

CASO CLÍNICO

**CARCINOMA BASOCELULAR DO OUVIDO EXTERNO:
A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO.
BASOCELLULAR CARCINOMA
OF THE EXTERNAL EAR CANAL - CASE REPORT.**

Carla Branco*, João Subtil*, Hugo Estibeiro**, Lígia Ferreira**, Miguel Magalhães***, João Olias****

RESUMO:

O Carcinoma Basocelular (CBC) é uma neoplasia cutânea muito frequente, envolvendo geralmente áreas sujeitas a prolongada exposição solar. A pirâmide nasal e o pavilhão auricular, são alvos preferenciais desta entidade, daí a necessidade do seu reconhecimento por parte do Otorrinolaringologista.

Os autores descrevem um caso clínico de um CBC auricular recidivado com envolvimento do canal auditivo externo (CAE), submetido a Ressecção Temporal lateral com parotidectomia superficial e reconstrução com retalho miocutâneo de grande peitoral.

Atendendo à agressividade dos CBC do ouvido externo a ressecção tumoral deve ser alargada, mesmo que em detrimento de factores funcionais ou estéticos.

PALAVRAS CHAVE: Carcinoma basocelular, canal auditivo externo.

ABSTRACT:

Basocellular carcinoma (BCC) is a relatively common skin malignancy. Since its etiopathogenesis is related to prolonged sun exposure, the external nose and the auricular region are potential risk areas, a reason why ENT specialists should be familiar with this entity.

The authors present the case of a recurring auricular BCC with invasion of external auditory canal, submitted to a lateral temporal bone resection with superficial parotidectomy.

Concerning the aggressiveness of the auricular BCC the resection should be large, independently the functional and aesthetic consequences.

KEY WORDS: Basocellular carcinoma; external ear canal.

Carla Branco

Serviço de O.R.L., Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa
Rua Piteira Santos, nº 34 Sobreda. 2815-752 Sobreda
Telf: 965891121
E-mail: carla.joao@oninet.pt

INTRODUÇÃO

O Carcinoma Basocelular ou basalioma é uma neoplasia maligna com origem nas células da camada basal da epiderme.

É o tumor mais comum da espécie humana, representando 75% de todos os tumores cutâneos não melanocíticos e cerca de 25% de todas as neoplasias diagnosticadas nos EUA¹⁰.

O comportamento biológico do CBC caracteriza-se por um crescimento lento, estando estimado que a taxa de duplicação ocorre entre

os 6 meses a um ano⁵, com a invasão local representando a sua agressividade.

As metástases são extremamente raras, ocorrendo em apenas 0,0028% a 0,55% dos casos, sendo geralmente ganglionares ou pulmonares^{3, 4, 9}.

Os factores de risco estão bem caracterizados e incluem fototipo baixo e exposição à radiação ultravioleta¹¹.

Compreende-se assim que a cabeça e pescoço, áreas muito expostas à energia solar, sejam um alvo preferencial destes tumores estando envolvidos em 80 % dos casos.

* Interno do Complementar de ORL do Hospital de Pulido Valente
** Assistente hospitalar graduado de ORL do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa
*** Chefe de Serviço de ORL do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa
**** Director de Serviço de ORL do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa

A região mediana da face é a mais atingida, imediatamente secundada pela região auricular⁸.

O caso clínico seguidamente descrito demonstra a agressividade local que caracteriza os CBC da região auricular.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino de 78 anos, raça caucasóide, referenciado à consulta de ORL do Instituto Português de Oncologia de Lisboa por carcinoma basocelular do pavilhão auricular esquerdo, com evolução de 8 anos e recidivado após duas tentativas de exérese radical sob anestesia local havia 7 e 2 anos.

Negava qualquer queixa nomeadamente otalgia, otorreia, otorragia, hipoacusia ou limitação na articulação temporo-mandibular.

A lesão envolvia a região periauricular inferior esquerda, lóbulo, antitragus, incisura intertraguiana, concha e canal auditivo externo homolateral, sem atingir o anulus timpânico (fig. 1).



FIGURA 1: CBC DA REGIÃO PERIAURICULAR, AURICULAR E CANAL AUDITIVO EXTERNO ESQUERDO.

A tomografia computadorizada confirmou o atingimento da porção cartilágnea inferior do canal auditivo externo sem invasão das suas paredes ósseas, e o envolvimento do lobo superficial da parótida (fig. 2).

