

Carcinoma espinocelular de la oreja: un caso con recurrencias múltiples después de escisión quirúrgica, radioterapia y cirugía de Mohs

CARLOS GARCÍA

Director, Cirugía Dermatológica y Oncología Cutánea, Universidad de Oklahoma, Estados Unidos de América

RESUMEN.

SE PRESENTA EL CASO DE UN PACIENTE BLANCO DE 90 AÑOS DE EDAD CON UN CARCINOMA ESPINOCELULAR DEL SURCO POST-AURICULAR DERECHO QUE HABÍA RECURRIDO TRES VECES DESPUÉS DE ESCISIÓN QUIRÚRGICA TRADICIONAL, RADIOTERAPIA Y CIRUGÍA DE MOHS. EL TRATAMIENTO CONSISTIÓ EN CIRUGÍA DE MOHS CON ESCISIÓN DE UN CORTE ADICIONAL PARA ANÁLISIS DE SECCIONES PERMANENTES. SE DISCUTEN LAS MÚLTIPLES OPCIONES TERAPÉUTICAS PARA CARCINOMAS AURICULARES Y LOS ÍNDICES DE RECURRENCIA BASADOS EN UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA PERTINENTE.

PALABRAS CLAVE: CARCINOMA ESPINOCELULAR, TUMORES DE OREJA, NEOPLASIAS AURICULARES, CARCINOMAS NO-MELANOMA.

ABSTRACT.

WE PRESENT THE CASE OF A 90 YEAR-OLD WHITE MALE PATIENT WITH A SQUAMOUS CELL CARCINOMA ON THE RIGHT POST-AURICULAR SULCUS, WHICH HAD RECURRED THREE TIMES AFTER SURGICAL EXCISION, RADIOTHERAPY AND MOHS MICROGRAPHIC SURGERY. TREATMENT CONSISTED OF MOHS SURGERY TO ACHIEVE TUMOR-FREE MARGINS FOLLOWED BY EXCISION OF AN ADDITIONAL LAYER FOR EXAMINATION ON PARAFFIN PERMANENT SECTIONS. WE DISCUSS THE MULTIPLE THERAPEUTIC OPTIONS FOR TREATMENT OF AURICULAR SQUAMOUS CELL CARCINOMAS AND THE RECURRENCE RATES FOR EACH TECHNIQUE BASED ON REVIEW OF PERTINENT LITERATURE.

KEY-WORDS: SQUAMOUS CELL CARCINOMA, AURICULAR TUMORS, NON-MELANOMA CARCINOMA

Introducción

Los carcinomas espinocelulares de la oreja son considerados como de alto riesgo por su mayor tendencia a recurrencias y metástasis. Aunque la gran mayoría de estos tumores son bien diferenciados y pequeños, su manejo puede ser complicado. En general, se reconoce que los tratamientos quirúrgicos y de radioterapia ofrecen curas superiores a 90-95%, pero hay casos en los que el comportamiento biológico del tumor es agresivo y hay recurrencia pese a terapias múltiples. Además, la morfología y anatomía quirúrgicas de la oreja ofrece dificultades especiales para la efectividad de las diversas modalidades terapéuticas.

En esta comunicación presentamos un caso muy interesante de carcinoma espinocelular del surco post-auricular que recurrió tres veces después de escisión quirúrgica tradi-

cional, radioterapia y cirugía de Mohs. Discutimos, además, los resultados de las múltiples opciones terapéuticas para carcinomas auriculares, con base en una revisión de la literatura pertinente.

Presentación del caso

Se trata de un paciente masculino de 90 años de edad, raza blanca y previamente sano, al que dos años antes se le diagnosticó un carcinoma espinocelular del surco post-auricular derecho. Fue tratado con escisión quirúrgica tradicional con reporte de patología que demuestra escisión completa.

Dos meses después presentó recurrencia clínica e histopatológica en el mismo sitio, y fue tratado esta vez con radioterapia fraccionada en una dosis total de 5 000 rads. La lesión desapareció pero volvió a recurrir y se le realizó cirugía de Mohs. Se obtuvo escisión completa con márgenes quirúrgicos libres de tumor después de tres estadios y la herida se cerró en forma simple.

