

# Carcinoma Escamocelular de Conducto Auditivo Externa y de Oído Medio

Daniela Yépez Pabón<sup>1</sup>, Verónica Perlaza Espinoza<sup>2</sup>.

## RESUMEN

1. Postgrado de Otorrinolaringología. Universidad San Francisco de Quito. Hospital "Carlos Andrade Marín". Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Quito-Ecuador

2. Servicio de Oncología Clínica. Hospital "Carlos Andrade Marín". Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Quito-Ecuador.

### CORRESPONDENCIA:

Daniela Yépez Pabón. Correo electrónico: dyp\_doc@hotmail.com  
Dirección: Avenida 10 de Agosto N33-35 y Rumipamba. Edificio Doral 10 de Agosto. Código Postal. 170518. Teléfonos: [593] 023 319 861, [593] 984 519 130

Fecha De Recepción: 10/01/2015  
Fecha De Aceptación: 24/02/2015  
Fecha de Publicación: 01/03/2015

### MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Yépez D, Perlaza V. Carcinoma Escamocelular de Conducto Auditivo Externa y de Oído Medio. Rev Med HJCA 2015; 7(1): 83-87. <http://dx.doi.org/10.14410/2015.7.1.cc.18>

### ARTÍCULO ORIGINAL ACCESO ABIERTO

© 2015 Yépez et al.; licencia Rev Med HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution License" (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0/>), el cual permite el uso no restringido, distribución y reproducción por cualquier medio, dando el crédito al propietario del trabajo original. El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición personal del autor.

\*Cada término de los Descriptores De Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo han sido verificados por el editor en la biblioteca virtual en salud [BVS] de la edición actualizada a marzo del 2014, el cual incluye los términos MESH y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>)

**INTRODUCCIÓN:** Los tumores malignos del Conducto Auditivo Externo y de Oído Medio son raros, pero de rápido crecimiento e invasión local. Existen pocos casos reportados en la literatura médica. Su diagnóstico precoz es difícil porque se confunden con procesos inflamatorios óticos crónicos. Requieren cirugía y radioterapia combinada. La tasa de supervivencia a los 5 años alcanza el 25 a 85%, dependiendo del estadio en que son diagnosticados y tratados.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 79 años de edad con 2 años de evolución de presencia de masa en conducto auditivo externo izquierdo, otalgia y otorrea recurrente persistente, refractaria a tratamiento clínico. Se solicitaron estudios complementarios, Tomografía Computarizada, exámenes de laboratorio y audiometría tonal y se realizó una toma de biopsia de la masa de CAE izquierdo. El resultado histopatológico de la muestra reportó Carcinoma Escamocelular.

**EVOLUCIÓN:** Se realizó la resolución quirúrgica entre Cirujano de Cabeza y Cuello y Otorrinolaringólogo. Posteriormente la paciente fue remitida a Oncología para programación de Radioterapia. La paciente toleró los resultados estéticos y funcionales de la cirugía, encontrándose libre de actividad tumoral residual a los 2 años de seguimiento.

**CONCLUSIÓN:** El diagnóstico oportuno y el manejo multidisciplinario favorecieron el pronóstico de supervivencia de la paciente en este reporte.

**\*DESCRITORES DeCS:** CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS, CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, OÍDO MEDIO.

## ABSTRACT

SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE EXTERNAL AUDITORY CANAL AND MIDDLE EAR.

**BACKGROUND:** Malignant tumors of the External Auditory Canal and Middle Ear are rare but rapidly growing and local invasion. There are few cases reported in the literature. Early diagnosis is difficult because they are confused with chronic inflammatory otic. Require surgery and radiotherapy combined. The survival rate at 5 years reaches 25-85%, depending on the stage they are diagnosed and treated.

**CASE REPORT:** Female 79 years old with 2 years of evolution of the presence of tumor in the left ear canal, and recurrent persistent otalgia, otorrhea refractory to clinical treatment. Complementary studies, CT scan, laboratory tests and audiometry were requested and biopsy of the mass was performed CAE left. The histopathological results of the sample reported Squamous Cell Carcinoma.

