

CASOS CLÍNICOS

Carcinoma de células escamosas invasivo diferenciado: presentación de un caso

Differentiated invasive squamous cell carcinoma: a case presentation

Dr. Héctor Oscar Victoria Bárzaga.¹

I Especialista de II Grado en Dermatología. Máster en Enfermedades Infecciosas.
Profesor Asistente. Hospital Militar Octavio de la Concepción y de la Pedraja.
Camagüey. Cuba. vhectoroscar@yahoo.es

RESUMEN

Fundamento: el carcinoma de células escamosas, es un tumor maligno derivado de los queratinocitos de la piel y las membranas mucosas, manifiesta diferentes grados de malignidad, sus características más importantes son la anaplasia, rápido crecimiento, destrucción tisular local y capacidad para hacer metástasis. **Caso clínico:** se presenta el caso de una mujer blanca, con 38 años de edad, fumadora inveterada y antecedentes patológicos personales de leucoplasia del labio inferior, la cual evolucionó hacia un carcinoma de células escamosas invasivo diferenciado, acompañado de metástasis ganglionar regional. **Conclusiones:** este proceso oncoproliferativo cutáneo es infrecuente en el sexo femenino, se reporta fundamentalmente en hombres que sobrepasan la sexta década de la vida; ya que apareció en una paciente de 38 años, asociado a la exposición crónica a carcinógenos ambientales y al hábito de fumar; que propiciaron la aparición de lesiones cutáneas premalignas (leucoplasia), con alto potencial degenerativo, evolucionando finalmente hacia un carcinoma de células escamosas diferenciado.

DeCS: CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS/diagnóstico; LEUCOPLASIA BUCAL; CARCINÓGENOS AMBIENTALES; NEOPLASIAS CUTÁNEAS; TABAQUISMO; ADULTO; ESTUDIOS DE CASOS

ABSTRACT

Background: squamous cell carcinoma is a malignant tumor derived from keratinocytes of the skin and mucous membranes, it becomes apparent different grades of malignancy; its main important characteristics are anaplasia, quick growth, local tissular destruction and capacity to make metastasis. **Clinical case:** a 38 years old, white woman is presented, inveterate smoker and personal pathological antecedents of leukoplasia of the inferior lip, which evolved toward a differentiated invasive squamous cell carcinoma, accompanied by regional ganglionic metastasis. **Conclusions:** this cutaneous oncoproliferative process is uncommon in the female sex, it is reported fundamentally in men that exceed the sixth decade of life; since it appeared in a 38 year-old patient, associated to the chronic exposure to environmental carcinogens and to the smoking; that propitiated the appearance of premalignant cutaneous lesions (leukoplasia), with high degenerative potential, evolving finally toward a differentiated squamous cell carcinoma.

DeCS: CARCINOMA, SQUAMOUS CELL /diagnosis; LEUKOPLAKIA, ORAL; CARCINOGENS, ENVIRONMENTAL; SKIN NEOPLASMS; SMOKING; ADULT; CASE STUDIES

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células escamosas (CCE), denominado además carcinoma espinocelular, carcinoma epidermoide y carcinoma escamocelular; es un tumor maligno derivado de los queratinocitos de la piel y las membranas mucosas, que retienen algunas de las características de la epidermis suprabasal normal. El tumor se manifiesta de diversas formas con diferentes grados de malignidad y sus características más importantes son la anaplasia, el rápido crecimiento, la destrucción tisular local y su capacidad para hacer metástasis.¹

Constituye la segunda forma más frecuente de cáncer cutáneo, superado únicamente por el carcinoma basocelular, con el que conforma el denominado cáncer cutáneo no melanoma.²

Cuba se sitúa actualmente dentro de los países de América Latina y el Tercer mundo con mayor incidencia de la enfermedad. Según los datos que aparecen reflejados en

el Registro Nacional del Cáncer, esta neoplasia cutánea maligna se ubica en el segundo lugar de la Tabla General por Cáncer y muestra cada año un incremento considerable.³

