

# Carcinoma escamocelular de conducto auditivo externo: una patología poco frecuente. Reporte de caso y revisión de la literatura

## Squamous cell carcinoma of the external auditory canal, a rare pathology. Case report and literature review

Diego Javier Carpio Pullopasig<sup>1</sup>, Gabriel Andrés Moreno Roca<sup>1,2,3</sup>, Leonardo Andrés Manzano<sup>1</sup>, Carlos Esteban Ochoa Vinuesa<sup>1,2</sup>, Esteban Andrés Andrade-Sandoval<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Departamento de Cirugía Oncológica de Cabeza y Cuello, Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, Quito, Ecuador.

<sup>2</sup>Universidad Tecnológica Indoamérica, Facultad de Ciencias de Salud, Dirección de Posgrados. Posgrado de Cirugía Oncológica, Quito, Ecuador.

<sup>3</sup>Centro de Investigación para la Salud en América Latina (CISeAL). Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés

Recibido el 02 de febrero de 2025. Aceptado el 14 de julio de 2025.

Correspondencia:  
Esteban Andrés  
Andrade-Sandoval

Quito-Ecuador Código postal  
170104

Email: es.andrade05@gmail.com

### Resumen

El carcinoma escamocelular del conducto auditivo externo es una neoplasia rara y poco comprendida debido a su baja incidencia. Suele manifestarse con síntomas inespecíficos que pueden confundirse con patologías benignas, lo que conlleva un diagnóstico tardío. En estadios avanzados, tanto la calidad de vida como el pronóstico pueden verse comprometidos por la extensión de la enfermedad o por la morbilidad asociada al tratamiento quirúrgico. En este artículo se presenta el caso de un paciente con historia de larga evolución de sensación de taponamiento auditivo, diagnosticado con carcinoma escamocelular del conducto auditivo externo izquierdo. El manejo inicial fue con radioterapia; sin embargo, ante la recurrencia tumoral, se optó por una cirugía de rescate. Este reporte busca aportar a la literatura existente sobre esta patología infrecuente y destacar la importancia del diagnóstico precoz mediante una mayor sospecha clínica y la promoción de investigaciones adicionales.

**Palabras clave:** Carcinoma; Conducto auditivo externo; Oído externo; Neoplasias; Epidemiología

### Abstract

*Squamous cell carcinoma of the external auditory canal is a rare and poorly understood malignancy due to its low incidence. It often presents with nonspecific symptoms that can mimic benign conditions, leading to delayed diagnosis. At advanced stages, both quality of life and prognosis may be significantly affected by the extent of the disease or the morbidity associated with surgical intervention. This article presents the case of a patient with a prolonged history of auditory blockage, ultimately diagnosed with squamous cell carcinoma of the left external auditory canal. The patient was initially treated with radiotherapy; however, due to tumor recurrence, salvage surgery was performed. This report seeks to contribute to the growing body of literature on this rare entity and to underscore the importance of early detection through increased clinical awareness and further research.*

**Keywords:** Carcinoma; Ear canal; Ear, external; Neoplasms; Epidemiology.

### Introducción

Los tumores malignos del conducto auditivo externo (CAE) representan menos del 0,2% de todos los tumores de cabeza y cuello<sup>1-4</sup>, siendo el carcinoma escamocelular (CEC) el tipo histológico más común<sup>2</sup>. Su in-

cidencia oscila entre 1 y 6 casos por millón de habitantes<sup>5-7</sup> y afecta con mayor frecuencia a hombres de aproximadamente 60 años<sup>1,6</sup>. Entre los principales factores de riesgo se incluyen el consumo de alcohol, tabaquismo, exposición solar, enfermedades crónicas del oído medio y la otitis externa crónica<sup>1,2</sup>.

