

# Basalioma terebrante retroauricular con extensión a huesos temporal y occipital

M.J. Naya<sup>1</sup>  
 F. de Miguel<sup>2</sup>  
 A. Ortiz García<sup>3</sup>  
 E. Llorente<sup>1</sup>  
 C. Marín Garrido<sup>1</sup>  
 L. Carmen<sup>1</sup>  
 J. Sevil<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico Interno  
 Residente

<sup>2</sup>Facultativo  
 Especialista de Área

<sup>3</sup>Jefe de Servicio  
 Servicio O.R.L.,  
 Hospital Miguel  
 Servet. Zaragoza

## Resumen

Presentamos el caso de un paciente con carcinoma basocelular retroauricular de larga evolución y amplia extensión a pabellón auricular, conducto auditivo externo, oído medio, mastoides, llegando hasta temporal y hueso occipital, considerando esta patología inusual en nuestro medio. Aportamos el tratamiento quirúrgico realizado con un colgajo miocutáneo para reconstruir la zona.

**Palabras clave:** Neoplasia de oído. Basalioma de oído.

## Summary

We report on a patient with retroauricular basocelular carcinoma. The lesion had a long term development and a vast extension to pinna, external ear canal, middle ear, mastoid and reach temporal and occipital bone. This is an infrequent tumor in our surrounding. The surgical procedure is described. We used a miocutaneous flap to reconstruct a defect created by resection of a tumor.

**Key words:** Basocelular carcinoma. Ear carcinoma.

## Introducción

El carcinoma basocelular (epitelioma basocelular o basalioma) es una neoplasia cutánea que parte de la epidermis o sus anejos y se origina a expensas de las células basales del epitelio.

La raza blanca es la más afectada, particularmente los de origen céltico que habitan en países tropicales, siendo la exposición solar el principal factor etiológico. En el varón presenta mayor incidencia, y aparece alrededor de los cincuenta años.

Son los epiteliomas más frecuentes, constituyendo el 50-75% de los mismos. El 80% se localizan en cabeza y el resto por orden de frecuencia, en cuello, tronco, extremidades y genitales<sup>3</sup>.

Habitualmente se desarrolla sobre piel sana, crece lentamente pero no suele metastatizar a nivel ganglio-

nar ni a distancia (sólo se han registrado 80 casos en la literatura)<sup>3</sup>. Cuando afectan a mucosas es por invasión por contigüidad.

El oído puede ser asiento de carcinomas primarios localizados en el pabellón auricular, el conducto auditivo externo o en la mucosa del oído medio, aunque esta patología presenta una baja incidencia.

Presentamos el caso de un paciente con carcinoma basocelular en la región retroauricular de larga evolución y amplia extensión.

## Caso clínico

Varón de 60 años de edad, agricultor, sin antecedentes de interés, que presenta una lesión retroauricular izquierda de años de evolución.

En 1985 fue intervenido por Cirugía Plástica de una tumoración cutánea retroauricular, ulcerada en el centro y cubierta de costras melicéricas, de 2x3 cm, de catorce años de evolución. No presentaba adenopatías. Posteriormente, en 1992 presentó una lesión papulosa, infiltrada, de 0,5 cm, contigua al borde superior de la extirpación previa, sin adenopatías.

En ambas ocasiones, el diagnóstico anatomopatológico fue de carcinoma basocelular, y el tratamiento establecido fue la extirpación quirúrgica y la reconstrucción con una fascia bifoliada.

Acude recientemente a nuestro Servicio presentando una otorrea mucopurulenta en el oído izquierdo de meses de evolución, inflamación de la región retroauricular e hipoacusia. A la otoscopia se observa edema en la pared posterior y secreción mucopurulenta en el conducto auditivo externo, con aparente tejido de granulación en la caja. La región retroauricular aparece edematosa y ulcerada sobre la cicatriz de la cirugía previa.

Se practica una TAC donde se evidencia ocupación posterior del CAE y concha del pabellón por una masa

Correspondencia:  
 M<sup>º</sup> José Naya Gálvez  
 C/Juan Cabrero, nº 11, 3<sup>º</sup> izda.  
 50007 Zaragoza  
 Tel.: 976 277 633

de densidad tejido blando que erosiona la cortical de la mastoide, penetra en ella, invade la escama del hueso temporal hasta erosionar la cortical del seno sigmoide y contactar con él, sobrepasándola hasta la sutura temporo-occipital y el hueso occipital (Figuras 1 y 2). En oído, se observa ocupación del antro mastoideo y erosión de la segunda rodilla del facial, estando la cadena y la caja conservadas (Figura 3).

El estudio anatomopatológico determinó que se trataba de un carcinoma basocelular, con la característica disposición de las células neoplásicas en empalizada en la periferia; células que recuerdan a las de la capa basal del epitelio porque son pequeñas, basófilas, ovales, nucleadas y no pigmentadas (Figura 4).

