



<https://doi.org/10.24245/aorl.v68i2.8627>

Tumor adenoideo quístico en el conducto auditivo externo

Adenoid cystic in external auditory canal.

Antonio S Paz-Cordovez,¹ Patricia Chamba-Camacho,² Miguel E Sevilla-Salas,³ Yaimelis de la Fe Núñez,³ Elisa Leyva-Montero³

Resumen

ANTECEDENTES: Las neoplasias malignas primarias del conducto auditivo externo son infrecuentes. El carcinoma adenoideo quístico es un tumor que representa aproximadamente el 5%. La mayoría de los pacientes padecen otalgia constante unilateral, intensa, de duración prolongada, disminución de la audición y aumento de volumen en el oído externo. Estos tumores se tratan con escisión quirúrgica agresiva o radioterapia, según la extensión de la lesión. A pesar de esto, el pronóstico general es reservado debido a la recurrencia y metástasis a distancia.

CASOS CLÍNICOS: Se comunican los casos de dos pacientes, mujer y hombre de 52 y 41 años, respectivamente, en quienes se diagnosticó carcinoma adenoideo quístico.

CONCLUSIONES: El carcinoma adenoideo quístico debe incluirse en el diagnóstico diferencial en los pacientes con otalgia y una lesión tumoral en el conducto auditivo externo durante más de 6 meses.

PALABRAS CLAVE: Neoplasia maligna; conducto auditivo externo; adenoideo.

Abstract

BACKGROUND: Primary malignant neoplasms of the external auditory canal are very rare; in which, cystic adenoid carcinoma is an extremely rare tumor that represents approximately 5%. Most patients present with constant unilateral otalgia, intense, of prolonged duration, decreased hearing and increased volume in the external ear. These tumors are treated with aggressive surgical excision or radiation therapy, depending on the extent of the lesion. Despite this, the general prognosis is reserved due to recurrence and distance metastases.

CLINICAL CASES: The cases of two patients, a woman and a man aged 52 and 41, respectively, who were diagnosed with adenoid cystic carcinoma, are reported.

CONCLUSIONS: Adenoid cystic carcinoma should be included in the differential diagnosis in patients with ear pain and a tumor lesion in the external auditory canal for more than 6 months.

KEYWORDS: Malignant neoplasm; External auditory canal; Adenoid.

¹ Especialista en otorrinolaringología, otocirujano. Jefe del servicio de Otorrinolaringología.

² Residente en Otorrinolaringología.

³ Especialista en otorrinolaringología. Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, La Habana, Cuba.

Recibido: 15 de febrero 2023

Aceptado: 25 de abril 2023

Correspondencia

Patricia Karina Chamba Camacho
patriciachambacamacho@gmail.com

Este artículo debe citarse como:

Paz-Cordovez AS, Chamba-Camacho P, Sevilla-Salas ME, Núñez YF, Leyva-Montero E. Tumor adenoideo quístico en el conducto auditivo externo. An Orl Mex 2023; 68 (2): 58-63.



ANTECEDENTES

Los tumores del conducto auditivo externo tienen incidencia de 1 a 6 pacientes por millón de habitantes/año, representan el 0.2% de los tumores de cabeza y cuello. Las manifestaciones clínicas más frecuentes de neoplasias malignas son: el carcinoma escamocelular (80%) seguido por el carcinoma adenoideo quístico (5%);¹ tiene dos orígenes: de las glándulas ceruminosas o de las glándulas salivares menores; sin embargo, se han reportado casos en las glándulas lacrimales, el árbol traqueobronquial, la mama, el esófago y el conducto auditivo externo.²

La edad media de aparición del carcinoma adenoideo quístico es en la quinta década de la vida, es dos veces más común en mujeres que en hombres. Se caracteriza por un curso clínico solapado, que suele conducir al diagnóstico tardío de la enfermedad y, por tanto, a su conducta terapéutica.³ La mayoría de los pacientes muestran otodinia constante, unilateral, intensa, de duración prolongada que se asocia con el tamaño, extensión e invasión perineural. Refieren hipoacusia en etapas avanzadas, debido a la lesión localizada en el conducto auditivo externo. Puede manifestarse como masa polipoidea o ulceración epitelial con tejido de granulación asociado.^{4,5}

El comportamiento biológico del tumor y las estrategias de tratamiento aún no se estandarizan, debido al escaso número de casos reportados. Se estima que la supervivencia a 5, 10 y 15 años es del 90.3, 79.9 y 69.2%, respectivamente.⁶

