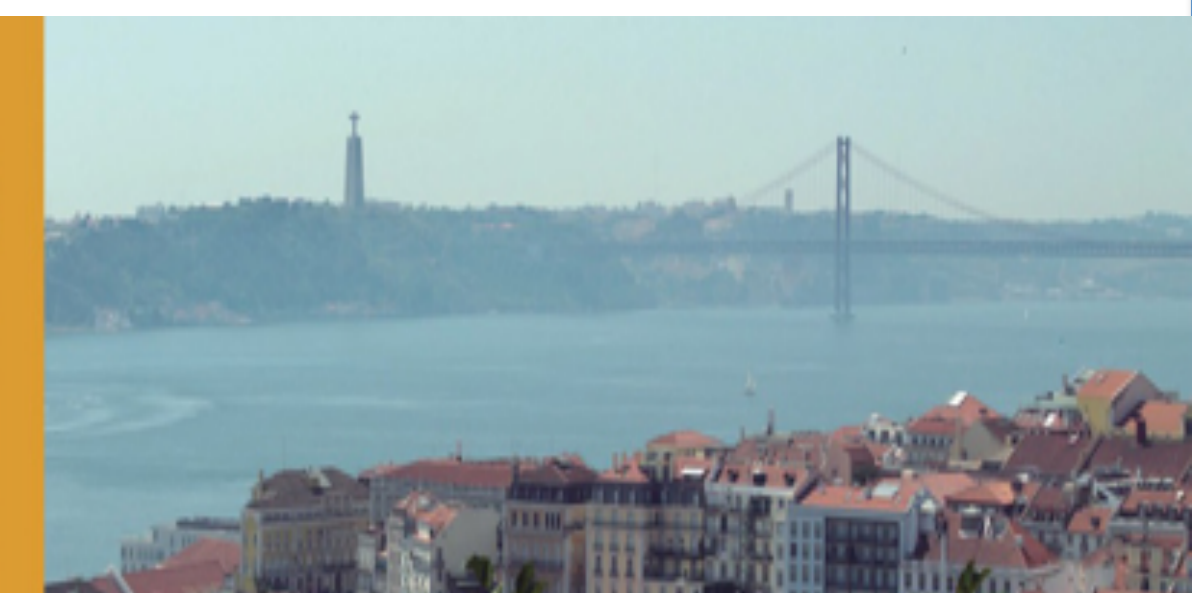


CARCINOMA DO CANAL AUDITIVO EXTERNO - CASO CLÍNICO

Miguel Breda¹, Diana Silva¹, Sara Pereira¹, Daniel Miranda¹, Filipa Moreira¹, Nuno Marçal¹, Mariana Cruz², Luís Dias¹

¹Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial;
²Serviço de Anatomia Patológica;
Hospital de Braga



INTRODUÇÃO

Os tumores do canal auditivo externo (CAE) são raros, representando menos de 0,2% de todos os cânceros da cabeça e pescoço. O carcinoma epidermóide (CE) é o tipo histológico mais comum (60 a 80 %) seguido do basalioma (15 a 20%) e, entre outros mais raros, carcinomas adenoides císticos e adenocarcinomas das glândulas ceruminosas. Os factores de risco do CE, apesar de discutíveis, são antecedentes de otite média crónica, colesteatoma ou de irradiação prévia dirigida ao ouvido. Habitualmente o CE tem uma natureza agressiva, com disseminação local, vascular e neural. O tempo entre o surgimento de sintomas e o diagnóstico pode variar, já que os sintomas não são específicos e podem mimetizar uma otite externa persistente. O sistema de estadiamento utilizado é o TNM de Pittsburgh (revisto em 2002).

CLÍNICA

- Otorreia/Otite externa
- Otaglia
- Otorragia
- Hipoacusia
- Paralisia Facial
- Menos frequente – massa pré-auricular

Persistente e resistente aos tratamentos

TRATAMENTO

T1-2, N0 – Ressecção lateral do osso temporal(RLT) + Parotidectomia¹ (+/- Radioterapia (RT))
T1-2, N1 – RLT+ Esvaziamento ganglionar cervical (EGC) (selectivo ou radical) + P¹ +/- RT
T3 N0 – (sem extensão ouvido médio (OM)) – RLT + P¹ +/- EGC selectivo + RT; (com extensão OM) – RLT Subtotal+ dissecação VII par + P¹ + EGC selectivo + RT
T3 N1 – (sem extensão OM) - RLT + P¹ + EGC selectivo/radical + RT; (com extensão OM) – RLT Subtotal+ dissecação VII par + P¹ + EGC selectivo/radical + RT
T4 N0 – RLT Subtotal + P¹ + EGC selectivo + RT
T4 N1 - RLT Subtotal + P¹ + EGC selectivo/radical + RT
Quando irrecesável – Quimioterapia + RT paliativa +/- Cirurgia paliativa

¹Alguns autores realizam a parotidectomia quando os tumores são relativos à parede anterior do CAE.

SOBREVIDA A 5 ANOS (CE)

T1 - 100%
T2 - 80%
T3 - 50%
T4 – 7%
Global – 51,7%

CASO CLÍNICO

Identificação: 73 anos, sexo masculino, trabalhador construção civil.

Antecedentes: HTA, Dislipidemia, Ex-fumador.

História da Doença:

2 anos atrás inicia prurido no CAE do ouvido direito;
8 meses atrás inicia otorreia fétida do ouvido direito, resistente a múltiplos tratamentos;
1 mês atrás inicia hipoacusia, acufeno e otalgia ipsilateral.
Sem outras queixas associadas.

