

# Carcinoma epidermóide de conduto auditivo externo: uma reconstrução com retalho de esternocleidomastóideo

*Epidermoid carcinoma of the external auditory canal: a reconstruction with sternocleidomastoid flap*

Larissa Vieira Baracuhy<sup>1</sup>  
Klecius Leite Fernandes<sup>2</sup>

## RESUMO

**Introdução:** As neoplasias malignas de conduto auditivo externo são raras, representando menos de 0,2% dos tumores de cabeça e pescoço. O câncer mais comum desta região é o carcinoma espinocelular, fazendo diagnóstico diferencial com adenocarcinoma, carcinoma adenóide cístico, entre outros. Devido à raridade desta patologia, é difícil um único centro reunir número suficiente de casos para adquirir maior experiência no manejo da doença e determinar protocolos de estadiamento e tratamento. Neste contexto, não há consenso quanto à melhor técnica cirúrgica a ser utilizada nesses pacientes. **Objetivo:** Relatar um caso de carcinoma epidermóide de conduto auditivo externo e sua cirurgia reconstrutora que utilizou retalho de músculo esternocleidomastóideo. **Relato de caso:** Relata-se um caso de uma paciente com 59 anos, sexo feminino, que se apresentou com lesão em região posterior do tragus esquerdo com crescimento progressivo há cerca de um ano, acompanhada de otalgia, otorrêa e prurido local. O estudo histopatológico revelou carcinoma epidermóide. A paciente foi submetida a tratamento cirúrgico, evoluindo satisfatoriamente, sem recidivas no seguimento de quatro anos e oito meses após a cirurgia. **Considerações finais:** Desta forma, este estudo se faz importante por fazer uma revisão desta rara patologia, cujo tratamento ainda não foi padronizado, necessitando da contribuição de diferentes instituições para determinação de novas modalidades de tratamento e técnicas cirúrgicas.

**Descritores:** Carcinoma Epidermóide; Ouvido Externo; Reconstrução.

## ABSTRACT

**Introduction:** Malignancies of the external auditory canal are rare, representing less than 0,2% of head and neck tumors. The main cancer of this area is the epidermoid carcinoma, which differential diagnosis is adenocarcinoma, basal cell carcinoma and adenoid cystic carcinoma. Due to the rarity of this condition, it has been difficult for a single institution gather enough data to acquire experience and formulate optimal staging system and treatment strategy guidelines. Therefore, there is no consensus about the best surgery technique for these patients. **Objective:** To describe a case of epidermoid carcinoma of the external auditory canal and its reconstructive surgery with sternocleidomastoid flap. **Case report:** We report a case of 59-year-old woman who presented with a 1-year history of a growing lesion on the left tragus, left ear pain, otorrhea and local itching. The final pathologic diagnosis was epidermoid carcinoma. She had surgery treatment, and the postoperative course was uneventful. At the 4-year and 8-month checkup after surgery, no sign of a recurrent tumor was observed. **Final comments:** Thus, the present study is important because it reviews this rare pathology and its treatment, which is still a matter of controversy and needs contribution from different institutions of new surgery techniques and treatment strategy.

**Key words:** Squamous Cell Carcinoma; Ear canal; Surgery.

## INTRODUÇÃO

---

As neoplasias malignas de conduto auditivo externo (CAE) são raras, com uma incidência de 1/1.000.000 habitantes/ano,<sup>1,2</sup> representando menos de 0,2% dos tumores

---

1) Graduação. Graduando de Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

2) Especialista em Cirurgia de Cabeça e Pescoço Inca/RJ. Chefe da Oncologia Cirúrgica do Hospital São Vicente de Paulo. Professor e Coordenador da Disciplina de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da UFPB.

Instituição: Serviço de Cabeça e Pescoço do Hospital Napoleão Laureano.  
João Pessoa / PB – Brasil.

Correspondência: Larissa Vieira Baracuhy – Rua Engenheiro Normando Gomes de Araújo, 147 – Jardim Oceania – João Pessoa / PB – Brasil – CEP: 58037-125 – Telefone: (+55 83) 8701-1007 – E-mail: larabaracuhy@hotmail.com

Conflito de interesse: não há. Fonte de fomento: não há.

de cabeça e pescoço.<sup>3</sup> O carcinoma espinocelular (CEC) é o câncer mais comum desta região,<sup>3,4,5,6,7</sup> possuindo diferentes características das lesões em pele exposta ao sol devido a sua localização e patogênese.<sup>4</sup> Outras neoplasias originadas no CAE são adenocarcinoma, carcinoma adenóide cístico, carcinoma basocelular, carcinoma mucoepidermóide, carcinoma ceruminoso e rabdomiosarcoma.<sup>5</sup>

