



Localizador 16047

Carcinomas epidermoides acrales. A propósito de dos casos

Acral cutaneous squamous cell carcinoma. A report of two cases

Verónica Bonetto,* María Emilia Zalazar,* Iliana Garay,† Alejandro Ruiz Lascano,§ María Kurpis||

Palabras clave:

Carcinoma epidermoide, tumor ungueal, carcinoma de células escamosas.

Key words:

Epidermoid carcinoma, nail tumor, squamous cell carcinoma.

RESUMEN

El carcinoma epidermoide ocupa el segundo lugar en los cánceres no melanoma; puede afectar cualquier segmento corporal. Reportamos dos casos de carcinomas epidermoides localizados en los dedos de las manos, ubicación poco habitual para esta patología y que representa dificultad para su diagnóstico y tratamiento. El tratamiento de elección, para evitar amputaciones innecesarias, es la cirugía de Mohs. En los últimos años se ha relacionado este carcinoma localizado en el lecho ungueal con el virus del papiloma humano.

ABSTRACT

Squamous cell carcinoma is second in the non-melanoma cancers, which can affect any part of the body. We report two cases of squamous cell carcinomas located in the fingers, an unusual location for this pathology and that represent difficulties for the diagnosis and treatment. In the recent years this carcinoma localized in the nail has been related to the human papilloma virus.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma epidermoide, también llamado carcinoma espinocelular o carcinoma de células escamosas, es un tumor maligno de las células queratinizantes de la epidermis y sus anexos; afecta la piel y las mucosas que tienen epitelio escamoso estratificado y capacidad de queratinizar.¹ Tiene una incidencia en la población general de aproximadamente un 10% a lo largo de la vida; es la segunda neoplasia más frecuente dentro del grupo del cáncer cutáneo no melanoma luego del carcinoma basocelular.²⁻⁴

Es de origen multifactorial y tiende a aparecer en piel con fotodaño sobre queratosis actínicas o a relacionarse con exposición a hidrocarburos, rayos X, psoralenos-luz ultravioleta A (PUVA), agentes infecciosos (virus del papiloma humano), úlceras, cicatrices de quemaduras (úlceras de Marjolin), enfermedades crónicas inflamatorias de la piel (como lupus discoide, psoriasis, liquen plano hipertrófico), lesiones congénitas (como nevos epidérmicos o xeroderma pigmentoso), traumatismos mecánicos y exposición a arsénico.⁵

Con respecto al tratamiento, podemos decir que en la elección de una modalidad del mismo es importante considerar los factores que pueden influir en el éxito. La criocirugía, el curetaje y la cauterización son técnicas en las que el resultado depende de la experiencia del médico. A pesar de que lo mismo podría decirse de la extirpación quirúrgica y la cirugía micrográfica de Mohs, estas dos modalidades proporcionan tejido para su examen histológico. Por esta razón, cuando sea factible, la escisión quirúrgica (incluyendo la cirugía micrográfica de Mohs, en su caso) debe ser considerada el tratamiento de elección.⁴

PRESENTACIÓN DEL CASO

Caso 1

Paciente de sexo masculino, de 79 años de edad; como antecedentes personales patológicos presentaba glaucoma. Consultó a nuestro servicio por una lesión subungueal del primer dedo de la mano derecha, dolorosa, con sangrado espontáneo y persistente, de siete meses de evolución.

* Residente del Servicio de Dermatología del Hospital Privado de Córdoba. Alumnas de la carrera de postgrado de la Universidad Católica de Córdoba.

† Médica de planta del Servicio de Dermatología del Hospital Privado de Córdoba. Docente de la carrera de postgrado en Dermatología de la Universidad Católica de Córdoba.

§ Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital Privado de Córdoba. Director de la carrera de postgrado en Dermatología de la Universidad Católica de Córdoba.

|| Jefa del Servicio de Patología del Hospital Privado de Córdoba.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Recibido:
19/Octubre/2016.
Aceptado:
02/Marzo/2017.



En el examen físico se observaba sangrado subungueal y desprendimiento distal de la lámina (*Figura 1*).

De acuerdo con la clínica, el diagnóstico presuntivo planteado fue de glomus.



Figura 1. Se observa una lesión subungueal del primer dedo de la mano derecha, dolorosa, con sangrado subungueal y desprendimiento distal de la lámina.

