

Caso clínico

Carcinoma espinocelular subungueal con invasión ósea. Reporte de un caso y revisión de la literatura

María Teresa Vega González,* Daniel Alcalá Pérez,** Gissel Ivonne Castellanos Ramos***

RESUMEN

Al carcinoma epidermoide subungueal se le considera una patología poco frecuente, a pesar de ser la neoplasia maligna primaria más común en dicha topografía. El diagnóstico se retrasa debido a que la tumoración adopta morfologías similares a varias dermatosis benignas del aparato ungueal (verrugas virales, onicomicosis, distrofia ungueal, exostosis subungueal, etcétera). En este artículo se presenta el caso de un paciente con una tumoración subungueal en el dedo pulgar izquierdo, en donde, por estudios de extensión, se observaron datos de invasión tumoral ósea, y la histopatología reveló la presencia de un carcinoma epidermoide.

Palabras clave: Carcinoma epidermoide subungueal, neoplasia maligna primaria, invasión tumoral.

ABSTRACT

Subungual squamous cell carcinoma is considered a rare condition, despite being the most common tumor in this topography. The diagnosis is often delayed because the tumor can adopt similar morphologies to many benign nail conditions (viral warts, onychomycosis, nail dystrophy). In this article we present the case of a male patient with a subungual tumor localized in the left thumb. The radiographic and histopathological studies showed bone tumor invasion data, compatible with Squamous cell carcinoma.

Key words: Subungual squamous cell carcinoma, primary malignancy, viral warts, tumoral invasion.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma espinocelular con topografía subungueal es una dermatosis poco frecuente. No se diagnostica oportunamente debido a que la presentación clínica inicial se confunde con algunas patologías benignas, tales como verruga viral, onicomicosis, distrofia ungueal traumática, entre otras.¹

CASO CLÍNICO

Hombre de 58 años de edad, a la exploración física presentaba una dermatosis localizada a la extremidad superior izquierda, de la cual afectaba la región subungueal del dedo pulgar. La dermatosis estaba constituida por una neoformación blanquecina, de aproximadamente 1 cm, de forma irregular, de aspecto queratósico y bordes no bien delimitados (*Figura 1*).

Al momento de nuestra evaluación clínica el paciente negaba dolor u otra sintomatología; sin embargo, la lesión había sido previamente tratada por un médico particular como: «absceso de origen infeccioso», en ese momento sumamente doloroso. Entre sus antecedentes de importancia destacaba el tabaquismo crónico por 15 años, 30 cigarrillos al día, y un familiar con cáncer laríngeo.

* Dermatóloga adscrita al Instituto Nacional de Cancerología (INCAN).

** Dermato-Oncólogo y Jefe de Enseñanza.

*** Médico Residente del Tercer Año.

En nuestra unidad se realizó una biopsia en donde se observaron fragmentos sueltos de epitelio escamoso con atipia leve y queratinización individual, compatible con carcinoma espinocelular bien diferenciado (*Figuras 2 y 3*).

Los estudios radiográficos mostraron lisis de la falange distal por invasión ósea tumoral (*Figura 4*), por lo cual se decidió realizar como tratamiento definitivo una desarticulación interfalángica distal del pulgar izquierdo con resección de cabeza de falange proximal.

EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOPATOGENIA

El carcinoma espinocelular (CEC) de localización subungueal es la neoplasia maligna primaria más común del aparato ungueal; sin embargo, la mayoría de las publicaciones coinciden en que esta topografía es una variedad de presentación infrecuente. Suele observarse después de la quinta década de la vida, más en hombres que en mujeres.²

Aunque la patogenia no es completamente clara, algunas investigaciones han sugerido que el virus del papiloma humano puede actuar como un factor inductor de transformación maligna, e incluso se ha planteado la posibilidad de transmisión genital-digital como mecanismo de infección para los dedos de las manos.³ Otros factores que han sido relacionados son: radiodermatitis crónica, trauma e infecciones crónicas, así como la ingestión prolongada de arsénico.⁴

CUADRO CLÍNICO

Es muy variado. En un estudio clínico-patológico de 35 casos las formas de presentación clínica más

frecuentes fueron: hiperqueratosis subungueal, hemorragia subungueal, distrofia ungueal, traquioniquia, melanoniquia longitudinal, eritroniquia, leuconiquia, paroniquia crónica y síndrome tumoral subungueal.¹ La sintomatología suele ser leve, una minoría de los pacientes refiere dolor y esto se debe generalmente a la infección secundaria.^{5,6}

La topografía más frecuente es a nivel de los dedos de las manos (hasta 80% de los casos), y de éstos el dedo pulgar es el más afectado; los casos que asientan en los dedos de los pies son más frecuentes en el primer ortejo.^{1,7}

