

**HOSPITAL UNIVERSITARIO  
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

## **INFORME DE CASO**

### **GLOMUS YUGULAR: A PROPÓSITO DE DOS PACIENTES**

Por:

Dr. Ángel Luis Jacomino Martínez<sup>1</sup>, Dr. Pablo Ruiz Porras<sup>2</sup> y Dra. María Elena Castillo Corzo<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en ORL. Asistente. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en ORL y MGI.
3. Especialista de I Grado en ORL. Instructora. ISCM-VC.

***Descriptor DeCS:***

TUMOR DEL GLOMO YUGULAR  
NEOPLASMAS DEL OIDO

***Subject headings:***

GLOMUS YUGULARE TUMOR  
EAR NEOPLASMS

El glomus yugular es un tumor relativamente raro que se presenta en el oído medio, y que sigue una pauta invariable en cuanto a su crecimiento y propagación. Es apropiado considerar que estos tumores son benignos, porque muchas veces crecen con lentitud, ocasionan destrucción local, pero no contienen figuras mitóticas, aunque se han informado nódulos metastásicos en el cuello<sup>1-3</sup>. Por su crecimiento lento pueden comenzar tempranamente y manifestarse en edades tardías<sup>1</sup>. Estos tumores plantean un desafío diagnóstico y terapéutico, ya que pueden presentarse en ambos lados del cuello, en múltiples miembros de una familia y producir cambios endocrinos; son más frecuentes en la mujer que en el hombre en una relación de 6:1<sup>1,4-6</sup>. Los síntomas antes del diagnóstico varían entre unas semanas y varios años. Inicialmente aparecen acúfenos pulsátiles; posteriormente, con el crecimiento del tumor y la toma ósea pueden involucrar nervios craneales, como el nervio facial, o presentarse como un pólipo pulsátil en el conducto auditivo externo. Con la afección de la base del cráneo puede aparecer paresia de los pares craneales IX, X, XI, XII y, por último, con la diseminación intracraneal aparecen síntomas que imitan los tumores encefálicos<sup>1</sup>. Son de difícil solución quirúrgica, y en ocasiones se consigue una reducción del tumor de sólo 10-60 %<sup>1,6</sup>. Para ofrecer un tratamiento más actualizado hay que contar con un departamento de imagen dotado con sistemas de visualización (resonancia magnética, TAC helicoidal, angiografía digital y medicina nuclear), para poder realizar la cirugía estereotáxica con gamma knife. Esto permite una excelente delimitación - tanto anatómica como funcional - de las lesiones, y un análisis adecuado del tratamiento con máximas garantías para el paciente<sup>7-10</sup>.

Presentación de dos pacientes:

Acuden a nuestra consulta dos pacientes del sexo femenino, raza blanca, en el rango de edad de 30-50 años, que presentan ruidos pulsátiles de oídos.

Paciente 1: MPR de 55 años de edad, que acude a consulta por ruido pulsátil de oído izquierdo; al examen otoscópico se encuentra un tumor azulado en conducto auditivo externo, el cual fue extirpado mediante intervención quirúrgica; el resultado histológico fue compatible con tumor glómico. Posterior a esto, la paciente presenta una paresia facial; se le realizan exámenes audiométricos, donde se observa una hipoacusia conductiva moderada; en la impedanciometría



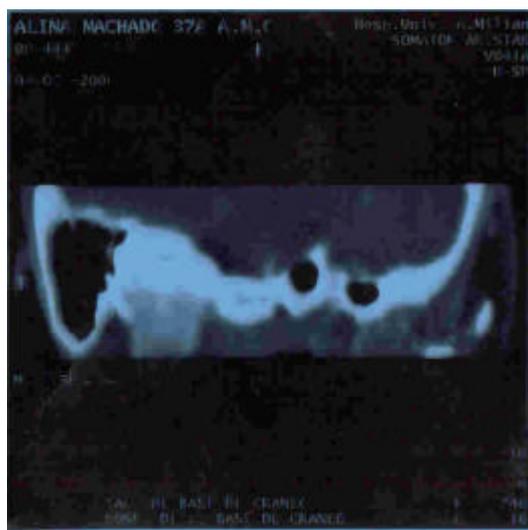


Fig 3 Reconstrucción multiplanos oblicua derecha, donde se define malformación venosa a nivel de la fosa yugular.

**Comentario:**

La presencia del glomus yugular representa para el otorrinolaringólogo un desafío, tanto diagnóstico como terapéutico. En nuestra experiencia de 30 años en la especialidad se han presentado dos pacientes, de los cuales uno de ellos ha evolucionado positivamente con cobaltoterapia y el otro espera un tratamiento especial y específico por el tamaño de su lesión, lo que coincide con los resultados de varios autores respecto al tratamiento<sup>7-10</sup>; por ello, la presencia de un ruido pulsátil en el oído siempre debe estudiarse, a pesar de la rareza de este tumor.

**Referencias bibliográficas**

1. Parisier SC, Edelstein DR, Levenson UJ. Tumores de oído medio y mastoides. En: Paparella MM, Shumrick DA, Gluckman IL, Meyerhoff WL. Otorrinolaringología Vol. 2. 3ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1994; p. 1709-40.
2. Brews C, Bottrill ID, Wharton SO, Moffat DA. Glomus yugulare tumor with metastasis to cervical lymph nodes. J Laringol Otol 2000;114(1):67-9.
3. Fragola C, Álvarez Cozar F. Otagias secundarias a patologías de oído interno En: Rabaso E, Fragola C, Vallejo La otalgia. Barcelona: Laboratorios Menarini, 2000; p. 63-9.
4. Marangos N, Schumacher M. Management of large bilateral glomus yugulare tumor. HNO 1999; 47(9):816-20.
5. Guran S, Tali ET. Mutations during the progression of glomus tumor. Pathol Oncol Res 1999; 5(1):41-5.
6. Kacker A, Sykes SH, Heier LA, Selesnick SHH. Bilateral paragangliomas with associated venous anomalies. Otol Neurotol 2001;22(1):123.
7. Hospital Ruber Internacional. Radiocirugía con gamma knife [artículo electrónico] 2003 [consultado 02/05/2003]. Disponible en: <http://www.neuroruber.com/gamma/index.html>
8. Liscak R, Vladyka V, Wowra B, Kemeny A, Forster D, Burzaco JA, et al. Gamma knife radiosurgery of the glomus yugulare tumor. Acta Neurochir (Wien) 1999; 141(11):1141-6.
9. Eustacchio S, Leber K, Trummer M, Unger F, Pendl G. Gamma knife radiosurgery for glomus yugulare tumors. Acta Neurochir (Wien) 1999;141(8):811-8.
10. Jordan JA, Roland PS. Stereotactic radiosurgery for glomus yugulare tumors. Laryngoscope 2000;110(1):35-8.