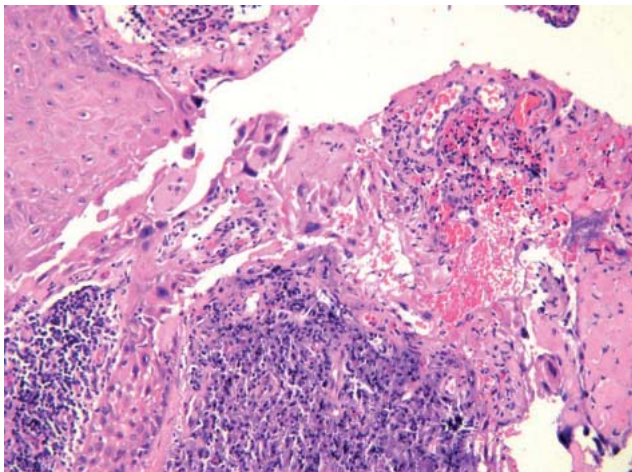


Figura 2. Se puede ver un epitelio escamoso hiperplásico; en dos focos se destaca la presencia de células con marcada atipia, núcleos hiper cromáticos y citoplasma acidófilo. En el corion, un intenso infiltrado inflamatorio mononuclear, perivascular y difuso.

Se decidió la toma de biopsia incisional del lecho ungueal con *punch* de cuatro milímetros y se envió material a histopatología (Protocolo Núm. 87/16), la cual informó epitelio escamoso hiperplásico; en dos focos de la muestra se destacó la presencia de células con marcada atipia, núcleos hiper cromáticos y citoplasma acidófilo. El corion exhibía intenso infiltrado inflamatorio mononuclear perivascular y difuso; diagnóstico de carcinoma escamoso moderadamente diferenciado, inflamado, con margen lateral comprometido (*Figuras 2 y 3*).

Se solicitó ecografía de partes blandas axilar y supraclavicular, y se indicó la extirpación completa de la neoplasia por cirugía de Mohs o cirugía convencional por parte del Servicio de Traumatología especializado en cirugía de mano, pero el individuo se perdió en el seguimiento.

Caso 2

Sujeto de sexo masculino de 64 años de edad; como antecedentes personales patológicos presentaba hipotiroidismo y reflujo gastroesofágico; su medicación habitual era levotiroxina y omeprazol. Consultó a nuestro servicio por una lesión verrugosa periungueal en el cuarto dedo de la mano derecha de seis meses de evolución, la cual había sido tratada con criocirugía previamente, con diagnóstico de verruga viral, sin respuesta al tratamiento.

En el examen físico observamos una lesión verrugosa periungueal de bordes poco definidos, color blanquecino, no indurada, asintomática, localizada en el cuarto dedo de la mano derecha (*Figura 4*).

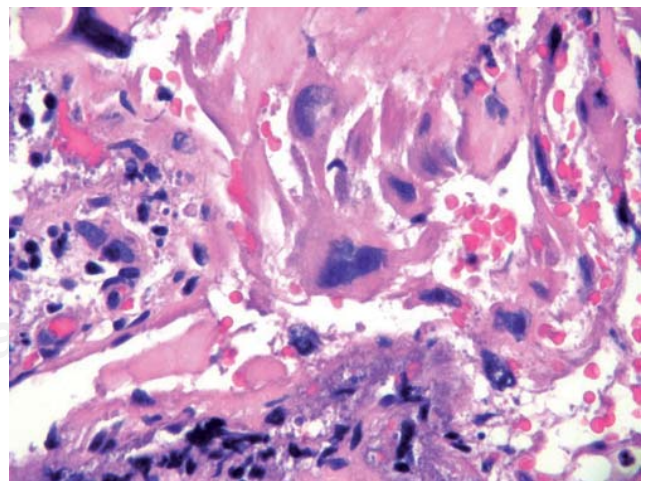


Figura 3. A mayor aumento, se observan células con marcada atipia, núcleos hiper cromáticos y citoplasma acidófilo.

De acuerdo con la clínica, los diagnósticos presuntivos planteados fueron verruga viral y carcinoma espinocelular.

Se realizó una biopsia incisional con *punch* de tres milímetros y se envió material para histopatología (Protocolo Núm. 4658/16), la cual informó neoplasia maligna correspondiente a carcinoma escamoso moderadamente diferenciado, en el cual se disponía un patrón infiltrante, microinvasor. Márgenes de resección comprometidos; hallazgos compatibles con carcinoma escamoso moderadamente diferenciado, infiltrante, microinvasor de Breslow 1.2 milímetros y Clark III (*Figura 5*).