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer blanca, 38 años de edad, ojos de color verde y fototipo cutáneo II. Poseía antecedentes patológicos personales de padecer de enfisema pulmonar desde hacía 20 años y como hábito tóxico nos refirió ser fumadora inveterada por más de 45 años. Procede del municipio Najasa de la provincia Camagüey, lugar donde reside desde su niñez. Se desempeñaba como trabajadora agrícola desde los 16 años de edad y se exponía durante largas horas al efecto deletéreo de las radiaciones solares. Hacia aproximadamente dos años comenzó a presentar leucoplasia del labio inferior, razón por la cual abandonó el hábito de fumar. Dos meses después de aparecer la leucoplasia, presentó de forma asintomática un pequeño aumento de volumen en el tercio lateral derecho del labio inferior, por lo que decidió acudir a la consulta médica especializada.

Al examen físico dermatológico, se constató la presencia de un cuadro cutáneo localizado a nivel del tercio lateral derecho del labio inferior, constituido por una lesión tumoral de aproximadamente 1cm de diámetro en su base, por 0,5cm de altura; eritematosa, con bordes bien definidos, indurada, de forma ovalada, rodeada por un halo blanquecino; superficie irregular, cubierta por un fino tejido de granulación que al tacto sangraba con facilidad. (Figura 1)

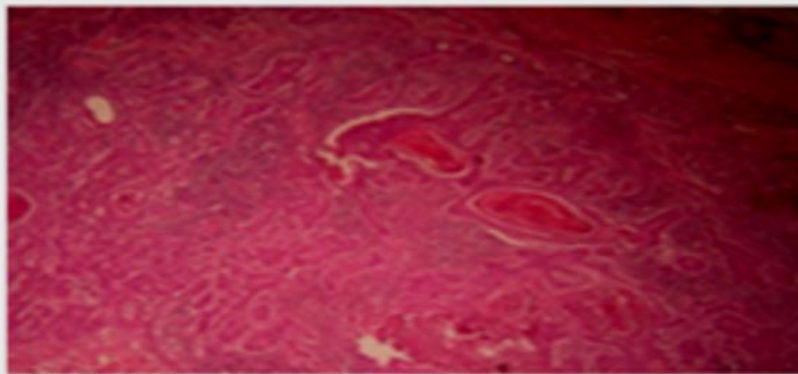


pula indurada, placa o nódulo (generalmente única), localizado en áreas expuestas a la luz solar, de forma poligonal, redonda, oval o umbilicada duro a la palpación. La superficie es de aspecto irregular, de color eritematoso, amarillento, o de la piel normal.

Durante el examen físico del sistema hemolinfopoyético se encontró la presencia de adenopatías retroauriculares y submaxilares derechas, asintomáticas, de aproximadamente 1cm de diámetro, no adheridas a la piel ni a planos profundos, móviles, que rodaban bajo el dedo que las palpaba.

En la boca se constató la presencia de caries dental.

Al tomar en consideración la historia de la enfermedad referida por esta paciente, así como su prolongada exposición a carcinógenos ambientales como las radiaciones ultravioletas, el antecedente de la aparición de una leucoplasia del labio inferior, asociada al hábito de fumar y a una mala higiene bucodental, el tiempo evolutivo de la lesión tumoral y sus características clínicas; se estableció el diagnóstico presuntivo de carcinoma de células escamosas invasivo diferenciado, lo que se corroboró con la exéresis quirúrgica del tumor y su ulterior estudio histológico. (Figura 2)



La diferenciación se orienta hacia la queratinización, que se traduce en perlas córneas.

DISCUSIÓN

El CCE es un tumor maligno derivado de los queratinocitos epiteliales. En Australia se exhiben los porcentajes más altos del mundo y en Estados Unidos, es el cáncer más común en la población blanca.² México, a través del Registro Nacional Histopatológico de Neoplasias Malignas, reporta que junto al carcinoma basocelular, ocupa actualmente el primer lugar en frecuencia.⁴ El incremento actual de su incidencia afecta de manera considerable la población adulta laboralmente activa, con su desfavorable repercusión económica, social y el consecuente deterioro en la calidad de vida, a lo que se suma el costo elevado de su tratamiento en numerosos países.^{5,6}

