

Carcinoma espinocelular del oído externo con extensión parotídea: a propósito de un caso

Elián García Pita, Federico Alberto Di Lella, Juan José Larrañaga y Andrea Salazar

RESUMEN

El pabellón auricular y el conducto auditivo externo constituyen una región anatómica que puede ser asiento de múltiples patologías, entre ellas procesos inflamatorios, infecciosos y neoplásicos, tanto benignos como malignos. Con respecto a los tumores, los diversos tipos suelen presentarse con síntomas y signos similares y en general es difícil inferir la variedad histológica del tumor a través del examen físico, por lo cual es necesario el estudio histopatológico para determinar el diagnóstico. La mayoría de los tumores del oído externo son carcinomas; entre ellos se destacan el carcinoma basocelular, el más frecuente, y el carcinoma espinocelular. Menos frecuentemente se encuentran otros tipos de tumores como los melanomas, adenocarcinomas, carcinomas de glándulas ceruminosas, carcinomas mucoepidermoides, sarcomas, procesos linfoproliferativos, etc. Suelen ocurrir en la edad media y avanzada (50-70 años) y con mayor periodicidad en el sexo masculino.

En el presente trabajo se describe un caso clínico de carcinoma espinocelular del oído externo, tratado exitosamente mediante cirugía y radioterapia, así como también se describen las características clínicas de esta enfermedad, con especial atención al compromiso del oído externo por ella.

Palabras clave: carcinoma espinocelular de pabellón auricular, cáncer de oído externo.

SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE EXTERNAL EAR WITH PAROTID EXTENSION: CASE REPORT

ABSTRACT

The pinna and the ear canal are an anatomical region that can be affected by many diseases, including inflammatory, infectious and benign and malignant neoplastic processes. With regard to tumors, various types usually present with similar symptoms and usually is very difficult to know the histological type through physical examination, so histopathological examination is necessary in order to determine the diagnosis. Most tumors are carcinomas; they can be basal cell carcinoma (more frequently), or squamous carcinoma. Less frequently are other types of tumors such as melanomas, adenocarcinomas, ceruminous glands carcinomas, mucoepidermoid carcinomas, sarcomas, lymphoproliferative disorders, etc. They usually present in middle and advanced age people (50-70 years) and are more frequently in men.

In this article we present a case of squamous cell carcinoma of the external ear with extension to parotid gland, successfully treated with surgery and radiotherapy, as well as we describe the clinical characteristics of this disease, with special attention to the compromise of the external ear.

Key words: squamous cell carcinoma of the pinna, external ear cancer.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2016; 36(2): 53-58.

INTRODUCCIÓN

El pabellón auricular y el conducto auditivo externo constituyen una región anatómica que puede ser asiento de múltiples patologías, entre ellas procesos inflamatorios, infecciosos y neoplásicos, tanto benignos como malignos. Con respecto a los tumores, los diversos tipos suelen presentarse con síntomas y signos similares y en general es difícil inferir la variedad histológica del tumor a través del examen físico, por lo cual es necesario el estudio histopatológico para determinar el diagnóstico. El oído externo constituye un sitio frecuente de asiento del cáncer de piel debido a la gran exposición solar de esta zona, por lo que las medidas preventivas de fotoprotección son fundamentales para evitar su aparición.

OBJETIVO

Describir un caso clínico de carcinoma espinocelular del oído externo, tratado exitosamente mediante cirugía y radioterapia, así como también realizar una descripción de las características clínicas de esta enfermedad, con especial atención al compromiso del oído externo por ella.

DISEÑO

Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de la historia clínica electrónica de un paciente que consultó por un tumor de oído externo izquierdo con diagnóstico de carcinoma espinocelular, en marzo del año 2014, en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 60 años, con antecedente de trasplante cardíaco hace 15 años aproximadamente, hoy

Entregado 7/04/16

Aceptado: 21/04/16

Servicio de Otorrinolaringología (E.G.P, F.A.D.L., A.S.). Servicio de Cirugía General (J.J.L.). Hospital Italiano de Buenos Aires.
Correspondencia: elian.garcia@hospitalitaliano.org.ar

en seguimiento y en tratamiento con inmunosupresores. Refería la aparición, en octubre de 2013, de una pequeña tumoración nodular en la región del meato auditivo y concha auricular izquierda, indolora y sin signos ni síntomas de infección. Inicialmente fue tratada en otro centro con cremas locales con corticoides, sin respuesta a ella. La lesión aumentó de tamaño progresivamente. Fue biopsiada por Servicio de Dermatología y se informó la anatomía patológica como carcinoma espinocelular.