CORRESPONDENCIA:

Carlos García, MD, 619 NE 13th street, Oklahoma City, OK 73104
E-mail: carlos-garcia@ouhsc.edu

Varios meses después, el paciente se presentó con una lesión cutánea en el sitio de la cirugía. En el examen físico se documentó una lesión nodular eritematosa, firme, de 2.5 cm de diámetro, localizada en el surco post-auricular derecho (Foto 1). Dicha lesión tenía una superficie queratósica, estaba bien delimitada, era móvil e indolora a la palpación. No había evidencia de linfadenopatía retroauricular, parotídea ni cervical. La biopsia demostró un carcinoma espinocelular bien diferenciado e invasor.

El paciente fue tratado con cirugía de Mohs en marzo de 2002, y se alcanzaron márgenes libres de tumor después de dos estadios. Debido a la historia previa de múltiples re-



Foto 1. Lesión hiperqueratósica en surco post-auricular derecho, medía 2.5 cm de diámetro y había recurrido después de la cirugía de Mohs inicial.

currencias, se envió un corte adicional para análisis de secciones permanentes en parafina, que también fue reportado como negativo para tumor. La herida post-quirúrgica medía 3.5 cm de diámetro y fue reparada con cierre primario. El paciente ha permanecido asintomático y libre de recurrencia durante siete meses.

Discusión

La oreja es el sitio más frecuente de afección en casos de carcinoma espinocelular de la cabeza. Aproximadamente 60% de los tumores se desarrollan a partir de queratosis actínicas y 91% son histológicamente bien diferenciados. En su revisión de 780 pacientes con tumores de oído, Bumsted y cols.¹ reportaron que el carcinoma espinocelular es el tumor más frecuente: ocurre en 55% de los casos, seguido por el carcinoma basocelular con 45%.

Conley y Schuller describieron 32 casos de carcinoma espinocelular en su serie de 187 pacientes con tumores auriculares.² Un 71.4% fueron sintomáticos, y se reportaron dolor, sangrado y ulceración como signos y síntomas más frecuentes. En 3.7% de los pacientes había parálisis facial debida a metástasis a hueso temporal, pero no hubo casos con metástasis a distancia. Es interesante que 30% de los carcinomas espinocelulares se presentaron clínicamente con borde perlado y ulceración, que sugieren el diagnóstico de carcinoma basocelular. En cuanto al tamaño de las lesiones, 56.3% era mayor de 1 cm y sólo se diagnosticaron 42.9% de los casos en el primer año de evolución.

El riesgo de metástasis para carcinoma espinocelular en general es de sólo 2-3%, pero los tumores de oído son de más alto riesgo. En cinco estudios con un total de 720 pacientes se reporta una incidencia de metástasis del 6% al 18%.³ Los factores de riesgo para metástasis identificados en esas series incluyeron invasión de cartílago, Nivel de Clark IV y tamaño >4 cm. Sin embargo, en una serie más reciente de 147 pacientes, Lee no encontró relación de metástasis con tamaño, sexo, edad, patrón histológico ni invasión de cartílago.⁴

Existen múltiples opciones terapéuticas para manejar los tumores auriculares (Cuadro 1). Las más empleadas incluyen el curetaje y electrofulguración, criocirugía, escisión quirúrgica, radioterapia, cirugía de Mohs y 5-fluorouracilo

CUADRO 1

Tratamientos de carcinoma espinocelular cutáneo

Modalidad Terapéutica	Recurrencia 5 años	Recurrencia 10 años
Escisión quirúrgica	5.7 %	8.1 %
Criocirugía	3.2 %	N/A
Curetaje electrofulguración	1.3 %	3.7 %
Radioterapia	6.7 %	10.0 %
Modalidades No-Mohs	4.0 %	7.9 %
Cirugía de Mohs	N/A	3.1 %
Tumores primarios de la oreja		
Modalidades No-Mohs	16.1 %	18.7 %
Cirugía de Mohs	N/A	5.3 %
Tumores recurrentes de la oreja		
Escisión quirúrgica	17.3 %	23.3 %
Cirugía de Mohs	15 %	10 %

tópico. Este último sólo se recomienda para queratosis actínicas y carcinoma espinocelular *in situ* (enfermedad de Bowen), ya que el carcinoma invasor requiere terapias más agresivas.