Se solicitó una ecografía de partes blandas axilar y supraclavicular, que resultó dentro de los parámetros normales. También se indicó la extirpación completa de la neoplasia por cirugía de Mohs o cirugía convencional por parte del Servicio de Traumatología especializado en cirugía de mano, quienes la extirparon por completo.

DISCUSIÓN

El carcinoma de células escamosas o carcinoma epidermoide es el tumor maligno más frecuente del lecho ungueal y zona periungueal. Alrededor de 200 casos de carcinoma epidermoide han sido descritos en la literatura desde 1850, sobre todo como reportes de casos.⁶

Una revisión de los datos publicados hasta el momento informa un predominio masculino. La edad media del diagnóstico es a los 60 años.⁶

Su etiopatogenia, por lo general, está relacionada con luz ultravioleta. Por lo tanto, en personas albinas con fo-

todaño y en aquéllas con xeroderma pigmentoso puede desarrollarse *de novo*, como resultado de la exposición previa a radiación. También se ha relacionado con heridas crónicas, cicatrices, quemaduras, úlceras o fístulas y lesiones preexistentes tales como la enfermedad de Bowen. Además, se ha observado en individuos con deterioro de la función inmune o aquellos que reciben fármacos inmunosupresores; asimismo, después de un trasplante de órganos alogénicos o aquéllos con linfoma o leucemia.⁴⁻⁷ La mayoría de los carcinomas epidermoides digitales son asociados con los subtipos de VPH de alto riesgo, con predominancia del subtipo 16, que tradicionalmente se asocia con lesiones en las mucosas, como el cuello uterino. Se producen con independencia del estado inmune del paciente, tienden a ser agresivos y pueden ser difíciles de tratar.⁸

Se presentan en áreas ungueales y periungueales.⁸ En la mayoría de los casos, la lesión afecta sólo un dedo de la mano o del pie, pero la participación de más de uno también ha sido descrita. Surge sobre todo en los dedos de las manos, y con menos frecuencia, en los dedos de los pies. Según Lecerft y sus colaboradores, el índice derecho y los dedos largos son los afectados de forma más común. Este hallazgo sugiere posible transmisión de VPH genital a áreas digitales.⁶

Las características clínicas de presentación son variadas; pueden ser onicólisis, hiperqueratosis subungueal y



Figura 4. Se muestra una lesión verrugosa periungueal de bordes poco definidos, de color blanquecino, no indurada, localizada en el cuarto dedo de la mano derecha.

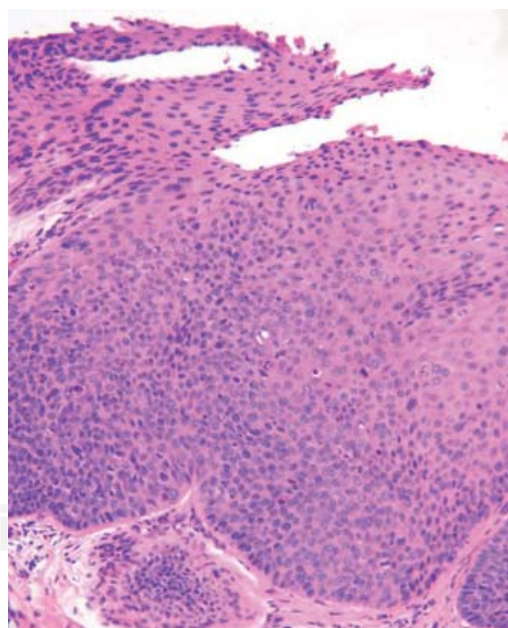


Figura 5. Se observa una neoplasia maligna correspondiente a carcinoma escamoso moderadamente diferenciado, en el cual se dispone un patrón infiltrante, microinvasor.

periungueal, paroniquia, ulceración, la destrucción de la superficie de la uña, tejido de granulación, supuración, leuconiquia, melanoniquia longitudinal.⁶⁻⁸

El carcinoma epidermoide se diagnostica a menudo como una verruga viral, onicomicosis, paroniquia crónica, eczema, melanoma, distrofia postraumática o fibroqueratoma.⁶

Cabe señalar que una biopsia incisional única puede revelar un carcinoma *in situ*, pero el examen de toda la lesión residual puede mostrar agrupaciones invasivas o manifestar microinvasiones.⁶ El diagnóstico se establece histológicamente. La histología en el informe debe incluir lo siguiente: el patrón, la morfología de la célula, el grado de diferenciación, el grado histológico, la profundidad (espesor en milímetros), el nivel de invasión dérmica (como niveles de Clark, con exclusión de las capas de queratina superficial) y la presencia o ausencia de invasión perineural, vascular o linfática. Asimismo, los márgenes del tejido extirpado.⁴