Exame Objectivo:

Otoscopia: formação polipóide e friável que ocupava todo o CAE direito, não permitindo observação da membrana timpânica.
Rinne: – (dta) / + (esq); Weber -> dta.
Procedeu-se a biópsia.

Meios Complementares de Diagnóstico:

Histologia (fig. 1.1 e 1.2): Carcinoma Epidermóide Invasor;

TC Ouvidos com contraste (fig. 2.1 e 2.2): CAE direito preenchido por material densidade de tecidos moles, heterogeneamente captante, com cerca de 20x7 mm de dimensões. Com erosão óssea adjacente à parede posterior do CAE. Não havia evidência de adenopatias.

Consulta de Grupo 11/6/2013: cT3N0Mx > Exerése Cirúrgica

Cirurgia a 8/7/2013 (fig.3): Ressecção lateral do temporal subtotal com rebatimento do canal facial e reconstrução com retalho do músculo temporal. Optou-se pela RLT Subtotal, pois suspeitava-se de envolvimento do ouvido médio.

Anatomia Patológica (peça operatória fig.4.1 e 4.2): “CE moderadamente diferenciado com 2,2 cm de dimensão máxima no CAE e espessura máxima de 1,7 mm. Ausência de invasão vascular e neural. CE nos tecidos do ouvido médio. Neoplasia interceptada na margem cirúrgica inferior.”

Consulta de Grupo 23/7/2013: pT2G2NxM0R1 -> Radioterapia Adjuvante 60 Gy – 2Gy/dia, 5x/semana. Início em 21/08 e fim a 1/10.

9º mês de follow-up: Cofose dta, sem recidiva tumoral.

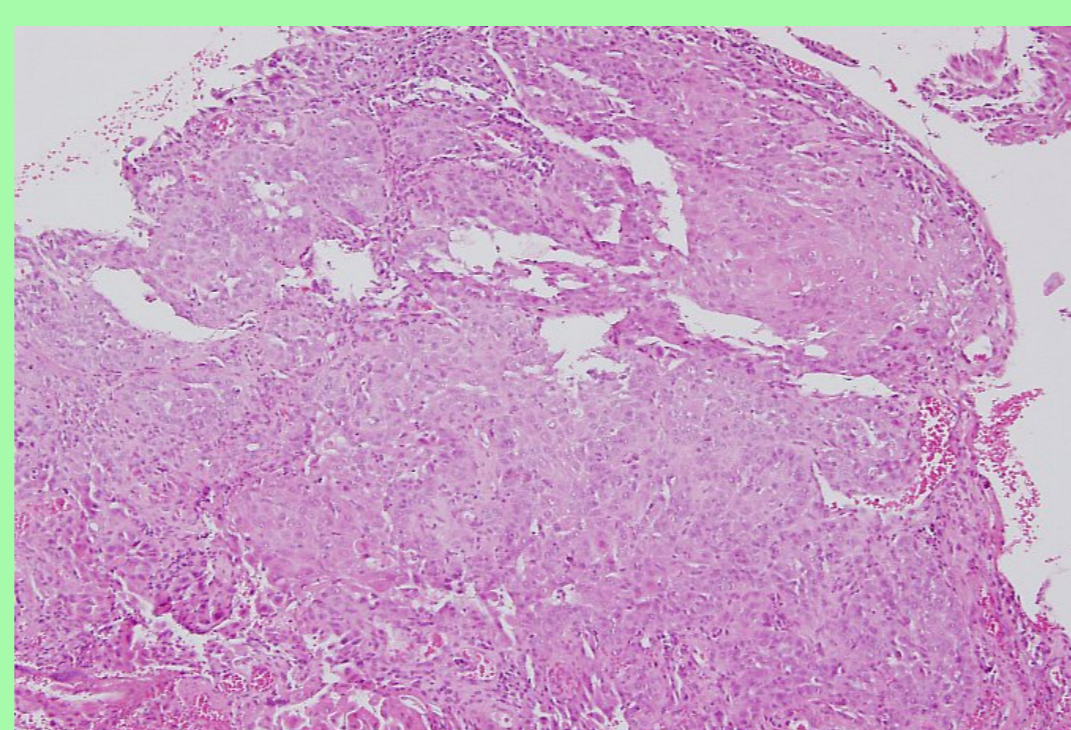


Fig.1.1 – Corte histológico 40x (Biópsia) - Carcinoma Epidermóide (CE)

