

Carcinoma epidermoide del conducto auditivo externo

Epidermis carcinoma of the external auditory canal

María De Jesús Palenzuela Mesa¹ <http://orcid.org/0000-0002-6758-6969>

Reinaldo Doyle Borges¹ <http://orcid.org/0000-0003-0566-6680>.

Yisel Cintra Castro^{2*} <http://orcid.org/0000-0002-2990-3778>.

Adolfo Hidalgo González³ <http://orcid.org/0000-0002-3947-0398>.

¹Hospital General Docente “Enrique Cabrera.” La Habana, Cuba.

²Hospital Clínico Quirúrgico “Joaquín Albarrán.” La Habana, Cuba.

³Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso (CNCMA) La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: yiselcc@yahoo.com

RESUMEN

Introducción: El cáncer de canal auditivo externo es una entidad poco frecuente, representando el 0,2 % de todos los cánceres de cabeza y cuello. El 4 % de los cánceres de oído externo están confinados al conducto auditivo externo; siendo la incidencia de este carcinoma entre uno a seis por millón de habitantes.

Objetivo: Describir caso de carcinoma epidermoide del conducto auditivo externo.

Caso clínico: Se presenta caso de carcinoma epidermoide del conducto auditivo externo. Se realizó diagnóstico clínico con examen físico y estudios anatomopatológicos después de varios meses de tratamiento médico con diagnóstico de otitis externa. La conducta seguida fue la extirpación de la lesión con toma de biopsia y radioterapia postoperatoria.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico seguido de radioterapia es el tratamiento de elección en los tumores del conducto auditivo externo. Es necesario el diagnóstico de certeza, precoz en pacientes con otitis externas crónicas de evolución tórpida.

Palabras clave: carcinoma epidermoide; conducto auditivo externo.

ABSTRACT

Introduction: Cancer of the external auditory canal is a rare entity, representing 0.2% of all head and neck cancers. 4% of external ear cancers are confined to the external auditory canal; the incidence of this carcinoma ranges one to six per million inhabitants.

Objective: To describe a case of squamous cell carcinoma of the external auditory canal.

Clinical case report: A case of squamous cell carcinoma of the external auditory canal is reported. The clinical diagnosis was made with a physical examination and pathological studies after several months of medical treatment with a diagnosis of external otitis. The procedure followed was the removal of the lesion with biopsy and postoperative radiotherapy.

Conclusions: Surgical treatment followed by radiotherapy is the treatment of choice for tumors of the external auditory canal. Early, certain diagnosis is necessary in patients with torpid evolution of chronic otitis externa.

Keywords: Squamous cell carcinoma; external auditory canal.

Recibido: 12/05/2021

Aceptado: 14/07/2021

Introducción

El cáncer se ha convertido en un problema sanitario de primer orden a nivel mundial, tanto su incidencia como su mortalidad aumentan a pesar de los grandes avances en el diagnóstico y terapéutica del mismo en los últimos años. El factor de riesgo más importante para el cáncer es la edad, entre los 60 y 79 años, uno de cada tres varones y una de cada cinco mujeres padecerán algún tipo de cáncer.⁽¹⁾

Los tumores malignos del conducto auditivo externo (CAE) son poco frecuentes, pero se asocian a una elevada mortalidad, siendo el más usual el carcinoma epidermoide representando el 0,2 % de todos los cánceres de cabeza y cuello, seguido por el carcinoma basocelular, carcinoma adenoide quístico, adenocarcinoma y rhabdomyosarcoma.^(1,2)

El 4 % de los cánceres de oído externo están confinados al conducto auditivo externo; siendo la incidencia de carcinoma de CAE entre uno a seis por millón de habitantes. La presentación clínica más frecuente es el carcinoma escamo celular. Se presenta en la quinta y sexta década de vida, con ligera predominancia por el sexo masculino.^(3,4,5)

El síntoma de presentación más frecuente es la otorrea, con o sin otorragia y otalgia asociada. La aparición de parálisis facial periférica, hipoacusia o adenopatías cervicofaciales expresan una enfermedad más evolucionada y de peor pronóstico.⁽⁶⁾

El carcinoma de células basales (carcinoma basocelular) y el carcinoma de células escamosas (carcinoma espinocelular) son cánceres de la piel frecuentes que pueden desarrollarse en el oído externo después de una repetida y prolongada exposición al sol.

