

Adenocarcinoma ceruminoso: a propósito de un caso

E. Urbiola Marcilla*

RESUMEN

Se presenta un caso de Adenocarcinoma ceruminoso ("ceruminoma") localizado en conducto auditivo externo izquierdo en una mujer de 55 años. El patrón histológico, bien diferenciado, contrasta con la marcada agresividad clínica del proceso, que hace prever un mal pronóstico a pesar del tratamiento instaurado.

Introducción

Los "ceruminomas" son tumores originados en las glándulas sudoríparas modificadas de tipo apocrino situadas normalmente en la profundidad de la dermis próxima al cartílago del conducto auditivo. Son mucho más frecuentes en animales inferiores, especialmente perros y gatos, apareciendo tan sólo de manera ocasional en humanos. Esta escasa frecuencia nos ha inducido a aportarlo a la escasa casuística existente en la literatura.

Descripción del caso

Mujer de 55 años de edad que consulta por hipoacusia progresiva en

oído izquierdo desde hace aproximadamente dos años, con sensación de opresión y taponamiento. Entre sus antecedentes personales destaca una paresia facial "a frigore" diagnosticada hace cuatro años.

La exploración otorrinolaringológica descubre una masa violácea y pulsátil, que sangra fácilmente, localizada en conducto auditivo izquierdo. El resto de la exploración física y la analítica se encuentran en los límites de la normalidad.

Radiológicamente se comprueba una irregularidad de techo de caja (Fig. 1) apreciándose infiltración y destrucción de hueso temporal en las imágenes tomográficas.

Se practica cirugía radical tímpano mastoidea que cursa sin incidencias.

El estudio histológico muestra que la lesión está constituida por una proliferación de estructuras tubulares que adoptan un patrón glandular discretamente pleomórfico (Fig. 2), focalmente papilar, con elementos revestidos por células cúbicas o cilíndricas bajas con citoplasma eosinófilo finamente granular (Fig. 3) y núcleos redondeados u ovales, discretamente hipercromáticos, sin atipias ni figuras mitóticas (Fig. 4). Existen abundantes hematíes intraluminales. El resto del tejido muestra extensas áreas de hemorragia, ocasionales de-



Fig. 1.—Radiografía de cráneo, proyección lateral, mostrando irregularidad del techo de caja.

* Servicio de Anatomía Patológica. Hospital "Reina Sofía". Tudela (Navarra).

pósitos de cristales de colesterol y restos de espículas óseas escleróticas (Fig. 5).

Discusión

Los "ceruminomas" son comunes en animales inferiores, especialmente perros y gatos^{4,8}; en humanos aparecen de forma ocasional. "Ceruminoma" es el controvertido término que se aplica a aquellos tumores que se originan en las glándulas apocrinas (ceruminosas) del conducto auditivo externo.

Desgraciadamente todavía existe mucha confusión en cuanto a la nomenclatura, histogénesis y patogénesis de estos tumores²⁹.

Desde la descripción original de Haug¹ en 1984, pocos más han sido los casos publicados, fundamentalmente en la literatura otorrinolaringológica en forma de casos aislados o pequeñas series^{1-3, 5, 6, 9-19, 22, 23, 25-28}. En ellos queda patente la controversia existente en cuanto a la terminología apropiada para este grupo de tumores y las diferencias de opinión existentes en cuanto a su potencial maligno.

El conducto auditivo contiene glándulas tanto sebáceas como sudoríparas modificadas (ceruminosas) localizadas profundamente en el estroma del conducto cartilaginoso.

Los partidarios de emplear el término genérico "ceruminoma" para designar tumores originados en las glándulas sudoríparas modificadas se basan en que estos tumores son únicos en virtud de su localización anatómica y evolución clínica²⁹. Aquellos que prefieren otra terminología^{17, 21} sugieren que los tumores originados a partir de glándulas ceruminosas son similares a los tumores de glándulas sudoríparas que aparecen en otras zonas del organismo, a excepción de la vulva^{5, 17}. De hecho, los tumores de glándulas ceruminosas han sido designados como hidradenomas, mioepiteliomas, cilindromas, tumores mixtos de piel y carcinomas de células claras, pero el término que ha predominado ha sido el de ceruminoma^{3, 6}.