**EVOLUTION:** surgical resolution between Head and Neck Surgeon and Otolaryngologist was performed. Subsequently, the patient was referred to Radiation Oncology programming. The patient tolerated the aesthetic and functional results of surgery, being free of residual tumor activity at 2 years follow-up.

**CONCLUSION:** Early diagnosis and multidisciplinary management favored the survival prognosis of the patient in this report.

**KEY WORDS:** SQUAMOUS CELL CARCINOMA, EXTERNAL AUDITORY CANAL, MIDDLE EAR.

## INTRODUCCIÓN

Los tumores malignos del Conducto Auditivo Externo y del Oído Medio son poco frecuentes y de mal pronóstico por su rápido crecimiento e invasión local [1, 2]. Su incidencia varía de 1 por 4 mil a 20 mil pacientes con patología ótica. No existe predominio de sexo. Afecta principalmente a pacientes de edad avanzada, con una edad media de 55 años [2, 3]. La mayoría de las lesiones inician en el Conducto Auditivo Externo, localizándose en esta zona por largo tiempo debido a que el componente cartilaginoso y óseo detiene su expansión. Luego puede haber invasión hacia el oído medio, desde el cual se extiende rápidamente invadiendo el hueso temporal e incluso trompa de Eustaquio. Desde dicha región progresa hacia la articulación temporomandibular, bulbo de la yugular, parótida, meninges y encéfalo. Hasta en 10% de los casos con adenopatías subdigástricas y parotídeas [4-6]. Los tumores del conducto se los ha relacionado con otorrea crónica, predisposición genética e irradiación previa. En los tumores del oído medio se considera un factor predisponente la infección por el virus del papiloma humano [7, 8]. Histológicamente, la estirpe escamocelular es la más frecuente de todas, encontrándose que el 70% son epidermoides, el 25% son adenocarcinomas y el 5% carcinoma adenoide quístico [3, 9]. Su diagnóstico precoz es difícil ya que puede confundirse con procesos inflamatorios crónicos del oído externo y medio. Un historial de otorrea persistente asociada a otalgia intensa, que no responde a las terapias convencionales de otitis medias crónicas recidivante, así como también la presencia en el conducto auditivo externo de formaciones polipoideas o granulaciones de rápido crecimiento y que tienden a recidivar tras su excéresis, nos hacen sospechar en esta patología [10-12]. La Tomografía Computarizada de Hueso Temporal y el estudio histopatológico resultan, junto a una exhaustiva historia clínica, imprescindibles para el diagnóstico [2, 4, 8]. El tratamiento de estos tumores se basa en la combinación de cirugía más radioterapia. El pronóstico dependerá del estadiaje tumoral, la presencia de ganglios positivos, parálisis facial o la extensión intra-

craneal con afectación de la duramadre [10-12]. La clasificación más aceptada para la Estadificación de los Carcinomas de Conducto Auditivo y Hueso Temporal es la propuesta por la Universidad de Pittsburgh [13], que determina: T1: Tumor limitado al CAE sin erosión del hueso o extensión a partes blandas; T2: Erosión ósea limitada (no de la pared completa) y extensión a partes blandas < 0.5 cm; T3: Erosión completa de la pared del CAE con extensión a partes blandas < 0.5 cm. o extensión a oído medio, mastoides o parálisis facial; T4: Tumor que erosiona cóclea, punta petrosa, pared medial del oído medio, conducto carotídeo, orificio yugular o dura o extensión a tejidos blandos > 0.5 cm. N0: ausencia de metástasis ganglionares regionales; N1: presencia de metástasis ganglionares regionales.