Las personas que sufren infecciones crónicas del oído pueden tener mayor riesgo de desarrollar carcinoma de células escamosas. Cuando estos cánceres aparecen por primera vez, pueden tratarse con éxito extirpándolos quirúrgicamente o aplicando radioterapia. Los cánceres más avanzados pueden requerir la extirpación quirúrgica de una zona más amplia del oído externo.^(7,8)

La baja incidencia y similitud de la presentación clínica del carcinoma de células escamosas del CAE con enfermedades otológicas comunes como la otitis media crónica y otras patologías benignas, demoran el diagnóstico, progresando a estadios más avanzados, empeorando el pronóstico del paciente.⁽⁹⁾

Por la importancia de esta enfermedad y su pronóstico reservado se decide describir un caso de carcinoma epidermoide del conducto auditivo externo.

Caso clínico

Paciente de 65 años de edad, blanco, masculino, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II, con tratamiento médico estable. Acude al servicio de otorrinolaringología refiriendo que hace aproximadamente 4 meses presentó en el oído derecho, otorrea que se acompañaba de otodinia e hipoacusia, fue diagnosticado y tratado en varios centros hospitalarios como otitis externa sin lograr mejoría del cuadro clínico, intensificándose los síntomas.

Al examen físico se encontró: Oído derecho, Otoscopia: Edema discreto del CAE, con presencia de lesiones de aspecto tumoral, exofíticas en cara postero-inferior del conducto acompañándose de secreción blanco-amarillenta fétida que ocupaba todo el CAE (Fig. 1), se tomó muestra para exudado bacteriológico y biopsia.

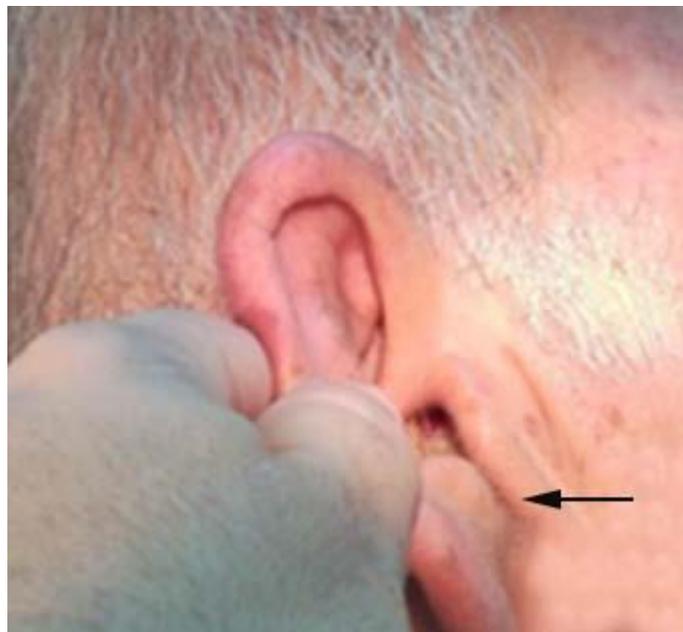


Fig. 1 - Lesión del conducto auditivo externo antes de la intervención.

En el examen físico del cuello no se palparon adenopatías regionales.

Se le realizaron estudios hematológicos como: Hemograma, Eritrosedimentación, Hemoquímica (Glicemia, Creatinina), Coagulograma Completo, Electrocardiograma, todos se encontraban dentro de parámetros normales.

Se realizó además tomografía computarizada simple de cráneo (oído) donde se reportó lesión que comprometía el área membranosa del conducto auditivo externo, con erosión de partes óseas, sin compromiso de caja timpánica ni parótida.

El informe de anatomía patológica concluyó carcinoma epidermoide bien diferenciado infiltrante no queratinizante. (Fig. 2)