La dificultad terminológica va pareja con la controversia existente acerca de cuál es la terapia apropiada para estos raros tumores. Algunos autores¹⁸ preconizan la excisión local como tratamiento de elección mientras que otros²¹ son partidarios de un tratamiento radical. Algunos otros¹⁰ son partidarios de la excisión completa con margen de tejido sano.

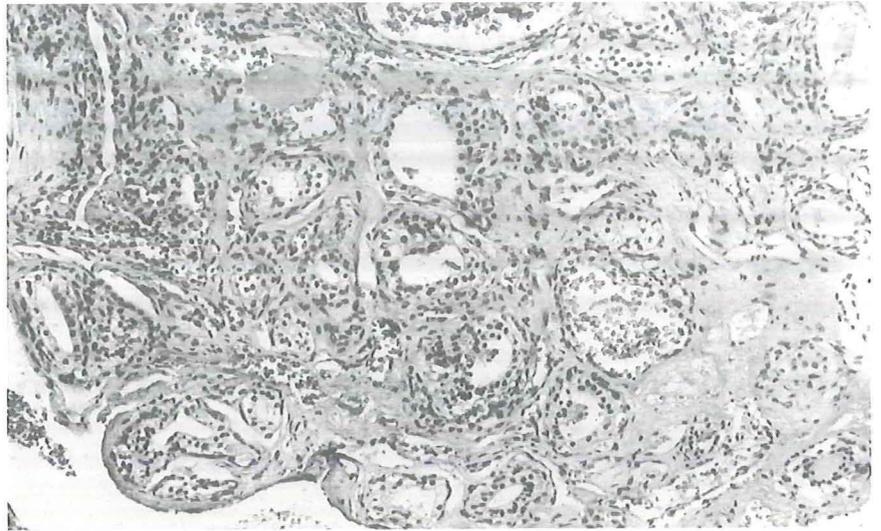


Fig. 2.—Patrón glandular de la tumoración, con elementos tubulares de tallas variables y abundantes hematíes intraluminales (H-E, Neg. 40 x).

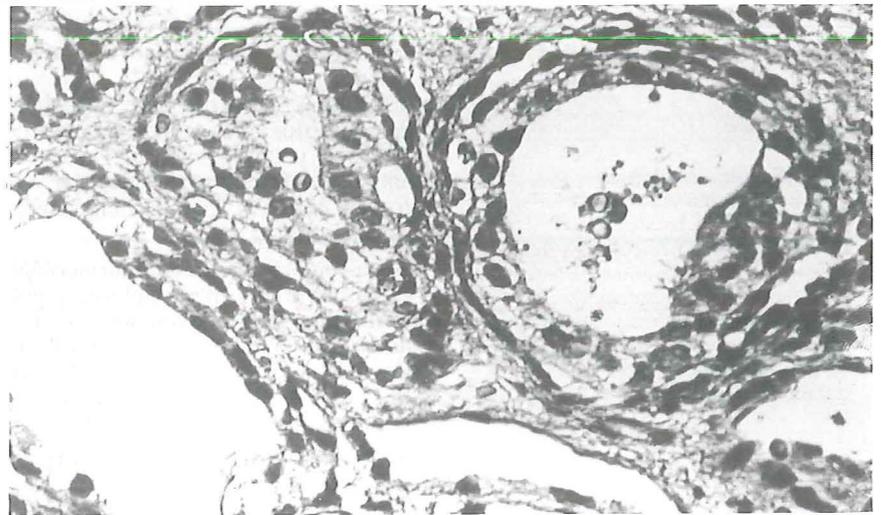


Fig. 3.—Estructuras glandulares revestidas por células cúbicas o cilíndricas bajas que presentan un citoplasma finamente granular (H-E, Neg. 63 x).

