

Carcinoma epidermoide del conducto auditivo externo

Epidermoid carcinoma of the external auditory canal.

RESUMEN

El carcinoma epidermoide del conducto auditivo externo es difícil de diagnosticar, al ser una rareza y simular patologías comunes como otitis externa y otitis media crónica; de ahí que deba formar parte de los diagnósticos diferenciales habituales del clínico en ORL.

Su diagnóstico precoz facilitaría aplicar terapéuticas que mejorarían su pronóstico vital. Se realiza una revisión de la literatura, resultando complicada, debido a la baja prevalencia y a la gran variabilidad del estadiaje y tratamiento propuestos.

PALABRAS CLAVE:

Carcinoma epidermoide, CAE.

SUMMARY

The external ear duct epidermoid carcinoma is difficult to diagnose, due to its rarity and simulation of common pathologies such as external otitis and chronic medium otitis; that is why it should belong to the usual differential diagnoses of the ENT clinician.

Its early diagnosis would facilitate therapy that would imply a better life prognosis. We perform a literature search, which was rather complicated because of its low incidence and great variability in staging and proposed treatments.

KEY WORDS:

Epidermoid carcinoma, EAC.

Caso Clínico

Paciente varón de 78 años que acude por otorrea derecha de un año de evolución, ingresándose para descartar una otitis externa maligna. Antecedentes personales: DMNID e HTA. Durante su estancia hospitalaria, sufre un ictus isquémico complicado con una sépsis otógena por bacilos Gram (-), que cedió con antibióticos.

En la otoscopia, aparece un granuloma que ocluye parcialmente el conducto auditivo externo del oído derecho, que se biopsia, tras no ceder el cuadro con tratamiento médico (ciprofloxacino + gentamicina iv) y resultando: carcinoma epidermoide infiltrante bien diferenciado. La TAC determinó una ocupación de celdas mastoideas y conducto auditivo externo derecho por un material de densidad de partes blandas, erosionando sus paredes. La TAC craneal y cervical fueron normales.

Ante el estado general crítico, se instaura radioterapia (70.20 Gy), que redujo el tamaño, pero a los dos meses recidiva a nivel cervical (preauricular); falleciendo el paciente al mes.

Discusión

El carcinoma de células escamosas del CAE es infrecuente; sobre todo, su presentación bilateral (4 casos)¹.

No existe predominio de sexos, afectando a edades avanzadas.

El síntoma de presentación más frecuente es la otorrea; siendo un signo de alarma la persistencia del dolor a pesar del tratamiento; mientras que la parálisis facial periférica progresiva, hipoacusia, adenopatías y lesión de pares craneales bajos expresan enfermedad evolucionada por invasión de oído medio y parótida.

Macroscópicamente, presenta una úlcera o pólipo ulcerado en CAE, coexistiendo con adenopatías subdigástrica y parotídea (10 %)².

Antes de plantearse un tratamiento, debe estudiarse el estadiaje correspondiente, resultando difícil, debido a su baja prevalencia, ausencia de un estadiaje universal y a los heterogéneos protocolos terapéuticos utilizados.

El tratamiento debe ser multidisciplinar, combinación de cirugía y radioterapia³. Ogawa y col. proponen la radioterapia radical en estadios precoces, mientras que abogan por la cirugía más radioterapia en estadios avanzados⁴. Nakagawa y col. sugieren que el tratamiento óptimo es la quimio-radioterapia preoperatoria junto con la resección en bloque⁵.

Numerosos autores enfatizan la efectividad de la radioterapia postoperatoria para el control del tumor residual en los márgenes del mismo; sin embargo, otros insisten en que la resección incompleta es causa de recurrencia y que la radioterapia postoperatoria no es beneficiosa sobre márgenes positivos ni sobre lesión ósea. El papel de la quimioterapia continúa siendo incierto, por la rareza de las metástasis a distancia⁶.

Su pronóstico es infausto por su rápido crecimiento y su tendencia a la invasión regional. Factores de mal pronóstico serían la afectación ganglionar y la parálisis facial⁷.



Figuras 1 y 2: En TAC se aprecia masa que ocupa el todo el CAE, erosionado sus paredes óseas.

Bibliografía

1. Thevarajah S, Carew J, Selesnick S. Bilateral squamous cell carcinoma of the external auditory canal. *Otolaryngology- Head and Neck Surgery* 2005; 32(6): 960- 2.
2. Breau R, Gardner E, Dornhoffer J. Cancer of the external auditory canal and temporal bone. *Current Oncology Reports* 2002; 4: 76- 80.
3. Testa JRG, Fukuda Y, Kowalski LP. Prognostic factors in carcinoma of the external auditory canal. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 123:720-4.
4. Rodríguez Paramás A, Gil Carrasco R, Arenas Brites O. Tumores malignos del CAE y oído medio. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2004; 55: 470-74.
5. Pensak ML, Gleich LL, Gluckman JL et al. Temporal bone carcinoma: contemporary perspectives in the skull base surgical. *Laryngoscope* 1996; 106: 1234-37.
6. Ogawa K, Nakamura K, Hatano K et al. Treatment and prognosis Of. Squamous cell carcinoma of the external auditory canal and middle ear: a multi- institutional retrospective review of 87 patients. *Int J Radiation Oncology Biol Phys* 2007; 68 (5): 1326-34.
7. Nakagawa T, Kumamoto Y, Natori Y. Squamous cell carcinoma of the external auditory canal and middle ear: an operation combined with preoperative chemoradiotherapy and a free surgical margin. *Otology Neurotology* 2008; 27 (2): 242-7.

Correspondencia

Dra. Elena Sánchez Legaza
Obispo Hurtado 25, 2º B
18004 Granada
e-mail: manpro1910@hotmail.com