

# Carcinoma de oído medio. Presentación de dos casos clínicos y revisión de la literatura

AUTORES

Verge González JC  
Contreras Molina P  
Flores Carmona E  
Rodríguez Baró JG

Hospital Clínico Universitario  
"Virgen de la Victoria".  
Málaga. Servicio de  
Otorrinolaringología.

Middle ear carcinoma. Report of two cases and review of the literature

## 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. Es por lo que las pruebas de imagen y la anatomía patológica resultan esenciales para el diagnóstico. Aunque su etiología no está clara, se relaciona con patología supurativa crónica del oído medio y con radioterapia previa sobre la zona. Se tratan de tumores con un mal pronóstico. El tratamiento se basa en el uso de cirugía, complementada habitualmente con radioterapia. Caso clínico nº 1: paciente con clínica de otorrea crónica e hipoacusia progresiva del oído derecho. La tomografía computerizada de peñasco muestra una lesión, que afecta al oído medio, de comportamiento agresivo; confirmándose la naturaleza maligna de la lesión posteriormente gracias a la histopatología. Caso clínico nº 2: paciente con otorrea y otalgia de oído derecho de dos semanas de evolución que presenta, en el TAC de peñascos, una lesión erosiva que afecta a oído externo y caja timpánica. La histopatología de la pieza quirúrgica nos confirmó el diagnóstico de carcinoma. Aportamos estos dos casos por su rara aparición; realizando además una revisión de la literatura reciente.

## PALABRAS CLAVE:

Carcinoma de oído medio. Otitis media crónica.

## SUMMARY

Middle ear carcinoma is rare and difficult to detect early, because it can be confused with chronic otitis media. Due to this, radiodiagnostic and histologic studies should be done in order to get a good diagnostic. Despite of having an unknown ethilogy, this ill is related to chronic otitis media and previous radiotherapy over the ear. This kind of carcinoma usually goes bad. Surgery and radiotherapy are the main treatment. Case nº 1: patient with chronic draining right ear and gradual progress of hearing loss. A computed tomography scan of the temporal bone demonstrated a very aggressive lesion in the middle ear; histologic studies corroborates malignant neoplasm later. Case nº 2: patient with draining right ear and pain during two weeks. A computed tomography scan of the temporal bone demonstrated a erosive lesion in external and middle ear. Histologic studies corroborates malignant neoplasm. We present this two cases because is an extremely uncommon disease; besides we do a revision of the recent literature.

## KEY WORDS:

Middle ear carcinoma. Chronic otitis media.

## Caso Clínico 1

Varón de 78 años de edad que refiere otorrea del oído derecho de larga evolución con intensa otalgia refleja a nivel temporal. Se acompaña de hipoacusia progresiva del mismo lado, otorragia ocasional, mareos inespecíficos con relación a movimientos cefálicos bruscos y parálisis facial periférica derecha de reciente aparición.

Al examen otomicroscópico del oído derecho se aprecia una formación polipoidea excrecente y friable que ocupa todo el conducto auditivo externo sin poder visualizar la membrana timpánica.

La audiometría muestra una hipoacusia mixta del oído derecho con umbrales aéreos en 80-90 dB.

El estudio radiológico mediante tomografía computerizada de peñascos muestra una masa de partes blandas que ocupa la totalidad del oído medio y conducto auditivo externo, con destrucción de estructuras osiculares de la caja timpánica, antro, tegmen timpani y en general toda la



Figura 1: TAC coronal de peñascos: ocupación del CAE y del oído medio derecho por material densitométricamente de partes blandas, asociado a patrón lítico del peñasco derecho, con lisis de cadena de huesecillos, antro y tegmen timpani.



Figura 2: RMN T2 corte axial: masa de partes blandas que infiltra y erosiona la caja timpánica y peñasco.

porción petrosa del hueso temporal derecho (Fig. 1), confirmándose mediante resonancia magnética (Fig. 2).

La biopsia de la lesión resulta positiva para carcinoma escamoso bien diferenciado invasor.

No se encontró ni adenopatías ni metástasis a distancia, por lo que se etiquetó la lesión como carcinoma de oído medio en estadio T4N0Mx.