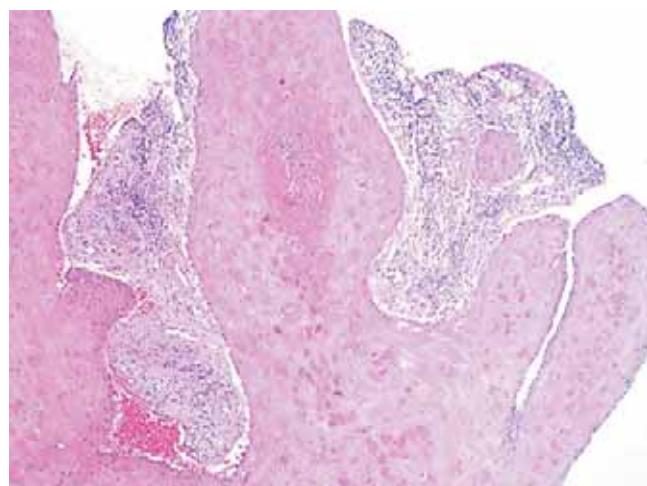


Figura 2. Fragmentos sueltos de epitelio escamoso con atipia leve y queratinización individual (H&E 10x).



Figura 1. Acercamiento de la tumoración donde se observa cómo provoca deformidad en la lámina ungueal.

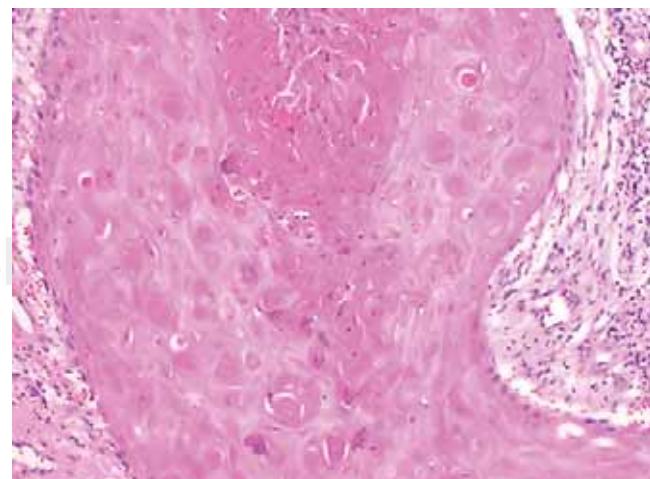


Figura 3. Mayor aumento donde se observan áreas de queratinización individual y datos de atipia leve (H&E 40x).



Figura 4. Lisis de la falange distal por invasión ósea tumoral.

Se le considera invasivo localmente y de crecimiento habitualmente lento. Las metástasis linfáticas son poco frecuentes y algunas publicaciones sugieren que su comportamiento biológico es menos agresivo que el carcinoma epidermoide de otras localizaciones anatómicas.⁸

DIAGNÓSTICO

Sólo la alta sospecha clínica y el estudio histopatológico conducen al diagnóstico. Son orientadores de que se trata de un proceso maligno, un rápido crecimiento o la ulceración de la lesión, o neoformaciones aparentemente benignas pero resistentes o recurrentes a un adecuado tratamiento.⁹

El uso de la dermatoscopia puede ser útil para diferenciar si la lesión es o no de origen melanocítico.¹⁰

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe hacerse principalmente con las verrugas virales subungueales y las infecciones por dermatofitos. Dado que el proceso neoplásico induce distrofia ungueal, puede haber colonización secundaria hasta en un tercio de los casos, por lo que la presencia de onicomicosis no excluye el diagnóstico de carcinoma espinocelular.¹¹

En el caso de verrugas virales recalcitrantes a tratamiento estándar, la clave diagnóstica se encuentra en la identificación de atipia citológica, la cual no debiera estar presente en un proceso puramente viral.¹²

Otros diagnósticos diferenciales son: tumores benignos como el fibroqueratoma digital, el granuloma piógeno y el tumor glómico, o malignos como el quer-

toacantoma subungueal; y menos frecuente, metástasis de tumores pulmonares y genitourinarios.¹³⁻¹⁵

TRATAMIENTO

En tumores pequeños, especialmente de localización lateral, una opción terapéutica adecuada es la cirugía micrográfica de Mohs. Por otro lado, en casos de invasión medial o lateral que involucren más del 50% de la superficie de la uña, se recomienda avulsión total de la misma. El porcentaje de recaída con este procedimiento es de aproximadamente el 5% en contraste con la escisión quirúrgica con márgenes limitados, en donde se señala una recurrencia de hasta el 56%. Es importante el seguimiento postoperatorio estrecho de los tumores con grosor mayor a 1 mm.¹⁶

En casos de evidencia pre y postoperatoria de infiltración ósea por la neoplasia se prefiere la amputación del dedo afectado. Sin embargo, se ha observado que este procedimiento no previene la extensión de la enfermedad hacia los nódulos linfáticos y la muerte por metástasis pulmonares.¹⁷

