

## PRESENTACIÓN DE CASO

### **Carcinoma epidermoide de conducto auditivo externo.**

### **Epidermoid carcinoma of the external auditory duct.**

Leonor Hernández Piñero<sup>I</sup>, María de Lourdes Menéndez Villa<sup>II</sup>.

<sup>I</sup>Especialista de I y II Grado en Medicina general Integral. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesora Auxiliar. Hogar de ancianos "Chung Wah" San Miguel del Padrón. La Habana. Correo electrónico: [leonorhdez@infomed.sld.cu](mailto:leonorhdez@infomed.sld.cu)

<sup>II</sup>Especialista de I Grado en Medicina Interna. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesora Auxiliar. Hospital General Docente Enrique Cabrera. Boyeros. La Habana. Correo electrónico: [marylumv@infomed.sld.cu](mailto:marylumv@infomed.sld.cu)

---

### **RESUMEN**

El cáncer es la enfermedad crónica no trasmisible que más está contribuyendo a la mortalidad en todas las edades en Cuba. Se presenta una paciente de 79 años de edad que acude al servicio de otorrinolaringología del Hospital Salvador Allende en febrero del año 2013 por otalgia y lesión ulcerada en conducto auditivo externo derecho. Se le realiza biopsia y se constata un carcinoma epidermoide bien diferenciado, infiltrante y ulcerado de conducto auditivo externo derecho. Los tumores malignos del conducto auditivo externo son poco frecuentes e invaden secundariamente el oído medio debido al retraso en su diagnóstico. La enfermedad ganglionar, la parálisis facial y la extensión intracraneal se asocian a un peor pronóstico. La supervivencia a estos tumores en estadios avanzados es escasa por lo que se impone la prevención y el diagnóstico precoz de los mismos.

**Palabras clave:** Cáncer de cabeza y cuello, carcinoma epidermoide, cáncer de oído, carcinoma de células escamosas.

---

### **ABSTRACT**

The cancer is not transmissible chronic disease that more is contributing to the mortality in all the ages in Cuba. Patient of 79 years of age that goes to the service of otorhinolaryngology of the Salvador Allende Hospital in February of the year 2013 for pain of hearing and lesion ulcerated in auditory external canal right. It is carried out biopsy an epidermoid carcinoma well differentiated, infiltrante and ulcerated is verified of canal auditory external right. Malignant tumors of the external auditory canal are not very frequent. Most originates in the external auditory canal and many of these could invade the half hearing secondarily, due to the delay in their diagnosis. The illness ganglionar, the facial paralysis and the extension intracranial associate to a worse presage. The

survival to these tumors in advanced stadiums is scarce for what is imposed the prevention and the precocious diagnosis of the same one.

**Keywords:** Head and neck cancer, epidermoid carcinoma, hearing cancer, squamous cell carcinoma.

---

## INTRODUCCIÓN

El cáncer se ha convertido en un problema sanitario de primer orden a nivel mundial, tanto su incidencia como su mortalidad aumentan a pesar de los grandes avances en el diagnóstico y terapéutica del mismo en los últimos años. El factor de riesgo más importante para el cáncer es la edad, entre los 60 y 79 años, uno de cada tres varones y una de cada cinco mujeres padecerán algún tipo de cáncer.<sup>1</sup>

En Cuba los tumores malignos representaron la primera causa de muerte en todas las edades en los años 2013 y 2014 con tasas de 205.9 y 212.6 por mil habitantes respectivamente convirtiéndose así en la enfermedad crónica no trasmisible (ECNT) que más está contribuyendo a la mortalidad en todas las edades.<sup>2</sup>

La prevención primaria del cáncer epitelial de cabeza y cuello es prioridad y contribuiría a reducir su elevada mortalidad. Por este motivo con el objetivo de revisar algunos aspectos relacionados con el tema, especialmente el carcinoma epidermoide, se decidió realizar la presentación de un caso de un tumor de este tipo en conducto auditivo externo atendido en el servicio del Hospital General Docente Enrique Cabrera de La Habana

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente RFP con Historia Clínica 4263 de 79 años de edad, mestizo y sexo masculino que ingresa en la sala de cuidados subagudos del Hogar de ancianos Chung Wah el 10 de diciembre del año 2014 procedente del Hospital Salvador Allende para cuidados paliativos tras más de un año y medio de evolución de un proceso tumoral.

Antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial (HTA), síndrome demencial de posible etiología alcohólica, alcoholismo crónico activo y carcinoma epidermoide del conducto auditivo externo derecho en estadio terminal. Fumador de más de 50 años y tomador de más de más de 8 tazas café diarias. Soltero, asistenciado social, abandono filial y conducta deambulante. Tratamiento con morfina (20 mg) 1 ampula subcutánea cada 8 horas y dipirona (300 mg) 2 tabletas cada 8 horas. Imposible recoger otros datos de interés por ausencia de familiares y deterioro cognitivo del enfermo.

Acude al servicio de otorrinolaringología del hospital antes citado en febrero del año 2013 por otalgia y lesión ulcerada en conducto auditivo externo derecho. Refiere además decaimiento, pérdida de peso de aproximadamente 10 kg en los últimos 3 meses, cefalea, dolor de espalda y cuello así como dispepsia.

Se le realiza biopsia y se constata un carcinoma epidermoide bien diferenciado, infiltrante y ulcerado de conducto auditivo externo derecho. Recibió quimioterapia y radioterapia (DT: 506 g, de ellos solo fueron aplicados 446 g, 22 frecuencias de 25 planificadas) terminando el día 4 de febrero del 2014 con respuesta parcial progresando la enfermedad y un mes después llegó a infiltrar la piel de la región retroauricular derecha con úlcera de gran tamaño que sangraba fácilmente.

Reingresa nuevamente por sepsis de la lesión ulcerada con marcada fetidez y abundante tejido necrótico a ese nivel, fue tratado con Cefalosporina parenteral con buena respuesta terapéutica. Se valoró la posibilidad de metástasis cerebral pero nunca llegaron a realizarle la tomografía axial computarizada dado su precario estado de salud y lo irreversible del caso. Se mantuvo hospitalizado con tratamiento paliativo.

En esas condiciones es que ingresa en la institución pues no era tributario de otra terapia oncoespecífica. Después de hacer otra sepsis de la lesión ulcerosa tratada con ciprofloxacino oral y varios episodios de agitación psicomotora tratados con alprazolam, haloperidol y difenhidramina orales; fallece por bronconeumonía bacteriana el 14 de febrero del 2015 con una estadía de 64 días en el servicio y una supervivencia de 24 meses tras confirmarse el diagnóstico inicial.

### **Examen físico**

Peso: 50 kg Talla: 170 cm Circunferencia braquial: 22 cm IMC: 17,3  
Desnutrición proteico calórica Grado I

Cabeza: Presencia de gran úlcera en región que corresponde a pabellón auricular derecho que infiltra tejidos vecinos sobre todo en la zona retroauricular con abundantes vasos de neoformación y que sangra con facilidad. Gran cantidad de tejido necrótico con secreción serohemática fétida. La región superior del pabellón auricular aparece rechazada hacia arriba y con infiltración tumoral evidente (Figura 1).

Piel y mucosas: Pálidas y húmedas

Respiratorio: Murmullo vesicular disminuido globalmente. No estertores. FR: 18

Cardiovascular: Ruidos cardiacos de bajo tono. No soplos. FC: 82 TA: 110/70

Abdomen: Blando, depresible. No visceromegalia ni dolor. Ruidos hidroaereos presentes. Ausencia de hernias en regiones inguinales

Genitourinario: Riñones no palpables. Puño percusión negativa. Tacto rectal: próstata ligeramente aumentada de tamaño de consistencia fibroelástica. No tumoraciones palpables.

Genitales externos: Testículos dentro de sus bolsas, no lesiones escrotales ni peneanas.

Sistema nervioso: Paciente orientado en persona pero no en tiempo ni lugar. Deterioro cognitivo moderado. Confusión ligera. Ptosis palpebral derecha y ectropión. Parálisis facial periférica con desviación de la comisura labial hacia el lado izquierdo (Figura 2).

Tejido celular subcutáneo: No edema facial ni en miembros inferiores.

Sistema osteomioarticular: Disminución marcada de la masa muscular. Cifosis dorsal. Deformidades osteoartrósicas de extremidades inferiores y manos.

Sistema hemolinfopoyético: Adenopatías pétreas, adheridas a planos profundos, no dolorosas, no rubor ni calor en el tejido que las circunda de aproximadamente 2 cm de diámetro en cadena cervical lateral y posterior derecha. Paquete de adenopatías visibles a simple vista y dolorosas a la palpación de aproximadamente 3 cm de diámetro en cadena cervical anterior y región supraclavicular derecha.