Para su diagnóstico es imprescindible realizar una biopsia incisional amplia y profunda de la lesión, de lo contrario se pasa por alto en la biopsia superficial. Al informar las biopsias del conducto auditivo externo, debe tenerse en cuenta el carcinoma adenoideo quístico como uno de los diagnósticos diferenciales. Esta rara neoplasia puede causar metástasis en el sistema

nervioso central, además, tiene alta probabilidad de invasión perineural y extensión intracraneal.^{7,8}

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente femenina de 52 años sin antecedentes patológicos. Manifestó síntomas de 4 años de evolución con acúfeno de tonalidad grave, sensación de oído ocupado e hipoacusia en el oído derecho. En la otoscopia se evidenció aumento de volumen que ocupaba el tercio lateral del conducto auditivo externo en la parte posterior inferior, de coloración amarilla, no lobulada, fija, de consistencia quística y ligeramente dolorosa. Además, tenía paresia facial derecha.

La tomografía computada de oído y hueso temporal (contrastada) mostró una imagen isodensa de bordes bien limitados, en el tercio externo del conducto auditivo externo derecho que se extendía al oído medio en su porción meso e hipotimpánica, guardando estrecha relación con algunas estructuras como el nervio facial, el canal semicircular horizontal, el golfo de la yugular y la arteria carótida interna. **Figura 1**

Los estudios preoperatorios de laboratorio estaban dentro de parámetros normales y los estudios de imagen no mostraron evidencia de metástasis.

Reporte quirúrgico: se realizó mastoidectomía amplia con disección del nervio facial en el segundo y tercer segmentos, observando lesión de consistencia quística, ligeramente desplazable con gran afectación del nervio facial en su porción mastoidea; se comprobó la estrecha relación con la carótida interna y el golfo de la yugular sin afectar ambas estructuras; se expuso la duramadre a nivel del seno sigmoideo y se comprobó expansión infralaberíntica, se extrajo la pieza en su totalidad y se completó mastoidectomía radical, cerrando por planos.

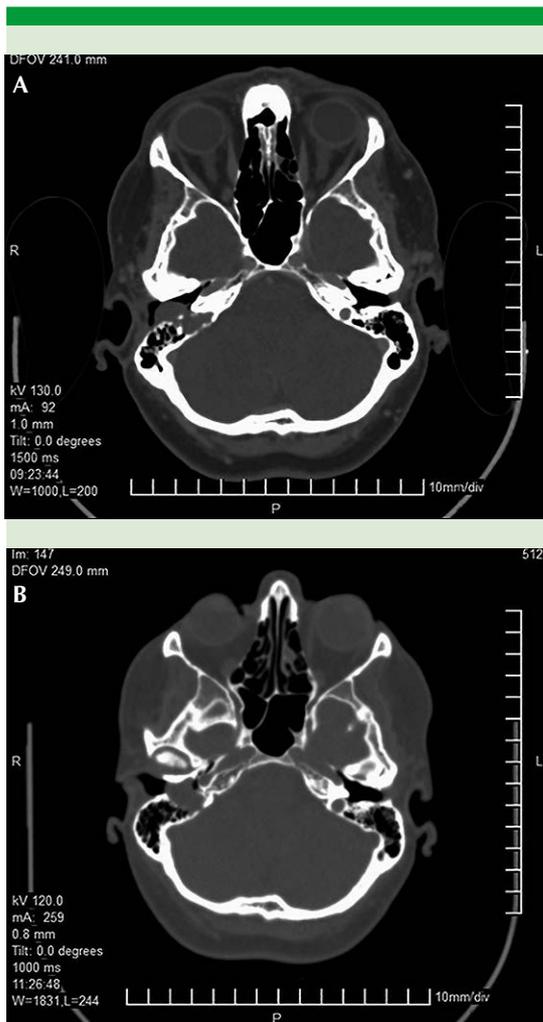


Figura 1. Tomografía computada de oídos. **A.** Corte axial que muestra ocupación del conducto auditivo externo derecho con imagen bien definida de densidad de partes blandas. **B.** Corte axial que muestra ocupación del oído medio derecho en su porción hipotimpánica donde se evidencia la estrecha relación con el golfo de la yugular sin llegar a invadirla.

La pieza extraída fue enviada a anatomía patológica. **Figura 2**

Evolución: a los tres años de operada la paciente se mantiene estable desde el punto de vista otológico, generando como secuela paresia facial.

