

Carcinomas del oído medio. A propósito de un caso

Middle ear carcinoma. A case report

RESUMEN

El carcinoma de oído medio es una entidad poco frecuente y difícil de diagnosticar precozmente, pues puede confundirse con procesos inflamatorios crónicos del oído medio.

Presentamos el caso de una paciente con clínica de otorrea crónica, otalgia e hipoacusia progresiva del oído izquierdo (OI) a la que en los últimos 15 días se añadía parálisis facial periférica. Las pruebas de imagen demostraban la presencia de una masa erosiva que afectaba al oído medio, y el estudio anatomopatológico confirmó un carcinoma escamoso moderadamente diferenciado.

El tratamiento se basa en el uso de cirugía, complementada habitualmente con radioterapia.

PALABRAS CLAVE:

Carcinoma escamoso, CAE.

SUMMARY

Middle ear carcinoma is rare and difficult to detect kind of cancer because it can be confused with chronic inflammatory process.

We present the case of a patient with left ear otorrhea, otalgia and progressive hearing loss with peripheral facial nerve palsy since 15 days ago. The computed tomography of the temporal bone and a magnetic resonance demonstrate a very aggressive and erosive lesion in the middle ear and histopathological studies corroborate squamous cell carcinoma.

The treatment is based on radical surgery usually complemented with radiotherapy.

KEY WORDS:

Squamous cell carcinoma, EAC.

Introducción

El carcinoma de oído medio es una entidad poco frecuente (1-2 casos/1.000.000 habitantes) representando del 5-10% de toda la patología tumoral ótica¹. Histológicamente, el carcinoma de tipo epidermoide es el más frecuente (70%), seguido de adenocarcinomas (25%) y carcinoma adenoide quístico (5%), aunque varía según las series.

La edad media de aparición es en torno a los 64 años², suelen ser unilaterales y no se ha demostrado la existencia clara de factores de riesgo (se ha identificado la otitis media crónica como el más frecuente factor etiológico, pero también la exposición a radiación o la infección por el virus del papiloma humano)³. Su sintomatología es poco específica⁴, por lo que en el momento del diagnóstico el 10% de estos pacientes suelen presentar adenopatías metastásicas⁵.

El uso combinado de cirugía más radioterapia postquirúrgica arroja unos resultados de supervivencia media del 45% a los 5 años, siempre que se haya logrado la extirpación completa del tumor, por lo que en la cirugía se ha de ser agresivo en la resección⁶.

Caso Clínico

Presentamos el caso de una paciente de 38 años con clínica de otorrea crónica, otalgia e hipoacusia progresiva del oído izquierdo de un mes de duración a la que en los últimos 15 días se añadía parálisis facial periférica⁴. En la exploración física, se objetivaba una masa polipoidea que ocupaba completamente el conducto auditivo externo (CAE), hemorrágica a la palpación, junto con otorrea purulenta.

Se realizó una Tomografía Computerizada (TC) de peñascos que mostraba una lesión nodular agresiva central en el ático y en la mastoides, con unas dimensiones aproximadas de 23x15x15 mm, con amputación del nervio facial en su porción mastoidea (Figs. 1 y 2).

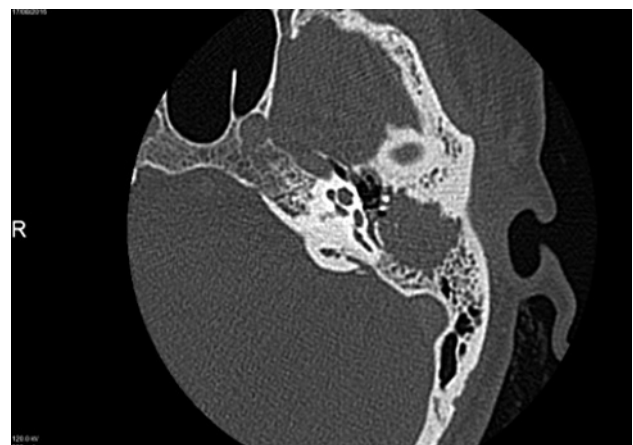


Figura 1: Corte axial TC de peñascos. Se observa una masa erosiva en oído medio (OM).

Se realizó una biopsia de la lesión cuyo estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de carcinoma escamoso moderadamente diferenciado (G2). Para completar el estudio de extensión se solicitó una Tomografía por Emisión de Positrones (PET-TAC) que informaba de una lesión hipermetabólica en oído medio con un SUV (standard uptake value) máximo de 23.6, pero no se apreciaban adenopatías regionales y tampoco se identifican

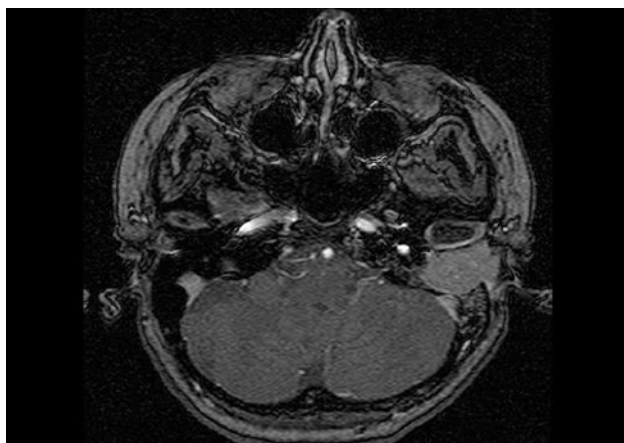


Figura 2: Corte axial RMN. Se observa una masa izquierda levemente captante que afecta al CAE y el OM.

nódulos que se relacionaran con enfermedad metastásica. La tumoración fue estadificada como un T4NOMO según la clasificación de Pittsburgh (Tabla I).