En general, se acepta que la cirugía de Mohs es la técnica más efectiva y debe utilizarse cuando sea posible. La curación a diez años de tumores auriculares primarios es aproximadamente 96% para cirugía de Mohs y 81.3% para terapias convencionales. Los tumores recurrentes son más difíciles de manejar, y se reportan curas a diez años de 90% con cirugía de Mohs y 76.7% con escisión quirúrgica tradicional.⁵

1. Curetaje y electrofulguración (CE)

Para ser adecuadamente realizado, el CE requiere una superficie plana, regular, firme e inmóvil, por lo que la oreja, con su topografía irregular y bordes libres (lóbulo, helix) ofrece dificultades significativas. Esta técnica es muy dependiente de la experiencia del operador y no se recomienda como tratamiento primario de tumores auriculares, excepto en casos selectos. En otras localizaciones anatómicas los resultados son excelentes, pues se obtiene curación de hasta 96% en espinocelulares primarios.⁶

2. Criocirugía

La criocirugía es una técnica barata y efectiva para la gran mayoría de los carcinomas auriculares. La curación se logra en aproximadamente 96% de los casos.⁶ Se utiliza nitrógeno líquido (-196° C) para congelar el tumor a una temperatura de -50° C. Se pueden utilizar criopuntas para medir la temperatura intratumoral, pero la experiencia ha demostrado que esto no es esencial. Se pueden obtener temperaturas tumorocidas efectivas congelando el tumor con un halo adicional de 5 mm. Se recomiendan dos ciclos de congelación rápida y descongelamiento lento, y un tiempo de descongelamiento del halo (*halo thaw-time*) de noventa segundos como mínimo.

El daño celular ocurre por formación de cristales electrolíticos intracelulares y por necrosis vascular. Las lesiones tratadas sufren inflamación y necrosis en los primeros días, seguidos de drenaje abundante de líquido serosanguinolento y cicatrización por segunda intención en un periodo de cuatro a ocho semanas. Las desventajas de la criocirugía incluyen el dolor y la inflamación, el prolongado periodo de cicatrización y la formación de una cicatriz hipocrómica en todos los casos. También, el hecho de que es una *técnica ciega* y no se puede documentar la curación oncológica. Los pacientes con crioglobulinemia, Raynaud y enfermedades

severas de la colágena no deben ser tratados con esta técnica. Las ventajas de la criocirugía son múltiples e incluyen su bajo costo, su disponibilidad y una efectividad superior al 90% en tumores primarios y recurrentes.

3. Escisión quirúrgica

La escisión quirúrgica ofrece curación a diez años en 91% de tumores primarios pero sólo 76.7% en casos recurrentes.⁵ Se recomiendan un margen quirúrgico de 6 mm⁷ y curetaje de la lesión clínica antes de la escisión. Las ventajas de la técnica incluyen su efectividad probada para tumores primarios, su disponibilidad y la rapidez de su ejecución bajo anestesia local o general. Las desventajas son relativamente pocas, incluyendo la deformación cosmética, el sacrificio excesivo de piel no afectada (márgenes quirúrgicos), y las limitaciones inherentes al examen histopatológico de las muestras usando técnicas convencionales. La escisión de tumores recurrentes requiere examen transoperatorio de márgenes quirúrgicos (secciones congeladas), para eliminar extensiones subclínicas que ocasionan fallas terapéuticas (Foto 2).

4. Radiación ionizante

La radioterapia es una técnica muy efectiva, y se reportan curaciones de 93.3% a cinco años y 90% a diez años en tumores primarios.⁵ Se requiere que las lesiones sean bien delimitadas y que no haya afección ósea o cartilaginosa, ya que entonces se puede provocar necrosis intensa. Los candidatos ideales son pacientes de edad avanzada (mayores de



Foto 2. Aspecto de la herida quirúrgica después de la segunda cirugía de Mohs. Un corte adicional examinado con secciones permanentes en parafina fue reportado también como negativo para tumor.

