



Localizador: 17034

Melanoma en conducto auditivo externo: a propósito de un caso

Melanoma in external auditory canal: regarding a case report

Landau DC,* Caruso Territoriale A,* Garay IS,[†] Kurpis M,[§] Ruiz Lascano A^{||}

Palabras clave:

Melanoma, tumor cutáneo maligno, conducto auditivo externo.

Key words:

Melanoma, malignant cutaneous tumor, external auditory canal.

RESUMEN

Los tumores de piel originados en el oído externo son más comunes en individuos con fototipos bajos. Se asocian a la insolación crónica o intensa intermitente. El tumor maligno más frecuente es el carcinoma basocelular, seguido del espinocelular y del melanoma. Suelen ser diagnosticados en etapas tardías y tener mal pronóstico. En el siguiente artículo se presenta el caso de un paciente con un melanoma en el conducto auditivo externo izquierdo. Además se realiza una breve revisión de la literatura.

ABSTRACT

Skin tumors originating from the external ear are common in individuals with low phototypes. They are associated with chronic or intense intermittent sunshine. The most common malignant tumor is basal cell carcinoma, followed by squamous cell carcinoma and melanoma. They are usually diagnosed in late stages and have poor prognosis. In the following article, we present the case of a patient with melanoma in the left external auditory canal. In addition we make a brief review of the literature.

INTRODUCCIÓN

Los melanomas cutáneos son neoplasias malignas cuya incidencia ha aumentado notablemente en las últimas cinco décadas.^{1,2} Dentro de los melanomas cutáneos primarios la localización en cabeza y cuello representa 17%. De éstos, de 7 a 16% se asientan en oído externo, de los cuales alrededor de 60% ocurren en hélix y antihélix. La afectación del conducto auditivo externo es rara y cuando ocurre, tiene lugar en el meato.¹

Los melanomas localizados en conducto auditivo externo se comportan de manera silente y agresiva, teniendo peor pronóstico que los originados en áreas más periféricas del oído externo.²

Se presenta el caso de un paciente con sospecha clínica y confirmación histopatológica de melanoma en conducto auditivo externo y se realiza una breve revisión de la literatura.

colocación de dos stents, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 insulino-requeriente, polimialgia reumática, dislipemia, esplenectomizado y tabaquismo severo. Sin antecedentes dermatológicos personales ni familiares.

Consultó al servicio de dermatología de nuestro hospital por presentar una lesión en conducto auditivo externo izquierdo que sangraba espontáneamente, sin poder precisar tiempo de evolución. Al examen se apreciaba una lesión tumoral rosada, friable, sobre una base pigmentada color negra (*Figura 1*). Sin adenopatías palpables al momento del examen físico.

Fue derivado al servicio de cirugía de cabeza y cuello para resección del tumor y su estudio histopatológico con diagnóstico presuntivo de melanoma, carcinoma basocelular pigmentado, granuloma piógeno, carcinoma de células de Merkel. El informe reveló melanoma maligno con fase de crecimiento vertical (nodular) ulcerado, Breslow 3 mm, pT3b, Clark IV, mitosis 2/mm², con invasión perineural y vascular presentes, márgenes periféricos y profundos libres, regresión ausente (*Figura 2*).

Se realizaron estudios de estadificación. En ecografía de cuello se detectó un ganglio linfático

* Residente del Servicio de Dermatología del Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina.

Alumna de la carrera de Postgrado de Dermatología de la Universidad Católica de Córdoba, Argentina.

[†] Médica Dermatóloga del Servicio de Dermatología del Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina. Docente de la carrera de Postgrado en Dermatología de la Universidad Católica de Córdoba, Argentina.

[§] Jefe del Servicio de Patología del Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina.

Conflicto de intereses:

Recibido:
24/Junio/2017.
Aceptado:
07/Mayo/2018.



PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo masculino de 86 años de edad, fototipo II con antecedentes personales patológicos de enfermedad coronaria, con

■ Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina. Director de la carrera de Postgrado en Dermatología de la Universidad Católica de Córdoba, Argentina.

tico de 11 mm de características patológicas en nivel cervical II (*Figura 3*). El mismo aumentó de tamaño considerablemente en 15 días y además aparecieron nuevas adenomegalias. En tomografías de cráneo, tórax, abdomen y pelvis no se observaron imágenes sugestivas de metástasis.



Figura 1. Lesión tumoral sobre una base pigmentada negra en conducto auditivo externo izquierdo.

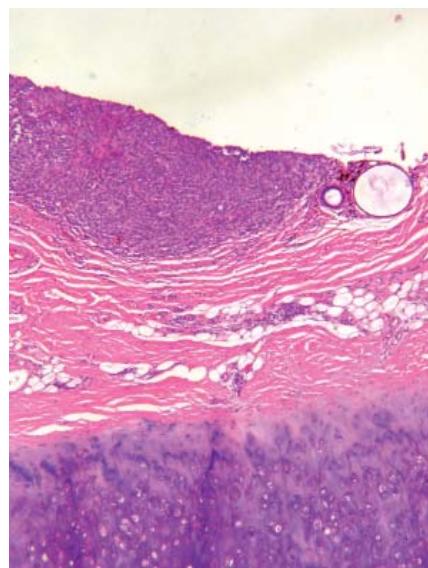


Figura 2. Imagen histopatológica: se observa epidermis con lecho ulceroso y por debajo la masa tumoral.

