

Multimed 2015; 19(5)
SEPTIEMBRE-OCTUBRE

CASO CLÍNICO

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MEDICAS DE GRANMA
HOSPITAL DR. SALVADOR ALLENDE. LA HABANA

Carcinoma de células escamosas de la piel infiltrando hueso. Presentación de un caso

Squamous cell carcinoma of the skin infiltrating bone. Case report

Ms. Aten. Prim. Salud. Amparo de la C. Rivera Valdespino, Ms. Atenc. Integr. Niño. Juliet Sierra Rosales, Ms. Atenc. Integr. Niño. Alexei Capote Vázquez.

Hospital Dr. Salvador Allende. ELAM. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el carcinoma de células escamosas o "epidermoide" como también se le denomina, es el segundo tumor "no melanoma" más frecuente de la piel de las zonas expuestas a los rayos solares y es más común en las personas mayores. Tiene mayor incidencia en los hombres, aunque pueden ser vistos en ambos sexos.

Presentación de caso: paciente de sexo femenino, 57 años de edad, raza indígena, con antecedentes de habersele "removido" hace aproximadamente 30 años una lesión en la pierna derecha, en un Sanatorio Privado no precisando el resultado anatomopatológico de la misma. Acude a emergencias del Hospital Nacional Regional de Escuintla, (HNRE), Guatemala, porque desde hace aproximadamente 4 meses comenzó con una lesión, ulcerada, pequeña en la misma pierna y según refiere la paciente en el "mismo lugar", que se trató inicialmente con "remedios caseros", sin precisar cuáles, pero que no mejoró, al contrario comenzó a crecer de forma exofítica y a infectarse secundariamente. Se

decide ingresar en el Servicio de Cirugía de Mujeres para estudio y posterior tratamiento. Se realiza biopsia de piel para un diagnóstico certero, el diagnóstico anatomopatológico confirma la existencia de un carcinoma de células escamosas bien diferenciado e infiltrante de piel, se toma la conducta de consultar y remitir el caso para el Hospital Roosevelt de Ciudad de Guatemala para ser interconsultado con un especialista cirujano oncólogo.

Discusión: el carcinoma epidermoide o también conocido como carcinoma espinocelular, es el segundo cáncer de piel "no melanoma" más frecuente, siendo precedido por el carcinoma de células basales, el mismo se deriva de alteraciones a nivel de la epidermis específicamente de los queratinocitos.

Conclusión: el carcinoma de células escamosas (epidermoide) surge por alteraciones de queratinocitos de la epidermis y es capaz de infiltrar estructuras óseas.

Descriptor DeCs: CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS; NEOPLASIAS CUTÁNEAS.

ABSTRACT

Introduction: the squamous or epidermoid cell carcinoma is the second most common "non- melanoma" tumor in the skin areas exposed to sunlight, and it is more common in older people. Its incidence is higher in men, but it can be seen in both sexes.

Case presentation: a 57-year-old female patient, native, with a clinical antecedent of a "removed" lesion in her right leg about 30 years ago in a private hospital, without specifying its anatomopathological result. She went to the Emergency Service at the National Regional Hospital in Escuintla, Guatemala, because four months ago she began with a small ulcerated injure in the same leg, and as she reported, in the "same place", which was initially treated with "home remedies", without specifying which ones, but the injure did not get better, otherwise it began to grow in an exophytic way and became secondarily infected. It was decided then to hospitalize the patient in the Surgery Service of Women for the study and later treatment. It was performed a skin biopsy to obtain an accurate diagnosis, the anatomopathological diagnosis confirmed the existence of a squamous cell carcinoma, well differentiated and infiltrating of the skin. It was decided then to consult and send the case to Roosevelt Hospital in Guatemala to be consulted with a surgeon specialist in oncology.

Discussion: the epidermoid carcinoma, also known as spinocellular carcinoma is the second most common "non-melanoma" skin cancer, preceded by basal cell

carcinoma; it is derived from alterations in the epidermis, specifically of keratinocytes.

Conclusion: the squamous (epidermoid) cell carcinoma arises from alterations in epidermal keratinocytes and it can infiltrate bone structures.