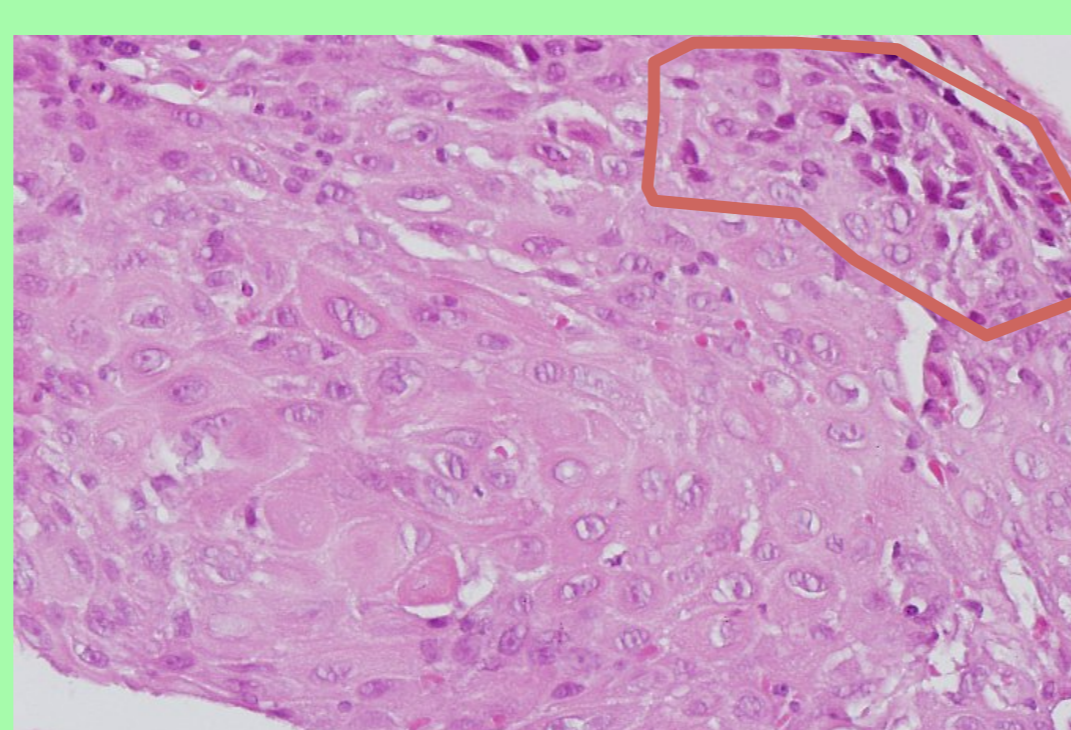


Fig.1.2 – Corte histológico 400x (Biópsia) – Células com citoplasma eosinofílico, com limites bem definidos e espinhas de Schultze nos espaços intercelulares (área destacada)

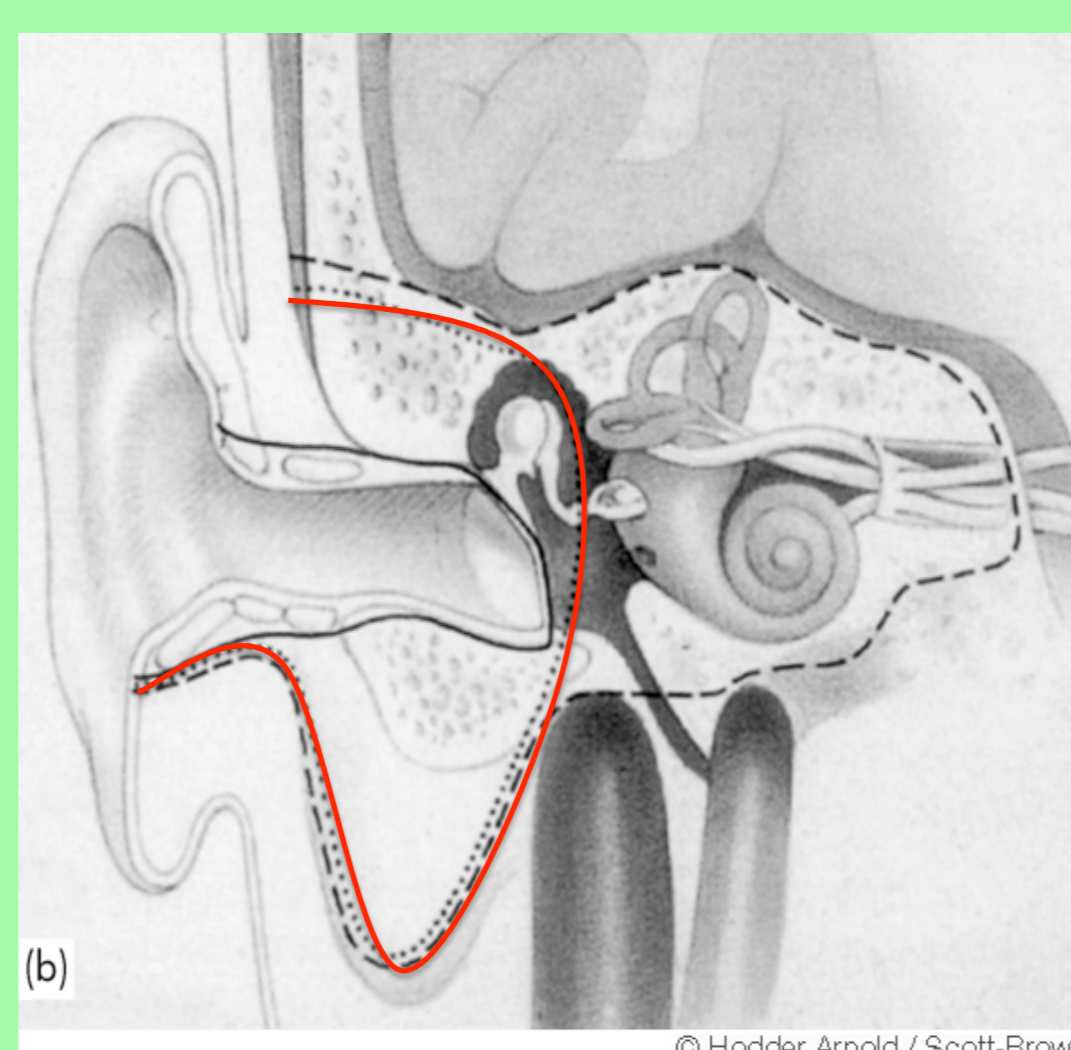


Fig.3.-Ressecção subtotal lateral do osso temporal (a vermelho).