Teniendo en cuenta la edad, el estado general y la gran extensión tumoral, el paciente declina someterse a cirugía, por lo que se decide en comité oncológico, radioterapia radical como mejor opción terapéutica (70 Gy en total, a dosis de 2 Gy por fracción). Actualmente el paciente está controlado y sin enfermedad.

## Caso Clínico 2

Varón de 67 años de edad que acude a nuestro servicio por presentar un cuadro de otorrea del oído derecho de más de dos semanas de evolución, acompañándose de otalgia del mismo y sin otra clínica asociada.

La otomicroscopia del OD mostró una lesión de aspecto polipoideo que afectaba al CAE, no permitiendo visualizar la membrana timpánica. Esta lesión fue catalogada, en un principio, de otitis externa polipoidea, tratándose con antibióticos tópicos. Se solicitó un TAC de peñascos para estudiar la lesión.

La audiometría realizada al paciente no fue especialmente significativa, apreciándose una leve hipoacusia transmisiva en el oído derecho.

En el estudio mediante TAC de peñascos observamos la presencia de una lesión erosiva que ocupaba oído externo, cavidad timpánica y mastoides en su totalidad, llegando al agujero rasgado posterior (Fig. 3).

Debido a un empeoramiento de la clínica, el paciente acude al servicio de urgencias de nuestro hospital, ante lo cual decidimos ingresarlo para completar el estudio y administrar tratamiento. Intervenimos quirúrgicamente al paciente, realizando petrosectomía subtotal con abordaje lateral de base de cráneo y vaciamiento cervical funcional derecho. El estudio anatomopatológico definitivo de la muestra fue informado como carcinoma epidermoide invasivo del oído derecho. En comité oncológico se decidió, tras presentar el caso y los resultados, completar el tratamiento con radioterapia.

## Discusión

El carcinoma de oído medio es una entidad poco común, cuya incidencia varía de 1 por 4000 a 1 por 20000 pacientes con patología ótica<sup>1,2</sup> apareciendo en su mayoría en personas de edad avanzada. Supone en torno al 5-10% de toda la patología tumoral ótica.

Debido a su localización los síntomas que produce son similares a los de los procesos crónicos del oído medio. Otorrea, otalgia y otorragia aparecen en fases iniciales de la enfermedad. En estadios avanzados podemos encontrarnos con parálisis del facial, síntomas por afectación del oído interno e incluso del endocráneo<sup>1,3,4</sup>.



Figura 3: TAC axial de peñascos: masa de partes blandas que infiltra y erosiona caja timpánica y mastoides OD.

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<sup>1</sup>. Desde dichas regiones evoluciona hacia la articulación temporomandibular, bulbo de la yugular, parótida, meninges y encéfalo.

Estos tumores han recibido distintas denominaciones, reflejando la controversia en cuanto a su histogénesis y diferenciación<sup>5</sup>. No se ha demostrado la existencia de factores etiológicos, siendo pocos los casos reflejados en

la literatura acerca de carcinomas de oído medio que se originen sobre otitis media colesteatomatosa<sup>1,6</sup>. Además, 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 se introducen en la caja timpánica, por lo que la frecuencia real es menor que la aparente<sup>6</sup>.

Histológicamente, la extirpe escamocelular es la más frecuente de todas. Ussmuller<sup>5</sup>, en su estudio de 20 casos de carcinoma de oído medio, encuentra que el 70% son epidermoides, el 25% son adenocarcinomas y el 5% carcinoma adenoide quístico. El tumor carcinoide de oído medio es la variedad más rara de todas; se origina en células neuroendocrinas, teniendo un lento crecimiento y puede confundirse por su heterogénea histología con el adenocarcinoma<sup>2,7</sup>.

Los síntomas del cáncer de oído medio ayudan poco al diagnóstico, pues son poco específicos<sup>4</sup>. Por eso, ante aquellas otorreas con dolor intenso que no respondan a las terapias convencionales de otitis medias crónicas recidivantes, o ante formaciones polipoideas y granulaciones de rápida aparición tras su exéresis... debemos sospechar de carcinoma de oído medio. El TAC de peñascos y la histopatología resultan imprescindibles para el diagnóstico.

