

601

**VALORACIÓN
ANATÓMICA DEL OÍDO
PARA LA
INTERPRETACIÓN DE LA
PATOLOGÍA POR TC
MULTIDECTOR**

Autores:

De Majo Marina Soledad

Larralde Josefina

Melo Barbieri Nayme

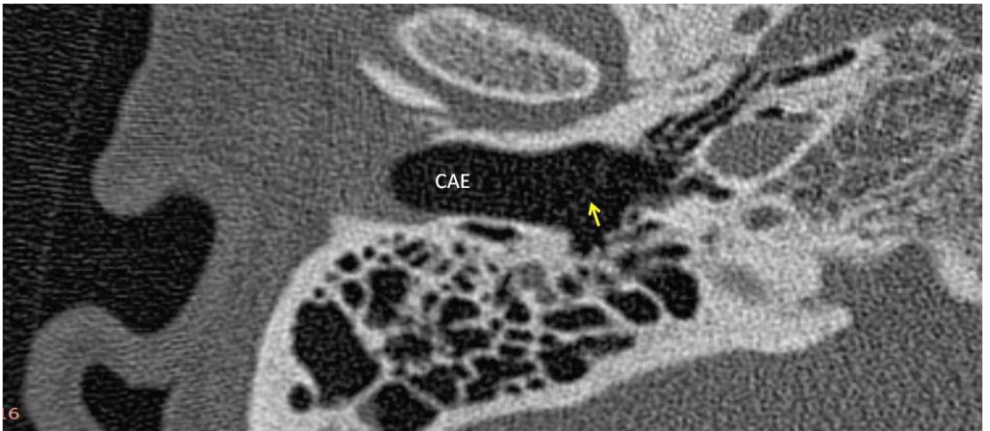
Naiara

De Luca PabloA.

Borsa Luis Adrian

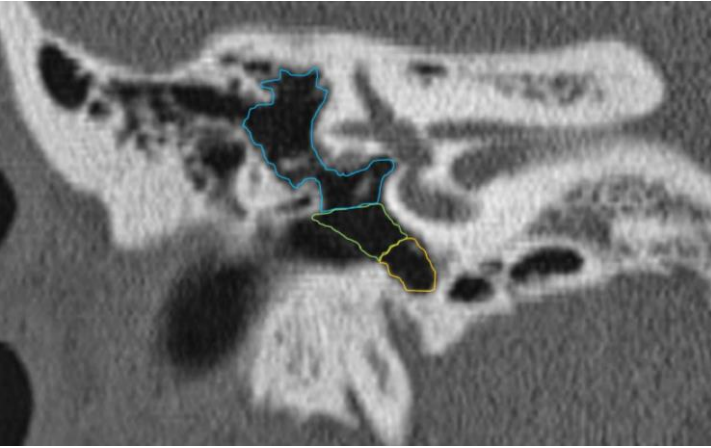
Aguerre German Dario

OIDO EXTERNO

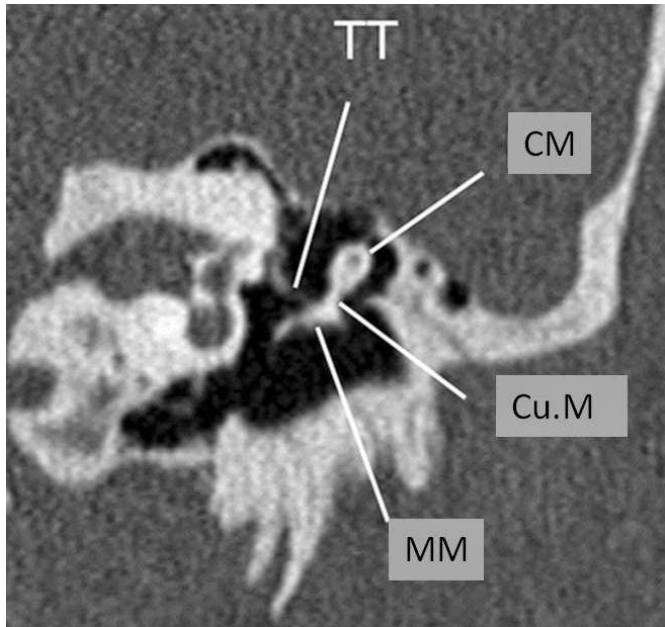


TC corte axial que muestra conducto auditivo externo y membrana timpánica (flecha).