El tratamiento quirúrgico dependerá del estadiaje [10, 13]. Las distintas técnicas son: 1. Si el tumor afecta o está en la vecindad del hueso timpánico o de la corteza de la mastoides se hace una resección lateral del temporal: Tipo I: Extirpación circunferencial del CAE lateralmente a la membrana timpánica; Tipo II. Se extrae en monobloque todo el CAE, incluyendo la membrana timpánica; Tipo III. Se extirpa todo el hueso timpánico y el hueso que rodea el orificio estilomastoideo. Se incluye el nervio facial en la resección; Tipo IV. Se reseca solo la punta de la mastoides sin entrar al CAE. Un segundo tratamiento es si el tumor afecta al oído medio, ya sea de forma primaria o secundaria, se hará una resección total o subtotal del temporal.

En cuanto al pronóstico, es malo por su rápido crecimiento y su tendencia a la invasión regional. Si el tumor está localizado y afecta exclusivamente al CAE cartilaginoso la supervivencia alcanza el 55 a 85% a los 5 años. Si afecta al CAE óseo o con invasión incipiente del oído medio, la supervivencia oscila entre 45 a 75%. Pero, si la invasión es profunda hacia el hueso temporal la tasa de supervivencia alcanza un 25 a 50% a 5 años. La radioterapia sola nunca da supervivencias superiores al 20% [14-15].

## CASO CLÍNICO

Mujer de 79 años de edad, procedente y residente en Santo Domingo de los Tsáchilas-Santo Domingo-Ecuador, con una instrucción primaria incompleta, soltera, diestra y católica. Tenía entre sus antecedentes Patológicos Personales un diagnóstico de Hipertensión Arterial en tratamiento clínico con Enalapril 20 mg por vía oral cada día. No refería antecedentes quirúrgicos ni antecedentes familiares. La paciente acudió a consulta en el Servicio de Otorrinolaringología refiriendo un cuadro de 2 años de evolución de presencia de masa en el conducto auditivo externo izquierdo. La lesión inició como una pequeña formación polipoidea, de crecimiento progresivo rápido y que al momento ocupaba y obstruía todo el conducto. Se acompañaba de otalgia intensa intermitente y otorrea fétida recurrente en escasa cantidad. Refirió además hipoacusia bilateral, de predominio izquierdo del mismo tiempo de evolución. Negaba otra sintomatología adicional. Indicó haber consultado por esta causa por varias ocasiones a distintos médicos en ese período de tiempo, recibiendo tratamiento antibiótico tópico (Quinolonas) y oral (Penicilinas y Quinolonas) con lo que disminuía la otorrea, pero no había variación en las características de la masa. Quince días previo a su consulta recibió el último esquema de antibiótico en base a Ciprofloxacina 500 mg por vía oral dos veces al día, persistiendo la otorrea y otalgia. Al examen físico al ingreso la paciente se observó en regulares condiciones generales de salud. La otoscopia de oído derecho determinó un conducto auditivo externo permeable, con la membrana timpánica íntegra y nacarada. El oído izquierdo determinó la presencia de masa de aspecto verrugoso, ulcerada, sangrante, cubierta de material purulento fétido escaso, que ocupaba todo el conducto auditivo externo imposibilitando la visualización de la membrana timpánica (Figura 1). La rinoscopia demostró un tabique central, mucosa eutrófica, sin rinorrea. El examen de orofaringe demostró amígdalas grado I asépticas, sin descarga posterior. En el cuello no se palparon adenopatías locales. Los exámenes de laboratorio reportaron la biometría hemática dentro de parámetros normales, Leucocitos 6.850 u/uL, Neutrófilos 61.6%, Hemoglobina 13.5 g/dL, Hematocrito 43.2 %. La audiometría tonal reportó resul-

tados compatibles con la patología que presentaba la paciente, en oído izquierdo Hipoacusia de Conducción Moderada y en oído derecho Escotoma en Agudos Leve (por Presbiacusia). En la tomografía computarizada simple y contrastada de hueso temporal se observó un tumor de tejido blando que ocupa oído medio y conducto auditivo izquierdo (Figuras 2 y 3). El reporte de la histopatología de una biopsia de masa de conducto auditivo externo izquierdo reportó Carcinoma Escamocelular poco diferenciado sólido, con formación incipiente de perlas corneas, con inflamación crónica y bordes quirúrgicos comprometidos por el tumor.

