , ante este hallazgo nuestro equipo resolvió la exéresis quirúrgica del mismo , ¿ Que hubiese pasado si dejábamos librado al azar ese tejido heterotópico en el oído medio? La falta de información a nivel mundial no nos permite contrastar resultados . En este caso nuestra paciente evolución favorablemente y actualmente no hemos registrado recidivas.

Bibliografía

1. McGregor DH, Cherian R, Kepes JJ, Kepes M. *Case reports: heterotopic brain tissue of middle ear associated with cholesteatoma. Am J Med Sci 1994; 308: 180-3.*
2. Buckmiller LM, Brodie HA, Doyle KJ, Nemzek W. *Choristoma of the middle ear: a component of a new syndrome? Otol Neurotol 2001; 22: 363-8.*
3. Gyure KA, Thompson LD, Morrison AL. *A clinicopathological study of 15 patients with neuroglial heterotopias and encephaloceles of the middle ear and mastoid region. Laryngoscope 2000; 110: 1731-*
4. Gulya AJ, Glasscock ME 3rd, Pensak ML. *Neural choristoma of the middle ear. Otolaryngol Head Neck Surg 1987; 97: 52-6.*