

Otología y Neurología

Automastoidectomía en otitis media crónica colesteatomatosa: serie de casos y revisión bibliográfica

Automastoidectomy in chronic cholesteatomatous otitis media: case series and literature review

Automastoidectomia na otite média crônica colesteatomatosa: série de casos e revisão de literatura

Dr. Santiago Monsalve⁽¹⁾, Dra. Diana Herazo⁽²⁾, Dra. Natalia Beisa⁽³⁾,
Dra. Valentina Ambrosetti⁽⁴⁾, Dr. Esteban Bercellini⁽⁵⁾

Resumen

Introducción: El colesteatoma es un tumor que crece en el hueso temporal. El tratamiento de elección es quirúrgico, con una mastoidectomía. La automastoidectomía es la destrucción del hueso mastoideo, formando una cavidad, producida por el colesteatoma, en pacientes sin antecedentes de cirugías otológicas. La automastoidectomía es una de las posibles evoluciones del colesteatoma, escasamente descrita en la bibliografía.

Objetivo: Describir, en pacientes con colesteatoma y con automastoidectomía, características clínicas, hallazgos tomográficos, complicaciones y evolución postoperatoria.

Material y Método: Estudio descriptivo, prospectivo. Se estudiaron pacientes diagnosticados y tratados por colesteatoma que evidenciaron automastoidectomía, que consultaron al Servicio desde junio de 2023 hasta junio de 2024 en el Hospital de Clínicas «José de San Martín», en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resultados: Se obtuvo una serie de 8 casos con una edad media de 46 años. Los síntomas más frecuentes fueron la otorrea, la hipoacusia y la otalgia. Se evidenció un caso con parálisis facial y otro con vér-

tigo. Los hallazgos tomográficos mostraron las cavidades de automastoidectomía. Dentro de los hallazgos intraoperatorios durante la mastoidectomía, se encontraron alteraciones en el nervio facial y en el canal semicircular horizontal dehiscente, además de la ausencia de la cadena oscilar. Todos los pacientes evolucionaron favorablemente luego de su mastoidectomía.

Conclusión: El colesteatoma tiene como principal tratamiento la mastoidectomía. Algunos pacientes pueden presentar en forma espontánea un proceso de automastoidectomía. Este estudio aporta al entendimiento de la evolución natural de las otitis media crónica colesteatomatosa y de las posibles implicancias de esta particular condición, poco desarrollada en la bibliografía.

Palabras clave: colesteatoma, mastoidectomía, otitis media crónica, automastoidectomía.

Abstract

Introduction: Cholesteatoma is a lesion that grows within the temporal bone. The treatment of choice is surgical management with mastoidectomy. Automastoidectomy is defined as the destruction of the mastoid bone with cavity formation caused by cho-

⁽¹⁾ Médico adscripto al Servicio de Otología.

^(2, 3, 4) Médicos residentes de Otorrinolaringología.

⁽⁵⁾ Jefe de la Sección Otología.

Hospital de Clínicas «José de San Martín», CABA, Argentina.

Mail de contacto: monsalvesantiago12@gmail.com

Fecha de envío: 27 de enero de 2026 - Fecha de aceptación: 15 de febrero de 2026.

lesteatoma in patients with no history of previous otologic surgery. Automastoidectomy represents one of the possible outcomes of cholesteatoma and is rarely described in the literature.

Objective: To describe the clinical characteristics, tomographic findings, complications, and postoperative course of patients with cholesteatoma and automastoidectomy.

Material and Method: A descriptive, prospective study was conducted. Patients diagnosed and treated for cholesteatoma who developed automastoidectomy and were evaluated between June 2023 and June 2024 at the Hospital de Clínicas José de San Martín, Buenos Aires, Argentina, were included.

Results: A series of eight cases was analyzed, with a mean age of 46 years. The most frequent symptoms were otorrhea, hearing loss, and otalgia. One patient presented with facial paralysis and one with vertigo. Computed tomography demonstrated automastoidectomy cavities. Intraoperative findings during mastoidectomy included facial nerve abnormalities, dehiscence of the lateral semicircular canal, and absence of the ossicular chain. All patients showed favorable postoperative outcomes.

Conclusion: Mastoidectomy remains the mainstay of treatment for cholesteatoma. Some patients may spontaneously develop automastoidectomy. This study contributes to the understanding of the natural history of chronic cholesteatomatous otitis media and the potential implications of this uncommon condition.

Keywords: cholesteatoma, mastoidectomy, chronic otitis media, automastoidectomy.

Resumo

Introdução: O colesteatoma é uma lesão que cresce no osso temporal. O tratamento de escolha é cirúrgico, por meio de mastoidectomia. A automastoidectomia é definida como a destruição do osso mastoide com formação de cavidade causada pelo colesteatoma em pacientes sem histórico de cirurgias otológicas prévias. A automastoidectomia representa uma das possíveis evoluções do colesteatoma e é pouco descrita na literatura.