### Exámenes complementarios

Hemoglobina: 11,4 g/l Hematocrito: 0,38 Eritrosedimentación: 35 mm/h

Leucograma:  $4,0 \times 10^9/l$

TGP: 11,9 U/L TGO: 23 U/L

Biopsia de lesión (B13-3124): Carcinoma epidermoide bien diferenciado, queratinizante, infiltrante y ulcerado de conducto auditivo externo derecho.

### Figuras



Figura 1. Carcinoma epidermoide infiltrante y ulcerado de conducto auditivo externo derecho.



Figura 2. Parálisis facial secundaria a tumoración del conducto auditivo externo derecho.

### DISCUSIÓN

La incidencia de los tumores de cabeza y cuello es variable, mientras que hay autores que plantean que representan el 7,8% de todos los tumores del cuerpo, constituyendo el 5% de las neoplasias malignas; para otros varía del 5 al 50% de todos los cánceres según condicionamientos geográficos y socioeconómicos. Se manifiestan como masas cervicales en más del 50% de los casos y el resto con compromiso en los diferentes subsitios del área.<sup>3</sup>

Excluyendo los tumores cutáneos y tiroideos, más del 90% de los tumores de cabeza y cuello son carcinomas de células escamosas (epidermoides), surgen de las superficies mucosas de estas zonas, típicamente se originan en células escamosas y predominan en el sexo masculino. La mayor parte se inician después de los 50 años de edad (predominantemente entre la sexta y séptima décadas de vida), aunque pueden aparecer en pacientes más jóvenes. Las manifestaciones clínicas varían según el estadio y la localización del tumor primario.<sup>1 3</sup>

El carcinoma epidermoide puede aparecer en diferentes sitios anatómicos incluyendo en la piel, cabeza y cuello, pulmón, esófago, área genital, etc. A pesar de tener características anatomopatológicas y perfil inmunoquímico similares puede mostrar enormes diferencias en los síntomas de presentación,

factores de riesgo, historia natural, pronóstico y respuesta al tratamiento lo que puede reflejar que posee factores etiológicos heterogéneos y probablemente características moleculares únicas en cada sitio de aparición.<sup>4</sup>

Entre los factores etiológicos más frecuentes se citan: tabaco, alcohol, predisposición genética, traumatismos térmicos, mecánicos, lesiones inflamatorias crónicas, úlceras crónicas, inmunosupresión, cicatrices, mutaciones originadas en el gen supresor P-53 y N-ras así como los virus.<sup>1, 5</sup>

Se ha detectado el **DNA** del papilomavirus humano en el tejido de cánceres de boca y de amígdalas, los que predisponen al cáncer bucal en pacientes sin antecedentes de tabaquismo o alcoholismo; de forma similar la infección por el virus de Epstein-Barr (EBV) se relaciona con cáncer nasofaríngeo. También se han encontrado deleciones cromosómicas y otras alteraciones, que frecuentemente afectan a los cromosomas 3p, 9p, 17p y 13q, en lesiones premalignas y malignas de cabeza y cuello, al igual que mutaciones en los genes supresores de tumores, a menudo del gen p53. La amplificación de los oncogenes es menos frecuente, pero se ha descrito la expresión excesiva de PRAD-1/bcl-1 (ciclina D1), bcl-2, factor transformador del crecimiento beta y receptor del factor de crecimiento epidérmico. Este último dato guarda correlación positiva con el tamaño tumoral y con un pronóstico desfavorable, y es una diana de tratamientos experimentales.<sup>1</sup> **parrafo muy extenso**

La falta de biomarcadores que permitan pronosticar tanto la agresividad tumoral como el riesgo de recidivas, llevaron al estudio de una serie de proteínas que confirmaron su utilidad como biomacadores pronósticos del carcinoma de células escamosas de labio asociadas a un incremento de la supervivencia libre de recidiva (prothymosin  $\alpha$  (PTMA), S100A7, heterogeneus nuclear ribonucleoprotein K (hnRNPK)). Esto permitirá en un futuro el desarrollo de nuevos biomarcadores que permitan clasificar las tumoraciones de cabeza y cuello de acuerdo a su agresividad y pronóstico lo que permitirá ofrecer un tratamiento personalizado a cada paciente.<sup>6</sup>