El tratamiento es, fundamentalmente, quirúrgico. Se realiza resección del hueso temporal completada en ocasiones con una parotidectomía con hemimandibulectomía y acompañada de vaciamiento ganglionar. La dificultad para la resección completa del tumor dejando márgenes libres, obliga a dar radioterapia postquirúrgica para mejorar los resultados<sup>8,12</sup>. El uso combinado de cirugía más radioterapia postquirúrgica arroja unos resultados de supervivencia media del 45% a los 5 años según Wang<sup>10</sup> y del 41% según Rodríguez<sup>11</sup>. Sin embargo, para Dyckhoff<sup>2</sup> no está demostrado que la radioterapia postquirúrgica aumente la supervivencia cuando se trata de tumores carcinoideos del oído medio. En el caso de tumores avanzados (como el caso que presentamos) donde la cirugía se antoja imposible, se tiende a dar radioquimioterapia o radioterapia solamente para frenar el crecimiento tumoral.

Los principales factores pronósticos, según Schwager<sup>12</sup>, son la infiltración de los márgenes quirúrgicos (sobreviviendo el 100% de pacientes con márgenes libres a los 5 años versus el 54% de los pacientes con márgenes afectos) y la infiltración dural.

## Conclusión

Los carcinomas del oído medio constituyen un grupo de tumores de muy baja incidencia con gran dificultad para el diagnóstico y un correcto tratamiento. Habitualmente se descubren en estadios avanzados, lo que disminuye las posibilidades de una terapia efectiva. La otalgia intensa y la otorrea de larga evolución que no responde a tratamiento habitual, nos debe hacer considerar esta patología como posibilidad diagnóstica en el enfermo. Una historia

exhaustiva complementada con pruebas de imagen del peñasco, resultan esenciales para el otorrinolaringólogo; debiéndose confirmar las naturalezas de la lesión mediante la anatomía patológica.

## Bibliografía

1. Takahashi K, Yamamoto Y, Sato K, Sato Y, Takahashi S. Middle ear carcinoma originating from a primary acquired cholesteatoma: a case report. *Otol Neurotol* 2005;26:105-108.
2. Dyckhoff G, Blaker H, Otto HF, Weidauer H. Carcinoid of the middle ear. Further therapy after primary tumor excision?. *HNO* 2000;48:394-397
3. Schnack-Petersen RS, Orkild H, Werther K. Peripheral facial paralysis caused by an adenocarcinoma of the middle ear. *Ugeskr Laeger* 2005; 167:1863-1864.
4. Pajor A, Stanczyk R, Durko T. Malignant neoplasms of external and middle ear. *Otolaryngol Pol* 2005;59:251-256.
5. Ussmuller J, Sánchez-Hanke M. Histopathological studies of intratemporal growth behavior of middle ear carcinoma. *Laryngorhinotologie* 2000;79:21-25.
6. Aoki H, Matsumoto K. A case of squamous-cell carcinoma originating in external auditory canal cholesteatoma. *J Nippon med Sc* .2003;70:363-366.
7. Nikanne E, Kantola O, Parviainen T. Carcinoid tumor of the middle ear. *Acta Otolaryngol* 2004;124:754-757.
8. Kollert m, Draf W, Minovi A, Hoffman E, Bockmuhl U. Carcinoma of the external auditory canal and middle ear:therapeutic strategy and follow up. *Laryngorhinotologie*.2004;83:818-823.
9. Gierek T, Majzel K, Zbrowska-Bielska D, Golab L, Jezierska M. The results of external and middle ear malignant neoplasms treatment at patients treated in Laryngology Department of Medical University of Silesia between 1991-2001. *Otolaryngol Pol* 2005;59:183-187.
10. Wang X, Wang M. Clinical analysis of 20 cases of carcinoma of the middle ear. *Lin Chuang Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi* 2003;17:600-601.
11. Rodríguez Paramas A, Gil Carrasco R, Arenas Britez O, Yurrita Scola B. Malignant tumours of the external auditory canal and of the middle ear. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2004;55:470-474.
12. Schwager K, Pfreudner L, Hoppe F, Baier G, Willner J, Baier K. Carcinoma of the external ear canal and middle ear as interdisciplinary challenge for ear surgery and radiotherapy. *Laryngorhinotologie* 2001;80:196-202.

## Correspondencia

Dr. Jesús Verge González  
C/ Le Corbusier, 3 - 2º A  
29018 MÁLAGA  
kokiverge@hotmail.com