

# MELANOMA MALIGNO DE C.A.E.

Dres. Rodríguez Álvarez, Penín, Tedín García, Trasar Caneda,  
Estrada Gromaz, García Calleja, Cabanas López.

Complejo Hospitalario Cristal-Piñor (Ourense)

## INTRODUCCIÓN

Las neoplasias malignas en oído constituyen el 6% de los carcinomas de la piel. De todos los tumores que afectan al oído, el 60% se encuentra en la región auricular, el 28% en el CAE y el 2% en el oído medio.

La mayoría de los tumores de CAE son Carcinomas. Epidermoides y, en frecuencia descendente, Carcinoma Basocelular, tumores glandulares, melanomas, paragangliomas y neurilemomas.

El Melanoma Maligno puede ocurrir tanto en pabellón auricular como en el CAE. Se deberá sospechar su presencia ante cualquier lesión pigmentada que inicie su crecimiento, presente cambios de coloración, ulceraciones y/o hemorragias.

El comportamiento de estos tumores es impredecible.

No está indicada la disección profiláctica del cuello a menos que existan adenopatías regionales. Es frecuente la aparición de metástasis a distancia en el transcurso de la enfermedad, sobre todo a pulmón; aunque también se presentan en forma tardía.

Presentamos el caso de un Melanoma Maligno que se presenta atípicamente como una lesión polipoide y fácilmente sangrante de CAE, junto con una gran adenopatía

## RESUMEN

Las neoplasias malignas de piel constituyen el 6% de todos los carcinomas de la piel. La mayoría de los tumores del Conducto Auditivo Externo son Carcinomas Epidermoides. El Melanoma Maligno puede ocurrir tanto en pabellón auditivo como en el CAE.

En esta publicación presentamos el caso de un Melanoma Maligno que se presenta atípicamente como una lesión polipoide fácilmente sangrante en el Conducto Auditivo Externo, con una gran adenopatía metastásica cervical, y cuyo diagnóstico, inicialmente confuso, se lleva a cabo tras examen anatómico-patológico de la pieza postoperatoria.

**Palabras Clave:** Melanoma, Maligno, Conducto Auditivo Externo.

metastásica cervical, y, cuyo diagnóstico inicialmente confuso se lleva a cabo tras el examen anatómico-patológico de la pieza postoperatoria.

## CASO CLÍNICO

### Enfermedad Actual y Motivo de Consulta:

Se trata de un paciente varón de 74 años de edad, que acude a nuestra consulta por cuadro de hipoacusia, otorrea y otalgia de oído izquierdo desde hace 6 meses.

Hace tres meses presenta tumoración latero-cervical en hueso espinal de

aparición brusca y carácter doloroso, y, posteriormente, hace 15 días, comienza con parálisis facial periférica de instauración brusca que cede parcialmente a tratamiento esteroideo.

### Antecedente Personales:

Traumatismo Craneo-Encefálico con fractura de articulación temporomandibular hace años. Ceguera traumática de ojo izdo. Úlcera duodenal remitida.

### Exploración:

En la exploración se aprecia tumoración en hueso espinal de 6x4 cms. de diámetro, dura, dolorosa a la palpación y adherida.



Fig. 1. TAC cervical con gran adenopatía metastásica.

En la otoscopia se observa el conducto auditivo externo ocupado por tumoración granulosa, dura y fácilmente sangrante. No se consiguen apreciar restos timpánicos ni osiculares.

#### TAC cervical y de oídos

Se practica Tac al paciente en el que se observaba una gran masa cervical en región latero-cervical alta izquierda que ocupaba todo el hueco espinal (Fig. 1), así como ocupación de CAE y caja timpánica por una masa hipodensa, sin observarse restos timpánicos ni de huesecillos (Fig. 2).

#### Diagnóstico:

Se practica Paaf de la masa cervical, siendo informado primeramente como Adenocarcinoma.