Se propuso tratamiento quirúrgico llevando a cabo la exéresis del tumor comprendiendo la pared posterior del CAE izquierdo, la región cutánea retroauricular y el cartílago del pabellón. Se amplió con una mastoidectomía radical llegando hasta meninges y al seno lateral que estaba afectado, éstas no estaban infiltradas pero presentaban una fibrosis reactiva. Se respetó el tímpano y se dejaron al descubierto la segunda y la tercera porción del nervio facial.

Para solucionar la pérdida de sustancia, se realizó la reconstrucción con un colgajo miocutáneo del músculo esternocleidomastoideo recubriendo la zona.

El tratamiento quirúrgico se completó con radioterapia posterior. Terminados los ciclos, en la actualidad el paciente está sano, con una cavidad de radical limpia sin evidencia de recidiva.

## Discusión

El basalioma es el epiteloma cutáneo más frecuente (50-75%). Es más común en pieles Tipo I y II y en individuos de raza blanca, con cualquier tipo de piel, que sufren insolaciones intensas prolongadas (marineros, agricultores,...). Sin embargo, con mucha más frecuencia que los carcinomas espinocelulares asienta en piel no expuesta al sol y afecta a individuos jóvenes. Dentro de las zonas expuestas, su localización no coincide con la de máxima dosimetría, sino que asienta sobre zonas características (surcos nasogenianos, cantus interno del ojo, etc.). La localización en el cuello es muy frecuente.

También se han descrito como agentes etiológicos el arsénico inorgánico trivalente, la exposición a radiaciones ionizantes y la genética, describiendo el síndrome de Gorlin, autosómico-dominante, en el que desde edades muy precoces aparecen múltiples basaliomas asociados o no a otras malformaciones cutáneas<sup>2</sup>.

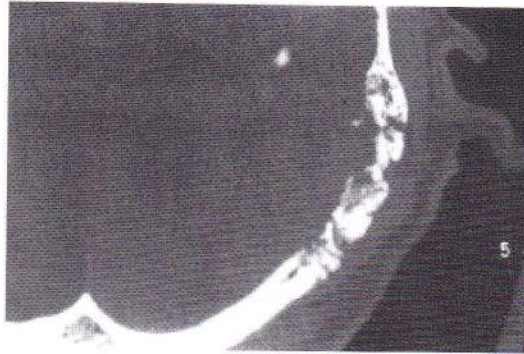


Figura 1. Corte axial a nivel de la base del cráneo donde se observa infiltración de la pared posterior del conducto auditivo externo izquierdo, de la concha del pabellón auricular y de la piel que cubre a la escama del temporal y la mastoide, extendiéndose hasta la sutura occipito-escamosa y el hueso occipital

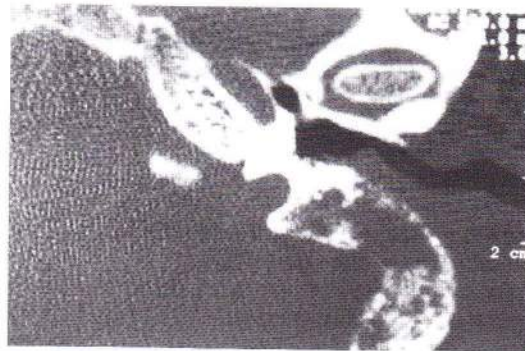


Figura 2. Ocupación de la pared posterior de conducto auditivo externo, erosión de la cortical de la mastoide e invasión de la escama del temporal



Figura 3. Corte axial a nivel del ático en el que se observa la parte superior de la caja del tímpano libre y la cadena de huesecillos conservada. Ocupación del antro mastoideo con posible erosión de la segunda rodilla del facial

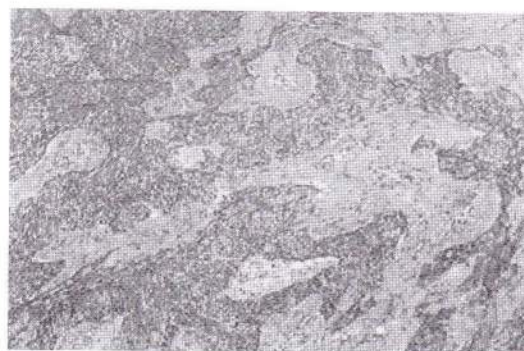


Figura 4. Cordones sólidos de células neoplásicas con disposición en empalizada en la periferia. La morfología de las células recuerda las de la capa basal

Asienta siempre sobre piel, habitualmente sana, y nunca sobre mucosas. El polimorfismo clínico es extraordinario. La lesión más característica es la correspondiente al basalioma perlado, constituido por un nódulo tumoral de superficie cubierta por piel atrófica, brillante y surcada por telangiectasias. Sin embargo hay otras formas clínicas (Tabla 1).

Dentro de las ulceradas, el terebrante es la forma final de cualquier basalioma. Es una forma destructora e invasiva, que destruye tejidos circundantes, vasos, nervios, cartílagos y/o huesos, produciendo intenso dolor. Causa la muerte por invasión de estructuras vitales, como el SNC o rotura de grandes vasos, caquexia neoplásica o sobreinfección.