Objetivo: Descrever as características clínicas, os achados tomográficos, as complicações e a evolução pós-operatória de pacientes com colesteatoma e automastoidectomia.

Material e Método: Foi realizado um estudo descritivo prospectivo. Foram incluídos pacientes diagnosticados e tratados por colesteatoma que

apresentaram automastoidectomia e que foram atendidos entre junho de 2023 e junho de 2024 no Hospital de Clínicas José de San Martín, Buenos Aires, Argentina.

Resultados: Foi analisada uma série de oito casos, com idade média de 46 anos. Os sintomas mais frequentes foram otorreia, perda auditiva e otalgia. Um paciente apresentou paralisia facial e outro vertigem. A tomografia computadorizada demonstrou cavidades de automastoidectomia. Os achados intraoperatórios durante a mastoidectomia incluíram alterações do nervo facial, deiscência do canal semicircular lateral e ausência da cadeia ossicular. Todos os pacientes apresentaram evolução pós-operatória favorável.

Conclusão: A mastoidectomia permanece como o principal tratamento do colesteatoma. Alguns pacientes podem desenvolver espontaneamente automastoidectomia. Este estudo contribui para a compreensão da história natural da otite média crônica colesteatomatosa e das possíveis implicações dessa condição incomum.

Palavras-chave: colesteatoma, mastoidectomia, otite média crônica, automastoidectomia.

Introducción

La mastoidectomía ha sido considerada a lo largo de la historia como una de las cirugías más efectivas para salvar una vida. Esto se fundamenta en las temidas complicaciones que producía la otitis media aguda purulenta en la era preantibiótica⁽¹⁾.

El principio anatómico detrás de una mastoidectomía subyace en la apertura del sistema neumático temporal ubicado en la porción mastoidea, lo que da comunicación, en grado variable, con la caja timpánica. La más simple de ellas se conoce como mastoidectomía cerrada o *canal wall up*. Consiste en remover la cortical mastoidea, respetando la pared posterior del conducto auditivo externo, hasta exponer el antro y el espacio epitimpánico posterior, y en «saucerizar» todas las celdas⁽²⁾.

Cuando, por la patología subyacente, se requiere una mayor exposición de los distintos compartimentos del oído (retrotímpano, espacio epitimpánico anterior, recesos faciales), la pared posterior del conducto auditivo externo debe ser derribada, configurando la mastoidectomía abierta, radical o *canal wall down*. Esta técnica permite exponer la vertiente mastoidea de la tercera porción del nervio facial y la vertiente timpánica, en un gesto quirúrgico que se conoce como descenso del muro del facial⁽²⁾.

La mastoidectomía abierta puede tener variantes. En ocasiones, se busca preservar la porción tensa de la membrana timpánica, así como también la cadena osicular, configurando de este modo una mastoidectomía radical modificada. Esta técnica fue descripta inicialmente en 1907 por Gustave Bondy⁽³⁾.

En algunos casos, el fresado no se realiza de forma transcortical, sino que se parte desde el conducto auditivo externo en su extremo medial hacia la mastoides. De manera retrógrada, se comienza el fresado del *scutum* exponiendo el epítimpano y, una vez identificado el *aditus ad antrum* y el nervio facial, se comienza el fresado hacia posterior hasta encontrar el antro mastoideo, dejando la cortical intacta. Este tipo de técnica se conoce como mastoidectomía boca a fondo, retrógrada o *inside out*⁽⁴⁾.

Se entiende por automastoidectomía a la «sauerización» progresiva de la mastoides mediada por un crecimiento crónico, lento pero inexorable de patología tumoral del oído medio, siendo la estirpe histopatológica más frecuente el colesteatoma invasor. En estos pacientes, sin que medie la mano del cirujano, la mastoides impresiona intervenida, como si de una mastoidectomía radical se tratase⁽⁵⁾.

En pacientes con otitis media crónica colesteatomatosa y automastoidectomía, la pared posterior del conducto auditivo externo suele estar erosionada, con la tercera porción del nervio facial expuesta hasta el foramen estilomastoideo. Así como también el ángulo sinodural (de Citelli) suele encontrarse bien demarcado, muchas veces el *tegmen antri*, el mastoideo y el timpánico aparecen erosionados. En algunos casos, se observa la erosión del *block* laberíntico. Se trata, por consiguiente, de pacientes que suelen presentarse con supuración crónica, fístula mastoideo-cutánea, hipoacusias severas, inestabilidad y/o parálisis facial. Jackler describió las rutas típicas de crecimiento del colesteatoma; la más prevalente es la que se extiende desde el espacio de Prussak hacia el antro mastoideo^(6, 7). Si este crecimiento se prolonga en el tiempo, continúa por erosionar las celdas mastoideas, comprimiendo el cuerpo del yunque y erosionándolo. Posteriormente, se erosiona la *fossa incudis* en una zona de debilidad que corresponde a la celda centinela de House. Luego, la pared posterior del canal auditivo externo se erosiona, pudiendo comprometerse hacia posterior el seno sigmoideo. De esta forma, se comienza a gestar la automastoidectomía, que constituye una forma de presentación infrecuente de las otitis medias crónicas colesteatomatosas.