**Figura 1. Masa verrugosa ulcerada que ocupa Conducto Auditivo Izquierdo**



Figura 2. TC de Hueso Temporal. Cortes axiales que muestran la ocupación de CAE izquierdo y erosión leve de pared ósea.

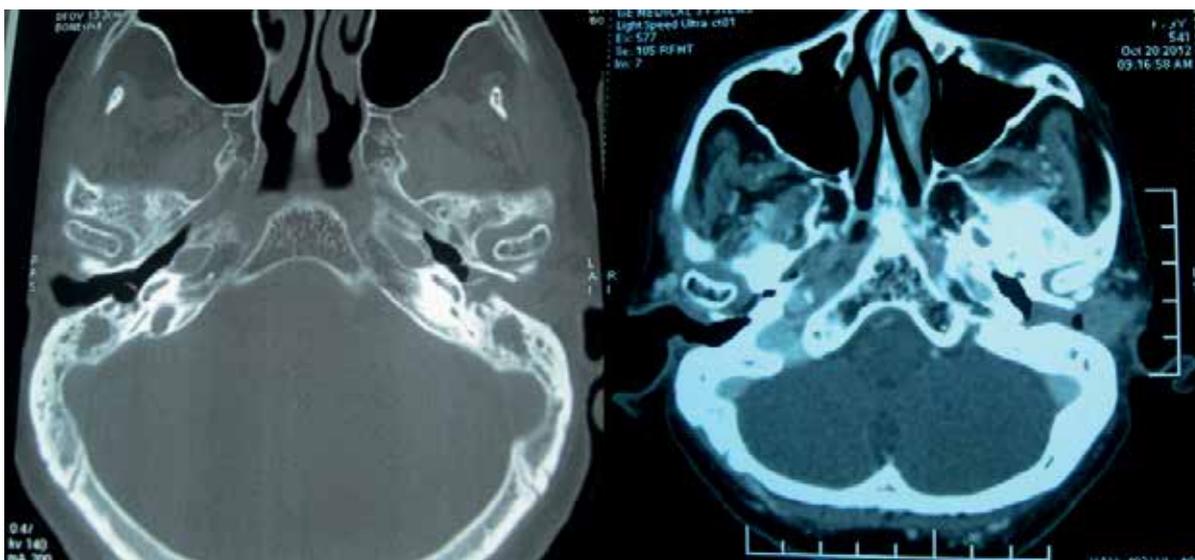


Figura 3. TC de Oídos. Cortes coronales lesión ocupando CAE izquierdo. Cóclea y cadena de huesecillos ipsilateral indemne



## EVOLUCIÓN

Los hallazgos clínicos y el resultado histopatológico de la biopsia sugirieron el diagnóstico de Carcinoma Escamocelular, Estadificación T2N0 (T2: Erosión ósea limitada (no de la pared completa) y extensión a partes blandas < 0.5 cm. N0: ausencia de metástasis ganglionares regionales). Con estos resultados, se discutió el caso en Sesión Clínica del Servicio de Otorrinolaringología y se sugirió la resolución quirúrgica conjunta con el Cirujano de Cabeza y Cuello y Otorrinolaringólogo, para luego remitir a la paciente al Servicio de Oncología Clínica para programación de Radioterapia. La cirugía realizada fue una resección de tumor con vaciamiento de oído medio, canaloplastia y mastoidectomía con muestreo ganglionar retro auricular (Figura 4).

**El reporte de estudio Histopatológico** fue un tumor de conducto auditivo izquierdo y oído medio: carcinoma escamocelular exofítico pobremente diferenciado. Los ganglios linfáticos de la región retroauricular fueron negativos para metástasis 0/2. Los resulta-