Se expuso el caso en el comité de tumores de nuestra institución y en conjunto con el servicio de oncología y con conformidad del paciente se decidió comenzar radioterapia en cuello. Recibió una dosis total de 60 Gy en adenopatías cervicales y 42 Gy en resto de cuello. En estudios de imagen de control se observó persistencia de adenopatías a nivel cervical, con componente necrótico, sin evidencia de enfermedad a distancia.

El paciente evolucionó con deterioro progresivo del estado general. Debió ser internado en dos oportunidades con diferencia de un mes entre ellas. La primera por neumonía e hiponatremia y la segunda por síndrome confusional, con sospecha de progresión de la enfermedad asociada a deshidratación. Se constataron metástasis cerebrales con edema y pequeño sangrado circundante en tomografía de cerebro. Además se detectaron numerosos implantes nodulares secundarios peritoneales, retroperitoneales, extraperitoneales y subcutáneos de dimensiones, comportamiento angiográfico y morfología similares (siembra hematogena) e implantes hepáticos secundarios en tomografía de abdomen. A nivel de tórax y base de cuello se objetivaron implantes celulares subcutáneos, también mediante tomografía. Fue dado de alta con cuidados paliativos y a las pocas semanas falleció en su domicilio, habiendo transcurrido siete meses del diagnóstico de melanoma.

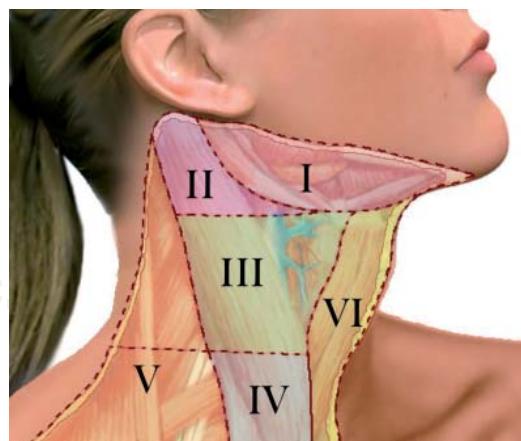


Figura 3. Niveles cervicales.

DISCUSIÓN

El melanoma es un tumor que proviene de los melanocitos de la piel y en menor medida de las mucosas oral, anal o genital. Otros sitios de origen son vagina, leptomeninges y globo ocular. Si bien puede presentarse a cualquier edad, su diagnóstico es más frecuente entre 40 y 60 años de edad. Corresponde a la primera causa de muerte por cáncer de piel, es el tumor que más ha aumentado su incidencia en los últimos años.³

Se identificaron diferentes alteraciones moleculares en los melanomas: las que tienen mutaciones de BRAF generalmente se desarrollan en áreas con exposición solar intermitente; en cambio, las alteraciones genéticas de KIT se presentan más comúnmente en los melanomas acrales, mucosos y los que se ubican en zonas con exposición solar crónica. El sorafenib, un inhibidor de BRAF, ejerce efecto citostático en gran parte de los melanomas con mutaciones en la vía MAP cinasa y promueve la apoptosis en un menor porcentaje de éstos. El imatinib, mediante la inhibición de KIT, tiene efecto citostático y citotóxico en quienes tienen mutaciones de KIT.⁴

El conducto auditivo externo representa una localización poco frecuente de melanoma primario. Factores de mal pronóstico en estos tumores incluyen diagnóstico tardío por localización profunda y gran tendencia a generar metástasis, debido al delgado epitelio y a la corta distancia entre el tumor y el drenaje linfático de la región.⁵

El drenaje linfático de los melanomas en la oreja es impredecible, pudiendo ser a ocho áreas ganglionares diferentes en cabeza y cuello.⁶ Las metástasis ganglionares se asientan principalmente en glándula parótida, región periparótidea y niveles altos del cuello (II y V) (*Figura 3*).⁷ El drenaje linfático por lo regular sigue el patrón embriológico de desarrollo vascular.⁶

Debido a lo previamente descripto y al comportamiento silente de los melanomas en esta localización, el pronóstico de supervivencia a los cinco años es malo,² lo que desperta mayor interés en el manejo oportuno de esta patología.