El carcinoma basocelular suele crecer lentamente en meses o incluso años, y en superficie aunque, en formas más agresivas, también en profundidad, con invasión de estructuras subyacentes como en nuestro caso. Rarisísimamente metastatizan a nivel ganglionar o a distancia.

El diagnóstico diferencial debe de establecerse con el nevus melanocítico dérmico, a veces indistinguible del basalioma nodular o papuloso por lo que es necesaria la biopsia en todas las lesiones sospechosas<sup>2</sup>. A menudo el basocelular es múltiple, pudiendo pasar desapercibidas las lesiones incipientes.

Los carcinomas cutáneos primarios son infrecuentes en el oído (1/5.000 a 1/15.000 trastornos patológi-

cos de todo tipo<sup>4</sup>). El carcinoma con mayor incidencia en esta localización es el espinocelular (82%)<sup>4</sup>. De todos los cánceres de oído, las lesiones cutáneas malignas son más frecuentes en el pabellón auricular (80-85% de los mismos) que en el conducto auditivo externo (10-15%) o en el oído medio (5-10%)<sup>5</sup>. Estas dos últimas localizaciones son de peor pronóstico debido a su diagnóstico más tardío y a la pronta invasión de las estructuras óseas subyacentes.

Los carcinomas del conducto auditivo externo y del oído medio se asocian con otorrea crónica en un tercio de los casos. Los restantes suelen tener una infección asociada desde hace 6 ó 12 meses. Un 25% de los carcinomas mastoideos de oído medio se relacionan con un colesteatoma<sup>4</sup>. La otorrea suele asociarse a hipoacusia y la presencia de vértigo o parálisis facial indican enfermedad avanzada. El diagnóstico por biopsia de una lesión friable o sangrante de conducto auditivo externo suele ser fácil, no así, la otorrea crónica de meses de evolución que no cede al tratamiento médico.

Cuando la enfermedad está muy evolucionada, se ha invadido el oído medio y la mastoides, es difícil valorar el lugar de origen del tumor, como ocurre con nuestro paciente. Probablemente en este caso, y guiados por la historia clínica, la lesión inicial fuese cutánea retroauricular y con el tiempo infiltró cartílago y hueso.

La elección del tratamiento dependerá del tipo de basalioma y de su localización. Las lesiones alrededor de la nariz, ojos y orejas requerirán tratamiento radical quirúrgico o radioterapia. El tratamiento quirúrgico permite la eliminación del tumor y un resultado cosmético adecuado. Es importante la resección completa ya que pueden aparecer recidivas por la existencia de lesiones satélites al tumor.

En los basaliomas incipientes de pabellón auricular, el tratamiento será la resección amplia de la lesión. Si el tumor es más avanzado debe de procederse a la resección completa del pabellón auricular. Con estas premisas, el pronóstico es bueno, considerándose un 95% de casos de curación cuando los límites están al alcance de la cirugía<sup>2,5</sup>.

Si el tumor ha evolucionado tanto que ha invadido el CAE, afectando a oído medio y/o a temporal, el único tratamiento posible será la exéresis del hueso temporal y de los tejidos blandos subyacentes. La invasión de la duramadre o la carótida interna contraindican formalmente la cirugía. En estos casos puede asociarse el tratamiento radioterápico al quirúrgico, y esta combinación se realizará también en caso de recidiva<sup>4,5</sup>.

Tabla 1.  
Formas clínicas del carcinoma basocelular<sup>3</sup>

**Formas planas (superficiales):**

- Perlado plano cicatricial
- Multicéntrico (pagetoide)
- Esclerodermiforme (morfeiforme)

**Formas elevadas (tumoraes):**

- Nodular
- Quístico
- Vegetante y ulcerovegetante

**Formas ulceradas**

- Ulcerado simple (ulcus rodens)
- Terebrante
- Ulceración sobre otras formas clínicas

**Formas múltiples**

- De localización regional
- Generalizados:
  - Superficiales
  - Epiteliomatosis múltiple polimorfa
    - De comienzo (tipo Vilanova y Rueda)
    - Sobre síndrome de los nevus basocelulares (Gorlin).

## Bibliografía

1. Ashton R. Non erythematous lesions on face, trunk and limbs. En: Ashton R, Leppard B, ed. *Differential diagnosis in Dermatology*. New York: Radcliffe Medical Press Ltd, 1993;125-72.
2. Fitzpatrick TB. Lesiones premalignas y malignas. En: Fitzpatrick TB, Polano MK, Suurmond D, ed. *Atlas de Dermatología clínica*. Barcelona: Doyma, 1986;314-60.
3. García Almagro D. Epiteliomas. En: Lázaro Ochaíta P, ed. *Pregrado. Dermatología*. Madrid: Luzán 5, vol II, 1987;201-15.
4. Lewis JS. Cirugía del cáncer avanzado de oído. En: Paparella ed. *Otorrinolaringología. Otología y Neurootología*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, vol II, 1994;1741-6.
5. Parisier SC, Edelstein DR, Levenson MJ. Tumores de oído medio y mastoides. En: Paparella ed. *Otorrinolaringología. Otología y Neurootología*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, vol II, 1994;1709-40.