La patogénesis del colesteatoma no es muy clara. Su fisiopatología y los mecanismos moleculares implican una compleja interacción entre inflamación crónica, hiperproliferación epitelial, remodelación de la matriz extracelular y erosión ósea. Las citocinas inflamatorias están significativamente aumentadas en los tejidos del colesteatoma, en comparación con la piel normal o los tejidos del oído medio. Shiwa, en 1995, sugirió que los niveles elevados de IL-1 α podrían estar relacionados con el tejido de granulación que rodea la matriz del colesteatoma y podrían estimular la hiperproliferación de las células epiteliales. Otras citocinas proinflamatorias, como IL-1, IL-6 e IL-8, se han identificado tanto en las capas epiteliales como estromal del colesteatoma y se han correlacionado significativamente con la destrucción del tejido de granulación y los huesos.

Las proteínas de choque térmico (HSP) responden al estrés celular y a la inflamación en el colesteatoma, procesos que involucran citocinas como IL-1 β , IL-6, IL-8 y TNF- α y factores de crecimiento como EGF, KGF, TGF- α/β y VEGF. Estas moléculas modulan la proliferación, diferenciación, angiogénesis y reabsorción ósea de queratinocitos, procesos en los que participan los HSP estabilizando proteínas y mediando respuestas al estrés⁽⁶⁾.

El presente trabajo pretende dar a conocer un término poco difundido en la literatura, pero de aparición frecuente en el Servicio de Otorología del Hospital de Clínicas «José de San Martín», que se conoce como automastoidectomía. Como objetivo se plantea describir, en pacientes con colesteatoma y automastoidectomía, las características clínicas, los hallazgos tomográficos e intraoperatorios, las complicaciones y la evolución postoperatoria. Como objetivo secundario, se busca describir dos casos dentro de esta serie, que presentan complicaciones por colesteatoma en el contexto de una automastoidectomía.

Material y Método

Se estableció un diseño descriptivo, longitudinal y prospectivo de una serie de casos. La muestra se constituyó a partir de la población de pacientes que asistieron al Servicio de Otorología del Hospital de Clínicas «José de San Martín», en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, desde junio de 2023 hasta junio de 2024. Como criterios de inclusión, se dispuso el diagnóstico de otitis media crónica colesteatomatosa, así como la presencia de clínica e imágenes compatibles con automastoidectomía. Por otra parte, se consideraron como criterios de exclusión:

poseer antecedentes de cirugías otológicas, el abandono del seguimiento por el servicio, no prestar consentimiento informado y presentar registros insuficientes referidos a anamnesis, estudios complementarios o grabaciones quirúrgicas.

En cada caso se realizó una evaluación inicial con anamnesis y examen físico con otomicroscopio, que en todos los casos incluyó aspiración de otorrea y de tejido colesteatomatoso. Ante la presencia de vértigo referido por el paciente, se realizó un examen físico vestibular. Se solicitaron exámenes complementarios de audiometría, logaudiometría tonal y tomografía computada de ambos peñascos con cortes finos. En todos los pacientes se indicó seguimiento y tratamiento quirúrgico de mastoidectomía radical. Cada cirugía fue registrada en forma audiovisual. Durante el procedimiento quirúrgico, se utilizó un monitor electrofisiológico para el nervio facial, modelo Silvestein S8, en casos donde no se podía detectar con claridad la tercera porción del nervio facial en tomografía, ya sea por erosión o por falta de cortes finos.

Se tomaron como variables los datos sociodemográficos, la presentación clínica, los hallazgos en los estudios tomográficos y audiológicos, las complicaciones, los hallazgos intraoperatorios y la evolución postoperatoria. Como hallazgos tomográficos definitivos de una automastoidectomía se identificaron la erosión de la pared posterior del conducto auditivo externo y la coalescencia de celdas mastoideas.

Se utilizó estadística descriptiva. Las variables cuantitativas se expresaron como media y rango, y las variables cualitativas como frecuencias absolutas y porcentajes. Dado el tamaño muestral reducido, no se realizaron análisis inferenciales. Los datos fueron procesados con SSPS Statistics.