Diferentes estudios sugieren peor pronóstico para los melanomas en cabeza y cuello en comparación con los originados en tronco y extremidades.⁸ Los factores pronósticos más destacables son el índice mitótico, la ulceración y principalmente el nivel de Breslow, en los pacientes en quienes éste es mayor o igual a 1 mm se aconseja realizar estadificación ganglionar, siendo el mapeo linfático con biopsia del ganglio centinela la técnica de elección para lograrla.⁷

Aun habiendo gran variabilidad en cuanto a los patrones de drenaje linfático, la identificación del ganglio centinela es posible en más de 90% de los casos. Esta característica y la cercanía del tumor a los ganglios linfáticos hacen que este procedimiento sea más complejo y se recomienda un amplio entrenamiento, al igual que para el resto de los melanomas de cabeza y cuello.⁹

Las técnicas quirúrgicas para extirpar los melanomas de cabeza y cuello están limitadas por cuestiones anatómicas, estéticas y funcionales. Considerar las lesiones en conducto auditivo externo es aún más complejo, debido al componente óseo adyacente y a la cercanía de la membrana timpánica y del nervio facial.¹

La radioterapia como terapia paliativa está reservada para pacientes que por alguna razón no son considerados candidatos a cirugía. Ante la presencia de metástasis se sugiere quimioterapia, utilizando la dacarbazina como única droga o en combinaciones con otros fármacos. En cuanto a la bioquimioterapia se menciona el alfainterferón para enfermedad metastásica cuando hay alto riesgo de recaída, especialmente en quienes se detecta compromiso ganglionar, y la interleuquina 2 endovenosa en altas dosis.¹⁰

En los últimos años se han aprobado nuevas inmunoterapias para el tratamiento del melanoma, una de ellas es el ipilimumab que actúa disminuyendo la inmunotolerancia y es capaz de favorecer la involución del tumor. Por otro lado, se reportaron medianas de sobrevida superiores a 16 meses al utilizar los anticuerpos monoclonales humanizados pembrolizumab y nivolumab. Para aquellos melanomas que presentan una mutación de BRAF, el vemurafenib, el dabrafenib y el trametinib han demostrado buenos resultados.¹¹

El seguimiento de un paciente con melanoma se lleva a cabo con controles clínicos periódicos junto con pruebas de laboratorio e imágenes, con el fin de diagnosticar recaídas y metástasis, además del hallazgo de otro melanoma.¹⁰

CONCLUSIONES

Como conclusión queremos destacar la importancia del pronto diagnóstico de esta patología y hacer hincapié en la relevancia de realizar exámenes dermatológicos completos de manera periódica.

Correspondencia:

Débora Cecilia Landau

Hospital Privado Universitario de Córdoba

Naciones Unidas 346, Córdoba, Argentina.

Teléfono: +54-351-4688810

E-mail: deboralandau@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Langman AW, Yarington CT, Patterson SD. Malignant melanoma of the external auditory canal. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1996; 114 (4): 645-648.
2. Amando-García L, Suárez-Nieto C, Madrigal-Rubiales B, García-García J. Melanoma de conducto auditivo externo. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2003; 54 (3): 89-93.
3. Martínez D, Martínez R, Duarte N, Ramírez P, Vera G. Melanoma metastásico a propósito de un caso. *Revista Gen.* 2012; 66 (3): 183-186.
4. Botella-Estrada R, Sanmartín-Jiménez O. Diferentes alteraciones genéticas causan diferentes melanomas y nuevas posibilidades terapéuticas. *Actas Dermosifiliogr.* 2010; 101 (5): 394-400.
5. Gowthami C, Kumar P, Ravikumar A, Joseph LD, Rajendiran S. Malignant melanoma of the external auditory canal. *J Clin Diagn Res.* 2014; 8 (8): FD04-FD06.
6. Peach HS, van der Ploeg AP, Haydu LE, Stretch JR, Shannon KF, Uren RF et al. The unpredictability of lymphatic drainage from the ear in melanoma patients, and its implications for management. *Ann Surg Oncol.* 2013; 20 (5): 1707-1713.
7. Gallegos-Hernández JF, Martínez-Méndez MA, Ábrego-Vázquez JA, Hernández-Sanjuan M, Minauro-Muñoz GG, Ortiz-Maldonado AL. Características clínicas de los tumores malignos originados en el pabellón auricular. *Cirugía y Cirujanos.* 2015; 83 (6): 473-477.
8. Helsing P, Robsahm TE, Vos L, Rizvi SM, Akslen LA, Veierød MB. Cutaneous head and neck melanoma (CHNM): A population-based study of the prognostic impact of tumor location. *J Am Acad Dermatol.* 2016; 75 (5): 975-982.e2.
9. Toia F, Garbo G, Tripoli M, Rinaldi G, Moschella F, Cordova A. A systematic review on external ear melanoma. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2015; 68 (7): 883-894.
10. Markovic SN, Erickson LA, Rao RD, Weenig RH, Pockaj BA, Bardia A et al. Malignant melanoma in the 21st century, part 2: staging, prognosis, and treatment. *Mayo Clin Proc.* 2007; 82 (4): 490-513.
11. Droppelmann MN, León RA, Goñi EI, González DH, Domínguez CF, Camus AM et al. Nuevas terapias sistémicas para el tratamiento del melanoma. *Rev Chil Cir.* 2016; 68 (1): 81-86.