

En nuestro caso se optó por un tratamiento ortopédico dados los antecedentes de asma moderado y la evolución tórpida inicial. Como complicaciones desarrolló insuficiencia respiratoria secundaria a broncoaspiración, polineuropatía, úlceras por presión y disfagia orofaríngea.

No obstante, al no existir un acuerdo universal en la definición de edad en pacientes ancianos con fractura odontoidea, los estudios son heterogéneos y de baja evidencia. A parte, encontramos ciertas limitaciones como el sesgo de selección, al incluir a pacientes de elevado riesgo quirúrgico en la cohorte no quirúrgica, sobreestimando la mortalidad de esta cohorte. El desconocimiento de las comorbilidades individuales y los diferentes tiempos de seguimiento de los estudios, dificulta la obtención de conclusiones significativas. El único estudio prospectivo disponible, que analiza la calidad de vida previa y compara la situación funcional tras el tratamiento quirúrgico vs. no quirúrgico, concluye que existe un beneficio con el tratamiento quirúrgico en pacientes sin contraindicaciones quirúrgicas⁶.

En conclusión, son necesarios estudios prospectivos multicéntricos aleatorizados para determinar el mejor tratamiento¹. El uso de halo-chaleco tiene un potencial elevado de complicaciones y mortalidad, por lo que el collar cervical es una opción de bajo riesgo para el tratamiento conservador en ancianos. La cirugía se reservaría para fracturas inestables¹⁰. Dentro del tratamiento quirúrgico se recomienda el abordaje posterior, puesto que se consiguen mayores tasas de consolidación¹. En pacientes de elevado riesgo quirúrgico, una opción razonable puede ser la abstención terapéutica⁹.

Bibliografía

1. Ryang YM, Török E, Janssen I, Reinke A, Buchmann N, Gempt J, et al. Early Morbidity and Mortality in 50 Very Elderly Patients After Posterior Atlantoaxial Fusion for Traumatic Odontoid Fractures. *World Neurosurg.* 2016;87:381-91.
2. Hashmi A, Ibrahim-Zada I, Rhee P, Aziz H, Fain MJ, Friese RS, et al. Predictors of mortality in geriatric trauma patients: A systematic review and meta-analysis. *J Trauma Acute Care Surg.* 2014;76:894-901.
3. Kaji A, Hockberger R. Spinal column injuries in adults: Definitions, mechanisms, and radiographs. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. [consultado 19 Ago 2016]. Disponible en: <https://rd.springer.com/article/10.1007%2Fs00113-015-0057-0>
4. Stein G, Meyer C, Marlow L, Christ H, Müller LP, Isenberg J, et al. Type 2 dens fracture in the elderly and therapy-linked mortality: Conservative or operative treatment. *Unfallchirurg.* 2015. <http://dx.doi.org/10.1007/s00113-015-0057-0>.

5. Schroeder GD, Kepler CK, Kurd MF, Paul JT, Rubenstein RN, Harrop JS, et al. A Systematic Review of the Treatment of Geriatric Type II Odontoid Fractures. *Neurosurgery.* 2015;77 Suppl 4:S6-14.
6. Vaccaro AR, Kepler CK, Kopjar B, Chapman J, Shaffrey C, Arnold P, et al. Functional and quality-of-life outcomes in geriatric patients with type-II dens fracture. *J Bone Joint Surg Am.* 2013;95:729-35.
7. Robinson Y, Robinson AL, Olerud C. Systematic review on surgical and non-surgical treatment of type II odontoid fractures in the elderly. *Biomed Res Int.* 2014;2014:231948.
8. Graffeo CS, Perry A, Puffer RC, Carlstrom LP, Chang W, Mallory GW, et al. Deadly falls: Operative versus nonoperative management of type II odontoid process fracture in octogenarians. *J Neurosurg Spine.* 2017;26:4-9.
9. White AP, Hashimoto R, Norvell DC, Vaccaro AR. Morbidity. Mortality Related to Odontoid Fracture Surgery in the Elderly Population. *Spine (Phila Pa 1976).* 2010;35 Suppl 9:S146-57.
10. Guil Sánchez J, Rodríguez-Martín M. Fractura de odontoides en un paciente anciano con mala evolución final: a propósito de un caso y revisión de la bibliografía existente. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013;48:139-41.