Subject heading: SQUAMOUS CELL CARCINOMA; SKIN NEOPLASMS

INTRODUCCIÓN

La piel constituye el órgano que con mayor incidencia ocurren neoplasias, esto principalmente se debe a la exposición constante a carcinógenos ambientales y radiaciones ultravioletas.^{1,2}

El cáncer de piel no melanoma es el grupo de neoplasias malignas más comunes en la especie humana, con cerca de 1,000,000 de casos nuevos diagnosticados anualmente en Estados Unidos. De este grupo de neoplasias, aproximadamente 80% lo componen los carcinomas basocelulares y cerca de 20%, los carcinomas epidermoides.³

Según las cifras actuales, cada año se diagnosticarán alrededor de 45.000 casos en EE. UU. y más de 650.000 en todo el mundo.^{6, 7,8}

El carcinoma de células escamosas es la neoplasia de origen epitelial que se inicia a partir de las células escamosas procedentes de los epitelios estratificados, es por ello que no solamente pueden localizarse en la piel, también pueden diagnosticarse en diversas localizaciones como: mucosa oral, laringe, epitelio respiratorio, epitelio del esófago, cuello uterino y otras localizaciones.^{4,5}

Su mayor incidencia es en los hombres, aunque pueden ser vistos en ambos sexos.⁶

Al igual que todas las neoplasias epiteliales se cree que la formación de un carcinoma epidermoide es un proceso multifásico que entraña la activación sucesiva de oncogenes y la desactivación de genes supresores de tumores en una población clonal de células.⁶

Existen en la histogénesis de este tumor varios factores predisponentes entre los que se destacan: exposición a los rayos solares, el más frecuente, pero también

pueden aparecer por la exposición a carcinógenos industriales (alquitranes y aceites), las úlceras crónicas y las osteomielitis fistulizadas, la ingestión e arsenicales, las cicatrices de quemaduras antiguas, radiaciones ionizantes y cuando aparecen en la cavidad oral es secundario a la acción del tabaco, entre otros.⁶

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 57 años de edad, raza indígena, con antecedentes de habersele "removido" hace aproximadamente 30 años una lesión en la pierna derecha, en un Sanatorio Privado no precisando el resultado anatomopatológico de la misma. Hace aproximadamente 4 meses comenzó con una lesión, ulcerada, pequeña en la misma pierna y según refiere la paciente en el "mismo lugar", que se trató inicialmente con "remedios caseros", sin precisar cuáles, pero que no mejoró, al contrario comenzó a crecer de forma exofítica y a infectarse secundariamente por lo que decide acudir a emergencias del Hospital Nacional Regional de Escuintla, (HNRE), Guatemala, se decide ingresar en el Servicio de Cirugía de Mujeres para estudio y posterior tratamiento, se decide tomar una biopsia de piel para un diagnóstico certero. El diagnóstico anatomopatológico, confirma la existencia de un carcinoma de células escamosas bien diferenciado e infiltrante de piel, se toma la conducta de consultar y remitir el caso para el Hospital Roosevelt de Ciudad de Guatemala para ser interconsultado con un especialista cirujano oncólogo. Se discutió como tratamiento de elección una amputación supracondílea del miembro, como medida sanitaria, pero por decisión de los médicos de asistencia se remite el caso para el Hospital Roosevelt para su tratamiento y desconocemos la evolución posterior de la paciente.

Anatomía Patológica

Macroscópica: se observó una tumoración gigante que ocupa prácticamente toda la porción antero – lateral de la pierna derecha, mamelonante, vegetante, con infección sobreañadida, de color parduzca, con depósitos extensos de material fibrinopurulento, que medía aproximadamente 12 cms de diámetro mayor (Fig. 1).



Fig. 1. Lesión mamelonante, exofítica, en forma de "coliflor" de gran tamaño.

Al interrogar a la paciente, refirió que tenía la lesión desde hacía aproximadamente "4 meses", pero por el tamaño de la misma y la forma de crecimiento, en "coliflor" estamos seguros que se trata de una lesión de crecimiento lento, que fue modificada por tratamientos "caseros", desconociendo la sustancia utilizada por la misma, pues fue muy difícil la comunicación con la misma.

Microscópica: se recibe en el Departamento de Anatomía Patológica un fragmento de tejido en forma de "tajada de melón", constituido por piel, que medía 6x4x2 cms, de color parduzco con áreas blanquecinas, que alternaban con áreas de tejido necrótico. Al corte la consistencia del mismo era duro - elástica.

Histológicamente se observó una desorganización en las células de las capas de la epidermis, siendo sustituidas por células epiteliales con marcado pleomorfismo celular, presencia de abundantes mitosis atípicas, con infiltración del dermis por "lenguetas" de las células antes descritas y nidos de las mismas diseminados por toda la dermis superficial y profunda, así como toma de partes blandas, con presencia de "perlas de queratina" (E11-230) y marcada vascularización del tejido (angiogénesis) (Fig. 2).

