

Carcinoma espinocelular digital. Características clínico-patológicas y terapéuticas de los dos extremos de un espectro

Ely Cristina Cortés-Peralta¹
Edoardo Torres-Guerrero²
Roberto Arenas²
María Elisa Vega-Memije²

¹ Residente de tercer año de Dermatología.

² Departamento de Dermatología.

Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México.

RESUMEN

El carcinoma espinocelular con topografía digital es poco frecuente. Se comunican dos casos que difieren en sus características clínicas e histopatológicas, lo que conlleva un abordaje terapéutico distinto por tratarse de dos extremos de la misma enfermedad. El primero corresponde a un hombre de 45 años de edad, con un año de evolución con una placa infiltrada, eritematoescamosa y distrofia ungueal, que afectaba las falanges media y distal del dedo anular izquierdo, posterior a una herida punzocortante con una aguja para máquina de coser. Al inicio se diagnosticó y trató como dermatitis por contacto, lo que llevó al retraso terapéutico de esta lesión. El segundo caso corresponde a un hombre de 38 años de edad, quien manifestó una placa eritematoescamosa con ulceración central que afectaba el dorso de la articulación interfalángica proximal del dedo índice izquierdo, de tres años de evolución, posterior a una exulceración accidental. El primer caso fue tratado con amputación de las falanges media y distal y el segundo con escisión quirúrgica con 5 mm de margen. Se insiste en las causas probables, la histología y el abordaje terapéutico en manifestaciones que conllevan polos opuestos en el espectro del carcinoma espinocelular.

Palabras clave: carcinoma espinocelular digital, traumatismo, enfermedad de Bowen, virus del papiloma humano (VPH), amputación.

Squamous Cell Carcinoma of the Digit. Clinicopathologic and Therapeutic Characteristics of the Extremes of a Spectrum

ABSTRACT

Squamous cell carcinoma of the digits is a rare entity. We present two cases that differ in their clinical and histopathologic characteristics, which imply a different therapeutic assessment in presentations of two extremes of the same disease. The first one corresponds to a 45-year-old male with a one-year history of an infiltrated, erythematous-squamous plaque, with fissures, and nail apparatus dystrophy, that affected the medial and distal phalanges of the annular digit, which appeared after an accidental sharp injury. It was initially diagnosed and treated as contact dermatitis, which implicated a delay in applying the correct treatment. The second case refers to a 38-year-old male with a three-year history with an erythematous-squamous plaque with central ulceration affecting

Recibido: 10 de enero 2014

Aceptado: 28 de abril 2014

Correspondencia: Dra. Ely Cortés Peralta
Departamento de Dermatología
Hospital General Dr. Manuel Gea González
Tlalpan 4800
14080 México, DF
elycortesp@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Cortés-Peralta EC, Torres-Guerrero E, Arenas R, Vega-Memije ME. Carcinoma espinocelular digital. Características clínico-patológicas y terapéuticas de los dos extremos de un espectro. Dermatol Rev Mex 2014;58:373-379.

the dorsal aspect of proximal interphalangeal joint of the left index finger. The first case was treated with amputation of the medial and distal phalanges of the affected digit and the second one was submitted to a surgical excision with a 5 mm margin. We emphasize the causes, probable etiologies, histopathologic presentation and therapeutic assessment in opposed poles in the spectrum of squamous cell carcinoma.

Key words: digital squamous cell carcinoma, traumatism, Bowen's disease, human papilloma virus, amputation.

ANTECEDENTES

El carcinoma espinocelular es el segundo tipo de cáncer cutáneo más frecuente, después del carcinoma basocelular. La topografía más común incluye regiones fotoexpuestas. Su potencial de recurrencia y metástasis se relaciona con características clínicas e histopatológicas específicas, que incluyen la topografía, forma clínica, tamaño, grado de invasión en tejidos y estructuras anexas. A la histopatología se observa una neoformación compuesta por queratinocitos atípicos y disqueratósicos con núcleos hiper cromáticos, pleomórficos, con mitosis atípicas, así como formación de perlas córneas y queratinización individual que puede estar localizado dentro del epitelio o en mantos que invaden la dermis. El tratamiento debe ser individualizado y puede ser tópico o quirúrgico, que considera la topografía del tumor, el tamaño y el grado de invasión a tejidos. En este trabajo se comunican dos casos de carcinoma espinocelular con localización poco frecuente, con distintos grados de afección a tejidos y tratamiento distinto en cada uno.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente masculino de 45 años de edad, de profesión sastre, con dermatosis de un año de