El presente trabajo respeta las guías de buena práctica clínica y los lineamientos del tratado de Helsinki.

Resultados

Durante el periodo de junio de 2023 a junio de 2024, se diagnosticaron y trataron con mastoidectomía radical 44 pacientes con otitis media crónica colesteatomatosa en el Hospital de Clínicas «José de San Martín». De estos pacientes, 8 (18.1%) presentaron automastoidectomía al momento del diagnóstico.

Como características sociodemográficas, 6 (75%) eran mujeres y 2 (25%) eran hombres. Hubo 4 casos

de compromiso del oído derecho y 4 casos del oído izquierdo. La edad media fue de 46.25 años con un rango de edad de 17 a 74 años (Tabla 1).

Tabla 1. Características de los pacientes diagnosticados con otitis media crónica colesteatomatosa con automastoidectomía

CASO	EDAD	OÍDO	SÍNTOMA
1	23	OD	Otorrea e hipoacusia
2	47	OI	Hipoacusia
3	67	OD	Otalgia, otorrea y parálisis facial
4	33	OD	Otorrea y otalgia
5	68	OI	Otalgia, hipoacusia, vértigo
6	41	OD	Otorrea, hipoacusia y signo de Hennebert positivo
7	17	OI	Otalgia y otorrea
8	74	OI	Otalgia

OD: oído derecho. OI: oído izquierdo. OMCC: otitis media crónica colesteatomatosa.

Al momento de su diagnóstico, el cuadro clínico fue principalmente otorrea, otalgia e hipoacusia. Hubo dos pacientes que presentaron parálisis facial periférica como complicación del colesteatoma. Un paciente presentó vértigo y semiológicamente el signo de la fístula de Hennebert.

Durante el examen físico, en todos los casos se observó una aticotomía espontánea y compromiso del conducto auditivo externo en su pared posterosuperior. A nivel del ático, se vio la presencia de tejido colesteatomatoso, con otorrea purulenta. En cuanto a la audiometría tonal, 5 (62.5%) pacientes presentaban hipoacusia conductiva de leve a moderada y 3 (37.5%) pacientes hipoacusia mixta de moderada a severa.

En la tomografía computada de ambos peñascos, se evidenció la automastoidectomía asociada a la destrucción ósea del oído medio, con ausencia de la cadena osicular y con extensión al antro mastoideo. Además, en 5 (62.5%) de los pacientes se observó compromiso de la segunda o tercera porción del nervio facial; en un caso, la tercera porción quedó totalmente esqueletizada y la segunda porción, dehisciente. En 3 casos (37.5%) se observó compromiso del canal semicircular horizontal. También se evidenció el compromiso óseo de la cortical en 2 casos (25%), de la placa ósea que recubre el seno sigmoideo en un caso (25%), y de la fosa media o fosa posterior en 2 casos (24%) (Figuras 1 y 2. Ver en pág. siguiente).

Todos los pacientes se sometieron a una mastoidectomía radical y se encontró: dehiscencia ósea del tegmen timpánico en 1 caso (12.5%), erosión de la pared posterior del conducto auditivo externo en 6 casos (75%) y ausencia de los conductos semicircu-

Figura 1. Tomografía computada del hueso temporal. Corte axial: A y B, automastoidectomía por OMCC con erosión de tegmen timpánico (A) y del conducto semicircular lateral (B). Vista coronal: C y D con mismos hallazgos