Al momento de la consulta a nuestra institución, seis meses después de la aparición, se evidenciaba una tumoración vegetante y ulcerada de fondo sucio en concha auricular y meato auditivo externo izquierdo (Figs. 1 y 2). Al interrogatorio, no refería dolor. Se solicitaron estudios audiológicos y por imágenes para completar la evaluación. La audiometría mostró una audición normal en el oído derecho, una hipoacusia mixta del oído izquierdo con compromiso de los tonos agudos y una separación ósteo-aérea promedio de 35 dB, con buena discriminación bilateral en la logaudiometría (Figs. 3 y 4).

La tomografía computarizada (TC) de cuello con contraste endovenoso y de peñascos sin contraste (Figs. 5 y 6) mostró una formación expansiva auricular izquierda con extensión al conducto auditivo externo (CAE) y compromiso parotídeo, de 4 cm de diámetro, asociada a adenopatías en región parotídea y retroauricular. Ambos oídos medios e internos, conducto auditivo interno y conducto auditivo externo derechos no presentaban alteraciones. Se evidenciaban ganglios cervicales bilaterales que no alcanzaban el rango adenomegálico.

La resonancia magnética (RM) con gadolinio (Figs. 7 y 8) mostró una formación expansiva sólida que comprometía el tercio externo del piso del conducto auditivo externo



Figura 1. Tumor de oído externo.



Figura 2. Tumor de oído externo.

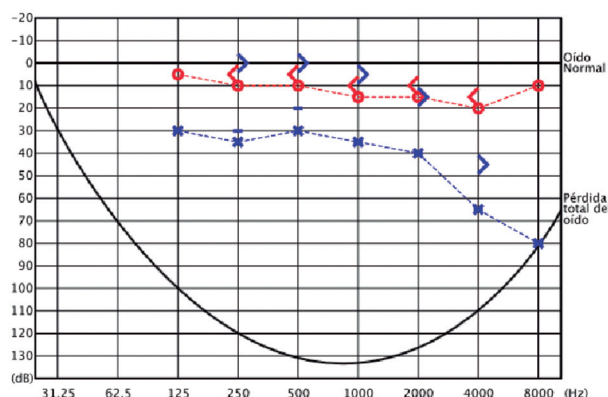


Figura 3. Audiometría tonal.

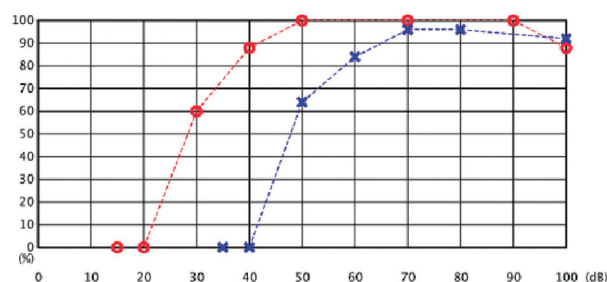


Figura 4. Logaudiometría.

izquierdo de aproximadamente $26 \times 23 \times 21$ mm, y con realce heterogéneo luego de la administración de contraste endovenoso, con invasión del cartílago del pabellón auricular adyacente.



Figura 5. TC corte axial.

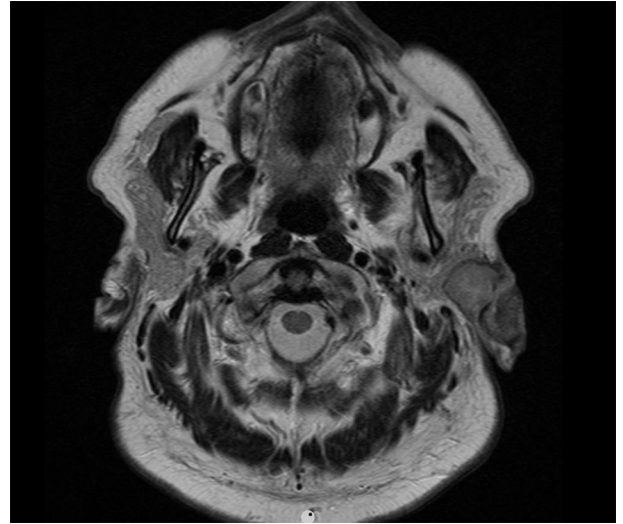


Figura 7. RM corte axial.