Debido a su baja incidencia y escaso conocimiento sobre esta patología, el diagnóstico suele retrasarse en estadios tempranos. Se ha documentado un intervalo promedio de entre 2,4 meses y 9,4 años desde la aparición de los primeros síntomas hasta el diagnóstico definitivo<sup>1,6</sup>. Según Zhong & Zuo<sup>6</sup>, aproximadamente el 65% de los casos se identifican en estadios avanzados (T3 y T4), lo que afecta directamente la supervivencia. De acuerdo con la clasificación de Pittsburg, las tasas de supervivencia a cinco años para los estadios I, II, III y IV son del 94,8%, 78,9%, 68,3% y 22,9%, respectivamente<sup>7</sup>.

A pesar de la ausencia de consenso definitivo para su abordaje terapéutico<sup>2,6</sup> y de las opciones disponibles de acuerdo con el estadio clínico<sup>5</sup> la cirugía se mantiene como el procedimiento de elección, al asociarse a mejores resultados oncológicos<sup>1,8,9</sup>.

En este contexto, el objetivo de este reporte es describir el caso de un paciente con CEC del CAE y fomentar la realización de estudios adicionales que permitan identificar con mayor precisión los factores implicados en su desarrollo, promoviendo así un diagnóstico precoz que contribuya a reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a esta neoplasia.

## Caso Clínico

Paciente masculino de 71 años, mestizo, con antecedentes de hipertensión arterial y prostatectomía por cáncer de próstata, sin antecedente de tabaquismo ni consumo de alcohol. Consulta por sensación de taponamiento auditivo izquierdo de un año de evolución. La otoscopia evidenció una lesión verrugosa en el tercio externo del CAE izquierdo, confirmándose CEC bien diferenciado tras biopsia.

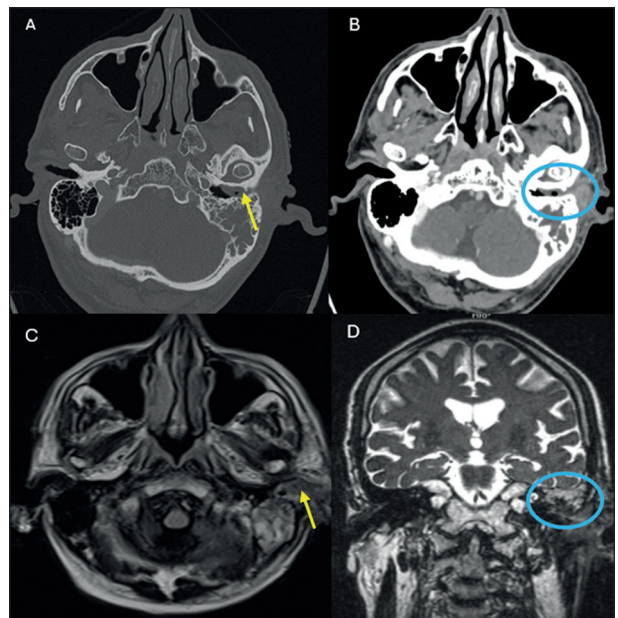
Se realiza tomografía de conducto auditivo, en la que se identificó una lesión obstructiva del CAE izquierdo sin compromiso de la cortical ósea, y adenopatías ipsilaterales parótida y retroauricular, clasificándose como un estadio clínico III (T3N1M0). Se inició tratamiento con radioterapia (RT), administrando 70,2 Gy sobre mucosa de CAE izquierdo y 59,4 Gy sobre ganglio pre y retroauricular durante cuatro meses. La respuesta inicial es favorable; sin embargo, a los 18 meses postratamiento, el

paciente presentó otorrea serosa e hipoacusia ipsilateral, lo que motivó la realización de nuevos estudios.

Posteriormente, se perdió el seguimiento durante 10 meses, hasta que acudió por emergencia, refiriendo otorrea purulenta e hipoacusia izquierda. A la evaluación se identificó una oclusión completa del CAE por masa exofítica, acompañada de trayecto fistuloso hacia la región posterior del pabellón auricular y adenopatía en nivel II izquierdo.