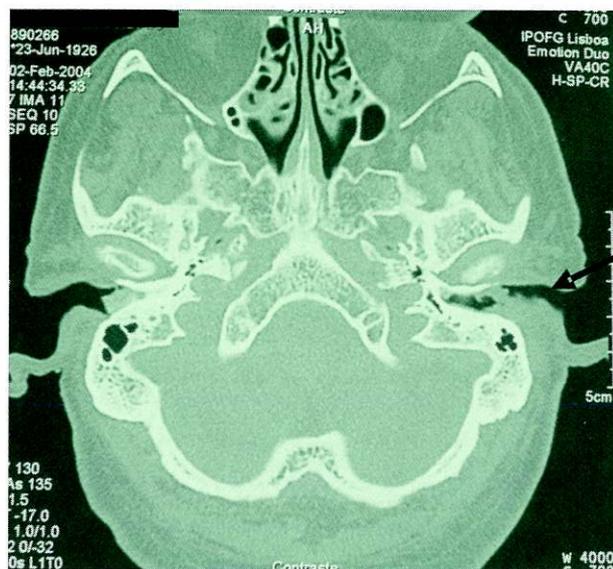


FIGURA 2: TC DOS OUIDOS (CORTE AXIAL) LESÃO INFILTRATIVA ENVOLVENDO A PORÇÃO CARTILÁGNEA DA PAREDE INFERIOR DO CAE, COM 28 MM NO SEU MAIOR EIXO.

Foi submetido a ressecção temporal lateral esquerda com parotidectomia superficial e esvaziamento supra-omo-hióideu homolateral com reconstrução com retalho miocutâneo de grande peitoral (fig. 3), seguida de Radioterapia.

O resultado anatomo-patológico da peça operatória revelou tratar-se de um Carcinoma Basocelular estadiado em pT4N0M0.

Como sequela pós-cirúrgica há a referir parésia facial que ao fim de 6 meses se classificava como grau III da classificação de House/Brackmann.

DISCUSSÃO

O pavilhão auricular e o canal auditivo têm características únicas que tornam o potencial