dos del estudio histopatológico de la pieza quirúrgica confirman el Estadaje previo T2N0. Se remitió a la paciente a las 3 semanas de postquirúrgico a Oncología Clínica, en donde recibió Radioterapia 50GY en 25 fracciones con acelerador lineal. La paciente sobrellevó adecuadamente los resultados y posibles complicaciones del procedimiento quirúrgico que le fueron explicados previo a la realización del mismo. Estéticamente el conducto auditivo externo izquierdo quedó más amplio que el contralateral y tuvo una integración completa del auto-injerto de piel, sin presentarse complicaciones secundarias. Funcionalmente, el déficit Auditivo en el Oído izquierdo aumentó, ya que fue necesario retirar los huesecillos yunque y martillo durante la cirugía. Actualmente la paciente tiene una Hipoacusia de tipo Conductivo moderada a severa, para lo que se prescribió un audífono convencional, con adecuada adaptación al mismo. Actualmente, la paciente se encuentra libre de actividad tumoral residual a los 2 años de seguimiento.

Figura 4. Secuencia transoperatorio. Resección de tumor de Conducto Auditivo y mastoides

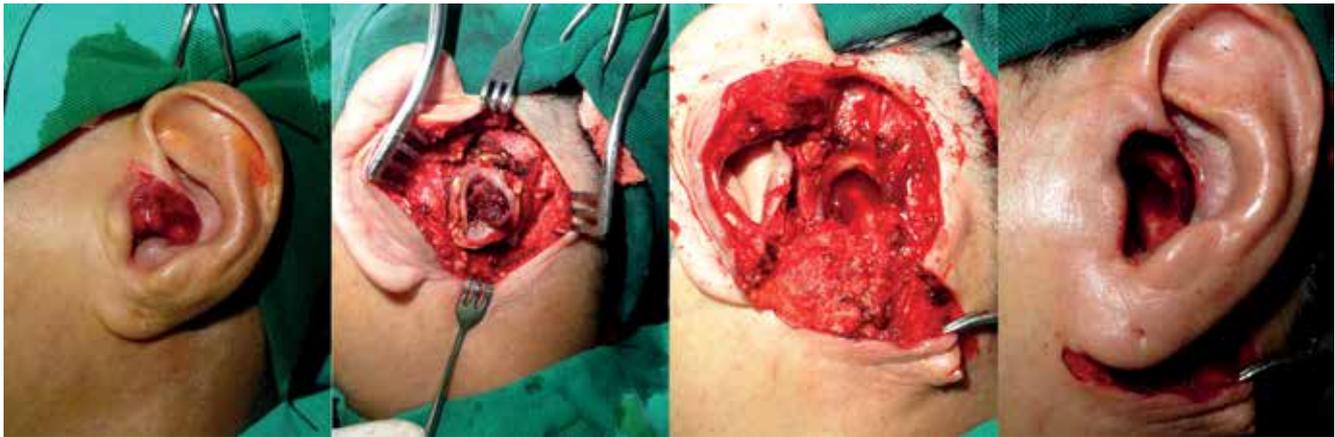
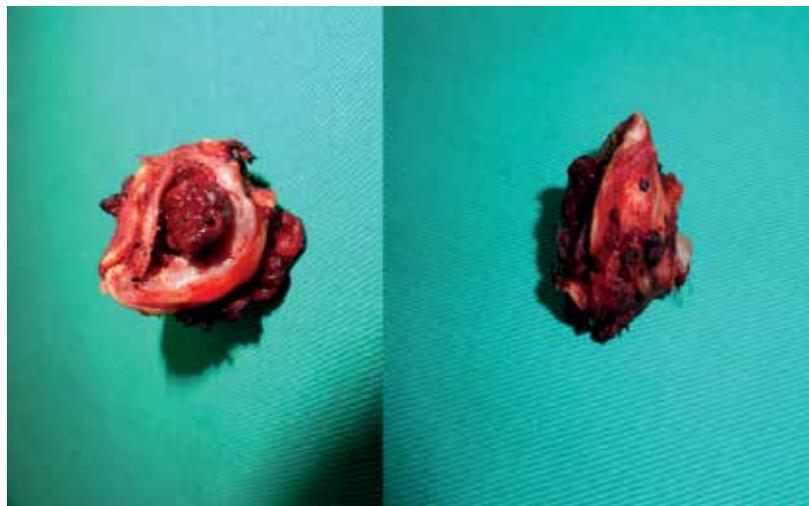


