

REPORTE DE CASO

Carcinoma adenoide quístico del conducto auditivo externo: reporte de un caso

SANTIAGO GUTIÉRREZ MALDONADO¹, NATALIA GELVEZ RONDÓN²

Resumen

El carcinoma adenoide quístico del conducto auditivo externo es un tumor extremadamente raro, con alta probabilidad de invasión perineural y de metástasis. Los objetivos de este trabajo son presentar un caso típico de una mujer de 63 años de edad, quien consultó por hipoacusia, plenitud aural y otalgia; así como describir la intervención quirúrgica realizada para su resección y su evolución postoperatoria.

Palabras clave: carcinoma quístico adenoide, conducto auditivo externo, carcinoma de células escamosas.

Title: Adenoid Cystic Carcinoma of the External Auditory Canal: A Case Report

Abstract

Adenoid cystic carcinoma of the ear canal is a very rare tumor, with high probability of perineural invasion and metastasis. The aim of this paper is to present a typical case of a 63 year old woman who debuted with hearing loss, aural fullness and otalgia.

Key words: Carcinoma adenoid cystic, ear canal, squamous cell.

1 Médico otorrinolaringólogo. Profesor asistente, Hospital Universitario de San Ignacio-Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

2 Médica residente de II año de Otorrinolaringología, Pontificia Universidad Javeriana-Hospital Universitario de San Ignacio, Bogotá, Colombia.

Recibido: 15/07/2012.

Revisado: 16/08/2012.

Aceptado: 07/09/2012

Introducción

Las neoplasias malignas primarias del conducto auditivo externo son extremadamente raras. Más del 80% corresponde a carcinomas escamocelulares, y aproximadamente un 5%, a carcinomas adenoides quísticos. Estos últimos corresponden al 1-4% de los tumores de cabeza y cuello. Generalmente, se encuentran en las glándulas salivales menores, pero también se han reportado casos en las glándulas lacrimales, el árbol traqueobronquial, la mama, el esófago y el conducto auditivo externo.

La presentación más usual son síntomas de otalgia e hipoacusia, que suele ser conductiva. Por lo general, tienen un crecimiento lento. La posibilidad de metástasis e invasión perineural y ósea es alta, así como la extensión intracraneal. La mayoría de los pacientes mueren por metástasis pulmonares.

El tratamiento ideal es la resección completa, lo cual disminuye significativamente los índices de recurrencia. El seguimiento debe ser estricto, ya que las recurrencias suelen tener, al igual que los tumores primarios, un crecimiento lento y silencioso.

Caso clínico

El caso corresponde a una mujer de 63 años de edad, quien presentó sintomatología de tres años de evolución de

hipoacusia, plenitud aural y otalgia izquierda. Inicialmente, fue valorada por los especialistas de cirugía de cabeza y cuello, con diagnóstico de carcinoma adenoides quístico de conducto auditivo externo, gracias a una biopsia realizada en su lugar de remisión. En el examen físico presentaba una masa que protruía a través del conducto auditivo externo izquierdo, multilobulada, de coloración rosada, con secreción purulenta, sin afectación del nervio facial (figura 1).



Figura 1. Masa que protruye a través del conducto auditivo externo izquierdo



Figura 2. Escanografía de oídos: corte axial que muestra ocupación del conducto auditivo externo izquierdo por imagen bien definida con densidad de material de tejidos blandos

La escanografía de oídos muestra material de tejidos blandos que ocupa el conducto auditivo externo (figura 2). Se le realizó una radiografía de tórax que mostró nódulos pulmonares, por lo cual se solicitó valoración por la especialidad de cirugía de tórax.

La mujer fue llevada a cirugía. Una vez allí, inicialmente se realizó un abordaje por planos, en que se levantó el pabellón auricular en sentido cefálico, que lo dejó pediculado por el lado superior. Se le llevó a cabo una mastoidectomía radical y se disecó en bloque el conducto auditivo externo, debido a la afectación de la pared del conducto en su porción ósea; además, se le resecó el tumor en bloque, el cual se envió a patología (figura 3). Se tomaron biopsias de la mucosa del oído medio. Por último, se cerró por planos el sitio de la cirugía (figura 4).



Figura 3. Masa de 2 cm resecada de conducto auditivo externo izquierdo



Figura 4. Diseción por planos: se levantó el pabellón auricular en su totalidad y se dejó el pedículo superior, y cierre por planos

Luego se le verificó a la paciente la indemnidad del nervio facial, lo cual se corroboró durante su recuperación, al evidenciar simetría facial posquirúrgica en reposo y en movimiento. El postoperatorio no tuvo complicaciones (figura 5).



