



Hallazgo incidental de un lipoma del conducto auditivo interno en una paciente de 12 años

Rocío M. Piastrelini¹ , Patricia A. Sommerfleck² 

RESUMEN

Los lipomas del conducto auditivo interno son tumores benignos poco frecuentes que representan el 0,08 % de todos los tumores intracraneales y pueden confundirse con otras lesiones más comunes en esta localización, como el schwannoma vestibular.

Presentamos el caso de una niña de 12 años en la que se diagnosticó un lipoma de conducto auditivo interno de manera incidental por resonancia magnética solicitada para estudio de convulsiones. La paciente se encontraba asintomática al momento de la consulta. Se realizaron controles periódicos mediante resonancia magnética y evaluaciones auditivas y vestibulares.

El diagnóstico imagenológico preciso es fundamental para el tratamiento adecuado del paciente, ya que los lipomas de conducto auditivo interno se caracterizan por su crecimiento lento e infrecuente. La cirugía solo está indicada en casos de síntomas intratables o progresivos, o crecimiento del tumor.

Palabras clave: informes de caso; lipoma; ángulo pontocerebeloso; conducto auditivo interno.

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10762>
doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10762.eng>

Cómo citar: Piastrelini RM, Sommerfleck PA. Hallazgo incidental de un lipoma del conducto auditivo interno en una paciente de 12 años . Arch Argent Pediatr. 2025;e202510762. Primero en Internet 26-DIC-2025.

¹ Servicio de Otorrinolaringología, Clínica 25 de Mayo, Mar del Plata, Argentina; ² Servicio de Otorrinolaringología, Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia para Rocío M. Piastrelini: rociopiastrelini@gmail.com

Financiamiento: Ninguno.

Conflictos de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 20-5-2025

Aceptado: 21-10-2025



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.
Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original.
No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.
Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

Los lipomas en el ángulo pontocerebeloso (APC) y el conducto auditivo interno (CAI) son tumores benignos raros que representan el 0,08 % de los tumores intracraneales, y pueden confundirse con schwannomas vestibulares.¹ Los síntomas comunes incluyen hipoacusia neurosensorial, acúfenos y mareos. A diferencia de los schwannomas, los lipomas envuelven los nervios en lugar de comprimirlos, lo que hace que la resección quirúrgica total sea difícil y arriesgada. Por esta razón, la cirugía generalmente no se recomienda, a menos que los síntomas sean graves o el tumor aumente de tamaño.¹ La edad media de presentación es de aproximadamente 40 años y afecta ligeramente más a los hombres; la hipoacusia neurosensorial es el síntoma de presentación más frecuente.¹

Se describe el caso de una paciente de 12 años con un lipoma en el conducto auditivo interno izquierdo, hallado incidentalmente durante un estudio por convulsiones. La importancia de este reporte radica en lo inusual del caso, tanto por la temprana edad de la paciente como por la infrecuente localización del tumor. Este reporte de caso se adhiere a las directrices CARE.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 12 años con antecedentes de deficiencia de ornitina carbamoil transferasa (OTCD) que presentó un primer episodio de convulsiones tónico-clónicas generalizadas. Se solicitó una resonancia magnética nuclear (RMN) de encéfalo con

contraste intravenoso de control, en la que se identificó una lesión de 7 mm en el conducto auditivo interno izquierdo, compatible con un lipoma, que era hiperintenso en T1, T2 (mayormente heterogénea) y FLAIR (Figura 1). La paciente no presentaba RMN de encéfalo previas.

