

Carcinoma epidermoide infiltrante: reporte de un caso

Infiltrating epidermoid carcinoma: a case report

Dr. Héctor Oscar Victoria Bárzaga; Dr. Asmell Ramos Cabrera; Dra. Johanna Cecilia Valdeblánquez Atencio; Lic. Darien Nápoles Vega

Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Provincial Octavio de la Concepción y la Pedraja

RESUMEN

Se presenta el caso de un hombre de raza blanca, 78 años de edad, fumador inveterado, con antecedentes patológicos personales de leucoplasia del labio inferior, además de exponerse de forma prolongada a radiaciones ultravioletas, desarrolló un carcinoma epidermoide infiltrante del labio inferior con metástasis ganglionar regional. Exponemos los aspectos etiogénicos y clinicopatológicos que se describen de este tipo de cáncer cutáneo a la luz de los conocimientos actuales, así como su tratamiento, pronóstico y seguimiento.

DeCS: carcinoma de células escamosas; estudios de casos

ABSTRACT

A case of a white, 78 years-old man is presented, inveterate smoker, with a personnel pathological history of leukoplasia of the lower lip as well as being in protracted exposure to ultraviolet radiation, developed an infiltrating epidermoid carcinoma of the lower lip with ganglionic regional metastasis. We expose the etiogenic and clinicopathologic aspects that are described of this type of cutaneous

cancer in light of the current knowledge, as well as its treatment, prognosis and follow-up.

DeCS: carcinoma squamous cell; case studies

INTRODUCCIÓN

El carcinoma epidermoide es una neoplasia maligna de células epidérmicas, que retienen algunas de las características de la epidermis suprabasal normal. El tumor aparece en varias formas con diferentes grados de malignidad. Sus características más importantes son la anaplasia, el rápido crecimiento, la destrucción tisular local y su capacidad para hacer metástasis.¹

Es la segunda forma más frecuente de cáncer cutáneo tras el carcinoma basocelular.

Su incidencia aumenta en muchos países. En Australia la incidencia en 1990 fue de 250 casos por 100.000 habitantes, con un aumento en la incidencia entre 1990 y 2004 del 62 % en los varones. La mortalidad del carcinoma escamoso es solo del 0,7 % y disminuye en la mayor parte de países, pero debido a la frecuencia del cáncer cutáneo, no puede menospreciarse su importancia en la mortalidad por cáncer.²

Dentro de los factores de riesgo, destaca el fototipo de piel, es mayor en los fototipos I y 2 que se queman con facilidad. Otros factores de riesgo incluyen la edad (más frecuente alrededor de los 60-65 años), la exposición a UVB, la radiodermatitis, la ingesta de arsénico, la infección por papiloma virus humano, la inmunosupresión y la existencia de procesos dermatológicos como úlceras crónicas.³

Los mecanismos etiopatogénicos mediante los cuales factores intrínsecos e intrínsecos culminan en el desarrollo de un carcinoma epidermoide cutáneo, son muy complejos y están lejos de ser comprendidos a la luz de los conocimientos actuales.^{2, 3}

REPORTE DEL CASO

Se presenta el caso de un hombre de raza blanca, 78 años de edad, con antecedentes de salud anterior, fumador inveterado por más de 40 años, de

ocupación agricultor desde hace aproximadamente 55 años, procedente de una zona rural del municipio camagüeyano Sibanicú, fue remitido por su médico del consultorio de su área de salud hacia la consulta de Dermatología del Hospital Militar de Camagüey, para valoración médica especializada. Nos refirió que hace alrededor de tres años comenzó a presentar en el labio inferior una sensación de ardor, que él le achacó a la posible irritación del labio con alguna sustancia herbicida de las que utiliza para regar sus cultivos, pues en ocasiones se queda impregnada por el rociamiento en las vasijas donde se toma el agua. Esta irritación empeoraba cuando se exponía durante mucho tiempo al sol y cuando fumaba cigarro, lo que no le sucedía cuando fumaba tabaco pues le irritaba menos. Se comenzó a aplicar miel de abejas, con lo que se le alivió un poco la sensación de ardor, pero el enrojecimiento persistió y en su lugar, después de transcurrir varios meses en los que no acudió al médico, apareció una caspita blanca que como no le dolía no le hizo caso y en ocasiones se la trataba de quitar con la uñas. Al transcurrir varios meses más (hace aproximadamente un año y medio) sobre esta caspita blanca apareció una bolita de pequeño tamaño, como un frijol que después de algún tiempo se le reventó y le comenzó a crecer y a sangrar, pero que al no dolerle mucho, en ocasiones le picaba, se la curaba con miel de abejas algunas veces, otras con timerosal y en la mayoría de las ocasiones simplemente se la lavaba con agua limpia o agua serenada. No había acudido nuevamente al médico de su área de salud, por lo que ahora ya preocupado y ante la insistencia de algunos de sus familiares, acudió en busca de asistencia médica, razón por la cual fue remitido hacia nuestro hospital.