O CEC tem um comportamento mais agressivo e pior prognóstico do que os outros tumores de CAE,<sup>6</sup> porém quando descoberto em estágios iniciais, possui uma boa taxa de sobrevivência em até 100% dos pacientes.<sup>4</sup>

Os carcinomas epidermóides de CAE são tumores agressivos,<sup>6</sup> que se disseminam primariamente por extensão direta.<sup>3</sup> A avaliação precisa da extensão profunda destes tumores e da linfonomegalia associada só é possível através de exames complementares, como a tomografia computadorizada.<sup>3,8</sup> Para o diagnóstico definitivo é realizada biópsia da lesão com exame histopatológico.<sup>3</sup>

De uma forma geral, o manejo desses pacientes se baseia em uma combinação de abordagem cirúrgica associada à radioterapia adjuvante.<sup>3,6,9,10</sup> Pelo carcinoma epidermóide de CAE ser uma rara patologia, é difícil um único centro reunir número suficiente de casos para adquirir maior experiência no manejo desta doença e determinar protocolos de estadiamento e tratamento.<sup>1,2,11,12</sup> Neste contexto, não há consenso quanto a melhor técnica cirúrgica a ser utilizada nesses pacientes.<sup>1</sup>

Desta forma, este estudo se faz importante por ser referente a esta rara patologia, cujo tratamento ainda não foi padronizado, necessitando da contribuição de diferentes instituições para determinação de novas modalidades de tratamento e técnicas cirúrgicas. O principal objetivo deste trabalho é relatar um caso de carcinoma epidermóide de conduto auditivo externo, descrever a cirurgia reconstrutora utilizada, e realizar revisão bibliográfica sobre o assunto.

## **RELATO DO CASO**

---

Paciente do sexo feminino, 59 anos, agricultora, branca, foi atendida com queixa de lesão em região posterior do tragus esquerdo, acompanhada de otalgia, otorrêia e prurido local. Relata que esta lesão apareceu há cerca de um ano e apresentou crescimento progressivo. Ao exame físico, constata-se lesão constituída por vegetações verrucosas ocupando o conduto auditivo externo (Figura 1), e ausência de linfadenomegalias cervicais. Nega antecedente de tabagismo, alcoolismo e otites.

Relata que há três meses, recebeu o diagnóstico clínico de otite média crônica, realizando uma tomografia computadorizada (TC) de ouvido e mastóide. Esta revelou formação tissular localizada no interior do conduto auditivo externo esquerdo adjacente à membrana timpânica, sem sinais de invasão para o ouvido médio ou erosão óssea, e presença de rolha ceruminosa e otite externa esquerda.

Desta forma, a paciente recebeu estadiamento T1, pelo sistema de Pittsburg modificado, e realizou biópsia da lesão, que foi compatível com carcinoma epidermóide.

A paciente foi submetida a uma anestesia geral com intubação oro traqueal. O ato cirúrgico iniciou-se com uma incisão de Fish, incisão arciforme retro auricular estendendo-se da linha temporal superiormente à região cervical logo abaixo do ângulo da mandíbula (Figura 1). O retalho foi descolado em seu conjunto com a orelha externa até próximo da comissura labial, sendo que foi necessário uma incisão intra auricular na parte mais externa do CAE, permitindo o descolamento medial do retalho. Após o avanço do retalho, houve a exposição da mastóide, inserção do músculo

esternocleidomastóideo (ECOM) esquerdo, fáscia parotídea, e níveis cervicais I e II. O tronco do nervo facial foi identificado na saída do forame estilo mastóideo e, logo em seguida, dissecado até sua bifurcação, permitindo a luxação medial da parótida esquerda. Assim, a lesão do CAE foi retirada sob visão direta com margem de segurança, restando apenas uma pequena área de pele anterior (Figura 2). A biópsia de congelação intra-operatória do espécime cirúrgico confirmou margens livres. Foi realizado em seguida um UPPER NECK (esvaziamento dos níveis II e III cervicais), porém a congelação não identificou doença disseminada para o pescoço.