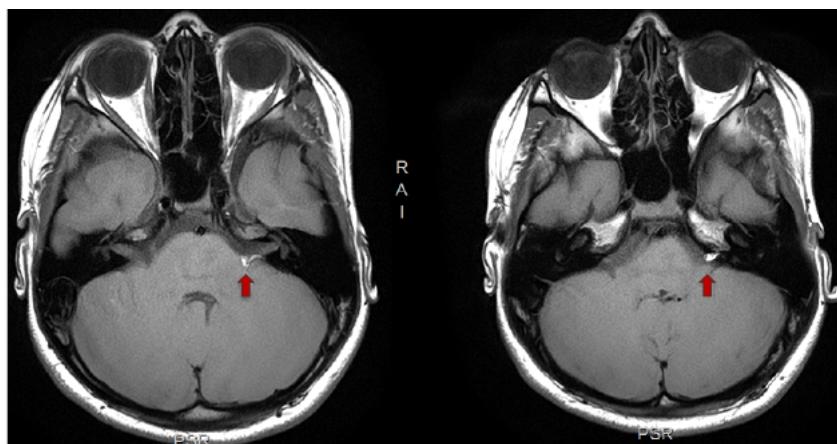
Debido a la proximidad de la lesión al paquete acústico-facial, se derivó a Otorrinolaringología pediátrica. La paciente había experimentado mareo y vértigo de corta duración durante meses; el último episodio había sido un mes antes de la consulta, pero en el momento de la evaluación se encontraba asintomática. No refirió cefalea, cinetosis, caídas o síntomas vegetativos. Tampoco manifestó hipoacusia o acúfenos. Al interrogar sobre antecedentes familiares, su madre refirió padecer migraña.

En el examen físico, la paciente presentó otomicroscopia normal. En las pruebas vestibulares, no presentó nistagmo espontáneo. Se evaluó la vía vestíbulo espinal mediante Romberg, Unterberger y prueba de indicación de índices de Barany: sin lateralización. Logró sin dificultad la marcha en tandem. Al examinar la vía vestíbulo-ocular: en el seguimiento lento, presentó escasas intrusiones sacádicas y la prueba de impulso cefálico clínico fue positiva a izquierda. No presentó dismetría ni diadococinesia.

Se realizaron estudios complementarios: audiometría tonal y logoaudiometría con resultado normal; en la timpanometría presentó curva A en ambos oídos.

El sistema vestibular de la paciente fue

FIGURA 1. Resonancia magnética nuclear de encéfalo con contraste intravenoso



Lesión hiperintensa en T1 (marcado con flecha roja) compatible con lipoma de conducto auditivo interno izquierdo.

evaluado mediante videonistagmografía, donde no se observó nistagmo espontáneo en mirada primaria ni en mirada extrema, aunque se notaron pequeños movimientos de acomodación al realizar pruebas oculomotoras y de seguimiento. (Figura 2). En la prueba del impulso cefálico (video head impulse test -VHIT-), que mide la ganancia del reflejo vestíbulo-ocular en los seis canales semicirculares, se halló una disminución de la ganancia en el oído izquierdo (canal semicircular horizontal) con un valor de 0,74, por debajo del rango normal de 0,8-1,2, mientras que el oído derecho mostró un valor normal de 0,91. Los otros canales fueron normales (Figura 3).

Se programaron controles cada seis meses con audiometría tonal, logoaudiometría, timpanometría y VHIT, y RMN cada dos años o si hubiera empeoramiento de los síntomas. La paciente sigue asintomática seis meses después de la primera consulta.

DISCUSIÓN

Los lipomas en el APC/CAI son muy raros, constituyen solo el 0,08 % de los tumores intracraneales y el 0,1 % de todas las lesiones en APC/CAI. Su diagnóstico diferencial incluye schwannomas vestibulares, quistes epidermoides, meningiomas, quistes aracnoideos, quistes dermoides y hemangiomas.¹

En cuanto a la presentación clínica, en la última revisión sistemática con 219 pacientes con lipoma de APC/CAI, la mediana de edad de presentación fue de 42 años. Fue ligeramente más común en varones (53 % vs. 47 %). Los síntomas más frecuentes fueron la hipoacusia neurosensorial (69 %), acúfenos (47 %) y mareos o inestabilidad (44 %).¹ En nuestro caso, la edad de presentación fue menor (12 años), el diagnóstico fue incidental en contexto de estudio por primer episodio convulsivo y se encontraba asintomática al momento de la primera consulta en Otorrinolaringología, aunque presentaba antecedentes de mareo y vértigo, los cuales no habían sido relevantes ni motivo de estudio hasta este momento.

