

Carcinoma epidermoide cutáneo recidivante en región frontal: Revisión de la literatura y reporte de caso clínico.

Recurrent cutaneous epidermoid carcinoma in the frontal region: Review of the literature and clinical case report.

Oswaldo Morales López,* José Edgar Garduño Mejía**

RESUMEN

El carcinoma epidermoide cutáneo, es una neoplasia maligna la cual se origina a partir de los queratinocitos de la piel o mucosa, siendo considerado el segundo cáncer con más frecuencia en cabeza y cuello después del carcinoma basocelular. Su etiología es multifactorial, siendo el factor predisponente la exposición solar prolongada (radiación ultravioleta), la cual afecta directamente el ADN celular. Asimismo se ha asociado la infección por virus del papiloma humano, influyendo en el estado inmune del paciente. Es de suma importancia conocer factores de pronóstico como son: tamaño tumoral, profundidad, tipo histológico, invasión perineural, zonas de riesgo y zonas de drenaje, los cuales incrementarán el riesgo de recidiva y metástasis a distancia, impactando de manera importante en el pronóstico del paciente. El tratamiento del carcinoma epidermoide puede ser multimodal, desde cirugía, radioterapia y quimioterapia. En este artículo presentamos nuestra experiencia en el tratamiento del carcinoma epidermoide cutáneo de paciente femenino de 64 años de edad, la cual es referida a nuestra consulta por la presencia de una lesión ulcerada en región frontal. Apegándonos a protocolos establecidos en la literatura internacional y nacional, se realiza resección quirúrgica más rotación de colgajos cutáneos para la reconstrucción del defecto residual, obteniendo resultados satisfactorios tanto funcionales como estéticos, los cuales impactan de forma directa en la calidad y pronóstico de vida de la paciente.

Palabras clave: Carcinoma epidermoide, escamocelular, colgajo, cáncer de cabeza y cuello.

ABSTRACT

Cutaneous squamous cell carcinoma is a malignant tumor which originates from keratinocytes of the skin or mucosa, being considered the second most common cancer in the head and neck after basal cell carcinoma. Its etiology is multifactorial, being the predisposing factor prolonged sun exposure (ultraviolet radiation), which directly affects the cell's DNA, so it has been associated infection human papilloma virus, influencing the immune status of the patient. It is extremely important to know prognostic factors such as: tumor size, depth, histological type, perineural invasion, risk areas and drainage areas, which will increase the risk of recurrence and distant metastases, impacting significantly on the forecast patient. Treatment of squamous cell carcinoma may be multimodal, from surgery, radiotherapy and chemotherapy. We present our experience in the treatment of squamous cell carcinoma skin of a female 64 years old, which is referred to our clinic by the presence of an ulcerated lesion in the frontal region, by adhering to protocols established in international and national literature. Surgical resection is performed more rotation skin flaps for reconstruction of the residual defect, obtaining both functional and aesthetic satisfactory results, which directly impact the quality of life and prognosis of the patient.

Key words: Squamous, squamous cell carcinoma, flap, head and neck cancer.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma epidermoide (CE) se conoce como el tipo de cáncer más común de cabeza y cuello, que se origina en la piel o epitelio que recubre las mucosas del área cervicofacial.¹ En cuanto a prevalencia mundial de cáncer de cabeza y cuello ha mostrado un incremento importante en las últimas dos décadas, pasando del decimotercero al sexto lugar según la OMS.¹ De acuerdo con Tirado-Gómez el CE en cabeza y cuello representa el

* Médico Residente de tercer año.

** Jefe de Servicio y Profesor Titular de Curso.

Especialidad en Cirugía Oral y Maxilofacial, Centro Médico «Lic. Adolfo López Mateos».

Recibido: 05 Enero 2017. Aceptado para publicación: 13 Septiembre 2017.