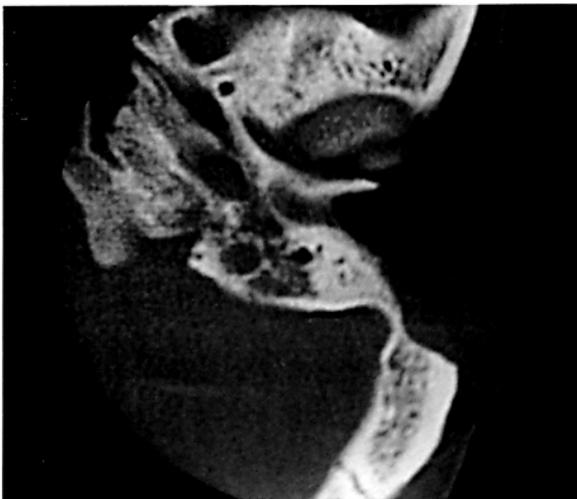


Fig. 2. TAC de oídos en el ue se aprecia ocupación de todo el CAE y oído medio con destrucción total de huesecillos.

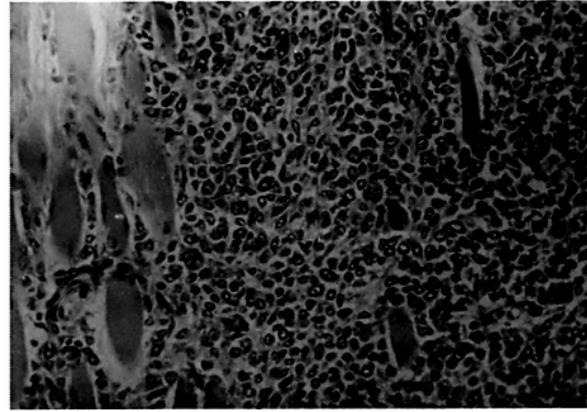


Fig. 3. Anatomía Patológica de Biopsia de la masa en el CAE.

Posteriormente, el resultado de la pieza operatoria es diagnosticado anatómo-patológica e inmuno-histoquímicamente como Melanoma Maligno. (Fig. 3)

#### Tratamiento:

Se practica al paciente Vaciamiento Radical de Oído Izquierdo y Vaciamiento Radical Cervical Izquierdo y Parotidectomía superficial (Fig. 4), junto con traqueotomía, presentando el paciente posteriormente infección de la herida quirúrgica, que se resuelve con tratamiento antibiótico y curas locales. Presenta además, al alta, parálisis facial periférica residual.

#### Evolución:

La evolución postoperatoria inmediata fue buena, tras resolver la infección de la herida quirúrgica, por lo que es dado de Alta Hospitalaria.

El paciente acude al cabo de mes y medio al centro hospitalario por hemorragia digestiva, lo que obliga a su ingreso en UVI. Se practica Esofagoscopia en la que se observa esofagitis grado II-III, candidiasis, hernia de hiato y ulcus. Es dado de alta en Servicio de UCI pasando a Servicio de Digestivo, donde se practica nueva Esofagoscopia con tomas de biopsia, siendo diagnosticado anatómo-patológicamente de Melanoma Maligno. Una vez resuelto el episodio de hemorragia digestiva el paciente es remitido a su hospital comarcal de referencia.

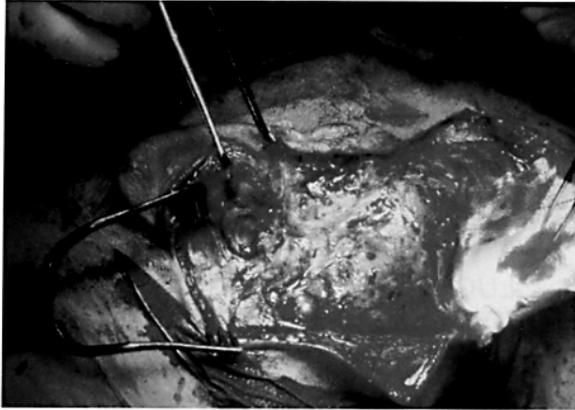


Fig. 4. Vaciamiento Cervical Radical Izquierdo con Parotidectomía Superficial.

## DISCUSIÓN

El Melanoma maligno de conducto auditivo externo es muy infrecuente, entre un 7-10% de todos las neoplasias de piel del oído (1).