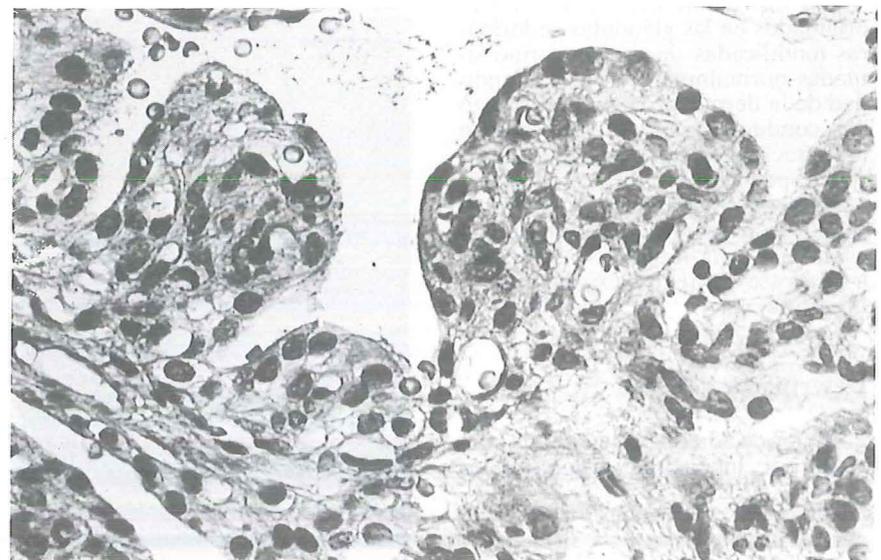


Fig. 4.—Patrón focalmente papilar intraglandular. No se observan figuras mitóticas (H-E, Neg. 63 x).



Fig. 5.—Infiltración ósea. El margen izquierdo de la fotografía muestra tejido óseo escleroso en íntimo contacto con el tumor (H-E, Neg. 16 x).

En la actualidad, lo más indicado parece ser el tratamiento quirúrgico no radical suplementado con radioterapia, aconsejándose un tratamiento individualizado para cada caso²⁹, ya que no todos los tipos histológicos presentan la misma agresividad.

Wetli y cols.²⁹ admiten cuatro patrones histológicos:

a) Adenoma ceruminoso. Es una proliferación localizada, bien diferenciada y benigna, de glándulas similares histológicamente a las glándulas ceruminosas normales. Admite variantes quísticas y papilares.

b) Adenocarcinoma ceruminoso. Su rasgo diferencial es la invasión, ya que el tumor puede citológicamente ser indistinguible de la forma benigna. Presenta un amplio espectro histológico con patrones de tipo glandular, adeno-tubular y adeno-quístico, pero el patrón básico generalmente es el de un adenocarcinoma con glándulas eosinófilas de doble capa celular.

c) Carcinoma adenoide quístico (cilindroma). Morfológica y patogénicamente es superponible al tumor de igual nombre de las glándulas salivales con nidos de células pequeñas y espacios quísticos o cilindros hialinos en el centro de los nidos y muestra un comportamiento clínico-patológico (invasión perineural y metástasis) similar.

d) Adenoma pleomorfo (tumor mixto). Similar también al de las glándulas salivales con nidos y cordones de células epiteliales inmersos en un estroma mixoide, pseudocartilaginoso o hialino que contiene mucina.

De todos ellos, los más agresivos y por tanto tributarios de un tratamiento más radical, serían el adenocarcinoma y el carcinoma adenoide quístico (cilindroma)²⁹, si bien la mayoría de los casos publicados en la literatura han sido tratados mediante excisión local y/o radioterapia.

Bibliografía

1. Adler HJ y Sommer J. *Adenoma of the ceruminous glands*. Arch Otolaryngol 39: 533-535, 1944.
2. Althaus SR y Ross JAT. *Cerumen gland neoplasia*. Arch Otolaryngol 92: 40-42, 1970.
3. Anagnostou GD y Papademetriou D. *Ceruminous gland tumors. Report of three cases*. Laryngoscope 84: 438-443, 1974.
4. Anderson y Kissane. In *Patology*. Seventh edition. The CV Mosby Comp St Louis, 1.224-1.225, 1977.
5. Arora YR. *Ceruminoma of the external auditory meatus*. J Laryngol Otol 78: 569-572, 1964.
6. Batsakis JG y Hardy GC. *Ceruminous gland tumors*. Arch Otolaryngol 86: 92-95, 1967.