- **OTITIS EXTERNA MALIGNA:** Infección severa del CAE y tejidos blandos adyacentes, se presenta en inmunodeprimidas por gérmenes oportunistas. Clínicamente, el cuadro empieza con otalgia, otorrea purulenta, pérdida de la audición y cefalea. En el 20-30% parálisis facial y en un 15-35% afectación de otros pares craneales (IX, X, XI, XII). La TC tiene utilidad para detectar erosiones óseas, disminución de la densidad en la base de cráneo y el compromiso de mastoides. En estadios precoces se puede identificar la presencia de edema, mayor captación de contraste en los tejidos blandos del CAE y engrosamiento del pabellón auricular. En fases tardías se observan celulitis y abscesos.
- **OSTEOMA:** Neoformación ósea benigna localizada en tercio externo del CAE, sobre las suturas timpanoescamosa. Pueden presentarse como una masa de partes blandas con mínimo grado de osificación a una lesión exclusivamente formada por hueso lamelar. Suelen ser pedunculados, unilaterales y tienden a crecer haciéndose sintomáticos cuando estenosan el canal. En TC suelen verse como lesiones focales ósea pedunculadas.

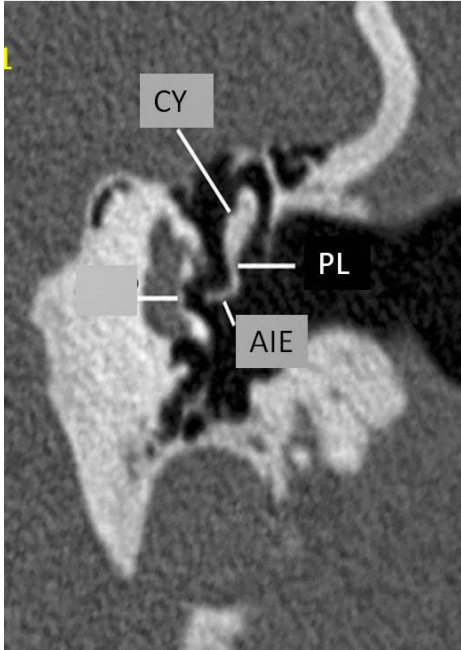


Corte coronal a la estura de la vuelta basal de la cóclea, demuestra epitímpano (azul), mesotímpano (verde) e hipotímpano (naranja).

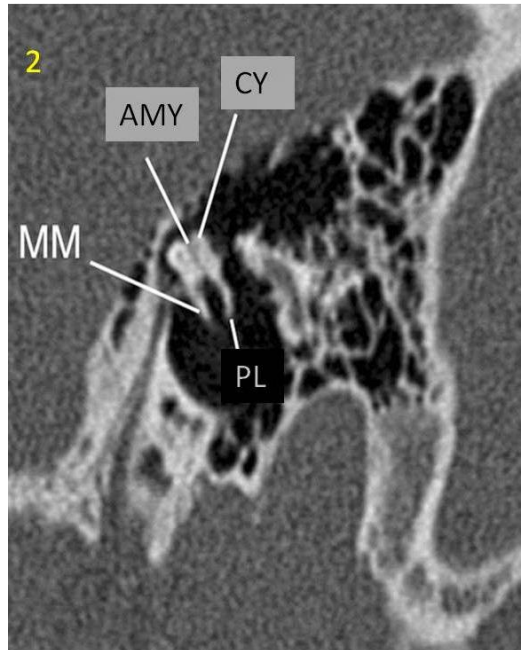


TC coronal doble oblicuo de martillo muestra cabeza de martillo (CM), cuello de martillo (Cu.M), manubrio del martillo (MM) y tendón del músculo tensor del tímpano.

OIDO MEDIO



TC coronal doble oblicuo de yunque muestra; cuerpo yunque (CY), proceso largo (PL) y articulación con estribo (AIE).