Al examen físico dermatológico del paciente constatamos la presencia de un cuadro cutáneo localizado a nivel del labio inferior que abarcaba este en casi su totalidad, quedando solamente sin afectarse 1cm antes de hacer contacto con la comisura labial derecha. Constituido por una lesión tumoral (Figura 1) de aproximadamente 10cm de diámetro, de superficie irregular, donde predominan pápulas erosivas, nódulos y vegetaciones papilomatosas, así como ulceraciones que sangran con facilidad ante el más mínimo contacto con su superficie, con tejido de granulación y moderados signos de sepsis.

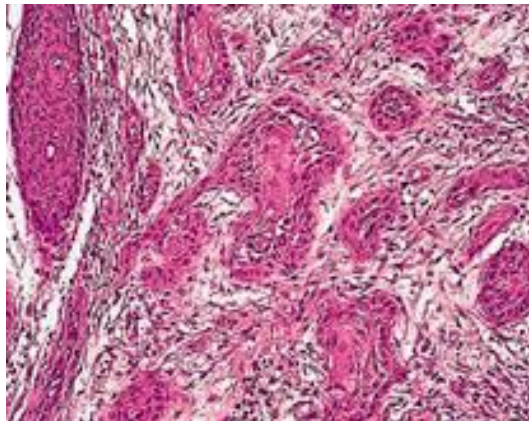
Figura 1. Lesión tumoral de superficie irregular



También constatamos en este enfermo la presencia de pequeñas adenopatías retroauriculares y submaxilares, bilaterales, móviles y poco dolorosas a la palpación.

Al tomar en consideración la historia de la enfermedad referida por este paciente, sus hábitos tóxicos, así como la constante y prolongada exposición del mismo a carcinogénicos ambientales como las radiaciones ultravioletas, el tiempo evolutivo de la lesión tumoral y sus características clínicas, se realizó el diagnóstico presuntivo de carcinoma epidermoide infiltrante, lo que fue corroborado después de practicada la exéresis quirúrgica del tumor, en su ulterior estudio histológico, que demostró que este paciente padecía de un carcinoma epidermoide infiltrante.

Figura 2. Estudio histológico que corrobora el carcinoma epidermoide infiltrante



DISCUSIÓN

El carcinoma epidermoide cutáneo, también denominado carcinoma de células escamosas, epitelioma espinocelular y epitelioma de células escamosas es un tumor maligno, derivado de los queratinocitos epiteliales.^{3, 4}

El carcinoma epidermoide representa entre el 18 y el 20 % de las neoplasias cutáneas en la población de Estados Unidos. Ocupa el segundo lugar en frecuencia, en una proporción de 4 a 1 con respecto al carcinoma basocelular, con una incidencia de 105/100,000. En el Reino Unido la frecuencia anual es de 35.8/100,000 habitantes, mientras que en Australia es de 890/100,000 habitantes. La máxima incidencia se reporta entre los 80 y 84 años de edad, grupo en el que se manifiesta hasta en 1.556 por cada 100.000 habitantes.^{4, 5}

El carcinoma epidermoide infiltrante es un tipo clínico de carcinoma epidermoide que aparece con más frecuencia en los hombres que en las mujeres, sobre todo en los de raza blanca. Es más común después de los 50 años de edad, suele asentar en las áreas que cuentan con muchos días soleados anualmente y en personas que trabajan bajo la luz solar de manera directa o en contacto con sustancias químicas carcinógenas.⁶

Aunque su causa no está dilucidada a la luz de los conocimientos actuales, se han involucrado factores desencadenantes extrínsecos e intrínsecos. Dentro de los extrínsecos podemos destacar el papel que juegan las radiaciones ionizantes, principalmente los rayos X, grenz y gamma, el virus del papiloma virus humano, diversas sustancias químicas como hidrocarburos (hollín, alquitrán de hulla y aceites cortantes), la terapia o ingesta de arsénico, el hábito de fumar, así como a infecciones recurrentes del virus del herpes simple humano. Dentro de los factores extrínsecos se destaca al papel de algunas genodermatosis como el xeroderma pigmentoso, el albinismo oculocutáneo, la inmunosupresión, y las alteraciones que ocurren en lesiones cutáneas preexistentes tales como cicatrices de heridas quirúrgicas o por quemaduras. Se ha destacado el papel de la leucoplasia como lesión precursora del carcinoma epidermoide infiltrante, fundamentalmente en fumadores inveterados que se exponen profesionalmente durante largos períodos de tiempo al efecto deletéreo de las radiaciones solares.^{6, 7}

Clínicamente el carcinoma epidermoide infiltrante se manifiesta como un tumor sangrante, con aspecto de carne cruda, granuloso, fácilmente vulnerable, en cuya superficie predominan pápulas erosivas, nódulos y vegetaciones papilomatosas, así como ulceraciones con base necrótica, suave y bordes con aspecto de tejido de granulación, que excepcionalmente aparecen sobre un área previamente sana, vale decir que en el 90 % de los pacientes el carcinoma epidermoide infiltrante proviene de una lesión precancerosa. Se acompaña además de hemorragias y costras de color rojo, suave a la palpación, aspecto irregular, frecuentemente en coliflor. Es un tumor aislado, aunque puede manifestarse de forma múltiple. 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. Pueden constatar

además linfadenopatías metastásicas regionales, en el carcinoma epidermoide del labio inferior la diseminación linfática se realiza principalmente a los ganglios retroauriculares y submaxilares, aunque pueden saltar estaciones ganglionares dando metástasis en el tercio medio yugular.^{8, 9}