7. Berlin L. *Intracranial ceruminous adenoma*. J Neurosurg 6: 415-418, 1949.
8. Black MB. *Adenoma of ceruminous gland in the dog*. Arch Pathol 48: 85-88, 1949.
9. Brunner H. *Basal-cell carcinoma of the external auditory canal and middle Ear*. Arch Otolaryngol 58: 665-676, 1953.
10. Cankar V y Crowley H. *Tumors of ceruminous glands. A clinico pathological study of 7 cases*. Cancer 17: 67-75, 1964.
11. Coyas A y Adamopoulos G. *Cylindroma of the ear*. J Laryngol Otol 80: 860-862, 1966.
12. Fink H. *External auditory canal: Mixed tumor of salivary gland type*. Brooklyn Hosp J 11: 104-105, 1953.
13. Fligel Z y Kaneko M. *Extramammary Paget's disease of the external ear canal in association with ceruminous gland carcinoma. A case report*. Cancer 36: 1.072-1.076, 1975.
14. Grossman A y Mathews WH. *Ceruminous adenoma of the middle ear and external ear canal*. Laryngoscope 74: 241-244, 1964.
15. Gupta KR y Kakar PK. *Ceruminoma of the external ear*. J Laryngol Otol 84: 743-745, 1970.
16. Hageman HE y Becker AE. *Intracranial invasion of a ceruminous gland tumor*. Arch Otolaryngol 100: 395-397, 1974.
17. Johnstone JM y Lennox B. *Five cases of hidradenoma of the external auditory meatus: So called ceruminoma*. J Pathol Bacteriol 73: 421-427, 1957.
18. Juby HB. *Tumors of the ceruminous glands. So-called ceruminoma*. J Laryngol 71: 832-837, 1957.
19. Koopot R y Reyes C. *Multiple pulmonary metastases from adenoid cystic carcinoma of ceruminous glands of external auditory canal*. J Thorac Cardiovasc Sur 65: 909-913, 1973.
20. Michel y Woodard. *Ceruminous gland adenocarcinoma. A light and electron microscopic study*. Cancer 41: 545-553, 1978.
21. O'Neill PB y Parker RA. *Sweat gland tumors ("ceruminomata") of external auditory meatus*. J Laryngol 71: 824-831, 1957.
22. Ramadass T. *Cylindroma of external ear*. J Of Laryngol Otol 80: 863-866, 1966.
23. Rossato RG y Timperley WR. *Posterior fossa ceruminoma*. Acta Neurochir 28: 315-322, 1973.
24. Silverberg. *Principles and practice of surgical pathology*. John Wiley and sons, Inc USA, 1.532-1.533, 1983.
25. Sodagar R y Nazarian I. *Adenoid cystic carcinoma of external auditory canal*. Eye Ear Nose Throat Mou 51: 36-37, 1972.
26. Turner HA y Carter H. *Pulmonary metastases from ceruminous adenocarcinoma (Cylindroma) of external auditory canal*. Cancer 28: 775-780, 1971.
27. Visvanathan PG. *Ceruminoma of the external ear*. J Laryngol Otol 85: 1.075-1.078, 1971.
28. Warren S y Gates O. *Carcinoma of ceruminous gland*. Am Pathol 17: 821-828, 1941.
29. Wetli CV y Pardo. *Tumors of ceruminous glands*. Cancer 29: 1.169-1.178, 1972.

ADENOCARCINOMA OF CERUMINOUS GLANDS

Summary

A case of an adenocarcinoma of ceruminous glands located on the external auditory meatus is presented. It must be noted the discrepancy between the well-differentiated histologic appearance and the markedly aggressive clinical course.