60 años) y aquéllos que la rechazan o son malos candidatos para cirugía. Los rayos de electrones producen tratamientos más uniformes y mayor conservación de tejido sano que los rayos X superficiales. Se utilizan las dosis fraccionadas para minimizar el daño tisular colateral y para sensibilizar las células neoplásicas en tratamientos subsecuentes. La radioterapia también se usa como adyuvante de la cirugía en casos con afección nodal o perineural y para tumores invasores profundos. Los efectos adversos de la radiación incluyen eritema, inflamación, ampollas, necrosis y dolor. A largo plazo se pueden observar alopecia, fibrosis, hipopigmentación, telangiectasias, atrofia y pobre cicatrización.

5. Cirugía de Mohs

La cirugía micrográfica de Mohs es el tratamiento de elección para carcinomas auriculares de alto riesgo (recurrentes, >2 cm, histología agresiva, persistentes después de escisión, etcétera). Con esta técnica se documenta el 100% de los márgenes quirúrgicos y se obtienen curaciones en 97% de casos primarios y 92% de tumores recurrentes.⁶ Otras ventajas incluyen la mayor preservación de tejido sano y su relación costo-efectividad, ya que la técnica de Mohs es sólo 7% más cara que la escisión tradicional con examen de secciones permanentes, y 11% más barata que la cirugía con examen de secciones congeladas transoperatorias.⁸ Las recurrencias después de la cirugía de Mohs son menores que con otras técnicas, pero ocurren en aproximadamente 4-8% de tumores primarios y recurrentes. Hruza describió que 77% de las recurrencias obedecen a fallas técnicas del cirujano de Mohs y su laboratorio, pero en 23% de los casos no se pudo identificar un factor responsable.⁹ Otras desventajas de la técnica incluyen la necesidad de laboratorio y equipo especiales, entrenamiento especializado del médico y lo tedioso y lento del evento quirúrgico.

Conclusión

Los carcinomas espinocelulares de la oreja se comportan de una manera agresiva y deben ser considerados de alto riesgo. Su manejo debe realizarse en forma temprana y con el convencimiento de que el tratamiento inicial es el más importante. La cirugía de Mohs es de elección, logra curación en 96% de tumores primarios y en 92% de casos recurrentes. Otras terapias son menos efectivas, pues se reporta curación en aproximadamente 81.3% de los tumores. Aun así, no hay ninguna técnica infalible y algunos tumores recurren pese a tratamientos adecuados en manos de médicos experimentados. Nuestro caso recurrió después de haber utilizado terapias que se reconocen como las más efectivas: la escisión quirúrgica, la radioterapia y la cirugía de Mohs. 

REFERENCIAS

1. Bumsted RM. *Auricular malignant neoplasms. When is chemotherapy (Mohs technique) necessary?* Arch Otolaryngol 1981; 107 (11): 721-724
2. Conley J, Schuller DE. *Malignancies of the ear.* Laryngoscope 1976; 86 (8): 1147-1163
3. Afzelius LE, Gunnarsson M, Nordgren H. *Guidelines for prophylactic radical lymph node dissection in cases of carcinoma of the external ear.* Head Neck Surg 1980; 2 (5): 361-365
4. Lee D, Nash M, Har-El G. *Regional spread of auricular and periauricular cutaneous malignancies.* Laryngoscope 1996; 106 (8): 998-1001
5. Rowe DE, Carroll RJ, Day CL. *Prognostic factor for local recurrence, metastasis and survival rates in squamous cell carcinoma of the skin, ear and lip.* J Am Acad Dermatol 1992; 26: 976-990
6. Nguyen TH, Quynh-Dao Ho D. *Non-melanoma skin cancer. Current treatment options.* Oncology 2002; 3: 193-203
7. Wolf DJ, Zittelli JA. *Surgical margins for basal cell carcinoma.* Arch Dermatol 1987; 123: 340-344
8. Cook J, Zittelli JA. *Mohs micrographic surgery: a cost analysis.* J Am Acad Dermatol 1998; 39: 698-703
9. Hruza GJ. *Mohs micrographic surgery local recurrences.* J Dermatol Surg Oncol 1994; 20: 573-577