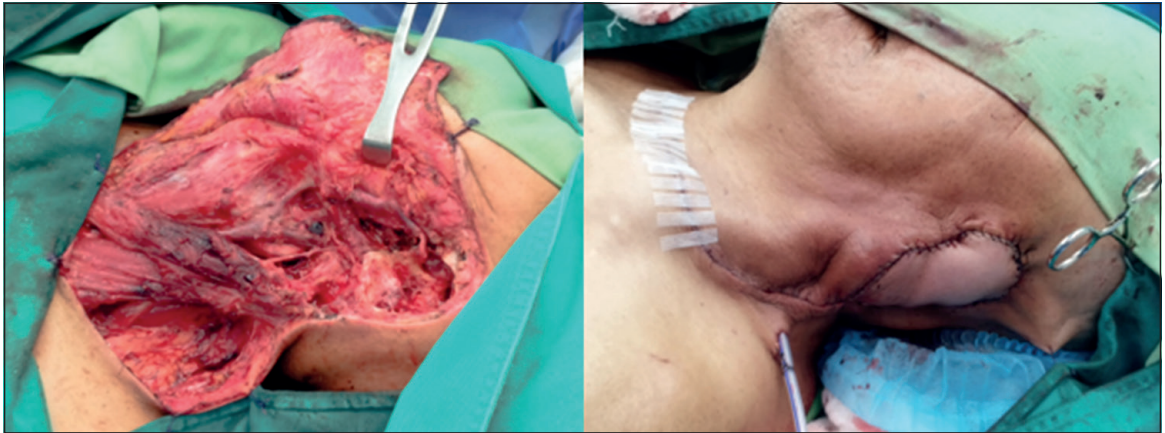
Una nueva tomografía mostró engrosamiento del CAE izquierdo con obliteración parcial de su luz, aparente invasión de oído medio, respetando el oído interno, ocupación de celdillas mastoideas por tejido blando sin erosión ósea, y adenopatías en niveles IV y VB ipsilaterales (**Figura 1**). Ante estos hallazgos se confirma recurrencia tumoral.

Se optó por tratamiento quirúrgico mediante petrosectomía subtotal izquierda con resección oncológica del tumor, disección cervical radical modificada de niveles II a V, parotidectomía radical izquierda, y reconstrucción del defecto quirúrgico con colgajo miocutáneo de pectoral mayor (**Figura 2**).



**Figura 1.** TC simple y contrastada (A, B) y RMN simple y contrastada (C, D) de CAE izquierdo. Engrosamiento de la pared con obliteración completa de la luz en un segmento del CAE (A-C flecha amarilla), que realiza con aplicación de contraste (C-D círculo celeste).

## CASO CLÍNICO



**Figura 2.** Petresectomía subtotal izquierda con resección oncológica del tumor, disección cervical radical modificada de niveles II a V, parotidectomía radical izquierda, y reconstrucción del defecto quirúrgico con colgajo miocutáneo de pectoral mayor.

Durante el periodo postquirúrgico inmediato presentó un episodio de vértigo autolimitado. Evolucionó favorablemente y fue dado de alta al sexto día.

El estudio histopatológico final informó un CEC moderadamente diferenciado e invasor, con margen comprometido en el CAE y márgenes anterior y posterior libres. Se observó infiltración tumoral focal en el foramen mastoideo, metástasis vasculares, parótida sin compromiso neoplásico y un ganglio positivo de 14 ganglios examinados. Con estos hallazgos, se derivó a oncología clínica para tratamiento adyuvante.

## Discusión

El cáncer de CAE es una neoplasia poco frecuente que suele manifestarse con síntomas inespecíficos, como otalgia, otorrea, sangrado, hipoacusia, masa visible, prurito, tinnitus, que pueden confundirse con patologías benignas como la otitis externa o el colesteatoma<sup>1</sup>. Esto contribuye al retraso diagnóstico, especialmente en estadios iniciales.