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico, los antecedentes de lesiones precancerosas u otros factores cancerígenos y se corrobora con el estudio histopatológico. La histología evidencia que este tipo de cáncer cutáneo mantiene contacto con la epidermis y muestra un crecimiento tumoral en forma de hojas o nidos tumorales, con presencia de células disqueratóticas, formación de perlas córneas y con conservación de formación de queratina y de los puentes de unión. La diferenciación del tumor es hacia la queratinización y debe clasificarse en bien diferenciado, moderadamente diferenciado o pobremente diferenciado. Los criterios histológicos que son importantes de cara al pronóstico incluyen además del grado de diferenciación, el 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. El diagnóstico diferencial incluye el carcinoma basocelular, el queratoacantoma, el melanoma amelanótico y otros tumores fusocelulares menos frecuentes como el fibroxantoma atípico.⁹

La extirpación quirúrgica del carcinoma epidermoide infiltrante es el tratamiento de elección. Debe realizarse con un margen de 3-4 mm en los carcinomas epidermoides infiltrantes de bajo riesgo (invasión de menos de 2mm en profundidad), ya que da unos índices de curación del 90 %, 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 6mm y con diámetros mayores que 2cm, usualmente requieren márgenes de 6-9mm o cirugía de Mohs. En los tumores recidivantes o con invasión perineural siempre se aconseja realizar cirugía de Mohs. La radioterapia debe utilizarse en localización en que se necesite la preservación de la función. Los pacientes deben ser vigilados durante cinco años para detectar una posible metástasis y la posibilidad de una segunda tumoración que se encuentra entre el 10 y 30 % de los casos (18 % a los tres años) y del desarrollo de un carcinoma basocelular (43 % en los tres años siguientes). En el carcinoma epidermoide infiltrante la frecuencia de recidivas y metástasis asciende al 10-25 %. Los estudios histológicos son de ayuda pronóstica, los tumores de mayor tamaño (>4mm de espesor), especialmente que invaden en profundidad la dermis y el tejido subcutáneo tienen un riesgo mayor de metástasis, así como los tumores menos diferenciados. La evidencia histológica de

invasión perineural también es signo de mal pronóstico, la mayor parte de los casos que presentan invasión perineural fallecen por la enfermedad.^{9, 10}

CONCLUSIONES

El carcinoma epidermoide infiltrante ocupa el segundo lugar en frecuencia entre las neoplasias cutáneas malignas en el mundo. Ante la sospecha clínica de la aparición de este tipo de cáncer cutáneo debemos tomar todas las precauciones necesarias para corroborar el diagnóstico e imponer el adecuado tratamiento de forma rápida, en aras de reducir la mortalidad que aparece en este tipo de neoplasia maligna, cuya incidencia se ha visto incrementada en los últimos años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rigel DS, Kopf AW. Carcinoma de células escamosas. En: Friedman RJ, editor. Cáncer de piel. 2ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2005.p.91-101.
2. Gloster HM, Brodland DG. The epidemiology of skin cancer. *Dermatol Surg* 2006;22:217-26.
3. Marks R. Squamous cell carcinoma. *Lancet* 2004;347:735-8.
4. Salasche SDI. Epidemiology of actinic keratosis and squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 2004;42:4-7.
5. Buendía Eisman A, Muñoz NJ, Serrano OS. Epidemiología del cáncer cutáneo no melanoma. *Piel* 2003;3:236-9.
6. Murphy K. Impact of comorbidity, symptoms, and patients' characteristics on the prognosis of oral carcinomas. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;126(9):1079-85.
7. Sartain A, Marchi AG. Squamous cell carcinoma of the oral cavity-chronic oral ulcerative disease as a possible etiologic factor. *J Surg Oncol* 1975;7(1):21-6.
8. Beck C, Bwibo H. Squamous cell carcinoma. *Cancer* 1987;60(2):236-9.
9. Abeldaño A, Brea P, Chouela E. Algoritmo de diagnóstico, tratamiento y seguimiento del carcinoma espinocelular. *Dermatol Arg* 1997;III:158-60.
10. Lloyd N, Donald G, McQuarry H. Host genes controlling the susceptibility and resistance to squamous cell carcinoma. *Mastery of surgery Pathol Int* 2004;50(5):353-62.

Recibido: 8 de enero de 2007

Aceptado: 2 de agosto de 2007

Dr. Héctor Oscar Victoria Bárzaga. Especialista de II Grado en Dermatología.
Profesor Instructor. Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Provincial Octavio de
la Concepción y la Pedraja. Camagüey. Cuba.