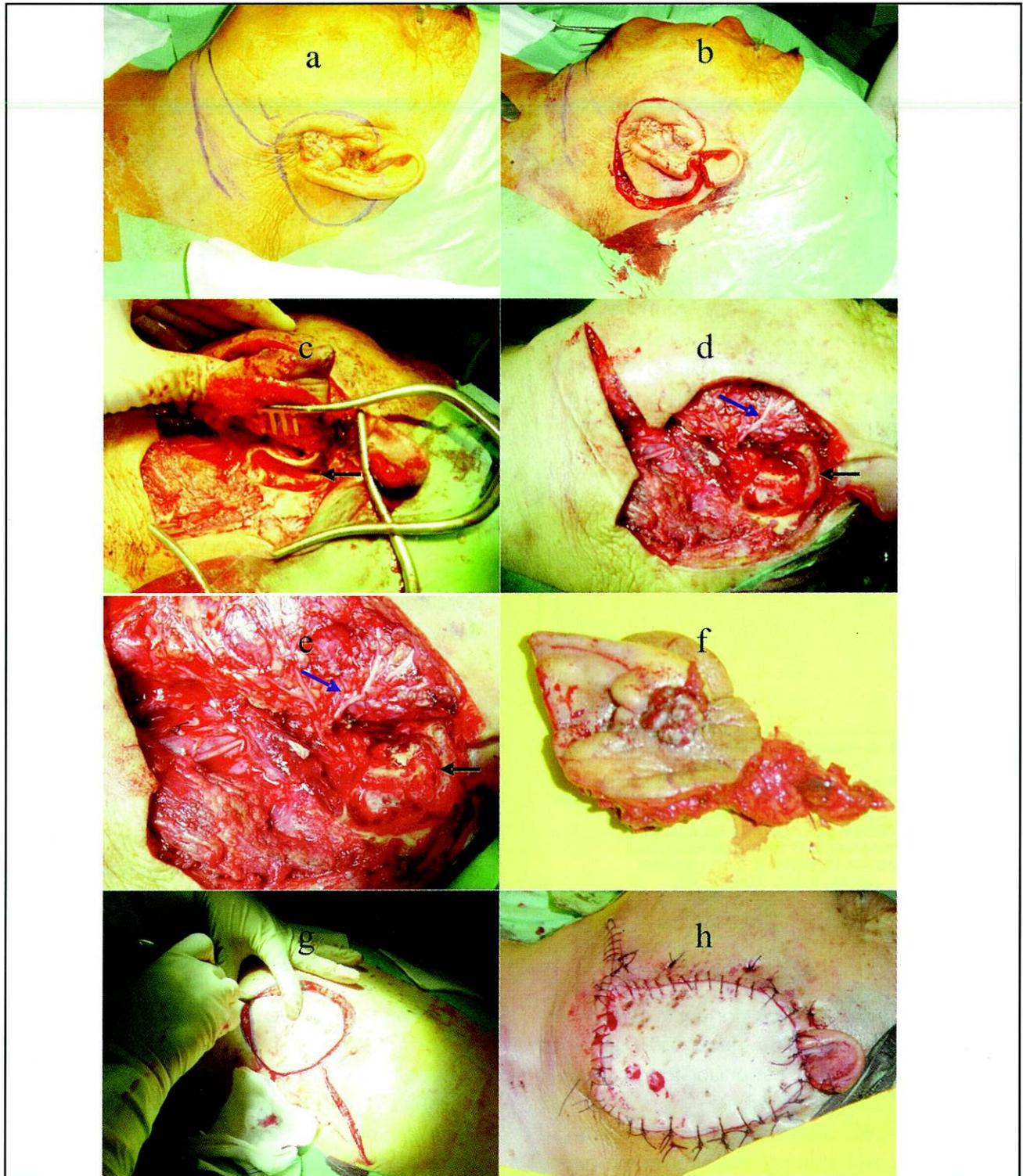


FIG. 3 - RESSECÇÃO TEMPORAL LATERAL ESQUERDA COM PAROTIDECTOMIA SUPERFICIAL (REMOÇÃO EM BLOCO DOS 2/3 INFERIORES DO PAVILHÃO AURICULAR E TECIDOS MOLES CIRCUNDANTES, CAE E LOBO SUPERFICIAL DA PARÓTIDA, ASSOCIADA A MASTOIDECTOMIA RADICAL, COM PRESERVAÇÃO DO NERVO FACIAL) E RECONSTRUÇÃO COM RETALHO MIOCUTÂNEO DE GRANDE PEITORAL (G, H). EM C) A SETA APONTA A CAVIDADE DE ESVAZIAMENTO PREVIAMENTE À REMOÇÃO DA PAREDE POSTERIOR DO CANAL. EM D) E E) AS SETAS AZUIS INDICAM O NERVO FACIAL APÓS A EXCIÇÃO DO LOBO SUPERFICIAL DA PARÓTIDA, AS SETAS PRETAS MOSTRAM A MASTOIDECTOMIA RADICAL. A PEÇA OPERATÓRIA EM F), COM RESSECÇÃO EM BLOCO DA LESÃO.

invasivo local do CBC maior, bem como a sua possibilidade de recorrência.

A pequena espessura da camada cutânea e do tecido subcutâneo do ouvido externo permite rápida penetração do tumor no pericôndrio.

Este, embora represente uma barreira relativamente resistente à expansão tumoral em profundidade, permite a expansão microscópica superficial, à distância do tumor principal.

Este facto torna a excisão do tumor baseada em critérios macroscópicos particularmente difícil.

Adicionalmente, o pavilhão auricular resulta embriologicamente da fusão de seis espessamentos mesenquimatosos originários do 1º e 2º arcos branquiais. (fig. 4).

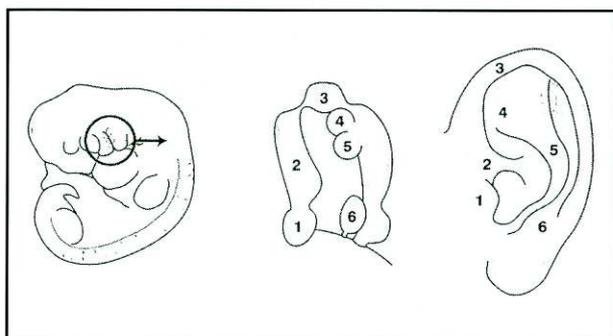


FIGURA 4: A FORMAÇÃO DO OUVIDO EXTERNO OCORRE NA 5ª SEMANA DE DESENVOLVIMENTO EMBRIOLÓGICO. SEIS ESPESSEMENTOS MESENQUIMATOSOS OU "HILLOKES" LOCALIZADOS NOS LÁBIOS INFERIORES DO 1º E SUPERIOR DO 2º ARCOS BRANQUIAIS, RODEANDO A 1ª FENDA BRANQUIAL, FUNDEM-SE E LEVAM À FORMAÇÃO DO PAVILHÃO AURICULAR.

Os planos de fusão, se por um lado são considerados como barreiras à expansão ao longo do pericôndrio^{2,7}, por outro facilitam a invasão profunda.

Assim, o CBC auricular apresenta expansão superficial e profunda precoces mas permanece confinado, até estádios avançados, a áreas com a mesma origem embrionária.

Neste sentido esta neoplasia mostra um padrão de expansão previsível, relacionado com o desenvolvimento embriológico da região.

O canal auditivo externo é poupado até uma fase tardia da doença, mas a falta de barreira anatómica entre o pavilhão auricular e o CAE permite a expansão relativamente fácil dos tumores da concha e do tragus para o interior do rochedo, tornando-os particularmente agressivos.

A cartilagem do CAE contém orifícios profundos preenchidos com tecido conjuntivo designados como fissuras de Santorini que permitem uma rápida extensão ao lobo superficial da parótida.