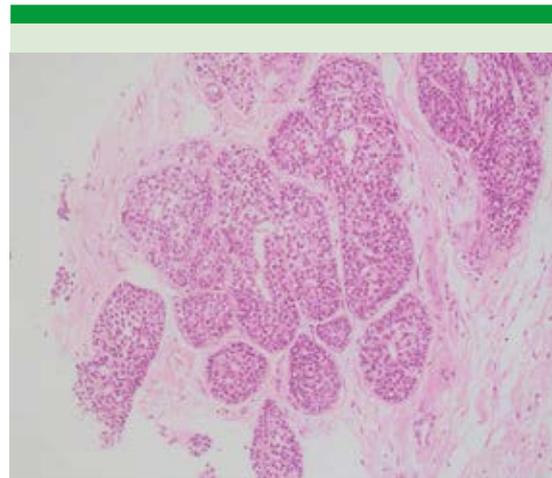


Figura 2. Histología: lesión epitelial maligna consistente en un carcinoma epidermoide queratósico moderadamente diferenciado que muestra un patrón lobular y sólido y zonas focales de patrón cribiforme.

Caso 2

Paciente masculino de 41 años, sin antecedentes patológicos. Tenía síntomas de 3 años de evolución con dolor en la región mandibular derecha, que luego se irradió a la región temporo-parietal, acúfenos de tonalidad grave, sensación de oído ocupado e hipoacusia en el oído derecho. En el examen físico se evidenció aumento de volumen que ocupaba el tercio lateral del conducto auditivo externo derecho, de coloración blanquecina, de bordes lisos, consistencia dura, ligeramente dolorosa a la palpación (**Figura 3**). Además, tenía una masa en la región parotídea, dura, fija, adherida a planos profundos.

La tomografía de cabeza y cuello evidenció en la zona retroauricular derecha una masa tumoral heterogénea, de 32 x 36 mm, que crecía medialmente a la glándula parotídea ipsilateral y provocaba osteólisis del mastoidees incluyendo el proceso tiroideo. La masa tenía una densidad de 55 y 115 UH al examen EV no se observaron alteraciones carótido-yugulares.



Figura 3. Otoscopia derecha: conducto auditivo externo ocupado por lesión blanquecina.



Figura 4. Parálisis facial periférica derecha.

Los estudios preoperatorios de laboratorio arrojaron resultados en parámetros normales y los de imagen no mostraron metástasis.

Reporte de tratamiento: en 2019, en consenso multidisciplinario, se decidió dar radioterapia (25 sesiones) y quimioterapia (6 sesiones). El paciente tuvo parálisis facial derecha posterior a las primeras sesiones de quimioterapia y radioterapia (**Figura 4**). No mostró mejoría clínica y al no ser tributario a tratamiento quirúrgico por su extensión, se decidió dar inmunoterapia con anticuerpo monoclonal humanizado.

Reporte de patología: carcinoma adenoideo quístico con patrón cribiforme. **Figura 5**

Evolución: después de 4 años de tratamiento con radioterapia el paciente tiene un estado terminal, donde el tumor ha tenido una recidiva.

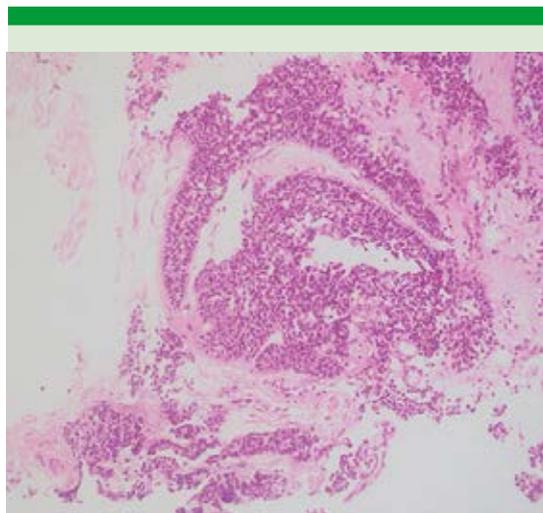


Figura 5. Histología: lesión epitelial maligna que muestra un patrón cribiforme que invade el estroma del área tumoral con filas y trabéculas de células neoplásicas.

DISCUSIÓN

Los tumores malignos primarios del conducto auditivo externo son poco frecuentes. El carcinoma adenoideo quístico que surge en el conducto auditivo externo es extremadamente raro; existe un número reducido de casos publicados, por lo que un examen clínico e histopatológico minucioso permite llegar a este diagnóstico.^{3,4}

En 2020 Shih-Lung Chen⁹ y colaboradores realizaron una revisión retrospectiva de 12 pacientes con diagnóstico de este tumor, atendidos en una sola institución durante un periodo de 30 años, donde analizaron los datos demográficos, la manifestación clínica, la estrategia de tratamiento y los resultados, así como las características patológicas. La proporción hombre:mujer fue de 1:3 y la edad media de los pacientes fue de 55.9 años.