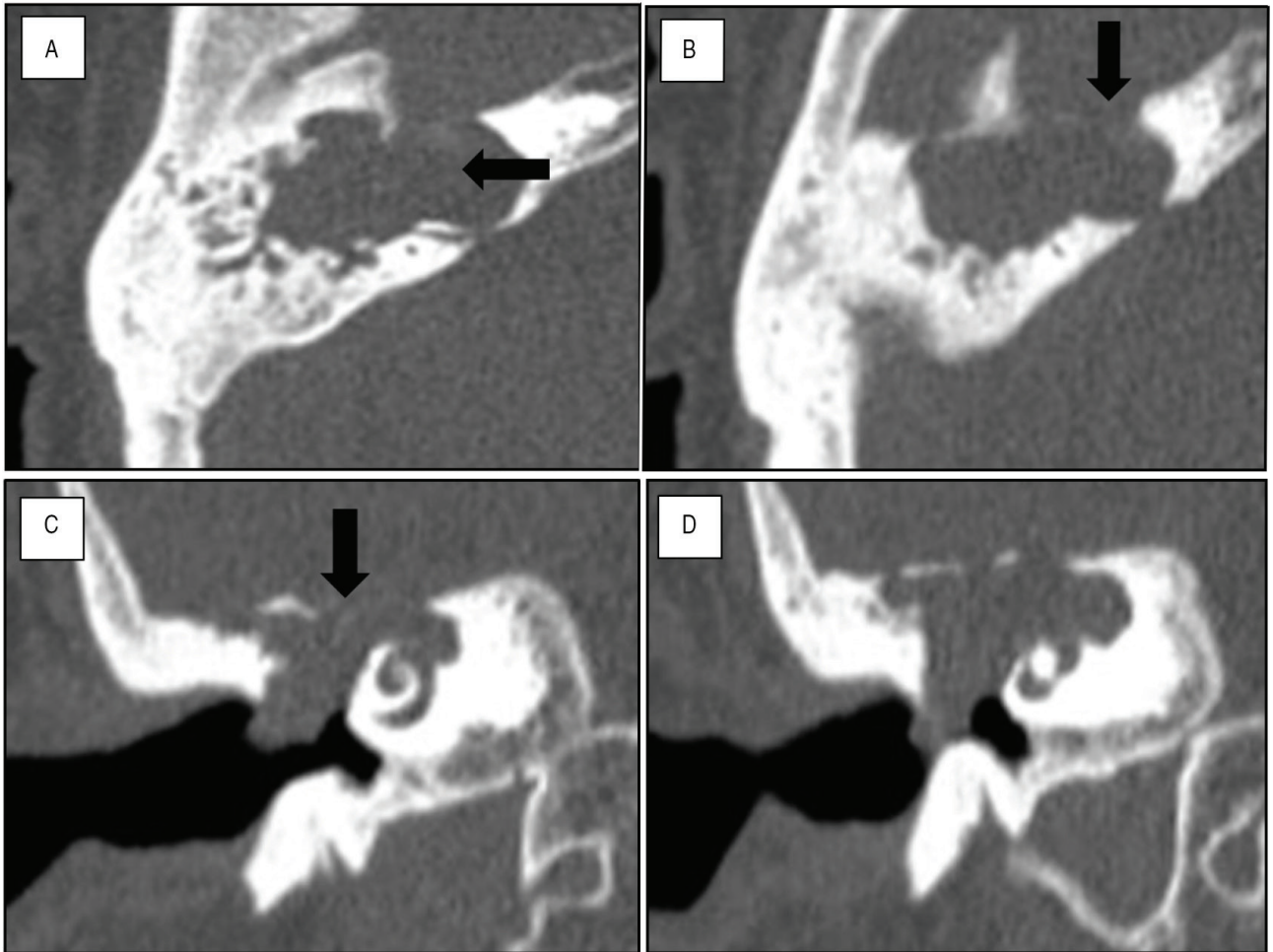
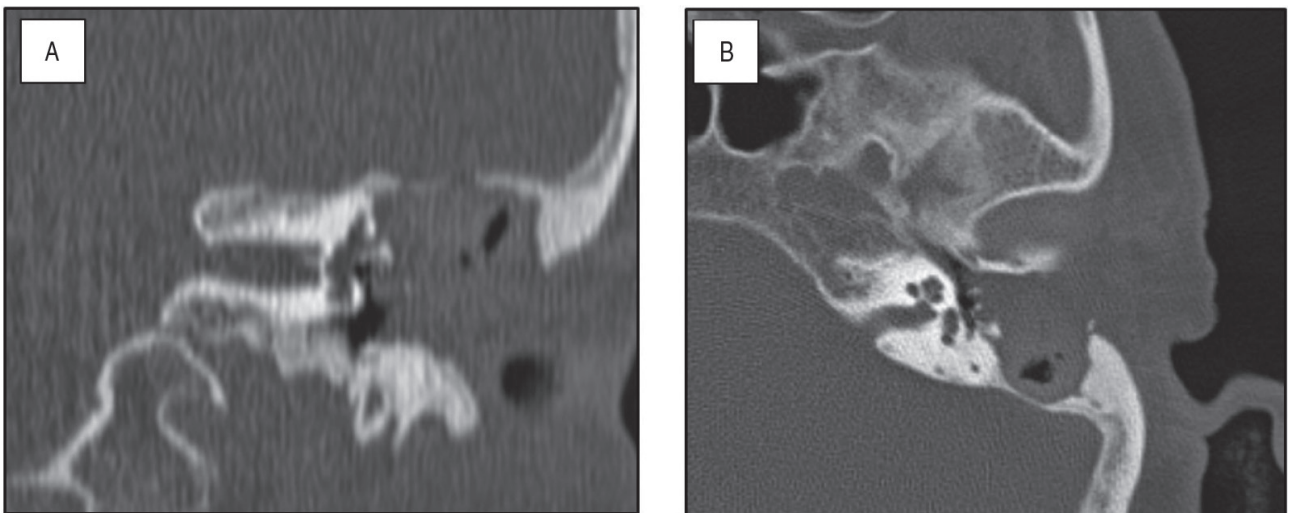


Figura 2. Tomografía computada de hueso temporal de oído izquierdo. Imagen a): corte coronal, se evidencia erosión del CSL. En imagen b): corte axial, se observa la erosión de la pared posterior del CAE, típica de la automastoidectomía



lares y del vestíbulo en 1 caso (12.7%). La cadena osicular se encontraba ausente en 3 casos (37.5%). En otros 3 (37.5%), la cabeza del martillo estaba des-

truida, pero con el mango del martillo intacto. Por último, hubo 2 (25%) casos con ausencia del estribo, exceptuando la platina.