Tabla I

Clasificación TNM de la Universidad de Pittsburgh para carcinomas de oído (de: Arriaga et Al; Ann Otol Rhinol Laryngol 1990, 99: 714-721)

T	T1. Tumor limitado al conducto auditivo externo, sin erosión ósea o evidencia de involucrar a los tejidos blandos. T2. Tumor limitado al conducto auditivo externo, con erosión ósea subtotal en su espesor y con limitación a tejidos blandos (< 0.5 cm). T3. Tumor limitado que erosiona en forma total el espesor del conducto auditivo externo y con una extensión menor de 0.5 cm a tejidos blandos, pero que involucra al oído medio y mastoides o ambos. Con parálisis facial. T4. Tumor ilimitado que erosiona la cóclea, ápex petroso, pared medial del oído medio, canal carotídeo y foramen yugular. Con extensión a tejidos blandos mayor de 0.5 cm, que involucra la articulación temporomandibular y/o el foramen estilomastoideo.
N	N0. Ausencia de metástasis ganglionares regionales. N1. Nódulo (ganglio) único ipsilateral menor de 3 cm. N2. N2a. Nódulo único de 3 a 6 cm. N2b. Nódulos múltiples ipsilaterales. Todos menores de 6 cm. N2c. Nódulos bilaterales o contralaterales Todos menores de 6 cm. N3. Nódulos múltiples. Mayores de 6 cm.
M	M1. Metástasis a distancia

El caso fue presentado en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello del hospital donde se decidió realizar un tratamiento quirúrgico basado en una resección lateral del peñasco con petrosectomía total a demanda, parotidectomía izquierda y vaciamiento funcional ganglionar cervico-lateral izquierdo^{7,8}. A continuación, realizó la reconstrucción mediante colgajo de rotación de músculo temporal sobre la glenoides, un avance anterior del músculo esternocleidomastoideo, un injerto de grasa abdominal, cierre del CAE y sutura por planos y con ágrafes cutáneos.

La paciente recibió posteriormente tratamiento adyuvante radioterápico (30 ciclos) y quimioterápico (3 ciclos) que finalizó en enero de 2017 sin objetivarse recidiva local o metastásica en los sucesivos controles de revisión.

Discusión

El carcinoma de oído medio se extiende rápidamente invadiendo el hueso temporal en su totalidad con afectación de la mastoides, peñasco e incluso trompa de Eustaquio. Desde dichas regiones evoluciona hacia la articulación temporo-mandibular, bulbo de la yugular, parótida, meninges y encéfalo. Estos tumores han recibido distintas denominaciones, reflejando la controversia en cuanto a su histogénesis y diferenciación.

Ha de tenerse en cuenta que muchos de los casos presentados como cáncer de oído medio son tumores con asiento inicial en el conducto auditivo externo que posteriormente evolucionan hacia la caja timpánica, por lo que la frecuencia real es menor que la aparente.

La dificultad para la resección completa del tumor dejando márgenes libres, obliga a dar radioterapia postquirúrgica para mejorar los resultados⁹. En el caso de tumores avanzados donde la cirugía está contraindicada, la tendencia es optar por tratamiento con radioquimioterapia o radioterapia solamente para frenar el crecimiento tumoral.

Bibliografía

1. F. O. Agada, C. Gnananandha, M. Wickham. Squamous Cell Carcinoma of the middle ear: case report and literature review. *Annals of African Medicine*: 2004. 3,(2) 90 – 92.
2. Nocon CC, Liederbach E, Lapin B, Gluth MB, Shinnors M.J, Bhayani MK. Cancer of the middle ear: A contemporary review of the national cancer data base, 1998-2011. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery (United States)* 2014;151:1 SUPPL. 1 (P158).
3. J. Ying-Tai, T. Sen-Tien, L. Ching, C. Kong-Chao, Y. Jing-Jou, C. Wen-Yuan, E. Hock-Liew, C. Teh-Ying, W. Tzyy-Choou, S. Ih-Jen. Prevalence of Human Papillomavirus in Middle Ear Carcinoma Associated with Chronic Otitis Media. *American Journal of Pathology* 1997;150,(4):1997.
4. A. Rodríguez Paramás, R. Gil Carrasco, O. Arenas Britez, B. Scola Yurrita. Tumores malignos del conducto auditivo externo y oído medio. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2004; 55: 470-474470
5. Goodwin WJ, Jesse RH. Malignant neoplasm of the external auditory canal and temporal bone. *Arch Otolaryngol* 1980; 106: 675-679.
6. Feng L, Jin A, Dai B, Li Y, Guo Y, Wang D, Xu P. Outcomes of 18 cases with squamous cell carcinoma of middle ear who underwent both surgery and post-operative radiotherapy. *Acta Oto-Laryngologica* 2016 136:2 (141-143)
7. Wierzbicka M, Szyfter W, Tkopeæ. Effectiveness of petrosectomy in temporal bone malignant invasion. *Journal of Neurological Surgery, Part B: Skull Base* 2014 75 SUPPL.2
8. Ng SY, Pua KC, Zahirrudin Z. Temporal bone squamous cell carcinoma. Penang experience. *Medical Journal of Malaysia* 2015;70:(6):367-368.
9. Jia X, Liang Q, Chi F. Treatment and outcome of middle ear cancer. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology* 2014;271:(10):2675-2680.

Correspondencia

Dr. Guillermo Gil Grasa.
Servicio ORL Hosp. Clínico Univ. Lozano Blesa
Avda. San Juan Bosco, 15
50009 Zaragoza. España.
E-mail: gilgrasa@gmail.com