17.6% en el registro histopatológico de neoplasia en México en el año 2002.² Alrededor del mundo, los cánceres de cabeza y cuello presentan grandes diferencias en la frecuencia de presentación y sitio de origen.³

El cáncer de piel es una de las neoplasias más frecuentes en México, cada año se registran 13,000 casos nuevos,⁴ siendo el CE, la segunda neoplasia cutánea más frecuente, después del carcinoma basocelular, con un riesgo a la vida, estimado de 7 a 11%,⁵⁻⁹ aumentando su incidencia de forma considerable durante los últimos 20 años.⁶ El CE de la piel, también llamado carcinoma espinocelular o carcinoma de células escamosas, es una neoplasia maligna que se origina a partir de los queratinocitos epidérmicos o bien del epitelio de la mucosa oral o genital.^{5,7} La incidencia anual del CE cutáneo varía dependiendo de la altitud y la región geográfica.⁷ Ésta ha ido incrementando rápida y mundialmente, Australia posee la más alta incidencia,⁸ en España se estima una tasa anual de entre 72 por cada 100,000 habitantes en el género femenino, y de 100.8 por cada 100,000 habitantes en el género masculino,⁶ en Estados Unidos se reportan aproximadamente 700,000 casos por año,⁹ en México existe un subregistro de casos de cáncer de piel representando una prevalencia del 8% en cabeza y cuello,⁷ de acuerdo con Tirado-Gómez, los carcinomas no melanocíticos de la piel, se reportaron 11,803 casos, lo que significa el 62% de los cánceres de cabeza y cuello reportados en el 2002.²

El CE es más común en el género masculino, sin embargo, en México, la frecuencia es similar entre hombres y mujeres.

De acuerdo con la clasificación de Peniche, el CE adopta uno de los siguientes tipos:⁵

- Ulceroso: más frecuente, puede presentarse desde su inicio como una úlcera, o bien iniciar como una lesión nodular que posterior se ulcera.
- Nodular: se caracteriza por ser una lesión exofítica de superficie lisa o discretamente costrosa, de base infiltrada.
- Nodular queratósico: lesión levantada de tipo nodular o tipo placa, pero que presenta hiperqueratosis en la superficie, en ocasiones simulando un cuerno cutáneo.
- Vegetante: se inicia generalmente como una lesión nodular, en cuya parte central se desarrolla una lesión vegetante, su desarrollo es más frecuente en extremidades.
- Superficial: clínicamente se manifiesta como una placa eritematosa, queratósica o verrugosa, de uno o varios centímetros, de lenta evolución.

Los CE pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, pero la mayoría de ellos, se relacionan con áreas de

mayor exposición solar,⁵ de acuerdo con el estudio de Itay y cols., existe una alta presencia en hombres a nivel de cuero cabelludo, pabellones auriculares y mejilla; con respecto a mujeres, tuvo una alta incidencia en mejilla, frente y nariz, esta diferencia entre géneros puede ser explicada, por la distribución del vello facial y la presencia de cabello largo en mujeres.⁸

El CE cutáneo tiene una etiopatogenia multifactorial, siendo la exposición a la radiación ultravioleta, el factor de riesgo más importante para su desarrollo.^{2,4,5,7,9,10} La mayoría de pacientes refieren una historia de exposición solar prolongada.⁹ La radiación ultravioleta B (UVB), causa mutaciones y efectos inmunosupresores esenciales en los procesos de carcinogénesis inducida por luz; «fotocarcinogénesis». Dichos efectos se limitan a la epidermis e incluyen la alteración de la forma y la función del ADN.⁷ Específicamente estas mutaciones afectan al gen supresor de la proteína p53.^{1,7} Una propiedad patogénica de la radiación ultravioleta es potencializar la inmunosupresión cutánea, disminuyendo el número de células de Langerhans en la piel, lo cual modifica la capacidad de presentación antigénica.⁷ A su vez los genes controlados por la proteína p53, están implicados en la reproducción y muerte celular, previniendo el crecimiento descontrolado de las células, jugando un papel importante en el control de la reproducción anormal y un descontrolado ciclo de la célula.^{2,7,9}