Figura 5. Hallazgos Transoperatorio: masa tumoral que ocupa CAE cartilaginosa



## DISCUSIÓN

Existen pocas referencias en la literatura sobre el Carcinoma Escamocelular de Oído, por lo que la presentación de nuestro caso clínico es de relevancia para el conocimiento médico. De esta experiencia enfatizamos la importancia del manejo multidisciplinario y oportuno. La paciente había sido tratada clínicamente y sin éxito por 2 años bajo la presunción diagnóstica de una Infección Crónica de Oído Externo. La sospecha clínica frente al cuadro fue la clave para formular la hipótesis de que se trataba de una patología de mayor complejidad, que pudo confirmarse con el estudio histopatológico inicial de la biopsia realizada en consultorio. Según el Sistema de Estadaje de la Universidad de Pittsburgh, nuestra paciente fue diagnosticada pertinentemente cuando se encontraba en ESTADÍO T2NO (Erosión ósea limitada y extensión a partes blandas <0.5 cm sin metástasis ganglionares regionales) lo que permitió un abordaje clínico-quirúrgico eficiente. La paciente sobrellevó adecuadamente los resultados estéticos y funcionales del procedimiento quirúrgico. Utiliza audífono en Oído Izquierdo como auxiliar para su Déficit Auditivo. Actualmente, la paciente se encuentra libre de

actividad tumoral residual a los 2 años de seguimiento. Los tumores malignos del conducto auditivo externo y del oído medio son poco frecuentes pero tienen alta morbi-mortalidad. La sintomatología con la que debutan es poco específica por lo que pueden ser fácilmente confundidos con procesos crónicos óticos. En algunos casos se presenta parálisis facial [14]. El diagnóstico se fundamenta en la sospecha clínica por la cronicidad de los síntomas, y se complementa con el uso apropiado de estudios de imagen e histopatología. El diagnóstico oportuno y el manejo multidisciplinario entre cirujanos oncológicos, otorrinolaringólogos y radioterapeutas favorecen el pronóstico de supervivencia del paciente con esta patología. En el caso la supervivencia y no recidiva del tumor ha sido documentada a 2 años en esta paciente, sin embargo el pronóstico de reportado [15] a 5 años es de 65% de supervivencia para los pacientes que accedieron a una cirugía, 29% para los pacientes que recibieron solamente radioterapia y de 63% para los pacientes que recibieron los dos tipos de tratamiento.

## CONCLUSIÓN

El diagnóstico oportuno y el manejo multidisciplinario favorecieron el pronóstico de supervivencia de la paciente en este reporte.

## CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

Daniela Yépez Pabón: Atención Inicial Integral de la paciente cuando fue referida a consulta externa de Otorrinolaringología: recolección de datos, estudios complementarios y toma de biopsia en consultorio. Presentación del caso clínico al Staff de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Ayudante en el Procedimiento Quirúrgico Planteado. Recolección de datos. Revisión de bibliografía referente al caso. Redacción del artículo.

Verónica Perlaza Espinoza: Presentación del caso clínico al Staff de Oncología Clínica y Radioterapia. Revisión de bibliografía referente al caso. Redacción del artículo.

## INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

Daniela Yépez Pabón. Médica Postgradista de Otorrinolaringología. Universidad San Francisco de Quito. Hospital "Carlos Andrade Marín". Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Quito-Ecuador. Código de investigador:  <http://orcid.org/0000-0002-2629-0945>.

Verónica Perlaza Espinoza. Médica General Residente del Servicio de Oncología Clínica. Hospital "Carlos Andrade Marín". Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Quito-Ecuador.

## ABREVIATURA

CAE: Conducto Auditivo Externo

### CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras no reportan ningún conflicto de intereses. La exigencia de presentación de opinión de comité de ética reconocida por el Ministerio de Salud Pública, para estudios clínicos no aplica al no ser un estudio experimental.