Figura 5. Imagen postoperatoria donde se evidencia la integridad del nervio facial

Reporte de patología: oído medio sin tumor; conducto auditivo externo: carcinoma adenoide quístico de patrones tubular, cribiforme y trabecular. Afectación de los bordes del conducto auditivo cartilaginoso y de la pared ósea posterior, invasión perineural. Después de dos semanas, el postoperatorio tuvo un adecuado resultado estético.

Discusión

Los tumores del conducto auditivo externo son tumores raros; solo se han reportado 66 casos en el mundo a partir de 1970. En su mayoría corresponden a carcinomas escamocelulares, seguidos por los de tipo adenoide quístico. Su crecimiento es silente y hay recurrencias locales, generalmente, debidas a la difícil resección completa. No es infrecuente encontrar invasión perineural ósea en el momento del diagnóstico y metástasis a distancia, aun cuando es más frecuente la de pulmón. Es más prevalente en mujeres, con una relación de 2:1. Pueden aparecer a cualquier edad, aunque su pico de incidencia son la quinta y la sexta décadas de la vida [1,2]. Los síntomas más frecuentes son dolor, hipoacusia, otorrea y nódulos locales; se crecimiento suele ser lento, y esto hace que se diagnostique en estadios tardíos.

Existen tres subtipos histológicos: cribiforme, tubular y sólido. Este último es el de peor pronóstico [3]. En cuanto a su estadiaje, se utiliza la clasificación

TNM (T: tamaño del tumor; N: afectación o no de los ganglios linfáticos regionales; M: presencia o no de metástasis a distancia) para carcinomas de conducto auditivo (tabla 1). En nuestro caso, la paciente se encontraba en un estadio IV, teniendo en cuenta que presentaba una alta posibilidad de que los nódulos pulmonares fueran metástasis.

Tabla 1. Clasificación de TNM para tumores de conducto auditivo externo

T1	Limitado al conducto, sin erosión ósea o afectación de tejidos blandos
T2	Limitado al conducto auditivo, erosión ósea y afectación limitada de tejidos blandos (menor de 0,5 cm)
T3	Erosión ósea, límites menores de 0,5 cm, afectación del oído medio o mastoides
T4	Erosión de la cóclea, meninges, parálisis facial, extensión mayor de 0,5 cm de tejidos blandos
N	Nódulos: T1N1: estadio III y T2, T3, TA N1: estadio IV
M	Metástasis a distancia (IV)

Los marcadores inmunohistoquímicos útiles en el diagnóstico son: CK7 y CD 117. Las metástasis a distancia se han reportado aproximadamente en el 48 % de los pacientes el orden de frecuencia son: pulmón (67,9%), hueso (10,7%), riñón (10,7%), cerebro (7,1 %) e hígado (3,6%).

Los predictores negativos están dados por hallazgos de márgenes positivos, metástasis a distancia, invasión ósea y perineural. Encontrar cualquiera de los anteriores parámetros da un porcentaje de sobrevida del 97% a un año, del 82% a 10 años y del 50% a 15 años [4].

El tratamiento de elección es la mastoidectomía con márgenes, para evitar la invasión perineural, ósea y las recurrencias locales. Algunos autores recomiendan radioterapia en estadios avanzados, cuando hay invasión a base de cráneo, invasión perineural u ósea [5].

El caso reportado se encuentra dentro de las características epidemiológicas descritas, dado que es una paciente de sexo femenino, en la sexta década de la vida y sus síntomas y hallazgos en el examen físico son consistentes con lo encontrado en la literatura mundial. Por lo tanto, se siguió el protocolo quirúrgico establecido con solicitud de escanografía, y el manejo fue quirúrgico con adecuados resultados estéticos. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones.

Referencias

1. Bonaparte J, Trites J, Hart R, Taylor Sm. Survival when treating adenoid cystic carcinoma of the external auditory canal: quantitative assessment of case reports. *J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009;38(4):468-76.
2. Dong F, Gidley P, Ho T, Luna M. Adenoid cystic carcinoma of the external auditory canal. *Laryngoscope.* 2008;118(9):1591-6.
3. Crain N, Nelson B, Barnes EL, Thompson LD. Ceruminous gland carcinomas: a clinicopathologic and immunophenotypic study of 17 cases. *Head Neck Pathol.* 2009;3(1):1-17-
4. Bonaparte J, Trites J, Hart R, Taylor SM. Survival when treating adenoid cystic carcinoma of the external auditory canal: quantitative assessment of case reports. *J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009;38:468-76.
5. Chang C, Min-Tsan Shu, Lee J. Treatments and outcomes of malignant tumors of external auditory canal. *Am J Otolaryngol Head Neck Med Surg.* 2009;30:44-8.

Correspondencia

Santiago Gutiérrez Maldonado
Carrera 13 # 49-40, consultorio 216
Bogotá, Colombia
santiagodear@gmail.com