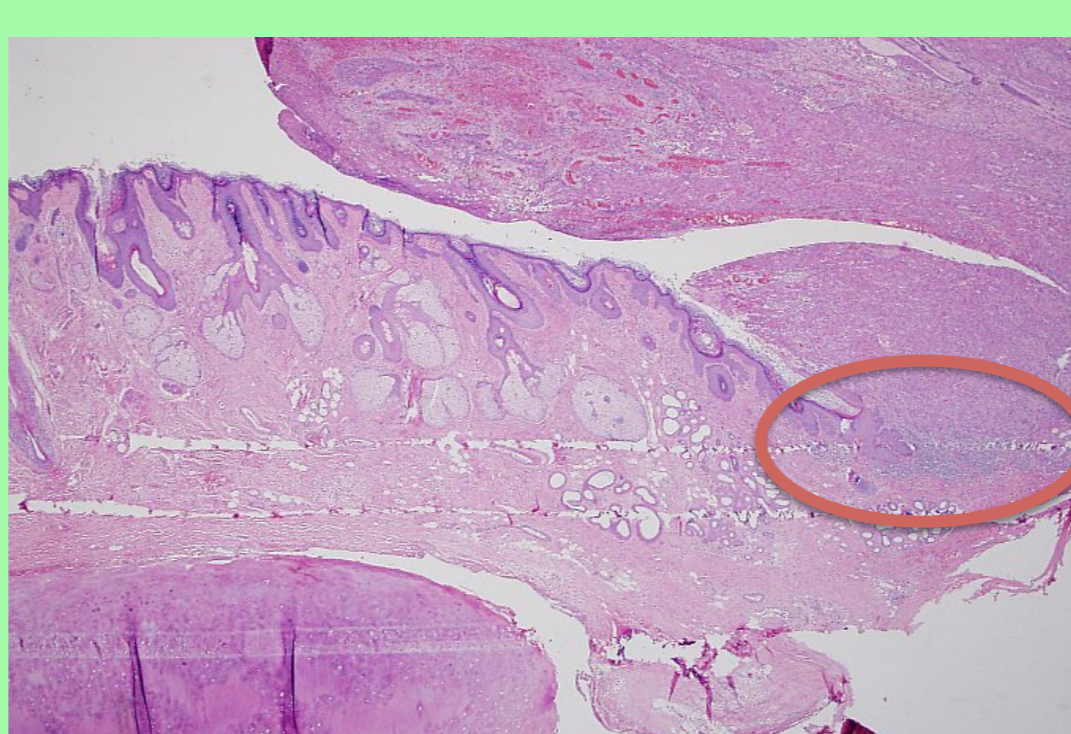


Fig.4.1 – Corte histológico 20x (Peça Operatória) Pele Normal/CE – Invasão da derme reticular (área destacada) – Margens interceptadas pelo CE

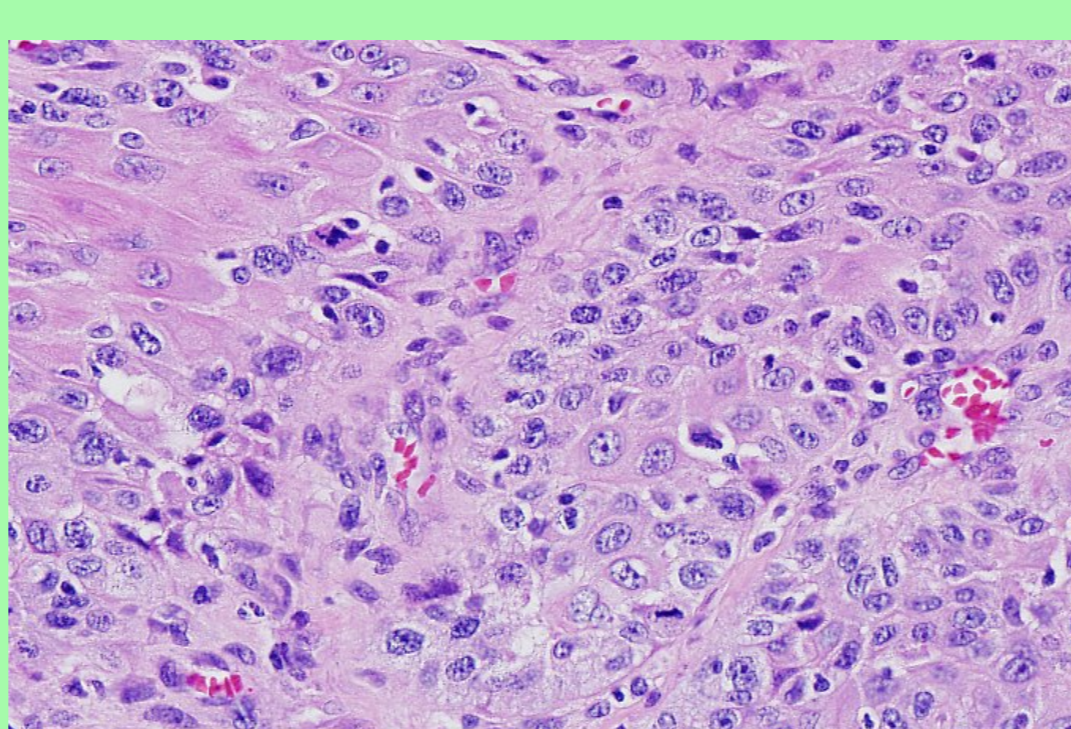


Fig.4.2 – Corte histológico 400x (Peça Operatória) – Células pleomórficas, atipia com produção de queratina.