Dois aspectos permanecem controversos nestes tumores: o estadiamento e a extensão da ressecção cirúrgica.

A classificação TNM, proposta pelo American Joint Committee on Cancer, inclui o ouvido externo no sistema geral do estadiamento de tumores cutâneos não-melanocíticos, não considerando as especificidades anatómicas e embriológicas desta região, e por isso não fornece informação prognóstica válida.

Arriaga e colaboradores propuseram uma classificação aplicável a qualquer tumor do canal auditivo externo, baseada exclusivamente em achados radiológicos e clínicos¹ (Quadro I).

Este sistema valoriza como factores de mau prognóstico a invasão óssea, o envolvimento do ouvido médio e a extensão extra-temporal.

O CBC auricular, quando invade o canal auditivo externo, pressupõe a realização de uma Ressecção Temporal lateral se o anulus e a cavidade timpânica estiverem íntegros (como o caso descrito) ou procedimentos mais radicais se estas estruturas foram invadidas⁶.

A ressecção total do tumor em bloco representa a única hipótese de cura⁶, sendo dificultada pela extensão microscópica superficial ao longo do pericôndrio.

Em estádios precoces esse objectivo consegue ser alcançado com mínima morbidade, o mesmo não acontece em estádios avançados.

CONCLUSÃO

O ouvido externo tem características anatômicas e embriológicas específicas que tornam os CBC deste local mais agressivos e com pior prognóstico relativamente a todo o restante tegumento cutâneo.

A extensão microscópica ao longo da superfície do pericôndrio explica a elevada taxa de

recorrência após uma aparente total ressecção macroscópica.

O envolvimento do canal auditivo externo permite a rápida extensão à região parotídea e ao rochedo, agravando o prognóstico.

A cura depende da exérese radical da lesão, exigindo um diagnóstico precoce e a adoção de atitudes audazes mesmo perante lesões aparentemente limitadas.

QUADRO I		
	TNM (AJCC) para tumores cutâneos não melanocíticos	Classificação de Pittsburgh para tumores do CAE (Arriaga e colaboradores)
T1	Tumor de dimensões inferiores a 2 cm.	Tumor limitado ao CA sem erosão óssea ou extensão aos tecidos moles.
T2	Tumor de dimensões entre os 2 e 5 cm.	Tumor com erosão óssea ou envolvimento limitado de tecidos moles (<0,5 cm).
T3	Tumor com dimensões superiores a 5 cm.	Tumor erodindo toda a espessura óssea do CAE com envolvimento limitado de tecidos moles (<0,5 cm), ou tumor envolvendo o ouvido médio e/ou mastoide, ou doente com paralisia facial.
T4	Tumor evadindo estruturas extra-dérmicas profundas (osso, cartilagem, músculo).	Tumor erodindo a cóclea, apex petroso, parede interna do ouvido médio, canal carotídeo, foramen jugular ou dura, ou com envolvimento extenso de tecidos moles (>0,5 cm).

QUADRO I: SISTEMAS DE ESTADIAMENTO.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Arriaga M, Curtin H, Takahashi H, et al. Staging proposal for external auditory meatus carcinoma based on preoperative clinical examination and computed tomography findings. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1990;99:714-21.
- 2 Bailin PL, Wood BG, Tucker HM. Cutaneous carcinoma of the auricular and periauricular region. *Arch Otolaryngol* 1980; 106(11): 692-6.
- 3 Berti JJ, Sharata HH. Metastatic basal cell carcinoma to the lung. *Cutis* 1999; 63: 165-6.
- 4 Christian MM et al. Metastatic basal cell carcinoma presenting as unilateral lymphedema. *Dermatol Surg* 1998; 24: 1151-3.
- 5 Miller SJ. Biology of basal cell carcinoma (Part I). *J Am Acad Dermatol* 1991; 24: 1-13.
- 6 Moffat DA, Grey P, Ballagh RH, et al. Extended temporal bone resection for squamous cell carcinoma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 116: 617-23.
- 7 Niparko JK. Local control of auricular, periauricular, and external canal cutaneous malignancies with Mohs surgery. *Laryngoscope* 1990; 100(10 Pt 1): 1047-51.
- 8 Parlette HL III, Hendrix JD Jr. Cutaneous and cartilaginous lesions of the auricle. *Facial Plast Surg* 1995; 11(4): 310-8.
- 9 Raszewski RL, Guyuron B. Long-term survival following nodal metastases from basal cell carcinoma. *Ann Plast Surg* 1990; 24: 170-5.
- 10 Strom SS, Yamamura Y. Epidemiology of nonmelanoma skin cancer. *Clin Plast Surg* 1997; 24: 627-36.
- 11 Van Dam R et al. Risk factors basal cell carcinoma of the skin in men: Results from the health professionals follow up study. *Am J Epidemiol* 1999; 150: 459-68.