Amaia Arrieta Salinas^{a,*}, Vincenzo Malafarina^{b,c}, Luis Miranda Orella^d y Nicolás Martínez Velilla^{b,e,f}

^a Atención Primaria, Centro de Salud Chantrea, Pamplona, Navarra, España

^b Servicio de Geriatría, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^c Departamento de Nutrición, Ciencias de la Alimentación y Fisiología, Facultad de Farmacia y Nutrición, Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^d Servicio de Radiología, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^e Navarrabiomed, CIBER de Fragilidad y Envejecimiento, Pamplona, Navarra, España

^f Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA), Pamplona, Navarra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: amaia.arrieta.salinas@navarra.es (A. Arrieta Salinas).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.06.006>
0211-139X/

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Colesteatoma congénito gigante en paciente octogenario



Giant congenital cholesteatoma in an octogenarian patient

El colesteatoma congénito (CC) es un acúmulo de tejido epitelial queratinizado, de color blanquecino, situado dentro del oído medio, o más raramente en la mastoides¹. Es una enfermedad benigna que aparece en un oído previamente sano², con un tímpano intacto y sin historia previa de otorreas, perforación timpánica o procedimientos quirúrgicos otológicos previos³. El origen del CC es la implantación de epitelio en esta cavidad tras atravesar, durante el crecimiento embrionario, las suturas óseas que rodean la mastoides. Tras esta migración primaria, la lesión crecería como colesteatoma dentro de la misma⁴⁻⁸.

El CC representa el 2-4% de todos los colesteatomas, siendo en la edad pediátrica alrededor del 4-24%⁸. Dada su baja incidencia en la población adulta (existen muy pocos casos publicados en adultos de más de 60 años) se carece de datos de prevalencia o incidencia de la misma. Presentamos un caso ilustrativo de CC en un octogenario.

Varón de 89 años, sin antecedentes personales de interés, que ingresó en nuestra unidad de agudos con un cuadro de 3 semanas de evolución de fiebre, astenia generalizada, somnolencia, anorexia con pérdida de 5 kg de peso en el último mes y cefalea hemisférica derecha de carácter opresivo.

Su situación basal previa era excelente, con un índice de Barthel de 100/100, sin alteraciones en la esfera mental ni afectiva, y con excelente apoyo familiar.

La exploración física incluida la neurológica fue normal. En la analítica sanguínea destacaba: PCR 140, leucocitos 13.160, neutrofilia 11.030, albúmina 2,46 g/dl, prealbúmina de 9,1 mg/dl y proteína enlazante de retinol 1,83 mg/dl. En el sistemático de orina se observó hematuria microscópica con urocultivo y antígenos bacterianos en orina negativos. Se realizaron radiografía de tórax y abdomen en las que no se objetivaron hallazgos significativos, así como el test de Mantoux, que fue negativo, y ecocardiograma transtorácico en el que no se encontraron signos que sugiriesen endocarditis infecciosa.

En la TAC craneal se objetivó una posible lesión en la región mastoidea derecha por lo que se realizó una TAC de oídos, y posteriormente una RM en la que se confirmó la existencia de un CC



Figura 1. RMN en T2 donde se aprecia masa de partes blandas correspondiente al CC.

con ocupación mastoidea derecha de 4×3 cm de tamaño, abscesificado, con trombosis de la vena yugular interna derecha y de los senos transversos y sigmoideos ipsilaterales (fig. 1).

En los hemocultivos se aisló *Peptoniphilus* sp, por lo que se inició tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico intravenoso. Además, se instauró tratamiento con suplementos hiperproteicos e hipercalóricos para corregir la desnutrición que presentaba el paciente.

Se contactó con el servicio de otorrinolaringología, los cuales realizaron una petrosectomía subtotal con eliminación del oído medio y cierre del conducto auditivo, extirpando el colesteatoma en su totalidad, y obliterando la cavidad completa, con el fin de evitar la aparición de una fístula perilinfática.