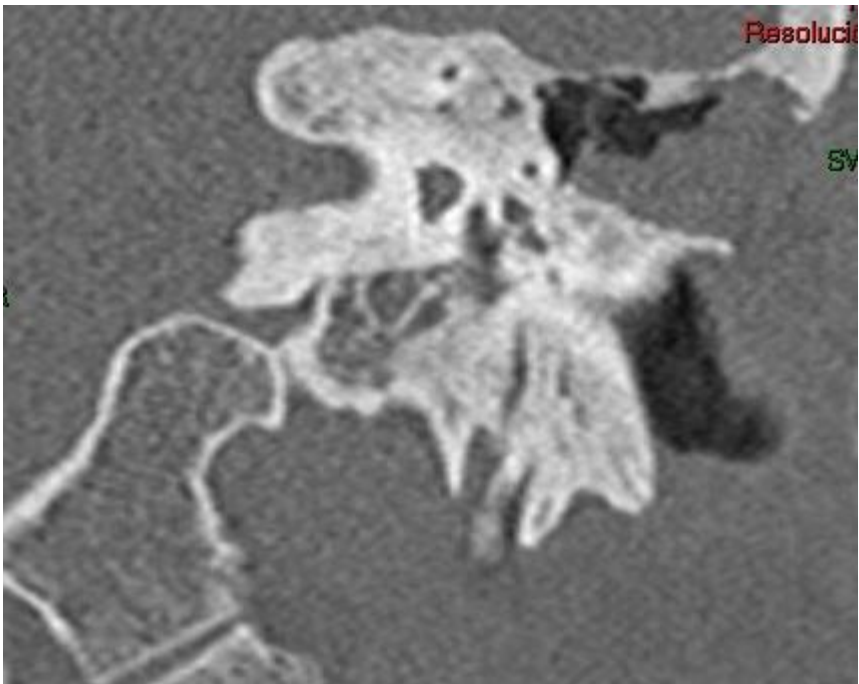
TC sagital doble oblicuo muestra; apariencia molar de articulación incudomalleolar (AMY).

- **OTITIS MEDIA AGUDA:** Ocupación de a caja del oído medio por tejido de partes blandas sin asociarse a erosión. Complicaciones: Absceso subperiostico, Meningitis, Tromboflebitis de seno sigmoide, Laberinitis, Petrositis. La TC es de elección en el diagnóstico de las complicaciones.

- **COLESTEATOMA:** Masa compuestas por epitelio escamoso estratificado ectópico conjuntamente con queratina exfoliada. Sin generar erosión. Dos formas de presentación: Colesteatoma de la pars flácida (más frecuente) y el de la pars tensa. Se presenta como una ocupación con atenuación de partes blandas en el espacio de Prussak, que puede desplazar la cabeza del martillo y el cuerpo del yunque y producir erosión del sctum. El espacio de Prussak se abre posteriormente al epitimpano y desde allí se extiende hacia el áticoposterolateral, adictus ad antru, antro y celdillas mastoideas. EL ensanchamiento del aditus es una imagen diagnostica importante.