La segunda porción del nervio facial se encontró con dehiscencia en 2 (25%) casos y otros 2 (25%) casos tuvieron afectación de la tercera porción del facial. El resto tenía el estuche del facial conservado, pero con compresión de éste por el tejido colesteatomatoso (Tabla 2, Figura 3).

Figura 3. Oído izquierdo en posición quirúrgica. La automastoidectomía esquelizó el nervio facial en su tercera porción y la emergencia de la cuerda del tímpano, debiendo liberarse la perimatrix de estas estructuras de manera cautelosa.



Tabla 2. Hallazgos intraoperatorios de los pacientes con otitis media crónica colesteatomatosa con automastoidectomía

Casos	1	2	3	4	5	6	7	8
Ausencia de CO	X			X		X		
Destrucción de cabeza de martillo		X	X					X
Ausencia del estribo					X		X	
Dehiscencia de 2.ª porción del NF		X		X				
Dehiscencia de 3.ª porción del NF	X				X			
Erosión del tegmen timpánico	X							
Erosión completa de pared posterior del CAE		X	X	X		X	X	X
Ausencia de CSL y CV					X			
Signo de Hennebert positivo (fístula CSL)						X		

CAE: conducto auditivo externo. CO: cadena osicular. CSL: conducto semicircular lateral. CV: conducto vestibular. NF: nervio facial.

Se presentó en un paciente una fístula de líquido cefalorraquídeo, el cual fue resuelto durante el procedimiento utilizando el cierre multicapa, sin presentar complicaciones postoperatorias. El resto de los pacientes no presentaron complicaciones intra o postquirúrgicas.

Casos especiales

El caso más grave del presente estudio fue una paciente femenina de 67 años de edad con parálisis facial periférica derecha y grado de House-Brackmann de 5. Su principal síntoma al momento de la consulta era otorrea. En la otomicroscopía se evidenciaba una aticotomía espontánea donde se

podía aspirar piel. Se evidenció en las imágenes tomográficas una automastoidectomía secundaria a colesteatoma que invadía la cavidad mastoidea, el *aditus* y el epitímpano, con ausencia de cadena osicular, dehiscencia del canal del facial en su segunda porción, tegmen timpánico y ausencia de canales semicirculares. Durante la cirugía, se realizó una descompresión del canal del facial en su segunda porción y se presentó una fístula de líquido cefalorraquídeo de 3 mm al momento de retirar matriz de éste. La fístula fue reparada con músculo temporal, fascia y sellante de fibrina en formato multicapa. Evolucionó favorablemente (Figura 1).

Por otra parte, el caso n.º 6 se trató de una paciente de 41 años que consultó por otorrea crónica, mareos e hipoacusia de oído izquierdo. Al examen físico, se constató la presencia de tejido polipoideo proveniente de una aticotomía espontánea con compromiso de la pared posterior del conducto auditivo externo. Refirió mareos de forma intermitente, con *head impulse test* positivo hacia la izquierda (oído comprometido) y signo de Hennebert positivo, en el que se evidenció un *nistagmus* horizontal con fase rápida hacia el oído contralateral. Por esta sintomatología, se solicitó una tomografía computada de hueso temporal donde se evidenció la automastoidectomía y la franca erosión del conducto semicircular lateral (Figura 2). Se realizó un tratamiento quirúrgico para completar la mastoidectomía radical. No presentó complicaciones intra ni *post operatorias*, con buena evolución.

Discusión

El colesteatoma es una lesión destructiva del hueso temporal que se expande gradualmente y causa complicaciones por la erosión de las estructuras adyacentes. La progresión de la enfermedad hasta su complicación ocurre con el agrandamiento de la lesión por osteítis o erosión ósea. En su naturaleza erosiva, puede originar una cavidad de automastoidectomía, entidad poco conocida y escasamente descrita en la literatura. La automastoidectomía se describe como una afección destructiva del hueso temporal en un paciente sin antecedentes quirúrgicos previos, en la que el colesteatoma del oído medio se exentera y destruye las celdillas aéreas mastoideas y las estructuras del oído medio, con un resultado que se asemeja a la apariencia posterior de una mastoidectomía⁽⁵⁾.