evolución, localizada en el dedo anular izquierdo del que afectaba las falanges media y distal en todas sus caras, que se distinguía por una placa eritematoescamosa de aspecto infiltrado, con grietas y fisuras en su superficie; en el aparato ungueal se observaba leve hiperqueratosis subungueal distal y onicólisis lateral, así como distrofia de la mitad medial de la lámina ungueal (Figuras 1 y 2).

No se palparon adenopatías regionales ni axilares. No había antecedentes de verrugas vulgares y tampoco se observó este tipo de lesiones en el examen físico completo.

El paciente refirió haber sufrido un año previo un traumatismo punzocortante con una aguja de máquina de coser en el dedo afectado sobre la falange media, tras lo que apareció la dermatosis, con larga evolución, que al inicio fue autotratada con Vitacilina® y después se diagnosticó como dermatitis por contacto, por lo que se prescribió tratamiento tópico con corticoesteroides de alta potencia, emolientes y modificación en el estilo de vida sin alivio alguno de la dermatosis.

Debido a la cronicidad del cuadro y con sospecha de una lesión maligna, se solicitó una resonancia magnética del dedo afectado, misma que mostró incremento en la intensidad en los tejidos blandos con edema y aumento del

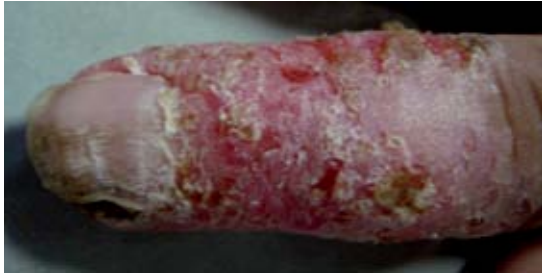


Figura 1. Caso 1. Vista dorsal de la neoformación en placa que afecta las falanges media y distal del dedo anular izquierdo, se observa onicodistrofia.



Figura 2. Vista palmar de la región afectada donde se evidencia la placa conformada por eritema, escama, grietas y fisuras.

volumen a expensas de la dermis, abarcando hasta la fascia muscular, sin afectar el tejido óseo (Figura 3).

La biopsia incisional del dorso de la falange media del dedo afectado donde se encontraba el mayor grosor de la lesión mostró al estudio histopatológico una neoformación que afectaba todo el espesor de la epidermis y dermis reticular superficial, constituida por queratinocitos atípicos con núcleos hiper cromáticos, grandes, pleomórficos, con abundantes mitosis y necrosis celular individual (Figura 4), con lo que se confirmó el diagnóstico de carcinoma espinocelular invasor.

El reporte histopatológico del fragmento amputado reveló invasión del tumor hasta el tejido

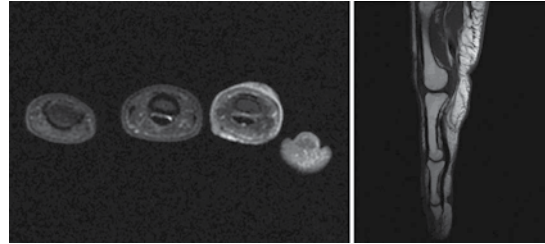


Figura 3. Resonancia magnética del dedo anular. **A.** Corte coronal que muestra hiperintensidad de tejidos blandos del dedo anular, sin daño de las estructuras óseas. **B.** Corte tangencial, donde se observa integridad del tejido óseo.