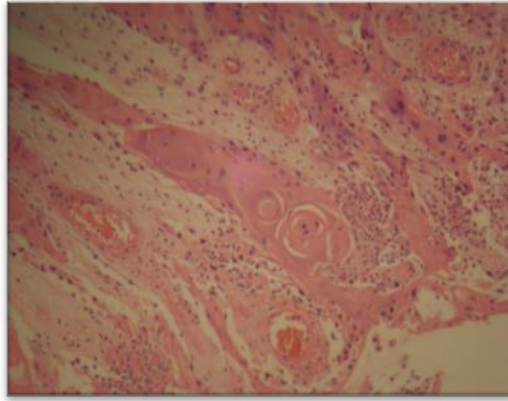


Fig. 2. Formación de perlas de queratina lo que le atribuye al tumor la diferenciación histológica: Bien diferenciado.

Diagnóstico anatomopatológico: carcinoma de células escamosas (epidermoide) bien diferenciado e invasivo de piel.

En el caso de los carcinomas escamosos se puede confirmar el diagnóstico con el uso de Inmunohistoquímica, entre los que se destacan: Citoqueratina de alto peso molecular, Antígeno de Membrana Epitelial (EMA), Antígeno Carcino – Embrionario (CEA) y Vimentina en aquellos carcinomas pobremente diferenciados.

Radiología: en la radiografía examinada se observa una gran masa, dependiente de partes blandas, irregular que “infiltra” la cortical del hueso, es decir se observan lesiones osteolíticas por infiltración de un tumor de partes blandas. (Fig. 3).



Fig. 3. Gran masa de aspecto tumoral, de partes blandas que “infiltra” y destruye la cortical del hueso.

DISCUSIÓN

El carcinoma epidermoide o también conocido como carcinoma espinocelular, es el segundo cáncer de piel "no melanoma" más frecuente, siendo precedido por el carcinoma de células basales, el mismo se deriva de alteraciones a nivel de la epidermis específicamente de los queratinocitos, es un tumor que aparece generalmente en personas de edad avanzada, siendo más común en hombres que en mujeres, en una proporción de 2:1 (apareciendo en aquellos lugares del cuerpo que se encuentran expuestos a los rayos solares (ultravioletas) como son: cara, cuello, extremidades superiores y menos frecuentemente en miembros inferiores. ^{9, 10,11}

Con relación a la causa del carcinoma escamoso como dijimos anteriormente se han planteado varios factores que inciden en la aparición del tumor, siendo la primera causa la exposición directa a los rayos solares (ultravioletas), en aquellas personas de piel blanca, se plantea que es más frecuente en personas rubias, de piel clara, que en aquellos que el color de piel es más oscura, también aparece este tumor secundariamente en aquellos pacientes inmunodeprimidos por tratamientos anteriores con radiaciones, poliquimioterapias, inmunosupresión secundaria post trasplantes, además existen algunas sustancias capaces de provocar cambios a nivel de la epidermis como son. Aceites, alquitranes, cicatrices post quemaduras, uso de sustancias irritantes en el tratamiento de úlceras crónicas, ostemielitis fistulizadas, así como entidades patológicas que predisponen a la aparición de la neoplasia, entre las que se encuentran: el queratoacantoma, la xerodermia pigmentosa, la queratosis actínica, entre otras. ^{12,13}

Esta neoplasia es debido fundamentalmente a la exposición a los rayos ultravioletas, lo que conlleva a una alteración en el DNA y la consiguiente mutagenicidad, esta alteración en el DNA provoca además una inmunosupresión directa de forma temporal que altera la función de vigilancia de las células de Langerhans que son las responsables de activar los linfocitos "T". En algunas secuencias de DNA de los carcinomas escamosos se han encontrado alteraciones que responden a infección por agentes virales como el HPV (específicamente el HPV-36). ⁶

En cuanto a la incidencia del carcinoma escamoso de la piel hemos visto que ha aumentado en casi todos los países en los últimos 20 años, debido a la exposición a

los rayos ultravioletas y el cambio climático del planeta, que se han hecho más intensos, como los cambios en el estilo de vestirse. Supone el 20-25% de los tumores malignos cutáneos. ¹⁴

La tasa general de curación para el carcinoma de células basales como para el carcinoma espinocelular está directamente relacionada con el estadio de la enfermedad, ya que se clasifica histológicamente de acuerdo al grado de diferenciación de las células tumorales en: bien, moderado ó pobremente diferenciado ⁽⁶⁾ y el tipo de tratamiento empleado, cuando un tumor es detectado en etapa temprana, pues el tratamiento de elección es la exéresis amplia de la lesión, también la cirugía micrográfica de Mohs, teniendo en cuenta márgenes oncológicos y debe curar, sin embargo cuando se trata de una lesión grande (como la que nos ocupa), con invasión local que llega a destruir partes óseas y metástasis a ganglios linfáticos regionales, pues el tratamiento demás de la cirugía debe acompañarse de terapia oncoespecífica, como son: quimioterapia tópica, radioterapia.