Pré-Operatório 25/05/2013

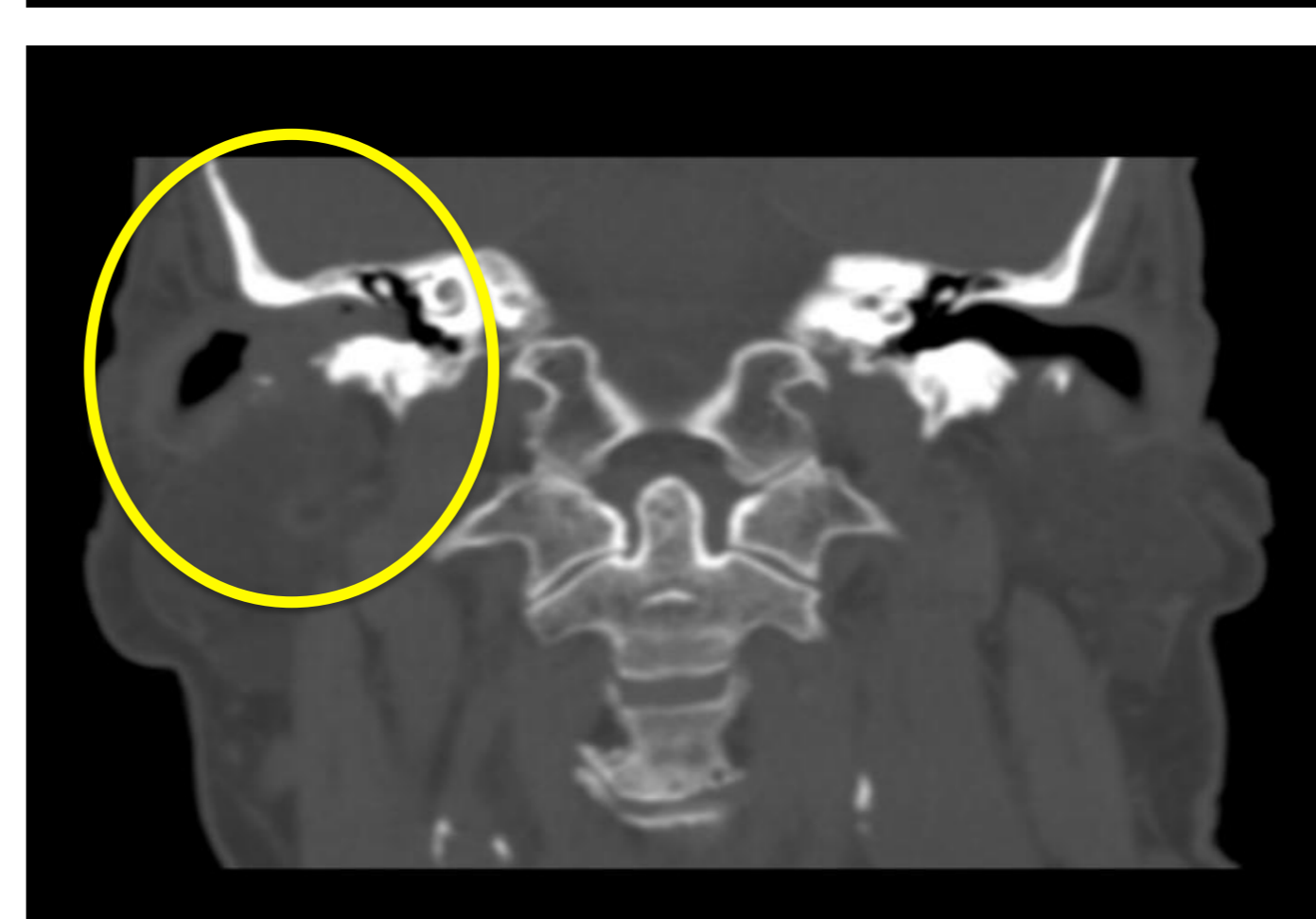
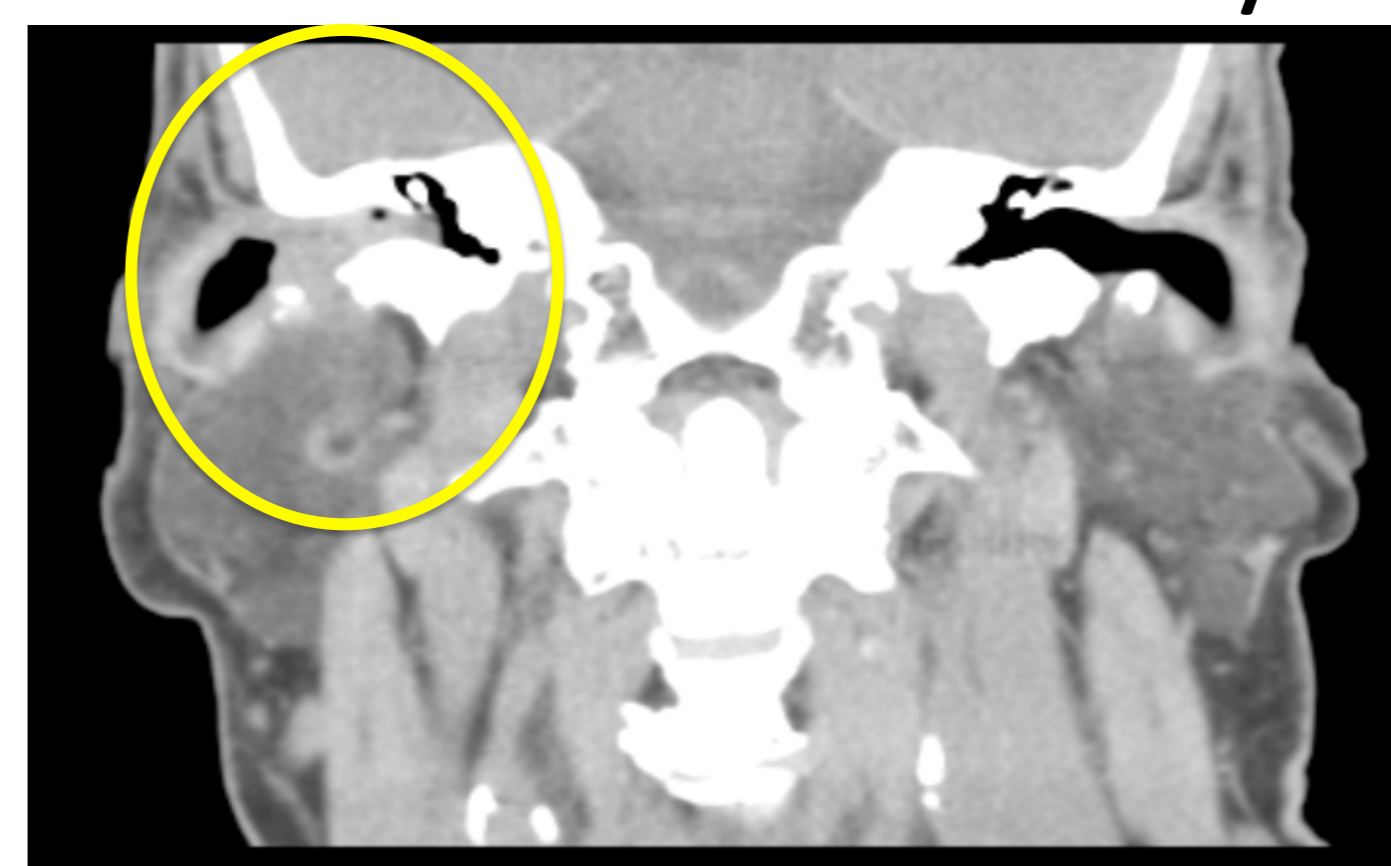