La radioterapia externa es una alternativa a la amputación para los pacientes que no son candidatos a la cirugía o no la aceptan. Varias comunicaciones de casos refieren dosis de 50 a 63.5 Gy fraccionados en 5 semanas, con ausencia de recaída, con una media de seguimiento de 48 meses y efectos adversos bien tolerados.¹⁸

CONCLUSIÓN

El carcinoma espinocelular subungueal es la neoplasia maligna más frecuente del aparato ungueal; sin embargo, esta variante de presentación es rara y a menudo asintomática; por tal motivo, la sospecha diagnóstica debe incrementarse cuando la neoformación a tratar no mejora con los tratamientos convencionales, o incrementa su tamaño rápidamente. Establecer el diagnóstico de forma temprana evita secuelas funcionales derivadas del tratamiento quirúrgico radical (amputación).

BIBLIOGRAFÍA

1. Dalle S, Depape L, Phan A, Balme B, Roniger-Savle S et al. Squamous cell carcinoma of the nail apparatus: Clinicopathological study of 35 cases. *Br J Dermatol* 2007; 156: 871-874.
2. Wessendorf U, Bruch-Gerharz D, Homey B, Schulte KW. Subungual squamous cell carcinoma. An important differential diagnosis of subungual tumors. *Hautarzt* 2009; 60(4): 282-283.
3. Corbalán-Vélez R, Ruiz-Maciá JA, Brufau C, Carapeto FJ. Carcinoma espinocelular cutáneo y papilomavirus (VPH). *Actas Dermosifiliogr* 2007; 98: 583-593.

4. Wong TC, Ip FK, Wu WC. Squamous cell carcinoma of the nail bed. Three case reports. *J Orthop Surg (Hong Kong)* 2004; 12(2): 248-252.
5. Oon H, Kumarasinghe SP. Subungual squamous cell carcinoma masquerading as a melanotic macule. *Singapore Med J* 2008; 49(3): 76-78.
6. Meesiri S. Subungual squamous cell carcinoma masquerading as chronic common infection. *J Med Assoc Thai* 2010; 93(2): 248-251.
7. Choughri H, Villani F, Sawaya E, Pelissier P. Atypical squamous cell carcinoma of the nail bed with phalangeal involvement. *J Plast Surg Hand Surg* 2011; 45(3): 173-176.
8. Huang KC, Hsu RW, Lee KF, Li YY. Late inguinal metastasis of a well-differentiated subungual squamous cell carcinoma after radical toe amputation. *Dermatol Surg* 2005; 31(7): 784-786.
9. Hale LR, Dawber RP. Subungual squamous cell carcinoma presenting with minimal nail changes: a factor in delayed diagnosis? *Australas J Dermatol* 1998; 39: 86-88.
10. Cohen PR. Longitudinal erythronychia: individual or multiple linear red bands of the nail plate: a review of clinical features and associated conditions. *Am J Clin Dermatol* 2011; 12(4): 217-231.
11. Yip KM, Lam SL, Shee BW, Shun CT, Yang RS. Subungual squamous cell carcinoma: report of 2 cases. *J Formos Med Assoc* 2000; 99(8): 646-649.
12. Lai CS, Lin SD, Tsai CW, Chou CK. Squamous cell carcinoma of the nail bed. *Cutis* 1996; 57(5): 341-345.
13. Domínguez CJ, García C, Vega MM, Arenas R. Pseudo-fibrokeratoma: An unusual presentation of subungual squamous cell carcinoma in a young girl. *Dermatol Surg* 2003; 29: 788-789.
14. Phillip R, Cohen MD. Metastatic tumors to the nail unit: Subungual metastases. *Dermatol Surg* 2001; 27(3): 280-293.
15. Connolly M, Narayan S, Oxley J, Berker DAR. Immunohistochemical staining for the differentiation of subungual keratoacanthoma from subungual squamous cell carcinoma. *Clin Exp Dermatol* 2008; 33: 625-628.
16. Braun RP, Baran R, Le Gal FA et al. Diagnosis and management of nail pigmentation. *J Am Acad Dermatol* 2007; 56: 835-847.
17. Peterson SR, Layton EG, Joseph AK. Squamous cell carcinoma of the nail unit with evidence of bony involvement: a multidisciplinary approach to resection and reconstruction. *Dermatol Surg* 2004; 30(2): 218-221.
18. Rosen LR, Powell K, Katz SR, Wu HT, Durci M. Subungual squamous cell carcinoma and radiotherapy. *Am J Clin Dermatol* 2010; 11(4): 285-288.

Correspondencia:

Dra. María Teresa de Jesús Vega González
Instituto Nacional de Cancerología,
San Fernando Núm. 22,
Col. Sección XVI, Deleg. Tlalpan,
14310, México, D.F.
Tel. 5628 0400
E-mail: tvgderma@yahoo.com.mx