Figura 6. TC corte coronal.

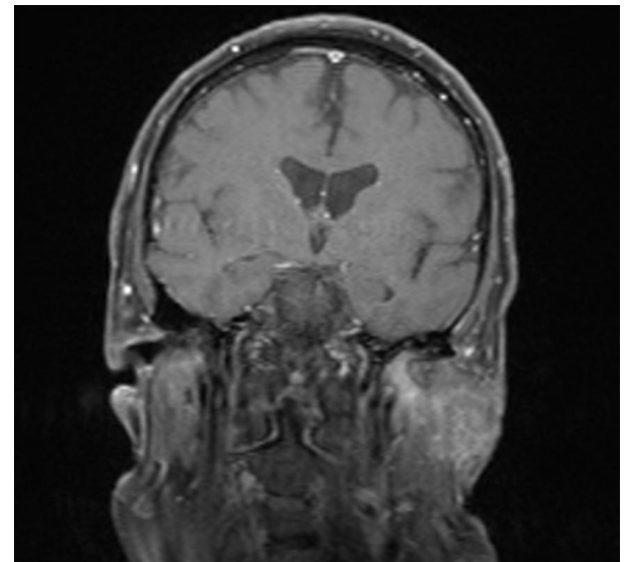


Figura 8. RM corte coronal.

Se realizó interconsulta al sector de cirugía de cabeza y cuello para completar la evaluación de la extensión cervical.

Con diagnóstico de carcinoma espinocelular de oído externo izquierdo con extensión parotídea, se realizó junto a los cirujanos de cabeza y cuello una temporalectomía lateral (Figs. 9 y 10) junto a una parotidectomía superficial homolateral y reconstrucción con colgajo temporal (Figs. 11 y 12), bajo monitorización del nervio facial. Dicho nervio no se encontraba invadido por el tumor, por lo que se pudo respetar en todo su trayecto, tanto intratemporal como extratemporal. Se resecaron en bloque el CAE y la membrana timpánica con el martillo y el yunque, el tumor y el lóbulo superficial de la parótida, quedando el estribo sobre la platina móvil.

El paciente evolucionó satisfactoriamente, cursando el primer día de internación en Unidad Coronaria y el siguiente en sala general. Fue externado sin complicaciones y sin trastornos de la motilidad facial. Presentó una buena evolución en los controles ambulatorios.

Actualmente se encuentra recibiendo radioterapia adyuvante y en plan de colocación de un dispositivo BAHA® para mejorar la audición del oído izquierdo.

DESCRIPCIÓN DE LA PATOLOGÍA

El cáncer de piel es una patología frecuente. Se calcula que hasta el 25% del total de los cánceres se originan en la piel; el 90% de ellos se localizan en la región de

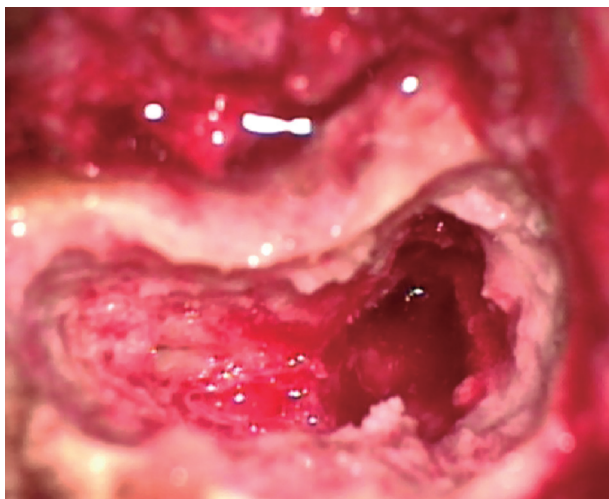


Figura 9. Antrotomía y mastoidectomía.