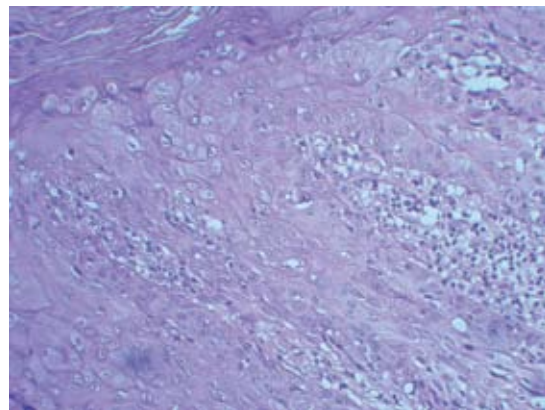


Figura 4. Imagen histológica del carcinoma espinocelular del paciente 1. Se observan queratinocitos grandes, con núcleos hiper cromáticos, pleomórficos, así como un infiltrado linfocítico perilesional (HE 10x).

celular subcutáneo e invasión perineural, sin invasión del borde quirúrgico a 0.4 cm.

La propuesta terapéutica ofrecida a este paciente consistió en la amputación con extensión metacarpofalángica del dedo anular afectado, con aproximación del dedo medio y meñique restantes, a fin de evitar un muñón residual no funcional; sin embargo el paciente prefirió la amputación con preservación de la falange proximal.

Caso 2

Paciente masculino de 38 años de edad, diseñador gráfico, con una dermatosis de tres años de evolución, localizada en la articulación interfalángica proximal del dedo índice izquierdo, constituida por una placa irregular, bien delimitada, de 0.7 cm de diámetro, de color marrón, homogéneo, que mostraba una cicatriz central (Figura 5). La lesión apareció después de una raspadura con una pared en su domicilio, que originó una herida de evolución crónica.

El estudio histopatológico evidenció una neoformación que afectaba todas las capas de la epidermis, que se distinguía por queratinocitos atípicos, pleomórficos, con mitosis atípicas y cornificación individual. El diagnóstico fue carcinoma espinocelular *in situ* (Figuras 6 y 7).

El tratamiento consistió en escisión quirúrgica con 5 mm de margen y cierre por segunda intención; sin embargo, la evolución posterior del paciente se desconoce porque no regresó a seguimiento.

DISCUSIÓN

El carcinoma espinocelular digital de células escamosas es un tumor poco frecuente. Se mani-



Figura 5. Caso 2. Neoformación en placa de 0.7 cm de diámetro e hiperpigmentada con bordes bien definidos.

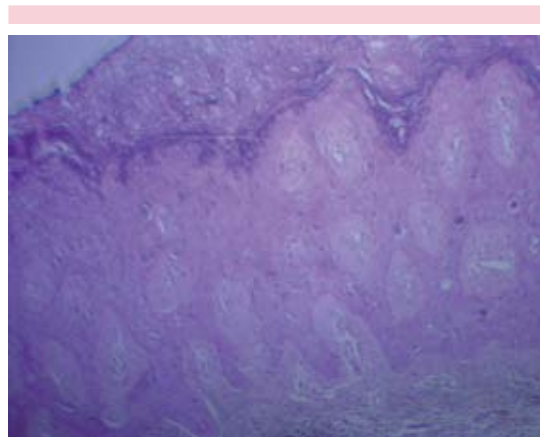


Figura 6. Imagen histológica del caso 2 que muestra una epidermis con acantosis irregular con queratinocitos atípicos que abarcan todas sus capas (HE 5x).

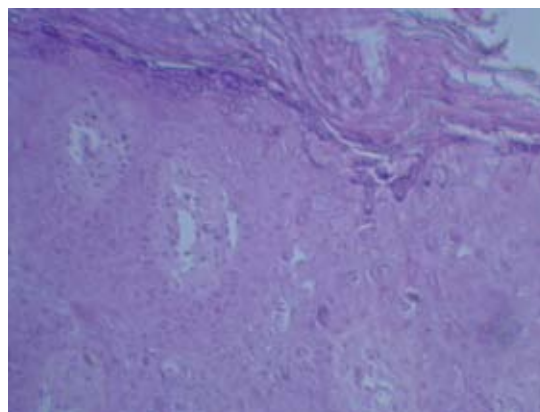


Figura 7. Imagen histológica del caso 2 que evidencia queratinocitos atípicos, pleomórficos, con mitosis atípicas y cornificación individual (HE 10x).

fiesta de manera típica como una neoformación de aspecto nodular o verrugosa, que puede asociarse con cambios en la lámina ungueal, como onicólisis, melanoniquia longitudinal, eritro y leuconiquia. El diagnóstico puede retardarse porque la manifestación clínica del tumor puede ser variable e imitar otras enfermedades cutáneas comunes.¹ Los casos comunicados ejemplifican dos extremos del mismo espectro de alteraciones

clínicas provocadas por esta variedad de cáncer cutáneo.

