

Varios meses después, el paciente se presentó con una lesión cutánea en el sitio de la cirugía. En el examen físico se documentó una lesión nodular eritematosa, firme, de 2.5 cm de diámetro, localizada en el surco post-auricular derecho (Foto 1). Dicha lesión tenía una superficie queratósica, estaba bien delimitada, era móvil e indolora a la palpación. No había evidencia de linfadenopatía retroauricular, parotídea ni cervical. La biopsia demostró un carcinoma espinocelular bien diferenciado e invasor.

El paciente fue tratado con cirugía de Mohs en marzo de 2002, y se alcanzaron márgenes libres de tumor después de dos estadios. Debido a la historia previa de múltiples re-



Foto 1. Lesión hiperqueratósica en surco post-auricular derecho, medía 2.5 cm de diámetro y había recurrido después de la cirugía de Mohs inicial.

currencias, se envió un corte adicional para análisis de secciones permanentes en parafina, que también fue reportado como negativo para tumor. La herida post-quirúrgica medía 3.5 cm de diámetro y fue reparada con cierre primario. El paciente ha permanecido asintomático y libre de recurrencia durante siete meses.

Discusión

La oreja es el sitio más frecuente de afección en casos de carcinoma espinocelular de la cabeza. Aproximadamente 60% de los tumores se desarrollan a partir de queratosis actínicas y 91% son histológicamente bien diferenciados. En su revisión de 780 pacientes con tumores de oído, Bumsted y cols.¹ reportaron que el carcinoma espinocelular es el tumor más frecuente: ocurre en 55% de los casos, seguido por el carcinoma basocelular con 45%.

Conley y Schuller describieron 32 casos de carcinoma espinocelular en su serie de 187 pacientes con tumores auriculares.² Un 71.4% fueron sintomáticos, y se reportaron dolor, sangrado y ulceración como signos y síntomas más frecuentes. En 3.7% de los pacientes había parálisis facial debida a metástasis a hueso temporal, pero no hubo casos con metástasis a distancia. Es interesante que 30% de los carcinomas espinocelulares se presentaron clínicamente con borde perlado y ulceración, que sugieren el diagnóstico de carcinoma basocelular. En cuanto al tamaño de las lesiones, 56.3% era mayor de 1 cm y sólo se diagnosticaron 42.9% de los casos en el primer año de evolución.

El riesgo de metástasis para carcinoma espinocelular en general es de sólo 2-3%, pero los tumores de oído son de más alto riesgo. En cinco estudios con un total de 720 pacientes se reporta una incidencia de metástasis del 6% al 18%.³ Los factores de riesgo para metástasis identificados en esas series incluyeron invasión de cartílago, Nivel de Clark IV y tamaño >4 cm. Sin embargo, en una serie más reciente de 147 pacientes, Lee no encontró relación de metástasis con tamaño, sexo, edad, patrón histológico ni invasión de cartílago.⁴

Existen múltiples opciones terapéuticas para manejar los tumores auriculares (Cuadro 1). Las más empleadas incluyen el curetaje y electrofulguración, criocirugía, escisión quirúrgica, radioterapia, cirugía de Mohs y 5-fluorouracilo

CUADRO 1

Tratamientos de carcinoma espinocelular cutáneo

Modalidad Terapéutica	Recurrencia	Recurrencia
	5 años	10 años
Escisión quirúrgica	5.7 %	8.1 %
Criocirugía	3.2 %	N/A
Curetaje electrofulguración	1.3 %	3.7 %
Radioterapia	6.7 %	10.0 %
Modalidades No-Mohs	4.0 %	7.9 %
Cirugía de Mohs	N/A	3.1 %
Tumores primarios de la oreja		
Modalidades No-Mohs	16.1 %	18.7 %
Cirugía de Mohs	N/A	5.3 %
Tumores recurrentes de la oreja		
Escisión quirúrgica	17.3 %	23.3 %
Cirugía de Mohs	15 %	10 %