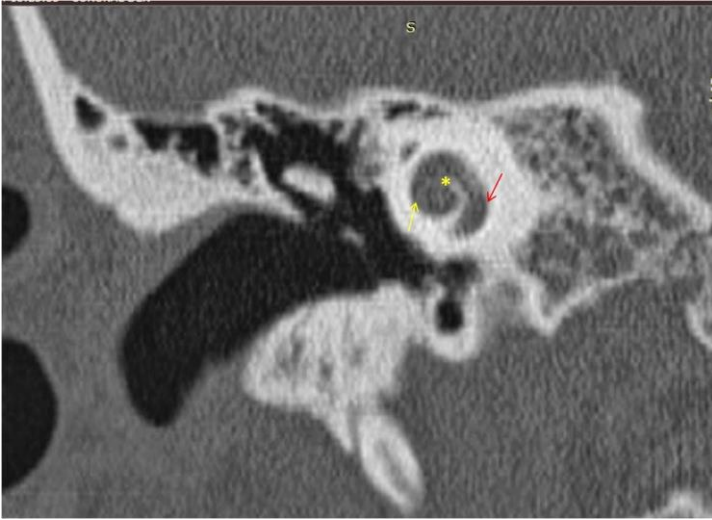
601

COLESTEATOMA

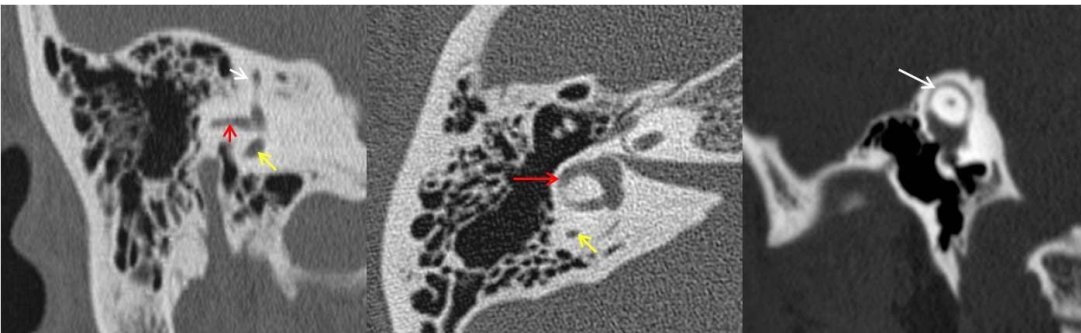


601

OIDO INTERNO



TC coronal muestra; coclea (*), su vuelta basal (flecha roja) y vuelta media (flecha amarilla)



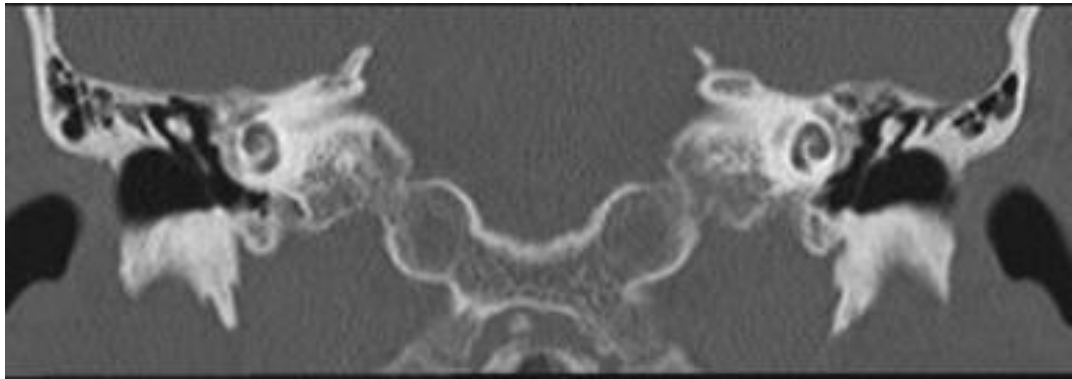
TC coronal, axial y sagital oblicua (Poschls) muestra; canal semicircular superior (flecha blanca), canal semicircular lateral (flecha roja) y canal semicircular posterior (flecha amarilla).

- **OTOESCLEROSIS:** Aparición de focos de hueso esponjoso en la fisura de tejido fibrocartilaginoso entre el oído medio y el interno, justo anterior a la ventana oval. Extendiéndose alrededor de la ventana oval, redonda y a lo largo de la capsula ótica envolviendo completamente a la cóclea.
- El hallazgo radiológico fundamental es un foco lítico, de baja atenuación en cápsula ótica localizado inmediatamente anterior a la ventana oval, en el TC aparece como un área de desmineralización, de baja atenuación.

- **SCHWANOMA DEL ACÚSTICO:** Normalmente asienta en la rama vestibular del VIII par. Cuando son de pequeño tamaño tienen una morfología cilíndrica y se localizan en la porción intracanalicular del conducto auditivo interno, de manera que cuando crecen hacia la cisterna del ángulo pontocerebeloso adquieren una morfología de “cono de helado”. No presentan calcificaciones y captan contraste yodado y gadolinio ávidamente.

601

OTOESCLEROSIS



Conclusión:

- El radiólogo debe estar familiarizado con la compleja morfología del Oído ya que es de difícil interpretación por imagen debido sobre todo a tres factores: La presencia de múltiples estructuras, su situación en un espacio muy reducido y su orientación en diferentes planos del espacio.