Los tumores malignos del conducto auditivo externo (CAE) y oído medio son poco frecuentes pero se asocian a una elevada mortalidad, siendo el más usual el carcinoma epidermoide, el cual tiende por lo general a tener un comportamiento más agresivo. La incidencia está estimada en 1-2 personas por cada millón de habitantes, sin predominio de sexos y afectan principalmente a pacientes de edad avanzada, con una edad media de presentación de 55 años. La mayoría se diagnostican en estadíos avanzados porque dan una clínica similar a otros procesos benignos además de por la ausencia de barreras anatómicas claras que impidan su progresión.<sup>7</sup>

La afectación bilateral es extremadamente rara. Hasta agosto del año 2007 solamente 5 casos de carcinomas de conducto auditivo externo bilaterales se habían reportado en la literatura médica mundial. Las recidivas tumorales causan elevada mortalidad en los pacientes con cáncer escamoso (epidermoide).<sup>8</sup>

Se le atribuye etiología subsecuente a infecciones crónicas de larga evolución con secreción purulenta, aunque esto carece de sustento científico para

muchos autores. Se consideran como factores de riesgo: la edad (más de 50 años), el sexo masculino, la exposición mantenida a las radiaciones solares y la raza blanca.<sup>9</sup>

Una historia de otorrea persistente, con o sin otorragia, y otalgia asociada, debe hacernos sospechar este tipo de patología. La aparición de nuevos síntomas como parálisis facial periférica, hipoacusia o adenopatías cervicofaciales se asocian a un peor pronóstico. Dado que la supervivencia a estos tumores en estadios avanzados es escasa, sería necesario considerar nuevos protocolos terapéuticos.<sup>7 10</sup>

En Cuba dado el envejecimiento poblacional, cada vez serán más frecuentes en la práctica médica los ancianos con síndromes demenciales y tumores malignos. La supervivencia a estos tumores en estadios avanzados es escasa por lo que se impone la prevención y el diagnóstico precoz de los mismos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harrison Online. Oncología y hematología. Enfermedades neoplásicas. New York: The McGraw-Hill Companies; 2006.
2. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico 2014. La Habana: MINSAP; 2015.
3. Marrugo GE, Restrepo AF, Cabrera EV, Sierra AP. Rabdomiosarcoma de oído: experiencia en la Fundación Hospital de la Misericordia. Rev Fac Med [Internet]. 2013 Ene [citado 22 Abr 2015];61(1). Disponible en:
4. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-00112013000100009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112013000100009)
5. Cheng KA, Kurtis B, Babayeva S, Zhuge J, Tantchou I, Cai D, et al. Heterogeneity of TERT promoter mutations status in squamous cell carcinomas of different anatomical sites. Ann Diagn Pathol. 2015;17(15).
6. Cho HR, Kwon SS, Chung S, Kie JH. Rapidly developed squamous cell carcinoma after laser therapy used to treat chemical burn wound: a case report. World J Surg Oncol. 2015;13(1):28.
7. Chauhan SS, Kaur J, Kumar M, Matta A, Srivastava G, Alyass A, et al. Prediction of recurrence-free survival using a protein expression-based risk classifier for head and neck cancer. Oncogenesis. 2015;20(4):147.
8. Nápoles M, Cruz O, Alfonso JC, Morales PP, Calderón CF, Larrinaga E, et al. Manejo multidisciplinario en la recidiva de carcinoma epidermoide de conducto auditivo externo. Presentación de un caso. Rev Méd Electrón [Internet]. 2011 Jun [citado 2 Abr 2015];33(3). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol3%202011/tema14.htm>
9. Ensured C, Senkal HA, Zayyan E, Yilmaz T, Kaya S. Bilateral external auditory canal squamous cell carcinoma: a case report. Eur Arch Otorhinolaryngol [Internet]. 2007 [citado 02 Abr 2015];264(8). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17361413>

10. Alfonso J, Llerena JA, Campis HA. Carcinoma epidermoide del conducto auditivo externo. Rev Med Electrón [Internet]. 2009 Feb [citado 23 Abr 2015];31(1). Disponible en:
11. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242009000100016](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242009000100016)
12. Higgins TS, Antonio SA. The role of facial palsy in staging squamous cell carcinoma of the temporal bone and external auditory canal: a comparative survival analysis. Otol Neurotol. 2010;31(9):1473-9.

Recibido: 15 de marzo del 2015

Aprobado: 20 de julio del 2015

*Dra. Leonor Hernández Piñero*. Especialista de I y II Grado en MGI. Máster en Longevidad Satisfactoria. Correo electrónico: [leonorhdez@infomed.sld.cu](mailto:leonorhdez@infomed.sld.cu)