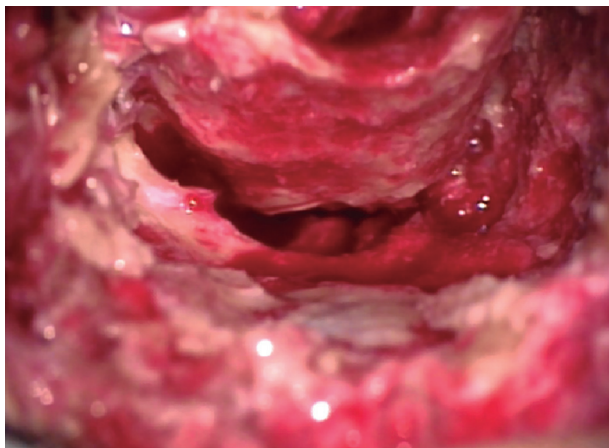


Figura 10. Resección en bloque del CAE.

la cabeza y el cuello, y, dentro de esta localización, el 8% afectan el oído externo.

La mayoría de los tumores del oído externo son carcinomas¹; entre ellos se destacan el carcinoma basocelular (o de células basales), el más frecuente, y el carcinoma espinocelular (o de células escamosas). Menos frecuentemente se encuentran otros tipos de tumores como los melanomas, adenocarcinomas, carcinomas de glándulas ceruminosas, carcinomas mucoepidermoides, sarcomas de diferentes estirpes, procesos linfoproliferativos, etc. Suelen ocurrir en la edad media y avanzada (50-70 años) y con mayor periodicidad en el sexo masculino. En la actualidad, debido al surgimiento del sida, asistimos a la aparición del sarcoma de Kaposi en el pabellón auricular, y la evolución del tumor depende tanto de la actividad de la enfermedad como del estado de inmunosupresión. Con respecto a la etiopatogenia de los tumores del oído externo, principalmente en el desarrollo de los carcinomas,

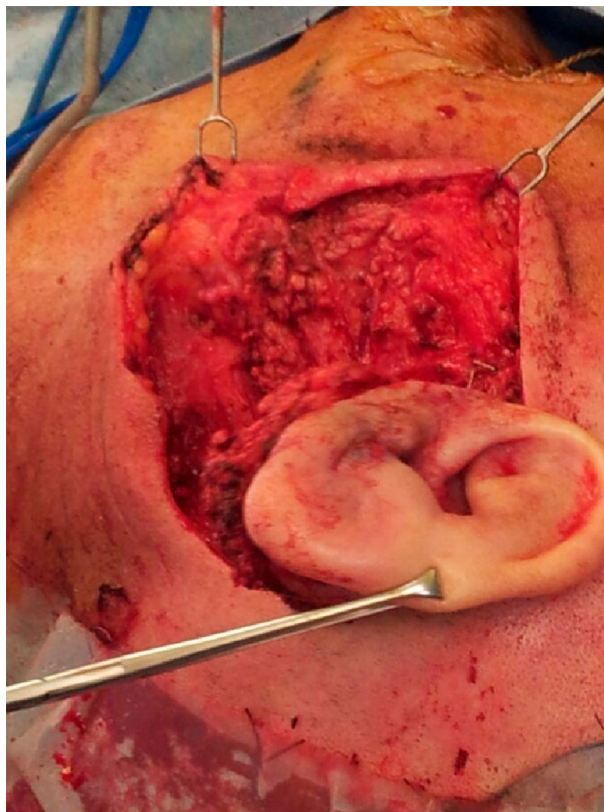


Figura 11. Parotidectomía y colgajo.

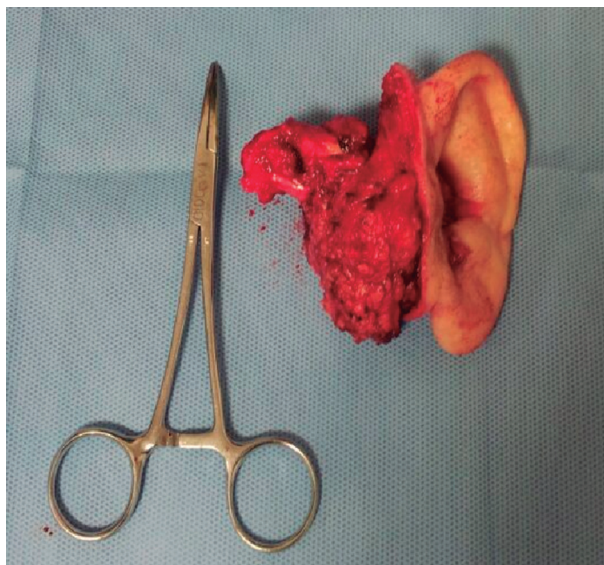


Figura 12. Pieza quirúrgica.