Ese episodio de mareo y vértigo pudo haber sido el primer síntoma de presentación del lipoma de CAI o también deberse a otras patologías, por lo que es crucial el seguimiento y el interrogatorio completo sobre síntomas vestibulares.

En cuanto al diagnóstico por imágenes, los lipomas de APC/CAI suelen ser hipodensos en tomografía axial computada,² y aparecen hiperintensos en RMN ponderada en T1, tanto antes como después del contraste. En RMN ponderada en T2 muestran alta variabilidad y no realzan con contraste. La supresión de grasa ayuda a diferenciarlos de otras lesiones.^{1,2}

FIGURA 2. Seguimiento sacádico aleatorio, evaluación oculomotora

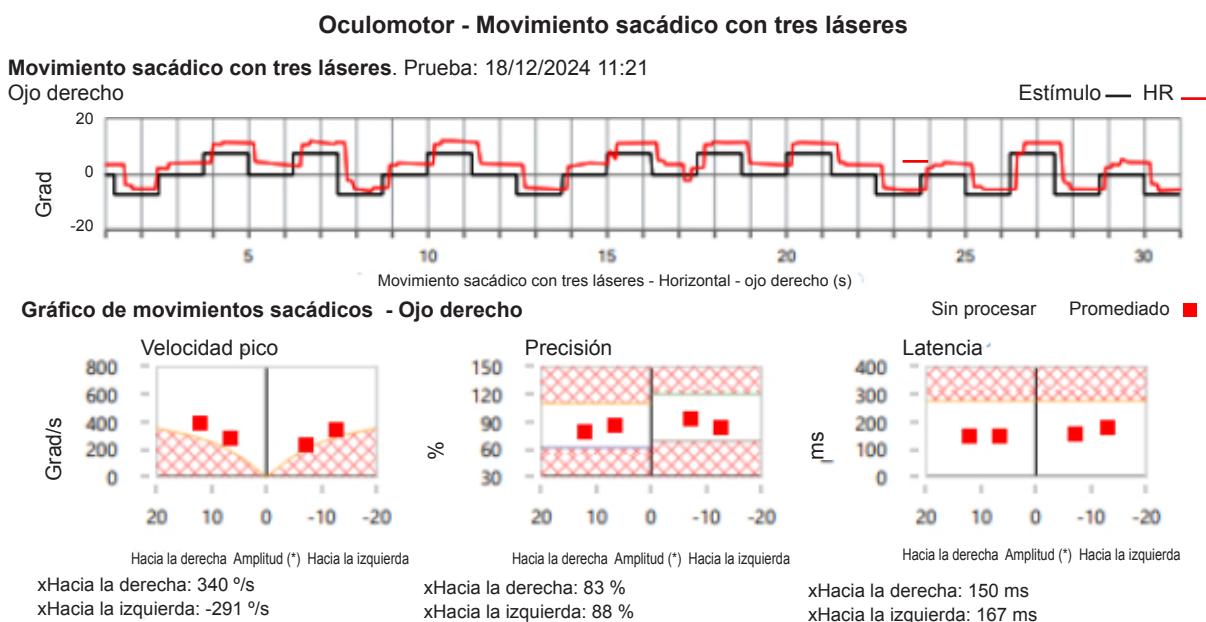
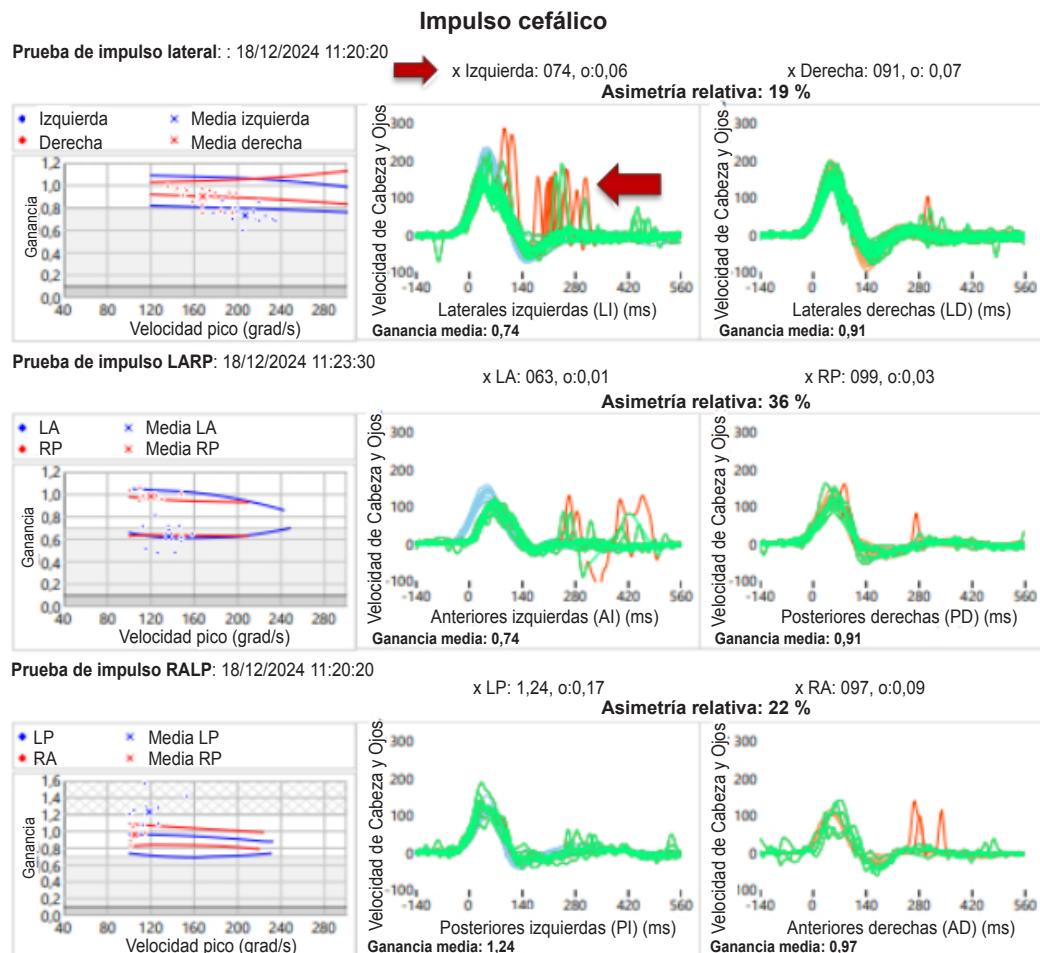