En nuestro caso, la aparición del CCE se asoció a la exposición de esta paciente a diversos factores carcinogénicos ambientales, que propiciaron el desarrollo de la leucoplasia, considerada en los momentos actuales como una lesión precursora del CCE. Southerlan⁷ reportó, que la mayor frecuencia de casos de CCE aparece en hombres que sobrepasan la quinta década de la vida, principalmente en los de color de la piel blanca, que trabajan bajo la luz solar de manera directa, o en contacto con sustancias químicas. Lapthanasupkul⁸ plantea, que se involucran además factores de riesgo como el hábito de fumar, fundamentalmente en fumadores inveterados con mala higiene bucodental; y subraya el papel de la leucoplasia como lesión precursora

del carcinoma de células CCE diferenciado del labio, en personas que se exponen profesionalmente durante largos períodos de tiempo al efecto deletéreo de las radiaciones solares.

El comienzo de la enfermedad en esta paciente, se corresponde con las descripciones hechas por González,⁹ quien refiere que el CEE se inicia como una pápula indurada, placa o nódulo, localizado en áreas expuestas a la luz solar, de forma poligonal, redonda, oval o umbilicada. Su evolución varía desde meses hasta varios años, su crecimiento suele ser lento y progresivo, invadiendo cada vez más un área mayor de tejido sano y con el transcurso de semanas o meses tiende a ulcerarse hasta quedar constituida la lesión primitiva. Los estudios realizados por Hirota¹⁰ sobre el CCE de la cavidad oral han reafirmado, que aparecen con frecuencia linfadenopatía metastásicas regionales; principalmente en los ganglios retroauriculares y submaxilares, aunque pueden saltar estaciones ganglionares dando metástasis en el tercio medio yugular.

El diagnóstico de la enfermedad se basa en el cuadro clínico, los antecedentes de lesiones precancerosas u otros factores cancerígenos, y se corrobora con el estudio histopatológico.¹¹ En nuestro caso se corresponde la descripción histológica con lo referido por Kirkham,¹² quien plantea que el CCE se caracteriza por la presencia de masas irregulares de células epidérmicas que proliferan hacia la dermis y se componen de células normales y células atípicas (anaplásicas). Estas últimas poseen distinto tamaño y forma, mostrando núcleos hiperplásicos e hipercromáticos, desaparición de los puentes intercelulares, queratinización individual y mitosis anormales. La diferenciación se orienta hacia la queratinización, que se traduce en perlas córneas estructuradas muy características, que constan de capas concéntricas de células escamosas, con queratinización creciente hacia el centro. Los gránulos de queratohialina son escasos o nulos. Pinilla¹³ asevera, que los criterios histológicos son importantes para el pronóstico, e incluyen el grado de diferenciación, nivel de invasión (mayor riesgo si invade por debajo de la dermis reticular); el tamaño del tumor (los tumores de más de 2cm tienen mayor riesgo de metástasis), el neurotropismo, la infiltración linfática y vascular, y la presencia de recidivas tumorales.

A nuestra paciente se le realizó la extirpación quirúrgica de la lesión tumoral, en franca correspondencia con lo postulado por diversos investigadores, quienes aseveran que el tratamiento tiene como objetivo principal la eliminación completa de la lesión tumoral, con resultados cosméticos aceptables. La cirugía es el tratamiento de elección y debe realizarse con un margen de 3-4 mm en los de bajo riesgo

(invasión de menos de 2mm en profundidad), ya que proporciona un índice de curación del 90%.¹⁴ Pua, et al¹⁵ afirman, que se requiere la exéresis con márgenes de 6mm para aquellos con grosor de invasión de 2-6mm y con diámetros mayor de 1cm; mientras que en los de alto riesgo (con profundidad mayor de 6 mm y con diámetros mayores que 2cm, usualmente requieren márgenes de 6-9 mm o cirugía de Mohs. Cumberland¹⁶ señala, que en los tumores recidivantes o con invasión perineural siempre se aconseja realizar cirugía de Mohs. Por su parte Mendenhall,¹⁷ destaca la importancia de la radioterapia y sugiere que debe utilizarse en localizaciones anatómicas donde se necesite la preservación de la función. Staub¹⁸ y et al plantean, que los pacientes deben ser vigilados para detectar una posible metástasis los cinco años siguientes.