participan los mismos factores que influyen en la aparición del cáncer de piel de otras localizaciones. Son factores predisponentes la raza blanca, la piel muy clara, el pelo rubio y los ojos claros; el principal agente responsable es la radiación ultravioleta de la luz solar, lo que explica la

mayor frecuencia de aparición de este tipo de cáncer en aquellas zonas con mayor exposición al sol y en aquellas personas cuyas actividades laborales impliquen más tiempo de exposición. Se han descrito otros factores causales como las radiaciones ionizantes, las cicatrices, los sitios con traumatismos repetidos y ciertos agentes químicos como las parafinas, los alquitranes, los hidrocarburos policíclicos aromáticos, etc. Además, la inmunosupresión y las lesiones precancerosas favorecen la aparición del cáncer de piel².

El carcinoma espinocelular del oído externo se origina a partir de las células del estrato espinoso de la epidermis y presenta una frecuencia de 6/1 000 000 de habitantes aproximadamente. Es el segundo cáncer más reiterado del oído externo luego del carcinoma basocelular¹, con una relación 4:1, pero esta diferencia disminuye en caso de algún tipo de inmunocompromiso (1.3:1).

Clinicamente, puede presentarse en forma ulcerada o como una formación costrosa, verrugosa, exofítica o nodular. Independientemente de su manera de presentación, los límites suelen ser mucho más irregulares que en el caso del carcinoma basocelular. Como ya dijimos, se ubica en aquellas zonas con mayor exposición solar, lo que explica su mayor frecuencia en el pabellón auricular que en el conducto auditivo externo, y dentro del primero es más frecuente en hélix y antihélix³.

Las manifestaciones clínicas suelen ser la otalgia y la otorrea (principalmente serosanguinolenta). Muchas veces simula una otitis externa o una otomycosis que no resuelve con el tratamiento habitual, lo que nos obliga a sospechar una entidad maligna y hace imperativa una toma de biopsia^{4,5}. Otros síntomas y signos son el dolor, la parálisis facial, la presencia de una masa en el conducto auditivo externo o el meato auditivo, la disminución de la audición, los acúfenos y el vértigo.

El carcinoma espinocelular presenta una mayor tendencia a infiltrar en profundidad y a extenderse a zonas vecinas (parótida, articulación temporomandibular, foramen estilomastoideo y yugular; en el peor de los casos puede extenderse a la región intracraneal más que el carcinoma basocelular⁶, así como también mostrar una progresión más rápida. Puede afectar el nervio facial y el oído medio e interno. La probabilidad de metástasis es realmente baja y, en caso de ocurrir, suele producirse una diseminación ganglionar, pero en menos del 10% de los casos. La diseminación hematógena suele ser hacia el pulmón; sin embargo, su frecuencia es mínima.

La clasificación de los tumores del conducto auditivo externo utilizada es la de Pittsburgh, de acuerdo con el tamaño tumoral, el compromiso ganglionar y la metástasis a distancia.

Con respecto a la histopatología, se habla de un grado I cuando el tumor presenta un 75% o más de células dife-

renciadas, de grado II cuando presenta un 50%, de grado III, entre 25 y 50%, y grado IV, menor de 25% de células diferenciadas.