La otitis crónica colesteatomatosa se manifiesta clínicamente con otorrea que no mejora a tratamiento médico, asociado a hipoacusia y síntomas vertiginosos. Es importante la detección temprana

de complicaciones extracraneales, como absceso mastoideo, parálisis del nervio facial y fístula laberíntica, o complicaciones intracraneales más graves, como meningitis y absceso cerebral, que pueden conducir a una morbilidad grave o incluso a la muerte⁽⁸⁾.

La única serie de casos publicada hasta el momento de automastoidectomía, por Lee et al., con 22 casos, describió a la otorrea persistente y la hipoacusia como los síntomas predominantes, asociados en menor proporción a vértigo y parálisis facial⁽⁹⁾. Los hallazgos clínicos actualmente presentados concuerdan con dicha descripción, observándose otorrea, otalgia e hipoacusia en la totalidad de los casos. Además, se observó parálisis facial periférica en el 25% de los pacientes. En un caso, se refirió vértigo como síntoma al momento del diagnóstico y se evidenció semiológicamente el signo de la fístula de Hennebert, indicando una posible erosión del conducto semicircular horizontal que se constató posteriormente con tomografía computada.

La presencia de síntomas neurológicos y vestibulares se asocia posiblemente a que la automastoidectomía suele diagnosticarse en etapas avanzadas de la enfermedad⁽⁸⁾.

En la audiometría preoperatoria de los pacientes de la serie de casos, se evidenció hipoacusia en todos los casos; ésta fue mayoritariamente de tipo conductiva leve a moderada y, en menor medida, mixta de moderada a severa. La hipoacusia mixta está asociada, en la bibliografía sobre los colesteatomas avanzados, con una enfermedad extensa. La severidad del compromiso auditivo se vincula con el grado de destrucción de la cadena osicular y del oído medio observado intraoperatoriamente⁽¹⁰⁾.

En relación con los hallazgos tomográficos, Lee et al. reportaron destrucción del ático o de la pared posterosuperior del conducto auditivo externo en todos los pacientes, con extensión del colesteatoma al antro, *aditus* y epitímpano durante la cirugía. En el presente trabajo, se evidenció compromiso del ático y erosión de la pared posterior del conducto auditivo externo en la mayoría de los casos, junto con destrucción ósea del oído medio y extensión al antro mastoideo en la totalidad de los pacientes. Estos hallazgos confirman que la tomografía computada de alta resolución es fundamental, no sólo para el diagnóstico, sino también para la caracterización anatómica precisa de esta entidad⁽⁹⁾.

La incidencia de la dehiscencia del nervio facial es elevada: en la serie de casos citada, se evidenció dehiscencia de la segunda y tercera porción del ner-

vio facial en 17 casos (77%). Por el contrario, la presente serie de casos manifestó dehiscencia de este nervio en la mitad de los casos.

La cadena osicular mostró un compromiso severo en ambas series. Lee et al. identificaron al yunque como el huesecillo más frecuentemente afectado o ausente (20 casos), seguido por alteraciones del estribo en 16 pacientes. En consonancia con esto, en la experiencia actualmente reportada, se observó con frecuencia la ausencia completa de la cadena osicular, la destrucción de la cabeza del martillo con preservación del mango o, en menor proporción, la ausencia del estribo con preservación de la platina. Estos hallazgos también coinciden con la erosión descrita por Jackler y con la literatura clásica sobre colesteatoma avanzado^(7, 8, 9). A estos pacientes no sólo se les realizó mastoidectomías radicales, sino que también hubo una reconstrucción de la cadena osicular con prótesis de reemplazo osiculares parciales/totales.

Dentro de las complicaciones mencionadas en el estudio de Lee et al., se menciona la fístula de conducto semicircular lateral en 8 pacientes. Este punto no encuentra coincidencia con los datos en la presente serie, en donde se produjo una única fístula iatrogénica al reseca la matriz del colesteatoma cubriendo el semicircular lateral, la cual se resolvió intraoperatoriamente con un cierre multicapa⁽⁹⁾.

En cuanto al estudio de elección para el paciente con otitis media crónica colesteatomatosa, se recomienda una tomografía computada de alta resolución de ambos peñascos y cerebro. El estudio no sólo permite valorar los sitios a los que afecta el colesteatoma, sino que también permite el planeamiento quirúrgico y valorar posibles complicaciones, observación que ya ha sido señalada previamente en la bibliografía⁽¹¹⁾.