CONCLUSIONES

Ante la sospecha clínica de la aparición del CCE invasivo diferenciado, se debe instaurar un tratamiento oportuno, correcto y eficaz, con el que se corrobore el diagnóstico y se elimine el proceso neoplásico maligno de la piel; permitiendo el adecuado seguimiento del paciente, asociado a la pertinente búsqueda de otras lesiones cutáneas premalignas y malignas, que muchas veces pasan inadvertidas para el enfermo y que a mediano o largo plazo propiciarán la aparición de nuevos procesos tumorales de la piel y sobre las que hay que actuar de forma rápida, para evitar futuras complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Domínguez LS, Cortés RF. Carcinoma espinocelular. En: Falabella R. Fundamentos de Medicina Dermatología. 7ed. Medellín. Colombia: Editora Corporación para Investigaciones Biológicas; 2009.p. 356-63.
2. Bulliard JL, Panizzon RG, Levi F. Epidemiology of epithelial skin cancers. Rev Med Suisse. 2009; 5(200):884-8.
3. Cuba. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Incidencia de cáncer según sexo y principales localizaciones. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: Ecimed; 2008.

4. México. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Compendio del Registro Nacional Histopatológico de Neoplasias Malignas. México DF: Secretaría de Salud; 2009.
5. Lee DA, Miller SJ. Nonmelanoma skin cancer. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2009; 17(3):309-24.
6. Rhee JS, Matthews AB, Neuburg M, Burzynski M, Nattinger AB. Validation of a quality of life instrument for patients with nonmelanoma skin cancer. *Arch Facial Plast Surg.* 2006; 8(5):314-8.
7. Southerlan D. Risk factors for basall cell and squamous cell carcinoma. *Act Oncol.* 2007; 26(8):539-45.
8. Poomsawat S, Punyasingh J. A clinicopathologic study of oral leukoplakia and erythroplakia in a Thai population. *Quint Int.* 2007; 38(8):448-55.
9. González AG. Otros tumores de la piel. En: Manzur J, Díaz J, Cortés M, editores. *Dermatología.* La Habana: Ciencias Médicas; 2002.p. 272-84.
10. Hirota SK, MigliariII DA, Sugaya NN. Carcinoma epidermoide oral en un paciente joven. Presentación de caso y revisión de la literatura. *An Bras Dermatol.* 2006; 81(3):251-4.
11. Held L, Eigentler TK, Garbe C. Early recognition and prevention of skin cáncer. *MMW Fortschr Med.* 2009; 151(39):31-3.
12. Kirkham N. Tumors and Cysts of the epidermis. En: Elder DE, Elenitsas R, Johnson B, Jaworsky C, editores. *Lever´s histopathology of the skin.* 9th ed. Philadelphia: Lippincott Wilkins; 2006.p. 617-54.
13. Pinilla JP. Inmunohistoquímica en Dermatopatología: Tumores Epidérmicos, tumores de las Glándulas Sebáceas y tumores de las Glándulas sudoríparas. *Rev Chilena Dermatol.* 2009; 25(1):64-7.
14. Dawe RS. Treatment options for non-melanoma skin cancer. *G Ital Dermatol Venereol.* 2009 Aug; 144(4):453-8.
15. Pua VS, Huilgol S, Hill D. Evaluation of the treatment of non-melanoma skin cancers by surgical excision. *Australas J Dermatol.* 2009 Aug; 50(3):171-5.
16. Cumberland L, Dana A, Liegeois N. Mohs micrographic surgery for the management of nonmelanoma skin cancers. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2009; 17(3):325-35.
17. Mendenhall WM, Amdur RJ, Hinerman RW, Cogenetta AB, Mendenhall NP. Radiotherapy for cutaneous squamous and basal cell carcinomas of the head and neck. *Laryngoscope.* 2009; 119(10):1994-9.

18. Staub G, Revol M, May P, Bayol J, Verola O, Servant JM. Excision skin margin and recurrence rate of skin carcinomas. Ann Chir Plast Esthet. 2008 Oct; 53(5):389-98.

Recibido: 12 de mayo de 2009

Aprobado: 7 de septiembre de 2009

Dr. Héctor Oscar Victoria Bárzaga. Email: vhectoroscar@yahoo.es