Fig.2.1 – TC contraste– CAE do ouvido direito destacado ocupado por material de densidade de tecidos moles heterogéneo.

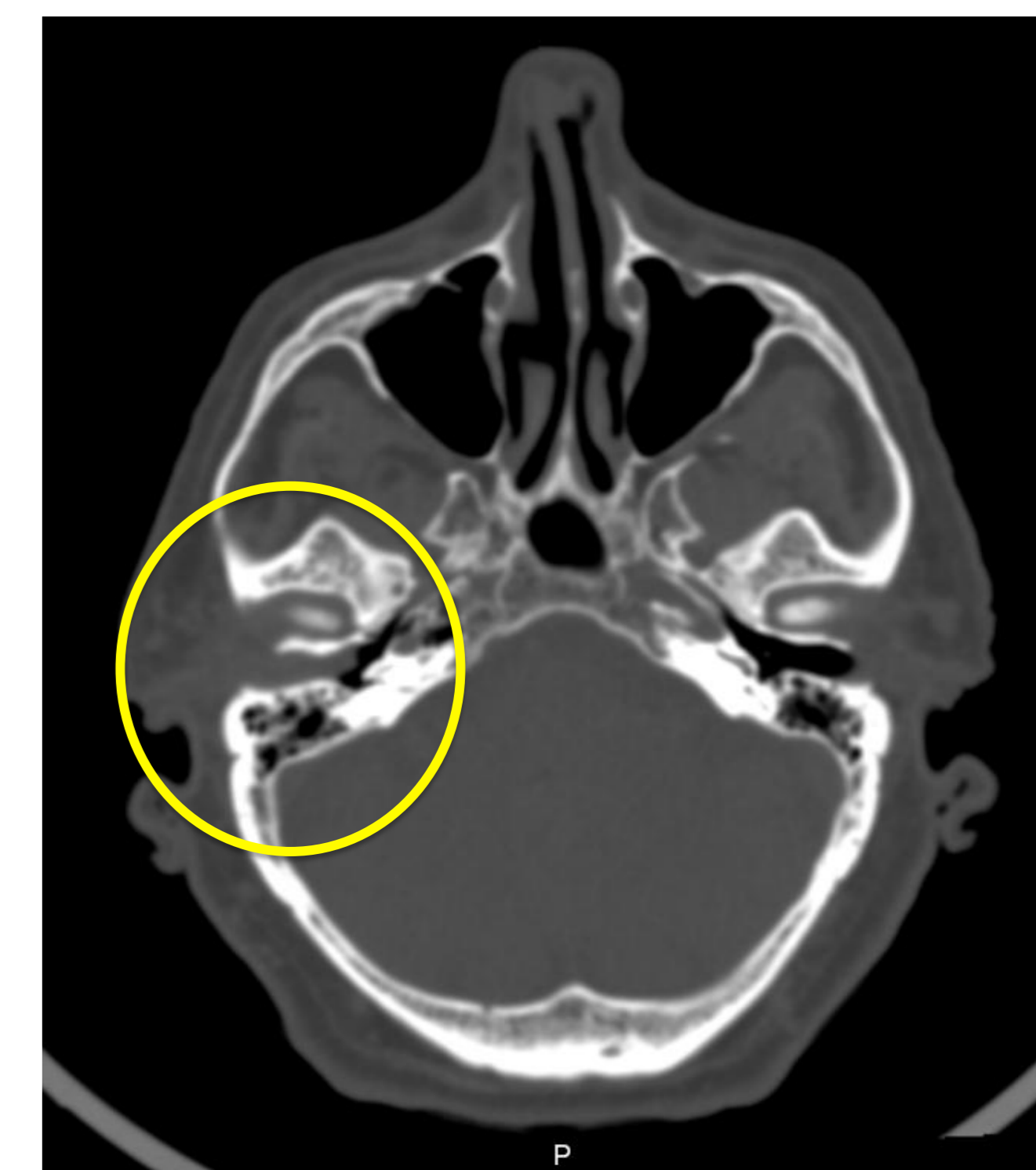


Fig.2.2 – TC contraste– CAE do ouvido