Respecto al tratamiento, todos los pacientes de la presente serie recibieron indicación de mastoidectomía radical, decisión sustentada en la extensión de la enfermedad. Este abordaje coincide con el adoptado por Lee et al., también con los casos aislados presentes en la bibliografía y con los abordajes terapéuticos clásicos descritos por Goycoolea y Schuknecht para el manejo de colesteatomas. Los tratamientos conservadores resultan insuficientes para lograr un adecuado control de la enfermedad^(2, 9, 12, 13).

Ante el hallazgo tomográfico de una automastoidectomía, se debe prestar especial interés durante la mastoidectomía radical a la preservación del nervio facial (frecuentemente dehiscente) y del ca-

nal semicircular lateral. Asimismo, se exige se una exploración meticulosa y una especial atención a potenciales fístulas.

Los hallazgos de este estudio presentan limitaciones. En primer lugar, se trata de una serie de casos con una muestra reducida, lo que limita su alcance y la posibilidad de realizar análisis estadísticos sólidos. Por otro lado, epidemiológicamente, evidencia el sesgo de partir de un único centro de alta complejidad y de derivación nacional de patología otológica. Finalmente, el seguimiento durante 18 meses no permite valorar resultados a largo plazo ni complicaciones más allá del periodo de seguimiento.

Se requieren futuros estudios prospectivos y multicéntricos, con muestras mayores y un tiempo de seguimiento más prolongado, que permitan evaluar tasas de recurrencia y resultados a largo plazo.

Conclusión

La automastoidectomía representa una forma de presentación avanzada de la otitis media crónica colesteatomatosa. En la presente serie de casos, los síntomas predominantes fueron la hipoacusia y la otorrea. La tomografía computada resulta fundamental para su diagnóstico y planificación quirúrgica, dado que se caracteriza por una extensa destrucción ósea, con frecuente compromiso del nervio facial y de estructuras laberínticas, lo que puede generar fístulas de líquido cefalorraquídeo o laberínticas. Durante la cirugía se requiere especial atención sobre dichas estructuras para evitar complicaciones. La presente serie contribuye a una mejor caracterización clínica e imagenológica de esta entidad poco reportada en la literatura.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Bibliografía

1. Bento RF, Fonseca AC. A brief history of mastoidectomy. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2013;17(2):168–178. doi:10.7162/S1809-97772013000200009.
2. Goycoolea MV, Schuknecht HF. Mastoid and tympanomastoid procedures in otitis media: classic mastoidectomy (simple, modified, and radical) and current adaptations; open-cavity, closed-cavity, and intact-bridge tympanomastoidectomy. *Otolaryngologic Clin North Am.* 1999;32(3):513–523.
3. Bondy G. Beiträge zur vergleichenden Anatomie des Gehörorgans. *Anat Hefte.* 1907.
4. Roth TN, Haeusler R. Inside-out technique cholesteatoma surgery: a retrospective long-term analysis of 604 operated ears between 1992 and 2006. *Otol Neurotol.* 2009;30(1):59–63. doi:10.1097/MAO.0b013e31818ee0a7.
5. Miranda JA, Suzuki FA, de Carvalho Borges MH, Sartini AL. Automastoidectomy. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2006;72(3):429. doi:10.1016/S1808-8694(15)30982-4.
6. Zamfir-Chiru-Anton, A., Manda, D., & Gheorghie, D. C. (2025). Emerging Paradigms in Cholesteatoma: From a Traditional Approach to Personalized Therapy. *International journal of molecular sciences*, 26(19), 9545. <https://doi.org/10.3390/ijms26199545>
7. Jackler RK. The surgical anatomy of cholesteatoma. *Otolaryngol Clin North Am.* 1989;22:883–896.
8. Jackler RK, Santa Maria PL, Varsak YK, Nguyen A, Blevins NH. A new theory on the pathogenesis of acquired cholesteatoma: mucosal traction. *Laryngoscope.* 2015;125 Suppl 4:S1–S14.
9. Lee S, Yeo S, Park M, Byun J. Clinical analysis of 22 cases with automastoidectomy caused by cholesteatoma. *J Int Adv Otol.* 2013;9(2):232–239.
10. Tos M. Pathogenesis and clinical behavior of cholesteatoma. *Otolaryngol Clin North Am.* 1989;22:913–924.
11. Singh B, Singh S, Saraniti C, et al. The value of pre-operative high resolution CT scans in cholesteatoma surgery. *Otol Neurotol.* 2001;22(6):745–749.
12. Alzahrani M, Saliba I. Extensive automastoidectomy secondary to long-standing cholesteatoma: case report. *J Int Adv Otol.* 2014;10(3):282–285.
13. Selim AN, Elbakry ABM, Elswaby ESS, Eldarawy AA. Cholesteatoma sequel with automastoidectomy: a case report. *SN Compr Clin Med.* 2025;7(1):189. doi:10.1007/s42399-025-01953-w.