El retardo en el diagnóstico del carcinoma espinocelular en los dedos, sobre todo, de tipo subungueal, se asocia con bajo índice de sospecha. En el primer caso, la lesión se diagnosticó como eccema secundario a dermatitis por contacto, recibió tratamiento un año, durante el que el padecimiento se exacerbó, lo que permitió sospechar una neoplasia maligna por tratarse de un eccema que no respondía al tratamiento tópico antiinflamatorio. El segundo caso se interpretó como una herida de larga evolución. En ambos, la duración del padecimiento y la falta de alivio fueron elementos importantes para la sospecha diagnóstica final. Con frecuencia se consideran diagnósticos diferenciales: onicomiosis, perionixis, queratoacantoma, verrugas, otras enfermedades infecciosas y lesiones asociadas con traumatismo. Cuando este tumor invade la matriz ungueal, el plato ungueal puede sufrir distrofia y posteriormente onicólisis.²

Los casos comunicados corresponden a pacientes del sexo masculino entre la cuarta y quinta décadas de la vida, con afectación en los dedos de la mano no dominante. El primer caso tenía distrofia y queratosis subungueal prominente en asociación con los cambios cutáneos. La mayor alteración por carcinoma espinocelular digital es la afección del aparato ungueal. Riddel y su grupo identificaron en una revisión de 105 pacientes con diagnóstico de carcinoma espinocelular ungueal y periungueal que la edad más común de manifestación es entre 22 y 89 años (promedio de 58.2 años), con predominio en el sexo masculino a razón de 2:1. En ese reporte, en contraste con nuestros casos, la mano derecha fue la predominantemente afectada, con mayor afección del tercer dedo (26%), seguido del primero (17%), cuarto (13%) y quinto (7%). La manifestación clínica más común consistió en una masa periungueal verrugosa, el resto

incluyó melanoniquia sugerente de tumores subungueales, onicólisis y paroniquia. En varios pacientes las neoformaciones tenían, en promedio, 5.3 años de evolución y habían sido tratadas previamente como verrugas virales; sin embargo, en nuestro caso con afectación ungueal, la manifestación clínica fue inespecífica, lo que condicionó tratamientos erróneos iniciales. Algunos pacientes (27.4%) tenían antecedente de enfermedad genital asociada con infección por VPH, manifestada como verrugas genitales, displasia cervical o anogenital o antecedente similar en la pareja sexual.³

El papel del virus del papiloma humano (VPH) en la aparición de carcinomas espinocelulares cutáneos no es claro. Cerca de 90% de los carcinomas espinocelulares digitales se asocia con el VPH, se encuentra relación con cepas de alto riesgo, incluidos los tipos 16, 33, 51 y 73.^{1,4,5} En la revisión de Riddel y colaboradores el subtipo más común de VPH fue el 16 en 74% de los casos y en 5.8% (6 pacientes) se encontraron tumores con dos subtipos de VPH.³ Ninguno de los casos comunicados refirió antecedente de infección por VPH, ni mostraba lesiones verrugosas en el resto de la exploración física. La historia clínica refirió un traumatismo, lo que ya se había reportado en la bibliografía como factor de riesgo de carcinoma espinocelular digital.⁶ Asimismo, también se ha asociado con la exposición a desperdicios químicos.⁷