direito destacado. A caixa do tímpano estava aparentemente livre.

Pós-Operatório 20/02/2014

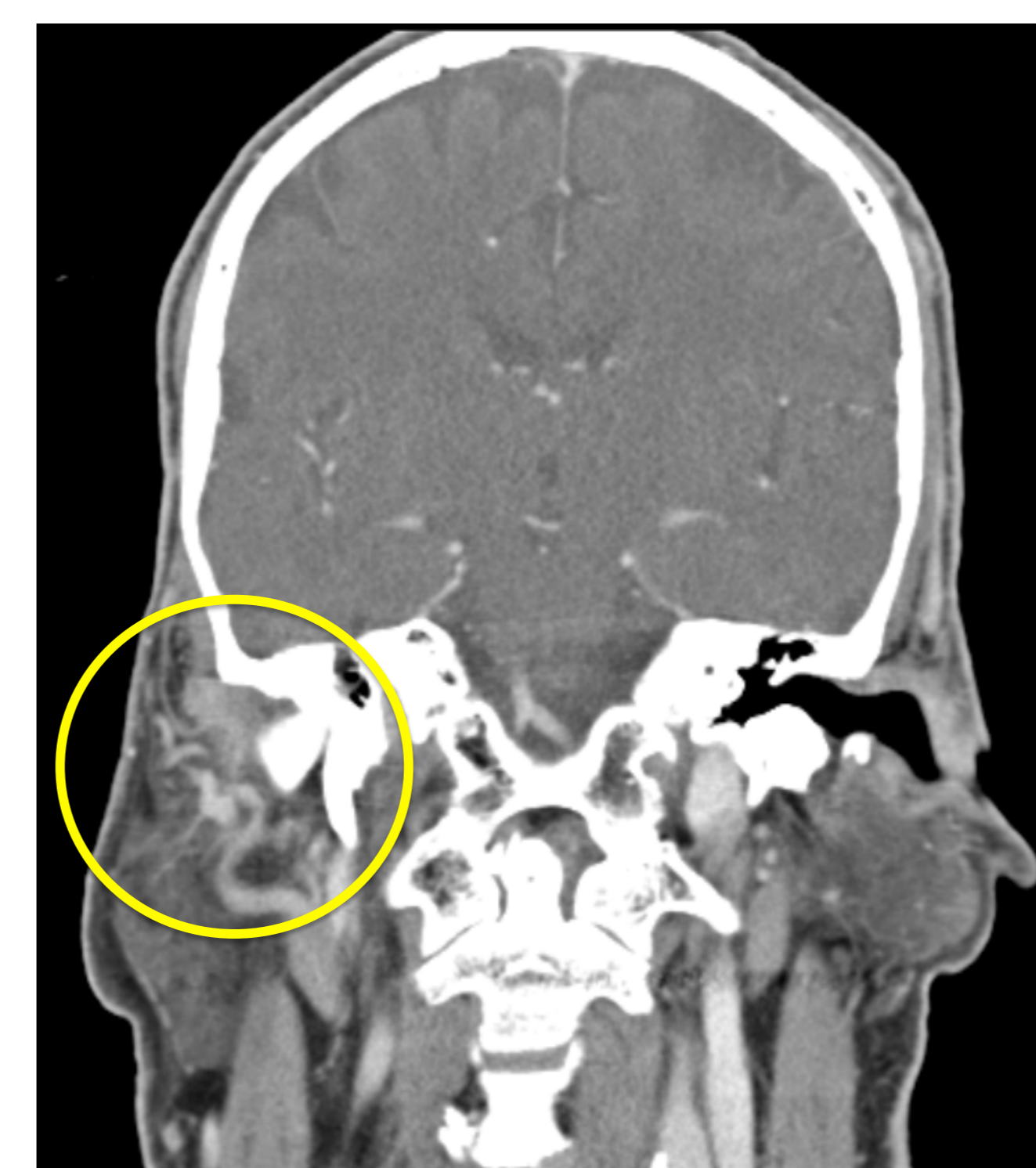


Fig.5.1 – TC contraste – sem evidência de recidiva tumoral.