El diagnóstico se basa en la presentación clínica, el examen físico (que debe incluir la otomicroscopia y la evaluación del cuello), los estudios por imágenes contrastados (tomografía computarizada y resonancia magnética) y la biopsia preoperatoria para confirmar la malignidad y la estirpe histológica, debiéndose realizar varias tomas por la existencia en la gran mayoría de los casos de abundante cantidad de tejido de granulación que puede dar lugar a falsos negativos. Los estudios por imágenes nos permiten evaluar localización y extensión tumoral; la TC nos brinda información del compromiso óseo con mayor precisión; en cambio, la RM es de mayor utilidad para evaluar la afección de las partes blandas. También es necesario realizar estudios audiológicos y repetirlos luego del tratamiento, sobre todo en aquellos casos en los que se realicen grandes cirugías que puedan afectar la audición, por uno u otro mecanismo. El error diagnóstico inicial es muy frecuente, lo que retrasa el tratamiento adecuado y empeora el pronóstico del paciente. Las razones por las cuales no se diagnostica adecuadamente al momento de la consulta suelen ser la inespecificidad de los síntomas iniciales y la poca experiencia de los otorrinolaringólogos en esta patología⁴; solamente cuando el tumor aumenta de tamaño o aparece otorrea serosanguinolenta, se empieza a considerar el diagnóstico.

El tratamiento inicial es quirúrgico^{7,8}; la resección resulta más sencilla en caso de su localización en el pabellón auricular (resecciones losángicas o en cuña) que en el conducto auditivo externo; en este último caso se requieren resecciones intracanaliculares para los estadios tempranos o algún tipo de temporalectomía para los más avanzados; en todos los casos se requieren márgenes de seguridad suficientes (al menos de 1 cm), lo que en general se logra mediante biopsias por congelación. Para los pacientes que presenten extensión local puede ser necesario algún tipo de parotidectomía (superficial o total) en el mismo acto quirúrgico. En cuanto al manejo del cuello, en caso de ausencia de metástasis ganglionar, no se suele realizar un vaciamiento cervical profiláctico; de lo contrario, se procederá a realizar un vaciamiento selectivo supraomohioideo o uno radical modificado, cuando sea necesario. De requerirse una reconstrucción de la zona, se pueden realizar colgajos locales rotatorios (dorsal ancho, trapecio, temporal, etc.)². Suele indicarse radioterapia posoperatoria en la mayoría de los pacientes cuando la enfermedad presenta extensión local⁵.

En cuanto al pronóstico, empeora en caso de tumores de mayor tamaño, compromiso ganglionar o a distancia, resecciones con márgenes insuficientes e inmunocompromiso o mal estado general del paciente.

CONCLUSIONES

El cáncer de piel es una patología frecuente y el 90% se localiza en la región de la cabeza y el cuello, y, dentro de esta localización, el 8% afecta el oído externo.

El diagnóstico se basa en la presentación clínica, el examen físico, los estudios por imágenes contrastados (tomografía computarizada y resonancia magnética) y la biopsia

preoperatoria. El tratamiento es quirúrgico y la cirugía que se realice dependerá del tamaño tumoral y de su extensión. A pesar de la gran cantidad de información que actualmente se tiene acerca de esta enfermedad, existe todavía una alta tasa de subdiagnóstico inicial, lo que retrasa la instauración de un tratamiento adecuado y empeora el pronóstico de los pacientes.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Ahmad I, Das Gupta AR. Epidemiology of basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma of the pinna. *J Laryngol Otol*. 2001;115(2):85-6.
2. Reddy LV, Zide MF. Reconstruction of skin cancer defects of the auricle. *J Oral Maxillofac Surg*. 2004;62(12):1457-71.
3. Visnyei K, Gill R, Azizi E, et al. Squamous cell carcinoma of the external auditory canal: A case report and review of the literature. *Oncol Lett*. 2013;5(5):1587-1590.
4. Zhang T, Dai C, Wang Z. The misdiagnosis of external auditory canal carcinoma. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2013;270(5):1607-13.
5. Caccialanza M, Piccinno R, Kolesnikova L, et al. Radiotherapy of skin carcinomas of the pinna: a study of 115 lesions in 108 patients. *Int J Dermatol*. 2005;44(6):513-7.
6. O'Hara J, Ferlito A, Takes RP, et al. Cutaneous squamous cell carcinoma of the head and neck metastasizing to the parotid gland-a review of current recommendations. *Head Neck*. 2011;33(12):1789-95.
7. Leong SC, Youssef A, Lesser TH. Squamous cell carcinoma of the temporal bone: outcomes of radical surgery and postoperative radiotherapy. *Laryngoscope*. 2013;123(10):2442-8.
8. Hosokawa S, Mizuta K, Takahashi G, et al. Surgical approach for treatment of carcinoma of the anterior wall of the external auditory canal. *Otol Neurotol*. 2012;33(3):450-4.