El segundo caso correspondió a enfermedad de Bowen, que consiste en un carcinoma intraepitelial de células escamosas que generalmente se manifiesta como una placa única y asintomática, pueden observarse lesiones múltiples en 10 a 20% de los casos.⁸ El caso comunicado es poco habitual debido a la topografía. Por lo general, la enfermedad de Bowen afecta sitios crónicamente fotoexpuestos, principalmente la cabeza, el cuello, el dorso de las manos y las extremidades inferiores. La topografía predilecta

por este tipo de tumor es variable. Por un lado, Kossard y colaboradores⁹ reportaron que 44% de 1,000 casos analizados de enfermedad de Bowen se localizaron en la cabeza y el cuello, seguidos de las extremidades inferiores (29.8%), superiores (19.8%) y el tronco (6.5%), lo que contrasta con el estudio de Cox, en el que las extremidades inferiores representaron 75% de 100 casos estudiados, seguidas de la cara y la piel cabelluda en 13% y las manos y muñecas en 11%.¹⁰ La afección en los dedos se ha descrito únicamente en escasos reportes de caso.¹¹⁻¹⁵

El tratamiento del carcinoma espinocelular digital debe tomar en cuenta el grado de invasión histológica, así como la función mecánica posterior al tratamiento elegido. El margen recomendado por la guías de la Red Nacional Comprensiva del Cáncer (*National Comprehensive Cancer Network, NCCN*) es de 4 a 6 mm en caso de cáncer de piel no melanoma; sin embargo, el caso 1 tenía factores de alto riesgo de recurrencia y metástasis, como: invasión perineural, tamaño mayor a 2 cm en las extremidades y grado de diferenciación moderado.¹⁶ Asimismo, la extensión de la desarticulación quirúrgica debe tomar en cuenta que la función de prensión de los dedos depende en gran medida de la longitud de los mismos. El valor funcional de los dedos de la mano varía en cada uno: el pulgar es el dedo de mayor importancia, se le otorga 40% de funcionalidad. A los dedos índice y medio les corresponde 20% de valor funcional a cada uno, al anular y al meñique les corresponde 10% de funcionalidad a cada uno.¹⁷ Con respecto a la escisión tumoral, la cirugía de Mohs en el tratamiento del carcinoma de células escamosas del aparato ungueal ha evitado la amputación en todos los pacientes,^{18,19} esto es especialmente importante cuando el dedo afectado es el pulgar.

Las modalidades de tratamiento de la enfermedad de Bowen incluyen crioterapia, curetaje con electrocauterización, escisión quirúrgica,

5-fluorouracilo, imiquimod, radioterapia, láser de CO₂, terapia fotodinámica y diclofenaco tópico.¹⁹ Sin embargo, por el momento, no existen guías que estandaricen el tratamiento de la enfermedad de Bowen digital. Las guías de la Academia Inglesa de Dermatólogos propusieron en 2006 que en el caso de enfermedad de Bowen digital, la escisión quirúrgica sea la modalidad más conveniente de tratamiento, considerando a la cirugía micrográfica una opción con el objetivo de preservar mayor cantidad de tejido y como alternativa en lesiones escasamente definidas y recurrentes.²⁰ Algunos reportes de la administración de imiquimod en pacientes con enfermedad de Bowen han descrito falla terapéutica a esta forma de tratamiento tópico, con la necesidad subsecuente de optar por una escisión completa.^{11,21-23} Se reportó la braquiterapia como tratamiento de carcinoma de células escamosas digital *in situ* en un paciente afroamericano, con buenos resultados cosméticos y ausencia de recurrencia al año de seguimiento.²⁴

CONCLUSIONES

El carcinoma espinocelular de localización digital es poco frecuente. Debido a la baja frecuencia de esta forma de cáncer y su variabilidad clínica, resulta importante considerar el potencial de extensión y disfunción asociado con la neoplasia y considerar todos los criterios con valor pronóstico negativo para ofrecer a los pacientes un manejo que evite recurrencias o tratamientos incompletos. Asimismo, estas entidades deben sospecharse ante la resistencia a tratamientos dirigidos a diagnósticos diferenciales y la tendencia a la cronicidad de la afección dermatológica.

REFERENCIAS

1. Alam M, Caldwell JB, Eliezri YD. Human papilloma virus associated digital squamous cell carcinoma: literature review and report of 21 new cases. *J Am Acad Dermatol* 2003;48:385-393.