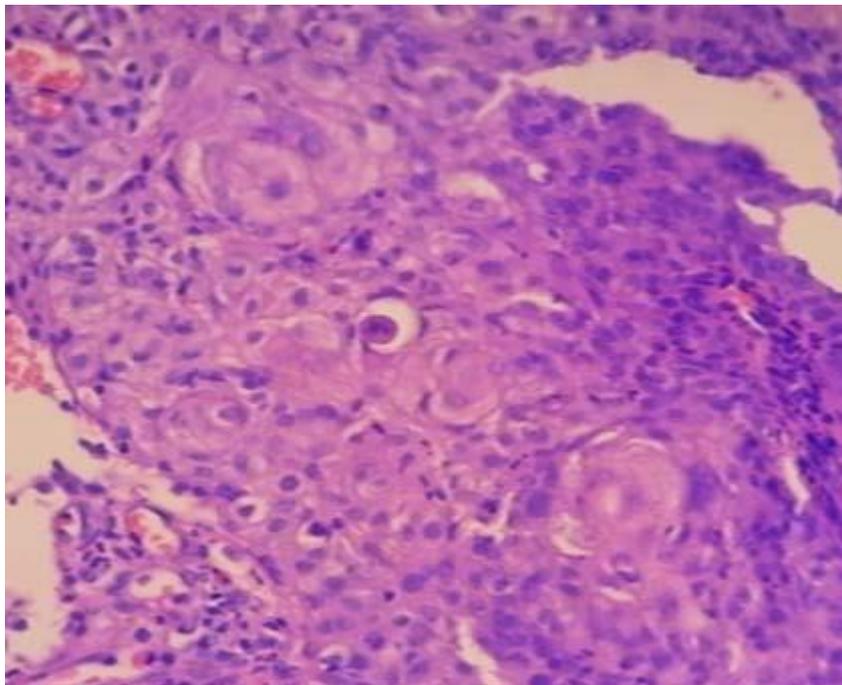


Fig. 2 -Se observa células atípicas en todo el grosor del epitelio, con signos de necrosis y queratosis.

Discusión

El tumor maligno más frecuente del oído externo es el carcinoma espinocelular y ocurre 6 veces más en el pabellón que en el CAE. Suele afectar la porción posterosuperior del pabellón y las metástasis ganglionares son tardías.

Inicialmente se manifiesta como engrosamiento con descamación, posteriormente se esfacela y se ulcera. El tratamiento es la escisión local amplia. Ocasionalmente se requiere radioterapia. La tasa de curación es del 95 % a los 5 años y su crecimiento es lento.^(7,8)

El carcinoma escamoso de conducto auditivo externo puede ser localmente agresivo debido a que el hueso temporal no actúa como barrera efectiva de contención, pudiendo diseminar la neoplasia por difusión microscópica a través de canales y vasos intraóseos y nervios. Adicionalmente, la sutura petroescamosa, fisuras de Santorini, foramen de Huschke, foramen estilomastoideo, ventana redonda y oval, celdas mastoideas y la membrana timpánica son vías de diseminación.

Las placas óseas sobre estructuras como el bulbo yugular, carótida, tegmen, canal de Falopio y laberinto son delgadas y muy vulnerables a la erosión tumoral. Las metástasis al oído son un hecho infrecuente. La localización más habitual de recepción de dichas metástasis es en el hueso temporal, siendo el conducto auditivo externo un área de muy rara afectación. Suelen recibir metástasis de tumores que normalmente se diseminan a hueso, como tumores primarios de mama, riñón y pulmón. Se han publicado pocos casos en la literatura de adenocarcinomas de colon y recto que metastaticen al oído. Estos suelen diseminarse con mayor frecuencia a hígado, pulmón, peritoneo, hueso, ovarios y glándulas adrenales.^(6,9,10)

Existe otros tumores malignos del CAE, que, aunque poco frecuentes como el melanoma o carcinomas neuroendocrinos de Merkel, son de mal pronóstico como consecuencia de su diagnóstico tardío, localización profunda y gran tendencia a generar metástasis, debido al delgado epitelio y a la corta distancia entre el tumor y el drenaje linfático de la región. El ceruminoma, (cáncer de las células que producen el cerumen) se desarrolla en el tercio externo del canal auditivo. Estos tumores son altamente destructivos para el canal auditivo, presentando poca diseminación a distancia.^(7,8)

Si se hace mención de factores pronósticos para carcinoma escamoso del conducto auditivo externo, se puede relacionar el estadio según la clasificación TNM (tamaño y localización del tumor, la presencia de ganglios y de metástasis), presencia o no de parálisis de nervio facial, la invasión a otras regiones fuera del conducto auditivo externo como la región cervical y parotídea, los márgenes quirúrgicos positivos, la extensión de la afección al oído medio y la erosión ósea del CAE. Los tumores que se extienden a región pre auricular o anterior tienen mejor pronóstico que aquellos que se extienden posteriores medial e inferiormente.

El pronóstico a cinco años varía entre 80 y 100 % en estadios I y II, y desde 50 % a 20 % en estadios III y IV, de esto se desprende la importancia del diagnóstico precoz.