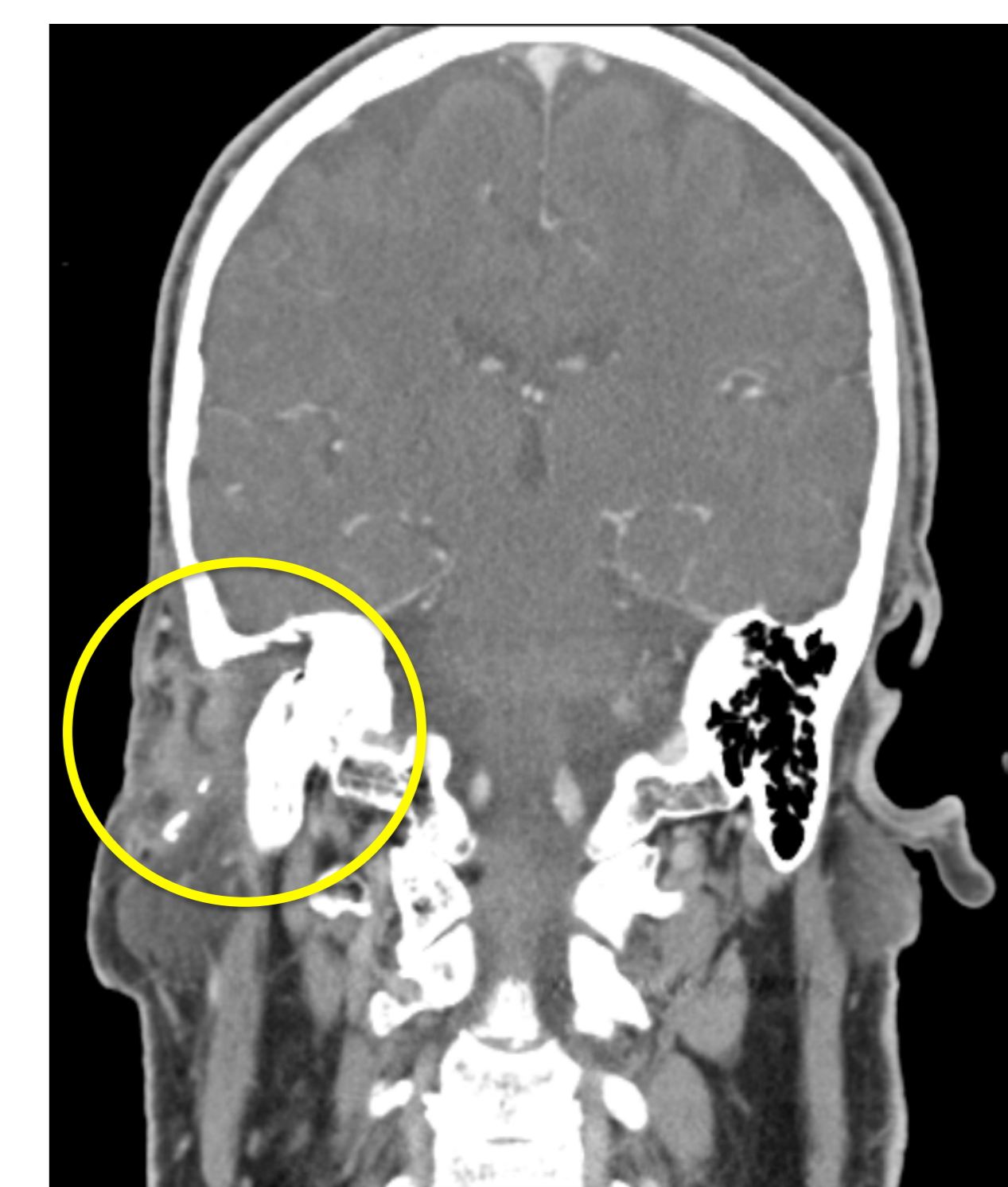


Fig.5.2 – TC contraste – cavidade de mastoidectomia preenchida com retalho de músculo temporal.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O CE requer um alto índice de suspeita, principalmente quando estamos perante otorreia e otite externa persistentes que são refractárias aos tratamentos convencionais. Nestas situações é imperativo a biópsia. Na maioria dos casos, o tratamento consiste na cirurgia e RT, no entanto, alguns autores defendem o uso isolado de RT para lesões que não tenham erosão óssea. A paralisia facial e a invasão dural não impedem a cirurgia curativa, mas, o atingimento do andar médio e posterior da base do crânio, bem como o envolvimento da carótida interna contraindicam a cirurgia. Desta forma, o prognóstico vai depender da disseminação ganglionar, atingimento do VII par e extensão intracraniana. Este caso demonstra a importância de um diagnóstico atempado que, seguido de cirurgia e RT adjuvante, permitiu o controlo local da doença e melhoria do prognóstico do doente.

REFERÊNCIAS

- Cancer of the external auditory canal. Ouaz K et al. European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck diseases 2013; 130: 175–182.
- Squamous Cell Carcinoma of the External Auditory Canal. Lobo D, Llorente J, Suárez C. Skull Base 2008; 18: 167–172.
- Squamous cell carcinoma of the external auditory canal: A case report and review of the literature. Visnyei et al. Oncology Letters 2013; 5:1587–1590.