En cuanto a la supervivencia de estos tumores depende desde luego del estadio clínico en que se diagnostique el mismo.

En ocasiones el carcinoma epidermoide o escamoso comienza como una lesión "in situ", donde las células tumorales "respetan", no rompen la membrana basal, pero no necesariamente es así en el momento del diagnóstico. ⁶

Este tumor es de crecimiento lento, aunque puede llegar a infiltrar localmente y en ocasiones dar metástasis a distancias, afectando órganos de la economía, ⁷ el sitio donde inicialmente produce metástasis el carcinoma espino celular es en los ganglios linfáticos de localización inguinal, por lo que podemos plantear que la forma de diseminación más frecuente es por "vía linfática". ¹⁶

CONCLUSIONES

A pesar de que el carcinoma de células escamosas (epidermoide) se origina en partes blandas, como la piel, puede por infiltración llegar a afectar estructuras óseas, aunque se trata de una evolución de la enfermedad poco frecuente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kolk A, Wolff KD, Smeets R, Kesting M, et al. Melanotic and non-melanotic malignancies of the face and external ear–A review of current treatment concepts and future options. *Cancer Treat Rev* 2014; 40:819-837.
2. Breitbart EW, Waldmann A, Nolte S, Capellaro M, et al. Systematic skin cancer screening in Northern Germany. *J Am Acad Dermatol* 2012; 66:201-211.
3. Torres VR, Camacho-Martínez FM, Charles M, González S, Jurado F. *Dermatología Práctica Ibero Latinoamericana: atlas, enfermedades sistémicas asociadas y terapéutica*. [Internet]. s/l: s/e; 2005 [consultado 20 de diciembre del 2014]. Disponible en: https://books.google.com.cu/books/about/Dermatolog%C3%ADa_pr%C3%A1ctica_iberolatinamericana.html?id=trh6MwEACAAJ&redir_esc=y
4. Al-Rawi NH, Talabani NG. Squamous cell carcinoma of the oral cavity: a case series analysis of clinical presentation and histological grading of 1,425 cases from Iraq. *Clin Oral Investig* [Internet]. 2008 [citado 20 de diciembre del 2014]; 12(1). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17701430>
5. Mario Cantín López, Iván Suazo Galdames, Bernardo Venegas Rojas, Daniela Zavando Matamala. Carcinoma de Células Escamosas de Labio Inferior: Asociación Entre Grado de Angiogénesis, Graduación Histológica y Frente de Invasión Tumoral. *Int J Morphol* 2008; 26(1):77-82.
6. Pai SI, Westia WH. Molecular pathology of head and neck cancer: implication for diagnosis and treatment. *Ann Rev Pathol* [Internet]. 2009; 4: 49-70. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18729723>
7. Alam M, Ratner D. Cutaneous squamous-cell carcinoma. *N Engl J Med* 2001; 344: 975-983.
8. Preston DS, Stern RS. Non-melanoma cancers of the skin. *N Engl J Med* 1992; 327: 1649-1662.
9. Suazo Galdames Iván Claudio, Lara Sepulveda María Constanza, Cantín López Mario Gonzalo, Zavando Matamala Daniela Alejandra. Efecto de la Aplicación de Láser de Baja Potencia Sobre la Mucosa Oral Lesionada. *Int. J. Morphol.* [Internet].

2007 Sep [citado 2015 Oct 02]; 25(3): 523-528. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022007000300008&lng=es.

10. Vukadinovic M, Jezdic Z, Petrovic M, Medenica LM, Lens M. Surgical management of squamous cell carcinoma of the lip: analysis of a 10-year experience in 223 patients. J Oral Maxillofac Surg [Internet]. 2007 [citado 20 de enero del 2015]; 65(4):675-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17368363>
11. Loyo M, Pai SI. The molecular genetics of laryngeal cancer. Otolaryngol Clin North Am [Internet]. 2008 [citado 25 de febrero del 2015]; 41(4): 657-72. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18570952>

Recibido: 3 de julio del 2015.

Aprobado: 23 de julio del 2015.

Amparo de la C. Rivera Valdespino. Hospital Dr. Salvador Allende. ELAM. La Habana, Cuba. E-mail: amparo@infomed.sld.cu