El diagnóstico de estos tumores malignos es difícil en ocasiones cuando simulan una otitis externa, al comienzo banal, pero que debe suscitar sospechas debido a su resistencia a los tratamientos. La biopsia con anestesia local, e incluso general (debido al dolor), es la única prueba que permite confirmar el diagnóstico y el tipo histológico.

El tratamiento es principalmente quirúrgico, con una resección ósea amplia, dependiendo de la extensión tumoral observada idealmente antes de la intervención mediante pruebas de imagen, que deben asociar una tomografía computarizada (TC) y una resonancia magnética (RM).^(11,12)

Es necesario imponer atención especializada a los portadores de cuadros de otitis externa crónicas con evolución tórpidas y llegar lo más pronto posible a un diagnóstico de certeza que confirme la no existencia de entidades oncoproliferativas del oído externo, de lo que dependería la evolución y tratamiento, logrando con esto la mejor calidad y supervivencia de estos pacientes.

Se concluye que el tratamiento quirúrgico seguido de radioterapia es el tratamiento de elección en los tumores del conducto auditivo externo. Es necesario el diagnóstico de certeza, precoz en pacientes con otitis externas crónicas de evolución tórpida.

Referencias bibliográficas

1. Hernández L, Menéndez M. Carcinoma epidermoide de conducto auditivo externo. Revista de Ciencias Médicas. La Habana 2015[acceso 10/11/2020]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/873/1297>.
2. Nápoles M, Cruz O, Alfonso J, Morales P, Calderón C, Larrinaga E, et al. Manejo multidisciplinario en la recidiva de carcinoma epidermoide de conducto auditivo externo. Rev. Méd. Electrón. 2011[acceso 02/04/2021];33(3). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/841/html>
3. Degrandes B, Garcia M, Martínez E, Jimenez Y. Carcinoma de Células Escamosas en Conducto Auditivo Externo. Med. Pub Journals. 2015[acceso 02/04/2021];11(4). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5237867.pdf>
4. Aguilar E, Díaz G, Castro A, Soto A, Merino F. Carcinoma adenoideo quístico en conducto auditivo externo: reporte de caso. Rev Med UAS.2017;7:(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v7.n2.004>
5. Chang C, Shu M, Lee J, Leu Y, Chen Y, Lee K. Treatments and outcomes of malignant tumors of external auditory canal. Am J Otolaryngol. 2009;30(1):44-8.
6. Alcas M. Carcinoma escamoso de conducto auditivo externo: Reporte de 3 casos.- Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello 2016[acceso 02/04/2021]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071848162016000200010.
7. Landau D, Caruso A, Garay I, Kurpis M, Ruiz A. Melanoma en conducto auditivo externo: a propósito de un caso. 2018[acceso 02/04/2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2018/mc182g.pdf>

- 8-Bradley W. Tumores del oído. MD, University of Virginia School of Medicine. 2019[acceso 02/04/2021]. Disponible en:
<https://med.virginia.edu/otolaryngology/>.
9. Elguezabal A, Landeyro J, Gené M, Boutayeb L, García J, Antoni A, et al. Metástasis de adenocarcinoma de recto sigmoide al conducto auditivo externo: Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello. Chile. 2010;70(2).<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162010000200010>
10. Kenilworth N. Tumores del oído - Trastornos otorrinolaringológicos. Manual MSD versión para público general. 2018[acceso 02/04/2021]. Disponible en:
<https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornosotorrinolaringologicos/trastornos-del-oido-externo/>
11. Beauvillain I, Jourdain A., Tumores malignos del oído. Rev. EMC. Otorrinolaringología. 2018;[47\(2\)](https://doi.org/10.1016/S1632-3475(18)89283-):1-20. [https://doi.org/10.1016/S1632-3475\(18\)89283-](https://doi.org/10.1016/S1632-3475(18)89283-)
- 12-Garcia E, Lella F, Larragaña J, Salazar A. Carcinoma Espino Celular con extensión parotídea. Presentación de caso. Rev. Hosp. Ital. B. Aires 2016[acceso 02/04/2021]; 36(2):53-8. Disponible en:
<https://www1.hospitalitaliano.org.ar/educacion/revista/index.php?>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses de ningún tipo.

Contribuciones de los autores

María De Jesús Palenzuela Mesa: Idea original del trabajo, estudio del caso.

Reinaldo Doyle Borges: Estudio del caso, revisión de la bibliografía.

Yisel Cintra Castro: Revisión de la bibliografía, redacción del texto final.

Adolfo Hidalgo González: Revisión del texto final.