En el contexto diagnóstico, la otoscopia por sí sola resulta insuficiente para establecer un diagnóstico diferencial, siendo necesario un estudio histológico para confirmar la naturaleza de la lesión<sup>2,8</sup>. Adicionalmente, las pruebas de imagen –como la tomografía computarizada y la resonancia magnética–, aportan informa-

ción relevante para el diagnóstico etiológico; sin embargo, su mayor utilidad radica en determinar la extensión tumoral para determinar el estadio clínico, siendo la clasificación de Pittsburg la herramienta más fiable para este fin<sup>4,8</sup>.

El pronóstico de esta enfermedad está influenciado por diversos factores clínicos y patológicos. Entre ellos se incluyen la inmunosupresión, un índice de Karnofsky inferior a 90%, un índice de masa corporal menor de 19 Kg/m<sup>2</sup>, parálisis facial, el grado histológico del tumor (especialmente si es pobremente diferenciado), márgenes quirúrgicos positivos y, de manera destacada, el estadio clínico<sup>4</sup>.

Particularmente, la metástasis ganglionar se ha identificado como un factor pronóstico de gran relevancia. En el estudio de Nabuurs, et al<sup>5</sup>, que evaluó a 381 pacientes con CEC del CAE, reportó que el 16% presentaron metástasis ganglionar (pN+). La supervivencia a cinco años en este grupo fue de 36,7%, en contraste con el 67,9% observado en pacientes sin compromiso ganglionar.

Entre las opciones terapéuticas descritas se encuentra la RT, la quimioterapia (QT), la cirugía o una combinación de estas. En términos generales, la cirugía se considera el tratamiento de elección, tomando en cuenta la supervivencia global<sup>1,4,9</sup>. Esto se refleja sobre todo en estadios tempranos, como lo demuestran el estudio de Saijo et al.<sup>9</sup> en el que se evaluó a 36 pacientes con CEC del CAE. De estos, 14 se encontraban en estadio T1 y 4 en T2.

En dicho estudio, todos los pacientes con T1 fueron tratados quirúrgicamente: cuatro con resección en manga y diez con resección lateral de hueso temporal (LTBR). En el grupo T2, tres pacientes fueron tratados con LTBR y uno recibió RT debido a su mal estado general. La supervivencia específica (DSS) a tres años fue del 100% para los estadios T1 y T2, mientras que la supervivencia libre de enfermedad (DFS) fue del 77.4% y 100%, respectivamente.

Aunque la cirugía es el tratamiento estándar en estadios iniciales, se ha documentado que los resultados de RT pueden ser comparables a los quirúrgicos, según lo reportado por Hashi et al. y Ogawa et al. (citados en George et al 2021)<sup>2</sup>. No obstante, la recurrencia local tras RT puede dificultar un abordaje quirúrgico posterior<sup>2</sup>.

En estadios avanzados (T3 y T4), la cirugía continúa siendo la opción preferente, siempre que sea factible, aunque debe sopesarse entre la morbilidad asociada al procedimiento frente a la generada por la progresión tumoral<sup>2</sup>. En el estudio de Saijo et al.<sup>9</sup> se incluyeron nueve pacientes en estadio T3 y nueve en estadio T4. En el grupo T3, cinco pacientes fueron tratados con LTBR -algunos con QT neoadyuvante y otros con RT adyuvante-, mientras que los cuatro restantes recibieron quimiorradioterapia concomitante (CCRT) por criterios de irrecesibilidad. En términos generales, la DSS a tres años en este grupo fue del 87.5% y la DFS del 44.4%. Al desagregar por tipo de tratamiento, los pacientes con LTBR alcanzaron una DSS del 100% y una DFS del 80%, mientras que en el grupo tratado con CCRT la DSS fue del 75% y la DFS del 0%.

En el grupo T4, un paciente recibió LTBR más RT, dos fueron tratados con RT estereotáctica y seis con CCRT. Los resultados mostraron una DSS y DFS a tres años de 11.1%, lo que refleja el pobre pronóstico en estadios avanzados, en especial cuando la cirugía no es posible.