Se ha relacionado la presencia del virus del papiloma humano (VPH) con la aparición de CE cutáneo, algunas teorías sugieren que la inmunosupresión inducida por la radiación ultravioleta incrementa el riesgo de infección por VPH, siendo estas situaciones cofactores en la carcinogénesis, al estimular la división celular, inhibir la apoptosis por mediación de la radiación UV y posiblemente por la permisión en la replicación del VPH.^{1,7} La tendencia a la invasión y a la metástasis en el CE, varía en relación con varios factores, denominados factores pronósticos de alto riesgo, los cuales se mencionarán a continuación.^{5,6}

Tamaño

Entendido como el diámetro horizontal mayor, éste se ha correlacionado con mayor tasa de recurrencias locales, metástasis regionales y una menor supervivencia. El límite a partir del cual los tumores tienen una mayor tendencia a generar metástasis se ha establecido en varios trabajos en 2 cm, siendo así tumores mayores a 2 cm los que tienen doble de probabilidad de recurrir, y tres veces más de metastatizar, sin embargo, existe una controversia con respecto a este límite.^{5,6}

Profundidad

Zona de mayor invasión por el tumor, medida en milímetros, siendo equivalente al Breslow en el melanoma. De acuerdo con Branscht y cols., concluyeron que los CE menores de 2 mm, presentaban un riesgo de recidiva y metástasis prácticamente nulo, en los tumores entre 2.1 y 6 mm, el riesgo aumentaba hasta el 4%, si el tumor era mayor a 6 mm, hasta un 16%. El grosor y el nivel de invasión en profundidad son factores pronósticos importantes en el CE.^{5,6}

Invasión perineural

Se refiere a la disposición que guardan las células alrededor de una vaina nerviosa, se produce en un 5 a 10%, ésta puede ser diagnosticada clínica o histológicamente, y se asocia con una mayor tasa de recidivas e invasión ganglionar.^{5,6}

Tipo histológico

En la práctica individual dividimos a los CE, en bien diferenciados, moderadamente diferenciados y pobremente diferenciados, siendo los de peor pronóstico los menos diferenciados.^{5,6,8}

Zonas de alto riesgo y zonas de drenaje

De acuerdo con la última clasificación del Comité Conjunto Americano contra el Cáncer (AJCC), se han especificado dos localizaciones de alto riesgo: labio y pabellón auricular, sin embargo, otros autores añaden el cuero cabelludo, por tratarse de una localización con daño actínico crónico. Los CE que drenan en parótida por orden de frecuencia son: mejilla, pabellón, auricular, sien, frente y cuero cabelludo, siendo de peor pronóstico, se ha demostrado que las metástasis a parótida se relacionan con un peor control de la enfermedad, empeorando el pronóstico.^{6,8}

Manejo del carcinoma epidermoide

Históricamente esta neoplasia se ha manejado, ya sea con una sola modalidad terapéutica (cirugía o radiación) en etapas iniciales, o en forma combinada (generalmente cirugía seguida por radiación) en etapas avanzadas.¹ De acuerdo con Nuño, el tratamiento de elección, es cirugía micrográfica de Mohs o cirugía estándar con márgenes suficientes, para que los bordes estén libres de infiltración

neoplásica.⁶ De acuerdo con el Instituto Nacional del Cáncer en los Estados Unidos (NCI), recomienda dejar un margen mínimo de 4 mm en tumores menores de 2 cm, y un mínimo de 6 mm en tumores de más de 2 cm. En profundidad abarcar la totalidad del tejido celular subcutáneo. En conclusión, la cirugía sigue siendo una excelente opción con la utilización de colgajos cutáneos, para el cierre post-resección del tumor.¹¹