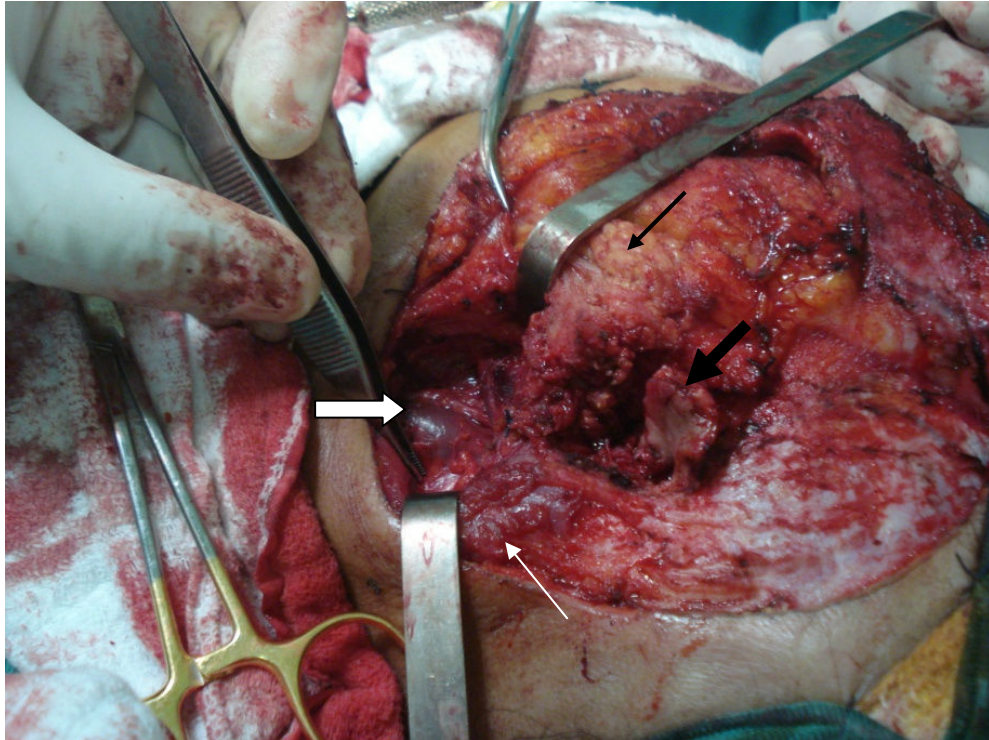
A reconstrução foi realizada com a rotação de um retalho do músculo ECOM, pediculada na artéria occipital, que foi suturado na pele remanescente do CAE, tunelizando o neo conduto auditivo externo (Figura 3). O retalho com a orelha externa foi posicionado no local original e a orelha foi suturada no neo conduto. Neste foi colocado um molde de silicone que permaneceu por trinta dias, sendo retirado a nível ambulatorial (Figura 4).

O exame microscópico do produto ressecado demonstrou carcinoma espinocelular bem diferenciado, superficialmente invasivo, sem linfonodos acometidos, com margens livres.

A paciente evoluiu satisfatoriamente, com preservação da audição, e não apresenta recidivas até o seguimento de quatro anos e oito meses após a cirurgia (Figura 4).



**Figura 1.** Lesão constituída por vegetações verrucosas ocupando o conduto auditivo externo (seta).



**Figura 2.** Descolamento e ressecção do tumor de conduto auditivo externo, expondo jugular interna (seta branca espessa), músculo esternocleidomastóideo (seta branca estreita), parótida (seta preta estreita), e remanescente do conduto auditivo (seta preta espessa).



**Figura 3.** Confecção do neo conduto auditivo externo com retalho de músculo esternocleidomastóideo.



**Figura 4.** A. Aspecto da ferida operatória no pós-operatório imediato; B. Pós-operatório de quatro anos e oito meses.

## DISCUSSÃO

O carcinoma epidermóide do conduto auditivo externo acomete indivíduos entre a quinta e sétima década de vida, com maior prevalência em mulheres.<sup>3</sup> Diferente do CEC de pavilhão auricular, que está associado à exposição solar<sup>13</sup> e a dano actínico,<sup>6</sup> esses tumores possuem diferente patogênese.<sup>4,6</sup> Eles estão associados a antecedente de colesteatoma,<sup>5</sup> infecção por HPV,<sup>9,11</sup> otite média crônica supurativa e exposição a produtos químicos, sendo que o fator mais importante parece ser a radioterapia prévia.<sup>5,6</sup>

A sintomatologia de apresentação é variada, tendo como otorréia o principal sintoma.<sup>6</sup> O paciente pode ainda apresentar sangramentos, otalgia, tontura, surdez e paralisia do facial. A história clássica é de um paciente com queixa de otorréia e otalgia com relato de otite crônica, o que é identificado em pelo menos um terço dos pacientes.<sup>3</sup> Neste contexto, é comum o médico realizar o diagnóstico de uma otite média crônica supurativa e tratar conservadoramente, atrasando o diagnóstico do CEC e piorando o seu prognóstico.<sup>6</sup>

