

**Revista del
Centro Dermatológico Pascua**

Volumen
Volume **13**

Número
Number **3**

Septiembre-Diciembre
September-December **2004**

Artículo:

**Carcinoma espinocelular, presentación
de un caso clínicamente semejante a
esporotricosis de placa fija**

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Centro Dermatológico Pascua

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***

Carcinoma espinocelular, presentación de un caso clínicamente semejante a esporotricosis de placa fija

Dra. Myrna Rodríguez,* Dr. Armando Medina,** Dra. Josefa Novales, *** Dr. Edmundo Denis****

RESUMEN

Presentamos a un paciente masculino con neoformación en dorso de mano derecha, con características clínicas y tiempo de evolución que pudieran corresponder a carcinoma espinocelular vs esporotricosis de placa fija. A continuación presentamos el caso y hacemos una breve revisión de la literatura al respecto.

Palabras clave: Carcinoma espinocelular, esporotricosis.

ABSTRACT

We present an 82 year-old man with squamous cell carcinoma of skin mimicking sporotrichosis. We also present a review of the literature.

Key words: *Squamous cell carcinoma, sporotrichosis.*

INTRODUCCIÓN

El carcinoma espinocelular es la segunda neoplasia más frecuente en piel, sólo detrás del carcinoma basocelular.¹ Su presentación clínica suele ser fácil de identificar, de acuerdo a la topografía y tiempo de evolución; sin embargo, en algunas ocasiones debe diferenciarse de algunas micosis subcutáneas, en las que el tratamiento y pronóstico pueden ser muy diferentes. A continuación presentamos un caso que resalta lo antes mencionado.

CASO CLÍNICO

Masculino de 82 años, originario de Zacatecas, México, pero residente en la ciudad de México desde 30 años antes a la fecha de revisión; ocupación campesino; escolaridad primaria. Sin antecedentes de importancia (incluyendo neoplásicos y cronicodegenerativos). Acude al Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua" traído por familiar (hijo) por presentar una dermatosis de

tres años de evolución, localizada a miembro torácico derecho del cual afecta mano y de éste el dorso en su tercio medio; la dermatosis está constituida por una neoformación (*Figuras 1 y 2*) de 3.2 x 2.9 cm de amplitud y longitud respectivamente, de bordes bien definidos, consistencia dura, superficie eritematosa con algunas costras sanguíneas y escama adherente en su superficie. La lesión en ningún momento le ha provocado dolor o alguna otra sintomatología. El paciente refiere la aparición de una "bolita" en su mano, que posteriormente fue creciendo hasta alcanzar el tamaño actual, sin provocar molestia alguna. Nunca usó algún tratamiento para su dermatosis ni consultó médico alguno por ese motivo. A la exploración física sólo resalta la presencia de linfadenomegalia submandibular derecha. Resto de exploración física sin alteraciones que comentar. Al ser revisado en la consulta, se consideraron las siguientes posibilidades diagnósticas: carcinoma espinocelular tumoral queratósico, esporotricosis de placa fija y cromomycosis. El paciente fue valorado en los servicios de micología médica y oncología cutánea, considerando viable la posibilidad de carcinoma espinocelular. Por tal motivo se realizó biopsia incisional con los siguientes hallazgos (*Figuras 3, 4 y 5*): Epidermis con hiperqueratosis ortoqueratósica así como acantosis moderada irregular; en dermis se observaron cordones

* Dermatóloga, Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Jefe del Servicio de Oncología Cutánea, CDP.

*** Jefe del Servicio de Dermatopatología, CDP.

**** Médico residente tercer año Dermatología, CDP.



Figura 1. Fotografía clínica en la que se ilustra la localización de la dermatosis en dorso de mano.



Figura 2. Fotografía clínica en la que se ilustra la neoformación eritematosa con escama adherente y costras en la superficie. Nótese el aspecto de fotodaño de la piel circundante.



Figura 3. Microfotografía histológica en la que se observan los cambios descritos; resalta la presencia de los cordones de células neoplásicas en dermis (4x).

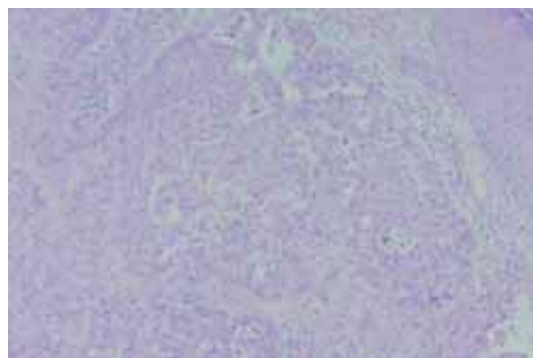


Figura 4. Microfotografía histológica a mayor aumento en la que se observan los cordones tumorales en dermis (20x).