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 64 años de edad, originaria y residente del Estado de México, sin antecedentes heredo-familiares de relevancia, refiere hipertensión arterial sistémica de un año de evolución, en tratamiento. Inicia padecimiento actual hace cuatro años con presencia de mancha melánica, con bordes irregulares en región frontal derecha, la cual presenta crecimiento gradual así como ulceración, motivo por el cual acudió hace ocho meses al centro de salud comunitario, quien la refiere a este centro médico. En su valoración en la consulta externa, se aprecia lesión en región frontal derecha, con un tamaño aproximadamente de 4 x 5 cm, bordes elevados, indurados, irregulares, de coloración violácea, en su centro presenta ulceración, sangrado y dolor a la palpación, región parotídea ipsilateral sin datos de actividad tumoral, cuello sin adenomegalias palpables, y no hay pérdida ponderal de peso (*Figura 1*). Se solicitan estudios laboratoriales encontrándose dentro



Figura 1. Tumoración frontal derecha.

de los parámetros permisibles, se decide realizar biopsia incisional, la cual al resultado histopatológico se integra el diagnóstico de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado ulcerado, motivo por el cual se envía a valoración por el Servicio de Medicina Interna y Anestesiología, quienes no contraindican procedimiento quirúrgico. En enero de 2016 bajo anestesia general mediante intubación orotraqueal, se realiza resección quirúrgica con márgenes de seguridad y rotación de colgajo bilobulado de región frontal, misma que se llevó a cabo sin incidentes ni accidentes (Figura 2). A los siete días acude a consulta externa



Figura 2. Resección tumoral, más rotación de colgajo bilobulado.

para revisión y retiro de puntos, en la cual no hay presencia de datos de infección (Figura 3), se recaba estudio histopatológico postquirúrgico, el cual reporta lecho quirúrgico en contacto con neoplasia e invasión perineural, por lo que se decide vigilancia con citas subsiguientes cada 15 días, al tercer mes presenta aumento de volumen significativo en misma región, con secreción serosa (Figura 4), se realiza biopsia incisional y siete días posterior, se recaba estudio histopatológico el cual reporta neoplasia maligna de alto grado, con displasia epitelial leve. Se inicia nuevo protocolo quirúrgico, llevándose a cabo en abril de 2016, bajo anestesia general, resección con márgenes de seguridad de 1 cm alrededor de la lesión, y en profundidad abarcando hasta pericráneo, con posterior rotación de colgajo cutáneo en forma de O-S (Figuras 5 a 7), procedimiento el cual se lleva a cabo sin incidentes. Acude a cita de control siete días después, con reporte de estudio histopatológico, el cual refiere recidiva de carcinoma epidermoide pobremente diferenciado, con bordes libres de neoplasia a 3 mm, sin datos de permeación vascular, ni invasión perineural. Actualmente la paciente continúa bajo vigilancia con citas subsiguientes cada mes, sin datos de recidiva, cursando con adecuada evolución (Figura 8).

DISCUSIÓN

La presentación de CE en cabeza y cuello sigue ocupando el segundo lugar de neoplasias malignas de piel



Figura 3. Postquirúrgico a los siete días.



Figura 4. Control a los tres meses del postoperatorio.



Figura 5. Resección de recidiva tumoral, más rotación de colgajo O-S.



Figura 6. Resección tumoral con márgenes de seguridad.

a nivel mundial, teniendo una presentación clínica variada y una etiología multifactorial, siendo el mayor factor predisponente la radiación solar. Asimismo la presentación del CE se asocia con factores pronósticos de riesgo como son: tamaño, profundidad, invasión perineural, tipo histológico, zonas anatómicas de alto riesgo, zonas de drenaje, así como la asociación con infección de virus del papiloma humano, incrementando el grado de malignidad, lo que conlleva a un mayor riesgo de recidivas y de diseminación a distancia. Es indispensable enseñar al médico de primer contacto, a identificar a los pacientes con alto riesgo de cáncer de cabeza y cuello, sintomatología y los signos incipientes, así como difundir el daño que ocasiona la radiación solar prolongada, desde etapas tempranas de la vida, lo que evitaría enormes repercusiones, no sólo en la pérdida de personas en edad reproductiva, sino en la calidad de vida de los supervivientes.



Figura 7. Postquirúrgico inmediato.