FIGURA 3. Prueba del impulso céfálico



LARP: izquierda anterior, derecha posterior; RALP: derecha anterior, izquierda posterior; LA: izquierda anterior; RP: derecha posterior; LP: izquierda posterior; RA: derecha anterior (por sus siglas en inglés).
Se evidencia disminución de la ganancia del VOR (reflejo vestíbulo-ocular) del canal semicircular horizontal izquierdo: Ganancia = 0,74, Valor normal 0,8-1,2 con presencia de sacádicos covert y overt (marcado con flecha roja).

Históricamente, los lipomas de APC/CAI requerían una biopsia quirúrgica para el diagnóstico histopatológico. Debido al progreso de la RMN, se ha reducido la necesidad de estas biopsias a lo largo del tiempo.¹ En muchas series, se destacan los malos resultados del abordaje quirúrgico de este tipo de tumor, con un aumento de la morbilidad y los costos. El avance en las técnicas de imagen ha permitido el diagnóstico incidental de los lipomas de APC/CAI, lo que ha reducido el tamaño del tumor al momento del diagnóstico. Actualmente, la media es de 7 mm, según estudios recientes (Totten *et al.*, 2021; White *et al.*, 2013), en comparación con los 11 mm de estudios previos (Bigelow *et al.*, 1998).^{1,3,4}

El origen de los lipomas en el contexto de APC/CAI es incierto. Algunos autores sugieren que provienen de una diferenciación anómala de la materia primitiva de la cresta neural, similar a otros lipomas intracraneales. Esta teoría podría explicar su crecimiento lento y su tendencia a rodear, en lugar de comprimir, las estructuras neuronales.¹