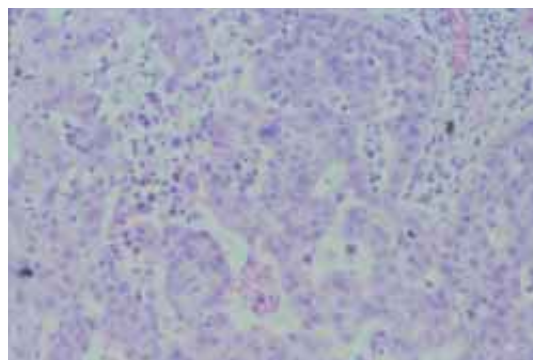


Figura 5. Microfotografía histológica a gran aumento en la que se observa el pleomorfismo celular y la presencia de células con núcleos hipercromáticos y la disposición aleatoria.

de células de apariencia neoplásica que llegaban hasta dermis media y profunda, algunas de ellas con pleomorfismo y núcleos hipercromáticos; hipodermis sin alteraciones. Tomando en cuenta las características clínicas y los hallazgos histopatológicos, se concluyó en carcinoma espinocelular de la variedad nodular queratósico.

DISCUSIÓN

El carcinoma espinocelular es la segunda neoplasia cutánea más frecuente, sólo detrás del carcinoma espinocelular. Corresponde al 20% de los tumores no melanoma, con un factor de riesgo para caucásicos del 4-14%;¹ el 86.7% de los casos tienen como topografía a cabeza, cuello y miembros superiores;² la posi-

bilidad de metástasis a distancia es del 2-6% dependiendo de la topografía y el grado de diferenciación.² En su variedad nodular queratósica se manifiesta como una placa eritematosa que puede ulcerarse o fisurarse, con costras en su superficie, firme, indurada, de crecimiento lento y progresivo.³

La esporotricosis es una micosis de tipo subcutáneo producido por un hongo denominado *Sporotrix schenckii*. El 75% de los casos corresponde a la variedad linfagítica, en la que a partir del sitio de inoculación se originan lesiones satélite que siguen el recorrido linfático en la zona afectada;⁴ sin embargo, en el 25% de los casos corresponde clínicamente a la variedad de placa fija, en la que sólo se produce una lesión en el sitio de inoculación, sin originar lesiones satélite.⁵

Nuestro paciente contaba con factores de riesgo para pensar en cualquiera de las dos posibilidades. En relación al carcinoma espinocelular, los factores de riesgo identificados son: edad, exposición crónica al sol, piel blanca, ojos azules, cabello rubio, cualquier tipo de inmunosupresión celular, exposición previa al arsénico, radiación, tratamiento con PUVA e infección por VIH.⁶ De los factores mencionados, al paciente corresponden: edad, exposición crónica al sol (campesino) y piel blanca. De hecho, la edad y la exposición crónica al sol se encuentran entre los más importantes en la población general y en nuestro paciente en particular;⁷ además, desde el punto de vista clínico, la aparición de una neoformación con crecimiento lento y progresivo, debe obligar a descartar un carcinoma.⁸ Por otro lado, el paciente contaba además con factores de riesgo para pensar en esporotricosis de placa fija: edad, sexo, ocupación (campesino), apariencia clínica y tiempo de evolución.⁹

Se han publicado varios casos en que la esporotricosis puede ser confundida con otras enfermedades, como granuloma anular. Sin embargo, en la literatura arbitra-

da no aparecen reportes entre la similitud entre carcinoma espinocelular y esporotricosis, salvo en un reporte de caso publicado en el 2002;¹⁰ llama la atención dado que en la práctica clínica hemos podido observar a varios pacientes con dermatosis que se prestan a la confusión.

Tomando en cuenta que el tratamiento de elección en nuestro paciente es la cirugía (eliminando previamente la posibilidad de metástasis), resulta importante establecer el diagnóstico diferencial dado que el tratamiento, tratándose de esporotricosis, sería totalmente distinto (yoduro de potasio, itraconazol, p. ej). Presentamos este artículo para resaltar la importancia de incluir a la esporotricosis de placa fija, la cromomicosis y la tuberculosis verrugosa dentro del diagnóstico diferencial del carcinoma espinocelular de localización acral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Padgett JK. Cutaneous malignancies and their management. *Otolaryngol Clin North Am* 2001; 34(3): 523-53.
2. Dewberry S. Skin cancer in elderly patients. *Dermatol Clin* 2004; 22(1): 115-23.
3. Gay C. Malignant tumors of the skin in the maturing adult. *Clin Fam Pract* 2003; 5(3): 757.
4. Espinosa-Texis A. Study of 50 patients with sporotrichosis: clinical and laboratory assessment. *Gac Med Mex* 2001; 137(2): 111-6.
5. Morris-Jones R. Sporotrichosis. *Clin Exp Dermatol* 2002; 27(6): 427-31.
6. Saches D. Skin cancer in the elderly. *Clin Geriatr Med* 2001; 17(4): 323.
7. Halder RM. Skin cancer and photoaging in ethnic skin. *Dermatol Clin* 2003; 21(4): 725-32.
8. Queiroz-Tellez F. Skin cancer in the elderly. *Infect Dis Clin North Am* 2003; 17(1): 59-85.
9. De Araujo T. Sporotrichosis. *Int J Dermatol* 2001; 40(12): 737-42.
10. Paringao AJ. A swollen draining thumb. *Am Fam Physician* 2002; 65(1): 105-6.