2. Attiyeh FF, Shah J, Booher RJ, Knapper WH. Subungual squamous cell carcinoma. *JAMA* 1979;241:262-263.
3. Riddel C, Rashid R, Thomas V. Ungual and periungual human papillomavirus-associated squamous cell carcinoma: A review. *J Am Acad Dermatol* 2011;64:1147-1153.
4. Forslund O, Nordin P, Hansson BG. Mucosal human papillomavirus types in squamous cell carcinomas of the uterine cervix and subsequently on fingers. *Br J Dermatol* 2000;142:1148-1153.
5. Pfister H. Chapter 8: human papillomavirus and skin cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003;31:52-56.
6. Sau P, McMarlin SL, Sperling LC, Katz R. Bowen's disease of the nail bed and periungual area: a clinicopathologic analysis of seven cases. *Arch Dermatol* 1994;130:204-209.
7. Porembski MA, Rayan GM. Subungual carcinomas in multiple digits. *J Hand Surg Eur Vol* 2007;32:547-549.
8. Peris K, Micantonio T, Fargnoli MC, Lozzi GP, Chimenti S. Imiquimod 5% cream in the treatment of Bowen's disease and invasive squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 2006;55:324-327.
9. Kossard S, Rosen R. Cutaneous Bowen's disease: An analysis of 1001 cases according to age, sex a site. *J Am Acad Dermatol* 1992;27:406-410.
10. Cox NH. Body site distribution of Bowen's disease. *Br J Dermatol* 1994;130:714-716.
11. Gong HS, Cho JH, Roh YH, Chung MS, Baek GH. Bone invasion by squamous cell carcinoma *in situ* (Bowen's disease) of the finger during treatment with imiquimod 5% cream: Case report. *J Hand Surg Am* 2010;35:999-1002.
12. Gordon KB, Garden JM, Robinson JK. Bowen's disease of the distal digit: Outcome of treatment with carbon dioxide laser vaporization. *Dermatol Surg* 1996;22:723-728.
13. Wong TW, Sheu HM, Lee JY, Fletcher RJ. Photodynamic therapy for Bowen's disease (squamous cell carcinoma *in situ*) of the digit. *Dermatol Surg* 2001;27:452-456.
14. Souza CS, Felicio LB, Bentley MV, Tedesco AC, et al. Topical photodynamic therapy for Bowen's disease of the digit in epidermolysis bullosa. *Br J Dermatol* 2005;153:672-674.
15. Neubert T, Lehmann P. Bowen's disease- A review of newer treatment options. *Ther Clin Risk Manag* 2008;4:1085-1095.
16. National Comprehensive Cancer Network: NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Basal cell and squamous cell skin cancers. Versión 2, 2014: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/nmsc.pdf.
17. Bustillo Sierra E. Niveles funcionales de amputación en los dedos. *Rev Colomb Ortop Traumatol* 2002;16:12-15.
18. Mikhail GR. Subungual epidermoid carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1984;11:291-298.
19. Goldminz D, Bennett RG. Mohs micrographic surgery of the nail unit. *J Dermatol Surg Oncol* 1992;18:721-726.
20. Cox NH, Eedy DJ, Morton CA. Guidelines for management of Bowen's disease: 2006 update. *Br J Dermatol* 2007;156:11-21.
21. Goh MS. Invasive squamous cell carcinoma after treatment of carcinoma *in situ* with 5% imiquimod cream. *Australas J Dermatol* 2006;47:186-188.
22. Murphy ME, Brodland DG, Zitelli JA. Definitive surgical treatment of 24 skin cancers not cured by prior imiquimod therapy: A case series. *Dermatol Surg* 2008;34:1258-1263.
23. Singh S, Khaitan BK, Sharma MC, Seenu V, et al. Bowen's disease on finger: A diagnostic and therapeutic challenge. *Indian J Dermatol Venerol Leprol* 2013;79:227-230.
24. Arterbery VE, Watson AC. An electronic brachytherapy technique for treating squamous cell carcinoma *in situ* of the digit: a case report. *BMC Res Notes* 2013;6:147.