Así como los Melanomas que surgen en otras superficies cutáneas, el tratamiento para el melanoma en esta localización es primeramente la Cirugía. Está muy debatida la necesidad de una cirugía más amplia que la simple excisión tumoral (1) (2). Los ganglios linfáticos de cuello y parótida son la primera estación del drenaje del conducto auditivo externo. En los Melanomas en esta localización, del 30 al 40% de los pacientes tenían extensión a estos ganglios en la presentación inicial (2). Cuando se trata sólo con resección local, las metástasis regionales ocurren en el 40%. Algunos autores recomiendan la disección linfática profiláctica cervical, y no se han encontrado diferencias entre disecciones funcionales y radicales.

El pronóstico de los Melanomas en esta localización es pobre, siendo peor que los localizados en el pabellón auricular. Algunos autores muestran supervivencias a los 5 años de un 47% (1). Esto pudiera deberse al retraso en el diagnóstico, como ocurrió en el caso que presentamos.

No existe unanimidad a la hora de evaluar los factores pronósticos. Así, según algunos autores no parece que la edad, sexo, raza o subtipo histológico influyan en el riesgo de recurrencia en estos tumores, mientras que si parecen influir en el estadio clínico, la masa tumoral y el nivel de Clark (1) (3). Sin embargo otros autores encontraron una

mayor incidencia en la raza blanca en estos tumores, así como mayor frecuencia en hombres que en mujeres (4). Otros, por último, apuntan la masa tumoral, localización anatómica y sexo como factores pronósticos independientes (5). Hay factores pronósticos en estudio tales como la estimación de la proliferación por PCNA y la vascularización por CD31 (3).

## CONCLUSIÓN

Este caso ilustra que el Melanoma Maligno Primario puede ocurrir en cualquier superficie de piel que posea melanocitos.

El Diagnóstico no siempre es fácil, pudiendo ser necesario recurrir a la inmunohistoquímica para confirmarlo, como ocurrió en nuestro caso. Sin embargo gracias al interés de los clínicos por biopsiar pequeñas lesiones sospechosas en la piel, el diagnóstico se está realizando cada vez en estadios más tempranos, aunque en nuestro caso el paciente acudió a nuestra consulta en estadio ya muy avanzado.

El Diagnóstico Diferencial de una lesión polipoide en el conducto auditivo externo debería incluir el Melanoma Maligno.

Este caso sugiere además, que otros factores que no sean la radiación solar pueden verse implicados en la patogénesis de los Melanomas. Sin embargo, Elder et al. (4) demuestra la fuerte asociación que aún existe entre la exposición solar crónica y el melanoma maligno.

Parece haber unanimidad en los autores en la opción quirúrgica como primera aproximación terapéutica. Si varía, en cambio, la técnica, debiendo practicar resección en bloque en tumores pequeños, mientras que tumores muy extensos requerirán excisiones amplias y agresivas, pudiendo asociar Radioterapia si fuese necesario. No obstante en estos últimos, el pronóstico dependerá más bien del tipo del tumor y su agresividad (6).

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- DAVID J. COLE, GRAGORY J. MACKAY ET AL.: "Melanoma of the External Ear". Journal of Surgical Oncology 50:110-114 (1992).

- 2.- SEWON KANG, RAYMOND L. BARNHILL ET AL: "Primary Malignant Melanoma of the External Auditory Canal". The American Journal of Otology, Volume 13 Number 2, pp. 194-196, March 1992.
- 3.- AKE DAVIDSON, HENRIK B. HELLQUIST, HENNETH VILLMAN, GUNNAR WESTMAN: "Malignant Melanoma of the ear". The Journal of Laryngology and Otology, September 1993, Vol. 107, pp. 798-802..
- 4.- DAVID D. ELDER, CH. B., F.R.C.P.A.: "Skin Cancer". Cancer Supplement, January 1, 1995, Vol. 75, N°1. .
- 5.- ULRIK RINGBORG, LARS-E. AFZELIUS ET AL.: "Cutaneous Malignant Melanoma of the Head and Neck". Cancer, February 1, 1993, Volume 71, N° 3.
- 6.- LUCY SHIH, JAMES A. CRABTREE: "Carmcinoma of the External Auditory Canal: An Update". Laryngoscope 100, November 1990, 1215-1218.