### Consentimiento Informado:

Se cuenta con el consentimiento informado por parte de la paciente para la publicación del caso clínico.

### COMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Yépez D, Perlaza V. Carcinoma Escamocelular de Conducto Auditivo Externo y de Oído Medio. Rev Med HJCA 2015; 7(1): 83-87. <http://dx.doi.org/10.14410/2015.7.1.cc.18>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Breau RL, Gardner EK, Dornhoffer JL. Cancer of the external auditory canal and temporal bone. *Curr Oncol Rep.* 2002 Jan; 4(1):76-80.
- Rodríguez Paramás A, Gil Carrasco R, Arenas Brites O, Yurrita Scola B. Tumores malignos del CAE y oído medio. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2004; 55(10):470-4.
- Sánchez Legaza E, Cervera Oliver C, Vallejo Miñarros J. Carcinoma Epidermoide del Conducto Auditivo Externo. *O.R.L. ARAGON* 2012; 15 (1): 12-13.
- Lobo Duro D, Llorente Pendás JL, Suárez Nieto C. Tumores primarios del conducto auditivo externo. Nuestra experiencia en 34 pacientes. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2007;58(1):20-4.
- Rodríguez Alfonso J, Llerena Suárez JA, Campis Cruz HA. Carcinoma epidermoide del conducto auditivo externo. *Rev méd electrón [Serida en línea]* 2009; 31(1). Disponible en URL:<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol1%202009/tema16.htm>
- Takahashi K, Yamamoto Y, Sato K, Sato Y, Takahashi S. Middle ear carcinoma originating from a primary acquired cholesteatoma: a case report. *Otol Neurotol.* 2005 Jan; 26(1):105-8.
- Schwager K, Pfreudner L, Hoppe F, Baier G, Willner J, Baier K. Carcinoma of the external ear canal and middle ear as interdisciplinary challenge for ear surgery and radiotherapy. *Laryngorhinootologie.* 2001; 80(4):196-202.
- Verge González JC, Contreras Molina P, Flores Carmona E, Rodríguez Baró JG. Carcinoma de oído medio. Presentación de dos casos clínicos y revisión de la literatura. *O.R.L. ARAGON* 2009; 12 (2) 6-8.
- Nuño-González, A, Vicente-Martín FJ, Pinedo-Moraleda F, López-Estebananz JL. Carcinoma epidermoide cutáneo de alto riesgo. *Actas Dermosifiliogr.* 2012; 103(7):567-78.
- Nápoles Morales M, Cruz García O, Alfonso Coto JC, Morales PP, Calderón Marín CF, Larrinaga Cortinas E, et al. Manejo multidisciplinario en la recidiva de carcinoma epidermoide de conducto auditivo externo. Presentación de un caso. *Rev Méd Electrón [serida en línea]* 2011;33(3). Disponible en: URL:<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol3%202011/tema14.htm>
- Pemberton LS, Swindell R, Sykes AJ. Primary Radical Radiotherapy for Squamous Cell Carcinoma of the Middle Ear and External Auditory Canal: an historical series. *Clin Oncol (R Coll Radiol).* 2006;18(5):390-4.
- Encinas Vicente A, Souvirón Encabo R, Rodríguez Paramás A, Mancheño Losa M, García de Pedro F, Scola Yurrita B. Complicaciones quirúrgicas de la cirugía de rescate de pacientes con carcinoma epidermoide de conducto auditivo externo tratados con quimiorradioterapia. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2007; 58(10):454-7.
- Arriaga M, Curtin H, Takahashi H, Hirsch BE, Kamerer DB. Staging proposal for external auditory meatus carcinoma based on preoperative clinical examination and computed tomography findings. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1990; 99(9 Pt 1):714-21.
- Schnack-Petersen RS, Orkild H, Werther K. Peripheral facial paralysis caused by an adenocarcinoma of the middle ear. *Ugeskr Laeger.* 2005 25; 167(17):1863-4.
- Testa JR, Fukuda Y, Kowalski LP. Prognostic factors in carcinoma of the external auditory canal. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1997; 123(7):720-4.