En el estudio de Totten *et al.*, se evaluó el crecimiento de los lipomas de APC/CAI en 17 pacientes, y ninguno presentó crecimiento durante un seguimiento promedio de 47 meses. Sin embargo, en su revisión sistemática se encontraron tres casos con crecimiento lento de estos lipomas, especialmente en edades tempranas. Por ello, los autores recomiendan

evaluaciones auditivas y vestibulares anuales durante 5 años para adultos y 10 años para niños, además de realizar RMN cada 2-3 años o cuando haya indicios de empeoramiento en los estudios previos.¹

La cirugía para tratar el vértigo grave es rara y generalmente no mejora los síntomas; puede incluso empeorarlos, ya que se asocia con efectos secundarios como hipoacusia, cefalea y paresia facial. Debido a la cercanía de los tumores con estructuras neurovasculares, la resección total es difícil y el abordaje puede dañar dichas estructuras. La vía quirúrgica translaberíntica, usada en el 25 % de los casos, elimina la audición en el lado afectado. Por lo tanto, siendo poco probable que el APC/CAI aumente de tamaño, la mayoría de los pacientes no requieren cirugía. De esta manera, es crucial realizar una evaluación detallada de las imágenes de RMN para determinar el diagnóstico y el tratamiento adecuado.¹

Este caso clínico es relevante porque, a diferencia de la mayoría de los reportes que describen adultos con síntomas audiológicos o vestibulares,^{1,5} se trata de una paciente pediátrica asintomática, con antecedente de mareo y vértigo, y diagnóstico incidental de lipoma del conducto auditivo interno, con pruebas audiológicas normales y hallazgos vestibulares mínimos.

El caso presentado en este artículo describe a una niña de 12 años asintomática con un lipoma de CAI diagnosticado incidentalmente; debido a su baja probabilidad de crecimiento, se optó por seguimiento con controles periódicos mediante pruebas auditivas, vestibulares y de imágenes.

Los lipomas de APC/CAI crecen lentamente y rara vez causan complicaciones, por lo que se recomienda una conducta expectante, salvo que presenten síntomas graves o crecimiento significativo. En pacientes pediátricos, se sugiere un seguimiento más riguroso y prolongado que en adultos.

Es fundamental realizar una anamnesis detallada enfocada en los síntomas de presentación del tumor, ya que incluso en pacientes asintomáticos pueden hallarse antecedentes relevantes, como mareos o vértigo. Además de las pruebas de imagen y auditivas, se recomienda una evaluación vestibular completa, que puede revelar alteraciones funcionales sutiles no evidentes clínicamente. ■

REFERENCIAS

1. Totten DJ, Manzoor NF, Perkins EL, Labadie RF, Bennett ML, Haynes DS. Cerebellopontine Angle and Internal Auditory Canal Lipomas: Case Series and Systematic Review. *Laryngoscope*. 2021;131(9):2081-7. doi: 10.1002/lary.29434.
2. Buyukkaya R, Buyukkaya A, Ozturk B, Yaman H, Belada A. CT and MR Imaging Characteristics of Intravestibular and Cerebellopontine Angle Lipoma. *Iran J Radiol*. 2014;11(2):e11320. doi: 10.5812/iranjradiol.11320.
3. White JR, Carlson ML, Van Gompel JJ, Neff BA, Driscoll CL, Lane JI, et al. Lipomas of the cerebellopontine angle and internal auditory canal: Primum Non Nocere. *Laryngoscope*. 2013;123(6):1531-6. doi: 10.1002/lary.23882.
4. Bigelow DC, Eisen MD, Smith PG, Yousem DM, Levine RS, Jackler RK, et al. Lipomas of the internal auditory canal and cerebellopontine angle. *Laryngoscope*. 1998;108(10):1459-69. doi: 10.1097/00005537-199810000-00008.
5. Hadj Taieb MA, Maamri K, Elkahlia G, Darmoul M. A case report of a Cerebellopontine angle lipoma revealed by vertigo. *Clin Case Rep*. 2022;10(3):e05550. doi: 10.1002/ccr3.5550.