Os carcinomas epidermóides de CAE são tumores agressivos,<sup>6</sup> porém quando descobertos em estágios iniciais, possuem uma boa taxa de sobrevivência em até 100% dos pacientes.<sup>4</sup>

Esses tumores se disseminam primariamente por extensão direta, sendo os principais sítios acometidos o pavilhão auricular, a orelha média, a glândula parótida, a articulação temporomandibular, o nervo facial, o canal carotídeo e a fossa jugular. A partir do comprometimento da orelha média, o tumor pode acometer células da mastoide, fossas cranianas média e posterior<sup>3</sup> e dura-máter.<sup>8</sup> Metástases à distância são raras e acometimento linfonodal é incomum; quando ocorre, deve-se ao comprometimento das cadeias retrofaríngea, pré-auriculares e cervicais mais superiores.<sup>3</sup>

Os fatores de mau prognóstico são invasão da orelha média, linfadenomegalias, paralisia do nervo facial, tumor extenso,<sup>3</sup> envolvimento da dura-máter,<sup>8</sup> e dor moderada a severa na primeira consulta.<sup>6</sup> A invasão do nervo facial pode estar presente em até 35% dos pacientes com doença avançada, e constitui indicador de péssimo prognóstico.<sup>8</sup>

Sabe-se ainda que a presença de invasão da orelha média reduz a sobrevida em cinco anos de 59% para 23%.<sup>3</sup>

O diagnóstico definitivo desses tumores é realizado através da biópsia da lesão com exame histopatológico.<sup>3</sup> Com relação ao estadiamento, ainda não existe consenso na literatura,<sup>8</sup> mas o sistema de Arriaga et al<sup>14</sup> da Universidade de Pittsburg modificado por Moody, Hirsch e Myers<sup>15</sup> tem se mostrado útil e tem ganhado apoio na literatura.<sup>8,13</sup> Este sistema de estadiamento é baseado em fatores clínicos pré-operatórios e achados na TC, conforme apresentado na Tabela 1.<sup>1</sup>

**Tabela 1.** Estadiamento de Pittsburg modificado.

T1	Limitado ao conduto auditivo externo (CAE) sem erosão óssea ou evidência de envolvimento de tecidos moles
T2	Limitado ao CAE com erosão óssea parcial e extensão limitada (0,5cm) de tecidos moles
T3	Erosão total do CAE com extensão limitada (0,5cm) de tecidos moles, ou envolvimento do ouvido médio ou da mastóide
T4	Erosão da cóclea, ápice do temporal, parede medial do ouvido médio, canal carotídeo, forame jugular, dura-máter ou extensão para tecidos moles maior do que 0,5cm

A avaliação precisa da extensão profunda de tumores de região auricular e da linfonomegalia associada só é possível através de exames complementares.<sup>3,8</sup> A tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética (RNM) são os principais exames utilizados,<sup>3,9,10</sup> podendo também ser realizadas angiografia para avaliação da carótida, caso seja necessária a abordagem cirúrgica,<sup>8</sup> e audiometria.<sup>11</sup>

O tratamento depende do tamanho da lesão, da localização, da extensão da doença e das condições clínicas do paciente, podendo precisar de técnicas reconstrutoras e microcirurgia. Alguns autores defendem a ressecção em bloc com ressecção do osso temporal parcial, subtotal ou total, de acordo com a extensão tumoral verificada nos exames de imagem pré-operatórios.<sup>8</sup> De acordo com Nyrop e Grontevd (2002), os tumores T1 e T2 não necessitam de ressecção extensa do osso temporal, contanto que seja fornecida radioterapia adjuvante para os casos de ressecção incompleta do tumor.

De uma forma geral, o manejo desses pacientes se baseia em uma combinação de abordagem cirúrgica associada à radioterapia adjuvante.<sup>3,6,9,10</sup>

Apesar da clássica confusão diagnóstica com otite média crônica, nossa paciente teve um diagnóstico precoce, provavelmente pela lesão se situar em região bastante aparente do conduto auditivo externo, facilitando sua identificação. Nestes casos, o prognóstico costuma ser melhor, como confirmado pela TC, que demonstrou um estadiamento T1, com formação tissular localizada no interior do conduto auditivo externo esquerdo adjacente à membrana timpânica, sem sinais de invasão para o ouvido médio ou erosão óssea.