En este caso, se eligió la RT como manejo inicial considerando el estadio clínico, la comorbilidad asociada a la cirugía y la preferencia del paciente, logrando una respuesta temporal favorable. Sin embargo, como se ha descrito, la recurrencia en estadios avanzados es frecuente. Frente a esta situación, pese a la falta de un consenso sobre el mejor manejo en casos de re-

currencia, se optó por un abordaje quirúrgico de rescate, ya que, como lo menciona George M, et al.<sup>2</sup>, la cirugía continúa siendo la mejor opción en todos los estadios. Esto refuerza la necesidad de más de estudios que permitan unificar criterios sobre el manejo integral de esta patología.

## Conclusión

El pronóstico del carcinoma escamocelular del conducto auditivo externo depende en gran medida del diagnóstico precoz, el cual está directamente relacionado con el nivel de sospecha clínica del profesional que realiza la evaluación. Un diagnóstico oportuno aumenta la probabilidad de realizar una cirugía con márgenes libres, considerada el tratamiento de elección en esta patología.

En ausencia de guías clínicas específicas, los reportes de casos continúan siendo herramientas valiosas para enriquecer el conocimiento clínico-quirúrgico, difundir experiencias terapéuticas y orientar futuras decisiones médicas, contribuyendo así a reducir la morbilidad y mortalidad.

## Bibliografía

1. Samara P, Athanasopoulos M, Goulioumis A, Athanasopoulos I. Malignant tumors of the external auditory canal: diagnosis, treatment, genetic landscape, biomarkers, and clinical outcome. *Explor Target Antitumor Ther.* 2023;4:801-811. doi: 10.37349/etat.2023.00169
2. George M, Borsotti F, Gereige R, Kolethekkat AA, Das A, Messerer M, et al. A systematic review of the primary squamous cell carcinoma of the external auditory canal: survival outcome based on T-staging and proposal of a new classification. *J Laryngol Otol.* 2021;135:96-103. doi: 10.1017/S0022215121000323
3. Pan W, Zhang C, Chen M, Min S, Xu L, Chi Z. Expression of Ki-67 and P16 are related with HPV in squamous cell carcinoma of the external auditory canal. *J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2022;51(1):1-6. doi: 10.1186/s40463-022-00592-8
4. Brenet E, Atallah S, Guerlain J, Moya-Plana A, Verillaud B, Kania R, et al. Carcinomas of the external auditory canal: management and results: a multicenter REFCOR propensity score matching study. *Eur J Cancer.* 2024;201:1-9. doi: 10.1016/j.ejca.2024.113922

**CASO CLÍNICO**

5. Nabuurs CH, Kievit W, Labbé N, Leemans CR, Smit CFGM, van den Brekel MWM, et al. Evaluation of the modified Pittsburgh classification for predicting the disease-free survival outcome of squamous cell carcinoma of the external auditory canal. *Head Neck*. 2020;42(12):3609-3622. doi: 10.1002/hed.26424
6. Zhong S, Zuo W. Treatment strategies for malignancies of the external auditory canal. *Curr Treat Options Oncol*. 2022;23:43-53. doi: 10.1007/s11864-021-00931-3
7. Miyazaki M, Aoki M, Okado Y, Koga K, Hamasaki M, Nakagawa T, et al. Highly expressed tumoral emmprin and stromal CD73 predict a poor prognosis for external auditory canal carcinoma. *Cancer Sci*. 2020;111(8):3045-3056. doi: 10.1111/cas.14508
8. Shahbaz H, Tahir M, Junaid T, Shakir N, Ahmed Z. External auditory canal carcinoma with an unusually extensive invasion. *J Pak Med Assoc*. 2023;73(7):1560-1562. doi: 10.47391/JPMA.7247
9. Saijo K, Ueki Y, Tanaka R, Yokoyama Y, Omata J, Takahashi T, et al. Treatment outcome of external auditory canal carcinoma: the utility of lateral temporal bone resection. *Front Surg*. 2021;8:1-7. doi: 10.3389/fsurg.2021.708245