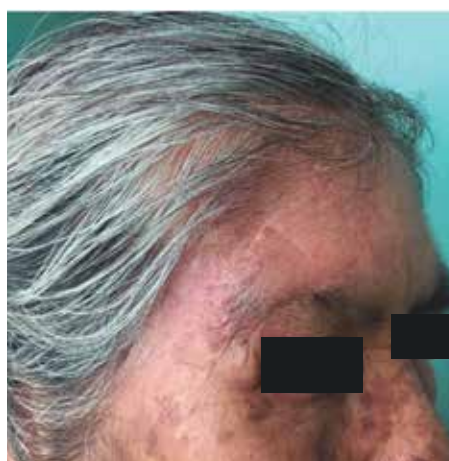


Figura 8. Cita de control a tres meses del segundo evento quirúrgico.

CONCLUSIÓN

De acuerdo con la experiencia que contamos en nuestro servicio, en el manejo del paciente con cáncer de piel en cabeza y cuello, nos permite brindar atención de alta calidad con los suficientes recursos humanos y tecnológicos, consideramos en el caso de nuestra paciente se brindó un abordaje diagnóstico temprano lo que nos permitió un manejo quirúrgico inicial oportuno, tratando de preservar estructuras importantes que se reflejaron en resultados satisfactorios, tanto estéticos como funcionales, contando con un protocolo apegado a lo que se reporta en la literatura nacional e internacional, siempre en busca de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gallegos-Hernández JF. Cáncer de cabeza y cuello. Gaceta Mexicana de Oncología. 2015; 14 (1): 1-2.
2. Tirado-Gómez L, Granados-García M. Epidemiología y etiología del cáncer de la cabeza y el cuello. Cancerología. 2007; 2: 9-17.
3. Gallegos-Hernández JF. El cáncer de cabeza y cuello. Factores de riesgo y prevención. Cir Cir. 2006; 74 (4): 287-293.
4. López-Cruz ZC. Incidencia de carcinoma basocelular y epidermoide. Dermatología Rev Mex. 2007; 51 (4): 49-53.
5. Barrón-Tapia T, Peniche-Rosado J, Peniche-Castellanos A, Arellano-Mendoza I, León-Dorantes G, Mercadillo-Pérez P. Carcinoma epidermoide de piel en la población mexicana. Estudio epidemiológico y clínico de 508 tumores. Rev Med Hosp Gen Mex. 2004; 67 (2): 71-77.
6. Nuño-González A, Vicente-Martín FJ, Pinedo-Moraleda F, López-Estebanz JL. Carcinoma epidermoide cutáneo de alto riesgo. Actas Dermosifiliogr. 2012; 103 (7): 567-578.
7. Mercadillo-Pérez P, Moreno-López LM. Fisiopatología del carcinoma epidermoide. Dermatol Rev Mex. 2013; 57 (2): 118-127.
8. Wiser I, Scope A, Azriel D, Zloczower E, Carmel NN, Shalom A. Head and neck cutaneous squamous cell carcinoma clinicopathological risk factors according to age and gender: a population-based study. Isr Med Assoc J. 2016; 18 (5): 275-278.
9. Kang SY, Toland AE. High risk cutaneous squamous cell carcinoma of the head and neck. World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg. 2016; 2 (2): 136-140.
10. Tamez-Cavazos RM, Rangel-Flores JM, Chávez-Suárez A, Vázquez-González H. Recurrencia del carcinoma basocelular y epidermoide en pacientes con reporte histopatológico de "tumor en bordes quirúrgicos". Cir Plast. 2003; 13 (2): 61-63.
11. Gutiérrez AM, Ulloa SJ, Ulloa BP. Colgajos cutáneos en cirugía oncológica facial. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello. 2012; 72 (1): 49-56.

Correspondencia:

Dr. Oswaldo Morales López
Av. Dr. Nicolás San Juan S/N,
Col. Ex Hacienda la Magdalena,
Toluca, Estado de México.
Tel: 2228 139011
E-mail: oswaldo_ml@msn.com