Com relação ao tratamento, o Manual de Condutas Internas do INCA (2007) afirma que a reconstrução pode ser realizada com retalhos locorregionais feitos a partir de diferentes músculos, como o músculo temporal, grande dorsal, retalhos microcirúrgicos com reto-abdominal, dentre outros.

Na paciente apresentada neste estudo, foi realizada cirurgia reconstrutora com retalho de esternocleidomastóideo, o que foi algo inédito na literatura, pois não foi encontrado nenhum trabalho que relatasse a utilização dessa técnica cirúrgica.

A paciente evoluiu satisfatoriamente, preservando a audição, sem recidivas até o momento atual, que equivale ao seguimento de quatro anos e oito meses do pós-operatório.

## COMENTÁRIOS FINAIS

---

Apresentamos um caso que utilizou retalho de esternocleidomastóideo na reconstrução do conduto auditivo externo, com ótimos resultados estéticos e funcionais. Atualmente, não existe consenso sobre o melhor tipo de procedimento cirúrgico para estes tumores, devido à raridade da patologia e a consequente dificuldade em juntar um grande número de casos em um mesmo serviço.<sup>1,2,11,12</sup> Concluímos que são necessários estudos com maior número de pacientes para determinação de protocolos de tratamento cirúrgico para o carcinoma epidermóide de CAE.

## REFERÊNCIAS

---

1. Nyrop M, Grøntved A. Cancer of the external auditory canal. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002; 128: 834-837.
2. Ogawa K, Nakamura K, Hatano K, Uno T, Fuwa N, Itami J, Kojya S, Nakashima T, Shinhama A, Nakagawa T, Toita T, Sakai M, Kodaira T, Suzuki M, Ito H, Murayama S. Treatment and prognosis of squamous cell carcinoma of the external auditory canal and middle ear: a multiinstitutional retrospective review of 87 patients. *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys.* 2007; 68 (5): 1326–1334.
3. Gonzalez FM, Paes Junior AJO, Tornin OS, Souza RP. Carcinoma espinocelular do conduto auditivo externo: estudo por tomografia computadorizada de seis casos. *Radiol Braz.* 2007; 38 (3): 181-185.
4. Hoshikawa H, Miyashita T, Mori N. Surgical Procedures for External Auditory Canal Carcinoma and the Preservation of Postoperative Hearing. *Cases Reports in Surgery.* 2012; 2012: 1-4.
5. Boamah H, Knight G, Taylor J, Palka K, Ballard B. Squamous Cell Carcinoma of the External Auditory Canal: a case report. *Cases Reports in Otolaryngology.* 2011; 2011: 1-4.
6. Lobo D, Llorente J, Suárez C. Squamous Cell Carcinoma of the External Auditory Canal. *Skull Base.* 2007; 18 (3): 167-172.
7. Chung JH, Lee SH, Park CW, Tae K. Mucoepidermoid Carcinoma in The External Auditory Canal: a case report. *Cancer Res Treat.* 2012; 44 (4): 275-278.
8. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer. Rotina Interna do INCA: serviço de cirurgia de cabeça e pescoço. Rio de Janeiro: CEDC; 2007.
9. Ong CK, Pua U, Chong VFH. Imaging of carcinoma of the external auditory canal: a pictorial essay. *Cancer Imaging.* 2008; 8: 191-198.
10. Trojanowska, A, Drop A, Trojanowski P, Rosinska-Bogusiewicz K, Klatka J, Bobek-Billewicz B. External and middle ear diseases: radiological diagnosis based on clinical signs and symptoms. *Insights Imaging.* 2012; 3:33-48.
11. Arora S, Sharma JK, Pippal S, Sethi Y, Yadav A. Carcinoma de osso temporal com extensão intracraniana. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2009; 75 (5): 765.
12. Gillespie MB, Francis HW, Chee N, Eisele DW. Squamous Cell Carcinoma of the Temporal Bone: a radiographic-pathologic correlation. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001; 127: 803-807.

13. Madsen AR, Gundgaard MG, Hoff CM, Maare C, Holmboe P, Knap M, Thomsen LL, Buchwald C, Hansen HS, Bretlau P, Grau C. Cancer of the external auditory canal and middle ear in Denmark from 1992 to 2001. *Head & Neck*. 2008; 30: 1332-1338.
14. Arriaga M, Curtin H, Takahashi H, Hirsch BE, Kamerer DB. Staging proposal for external auditory meatus carcinoma based on preoperative clinical examination and computed tomography findings. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1990; 99: 714-721.
15. Moody SA, Hirsch BE, Myers EN. Squamous Cell Carcinoma of the External Auditory Canal: an evaluation of a staging system. *Am J Otol*. 2000; 21: 582-588.