El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y tras 3 semanas de antibioterapia intravenosa, el paciente fue dado de alta a su domicilio con amoxicilina-clavulánico oral durante 7 días más y suplementos proteicos. Actualmente continúa en revisión por parte de los servicios de otorrinolaringología y geriatría de nuestro hospital, con buena evolución tanto en el aspecto nutricional como en el funcional (aunque la audición del oído derecho es nula, el paciente no presenta acúfenos ni alteraciones del equilibrio asociadas) retornando a su situación basal inicial.

Aunque el CC sea una enfermedad benigna con crecimiento lento, las principales complicaciones que puede ocasionar son la infiltración del sistema nervioso central y la sobreinfección por microorganismos de la región orofaríngea como *Actinomyces*, *Peptoniphilus* y otra gran variedad de anaerobios.

El diagnóstico está basado en la sospecha clínica: hipoacusia, cefalea, otalgia o signos y síntomas de sobreinfección, como ocurre en el caso que se presenta. En la mayoría de las ocasiones, la clínica es silente por lo que el diagnóstico es incidental.

Las pruebas de imagen (TAC y RM) así como la anatomía patológica, confirmarán el diagnóstico y darán la extensión del tumor, lo cual tiene valor pronóstico ya que a mayor grado de estadiación, mayor es la edad de diagnóstico y peor la audición posquirúrgica^{9,10}.

El diagnóstico diferencial del CC debe realizarse con otros tumores de oído medio, granulomas de colesterol e histiocitosis del temporal.

El tratamiento es eminentemente quirúrgico, con posibilidad de resección completa y curación sin tratamiento coadyuvante.

En conclusión, el CC es una enfermedad extremadamente rara en el anciano, que se presenta de forma incidental o como responsable de un proceso infeccioso si se encuentra abscesificado. El tratamiento es quirúrgico y el pronóstico es bueno ya que se trata de una enfermedad curable.

Bibliografía

1. Cvorović L, Djerić D, Vlaski L, Dankuc D, Baljosević I, Pavićević L. Congenital cholesteatoma of mastoid origin, a multicenter case series. *Vojnosanit Pregl.* 2014;71:619-22.
2. Derlacki EL, Clemis GD. Congenital cholesteatoma of the middle ear and mastoid. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1965;74:706-27.
3. Levenson MJ, Parisier SC, Chute P, Wenig S, Juarbe C. A review of twenty congenital cholesteatomas of the middle ear in children. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1986;15:169-74.
4. Kazahaya K, Potts WP. Congenital cholesteatoma. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004;12:398-403.
5. Giannuzzi AL, Merkus P, Taibah A, Falcioni M. Congenital mastoid cholesteatoma: Cases series, definition, surgical key points, and literature review. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2011;120:700-6.
6. Teed RW. Cholesteatoma verum tympani: Its relationship to the first epibranchial placode. *Arch Otolaryngol.* 1936;24:455-74.
7. Warren FM, Bennett ML, Wiggins RH 3rd, Saltzman KL, Blevins KS, Shelton C, et al. Congenital cholesteatoma of the mastoid temporal bone. *Laryngoscope.* 2007;117:1389-94.
8. Canalis RF, Shapiro N, Lufkin R, Becker DP. Congenital implantation cholesteatomas of the occipitoparietotemporal junction. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2002;111:778-82.
9. Richter GT, Lee KH. Contemporary assessment and management of congenital cholesteatoma. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009;17:339-45.
10. Nelson M, Roger G, Koltai PJ, Garabedian EN, Triglia JM, Roman S, et al. Congenital cholesteatoma: Classification, management, and outcome. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002;128:810-4.

Lucía Lozano Vicario^{a,*}, Joaquín Yanes Díaz^b,
Jorge Manzarbeitia Arambarri^a y Enrique Antonio Durio Calero^b

^a Servicio de Geriatría, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

^b Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lucia.lozanovicario@gmail.com
(L. Lozano Vicario).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.06.005>

0211-139X/

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.