En cuanto al pronóstico de los carcinomas epidermoides, podemos decir que los factores que tendrían influencia en el potencial metastásico incluyen la localización anatómica, tamaño, tasa de crecimiento, etiología, grado de diferenciación histológica e inmunosupresión. Estos detalles se omiten con frecuencia en las series publicadas de carcinomas epidermoides tratados, y las conclusiones de dichas series, por lo tanto, deben interpretarse con precaución.⁴

En cuanto al pronóstico del carcinoma epidermoide acral, podemos decir que es un tipo especial de carcinoma epidermoide, que parece evolucionar más a menudo hacia una forma invasiva, pero metastatiza con menos frecuencia que otros de origen cutáneo primario. El pronóstico tanto *in situ* como invasivo es muy bueno y las metástasis son poco frecuentes.⁶

Aún con una baja sospecha de carcinoma espinocelular, la realización de biopsia y la radiografía de la falange son

mandatorias. Con respecto al tratamiento, la cirugía de Mohs representa el estándar de oro para el tratamiento del carcinoma espinocelular de la unidad ungueal.⁷⁻⁹ En los casos de afección ósea, está indicada la amputación del dedo o la falange, según corresponda.⁹

La cirugía de Mohs permite la evaluación de la invasión periosteal y, por lo tanto, de la invasión del hueso, con lo que se puede distinguir de forma fiable de la inflamación o la compresión y reducir el número de amputaciones innecesarias, lo cual sería una consideración crítica para la calidad de vida del individuo. La decisión de amputación debe ser tomada luego de la falla de la cirugía de Mohs para extirpar ese tumor.⁸ Esta intervención provee la tasa más alta de cura para el tratamiento de carcinoma espinocelular ungueal y periungueal, y debe ser considerada el tratamiento de primera línea.⁷⁻⁹

CONCLUSIONES

Reportamos dos casos de carcinomas epidermoides acrales que resultan de interés por tratarse de una patología poco frecuente, pero que se presenta de manera clínica similar a múltiples diagnósticos diferenciales, lo que puede llevar a un retraso en su diagnóstico, con la consecuente dificultad para su tratamiento.

Correspondencia:

Verónica Bonetto

Hospital Privado de Córdoba.

Naciones Unidas Núm. 346,

Córdoba, Argentina.

Tel: +54-351-4688810

E-mail: veronica_bonetto@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Mercadillo PP, Moreno LL. Fisiopatología del carcinoma epidermoide. *Dermatol Rev Mex*. 2013; 57: 118-127.
2. Martorell-Calatayud A, Sanmartín-Jiménez O, Cruz-Mojarieta J, Guillén-Barona C. Carcinoma epidermoide cutáneo: definiendo la variante de alto riesgo. *Actas Dermosifiliogr*. 2013; 104 (5): 367-379.
3. Paez AM, Hinojosa S, Jaramillo D, Pareja P. Carcinoma epidermoide cutáneo invasivo a cráneo. Reporte de un caso. *Rev Fac Med*. 2014; 22 (1): 50-57.
4. Motley R, Kersey P, Lawrence C. Multiprofessional guidelines for the management of the patient with primary cutaneous squamous cell carcinoma. *B J Dermatol*. 2002; 146: 18-25.
5. Zamora HJ, Vega MM, Domínguez SL. Carcinoma epidermoide localizado en la palma de la mano: reporte de un caso. *Dermatología Rev Mex*. 2005; 49: 207-210.
6. Lecerf P, Richert B, Theunis A, Andre J. A retrospective study of squamous cell carcinoma of the nail unit diagnosed in a Belgian general hospital over a 15-year period. *J Am Acad Dermatol*. 2013; 69 (2): 253-261.
7. Dika E, Fanti PA, Patrizi A, Misciali C, Vaccari S, Piraccini BM. Mohs surgery for squamous cell carcinoma of the nail unit: 10 years of experience. *Dermatol Surg*. 2015; 41 (9): 1015-1019.
8. Riddel C, Rashid R, Thomas V. Ungual and periungual human papillomavirus-associated squamous cell carcinoma: a review. *J Am Acad Dermatol*. 2011; 64 (6): 1147-1153.
9. Barrientos PN, Abajo BP, Moreno VH, Moreno AC, Nieto LS, Domingo AJ. Carcinoma epidermoide de localización acral. Presentación de cinco casos. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2015; 43 (3): 192-195.