En los casos clínicos comunicados el síntoma más común fue la otalgia (75%), como primer signo y síntoma fue la hipoacusia y acúfenos. Diez pacientes se sometieron a intervenciones quirúrgicas, incluida mastoidectomía radical en cinco pacientes, escisión amplia en tres y resección del hueso temporal lateral en dos. De los casos clínicos comunicados en el primero se realizó mastoidectomía radical, mientras que en el segundo, al existir una extensión no operable, se decidió dar radioterapia.

Se siguió el protocolo prequirúrgico establecido con solicitud de tomografía y el manejo fue quirúrgico con extirpación total de la lesión y resultados favorables. El posoperatorio transcurrió sin complicaciones. Mientras que el paciente que recibió radioterapia ha tenido una recidiva y evolución desfavorable debido a varios factores que tenía el paciente, el más relevante fue la existencia del tumor extratemporal.

Masterson y su grupo revelan que la tasa de supervivencia en 5 años de este tipo de tumores

es del 44%; se necesitan más estudios para determinar los factores de pronóstico más fiables para que los pacientes en alto riesgo puedan ser tratados con modalidades primarias más efectivas y seguras.¹⁰

CONCLUSIONES

El carcinoma adenoideo quístico debe incluirse en el diagnóstico diferencial en los pacientes con otalgia y una lesión tumoral en el conducto auditivo externo durante más de 6 meses, particularmente si el paciente es una mujer de mediana edad, al ser un tumor con alta tasa de mortalidad.

Los tumores malignos del conducto auditivo externo son poco frecuentes. El diagnóstico tardío no es raro porque los síntomas son inespecíficos. La toma de decisiones depende de las características patológicas y el estadio de las lesiones, el estado general, la preferencia del paciente y la experiencia del médico cirujano. La cirugía radical es ampliamente aceptada como tratamiento de primera elección.

El trabajo cooperativo de un equipo multidisciplinario formado por otocirujanos, cirujanos de cabeza y cuello, plásticos, oncólogos y patólogos es de gran importancia para beneficiar a los pacientes.

REFERENCIAS

1. Hernández PL, Menéndez VMD. Carcinoma epidermoide de conducto auditivo externo. *Medimay* 2015; 21 (3).
2. Moody SA, Hirsch BE, Myers EN. Squamous cell carcinoma of the external auditory canal: An evaluation of a staging system. *Am J Otol* 2000; 21 (4):582-588.
3. Jing L, Renshun J. Clinicopathological analysis and literature review of adenoid cystic carcinoma of the external auditory canal. *J Modern Oncol* 2018.
4. Martínez J, Viana E, Aurachán S. Carcinoma adenoideo quístico en conducto auditivo externo, a propósito de un caso. *Rev Col Hematol Oncol* 2018; 5 (2): 26.
5. Celis-Aguilar E, Díaz-Pavón GA, Castro-Urquiza A, Soto-Sañudo AK, Merino-Ramírez FJ. Carcinoma adenoideo



- quístico en conducto auditivo externo: reporte de caso. *Rev Med UAS* 2017; 7 (2): 74-80. <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v7.n2.004>.
6. Liu S, Kang B, Nieh S, Chang J, Wang C. Adenoid cystic carcinoma of the external auditory canal. *J Chin Med Assoc* 2012; 75 (6): 296-300.
 7. Prasad V, Shenoy V, Rao R, Kamath P, et al. Adenoid cystic carcinoma- A rare differential diagnosis for a mass in the external auditory canal. *J Clin Diagn Res* 2015; 9 (1): MD01-2. doi:10.7860/JCDR/2015/10374.5369
 8. Thompson L. Update from the 4th edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Tumours of the Ear. *Head Neck Pathol* 2017; 11 (1): 78-87. doi: 10.1007/s12105-017-0790-5.
 9. Shih-Lung Chen, Shiang-Fu Huang, Valerie Wai-Yee Ho, Wen-Yu Chuang, Kai-Chieh Chan. Clinical characteristics and treatment outcome of adenoid cystic carcinoma in the external auditory canal. *Biomedical J* 2020; 43 (2): 189-194. <https://doi.org/10.1016/j.bj.2019.07.005>.
 10. Zhong S, Zuo W. Treatment strategies for malignancies of the external auditory canal. *Current Treat Options Oncol* 2022; 23; 43-53. doi: 10.1007/s11864-021-00931-3.