

## Carcinoma epidermoide gigante

**Dra. Heidi García Wong, Dra. Zenaida González Rodríguez**

Hospital Docente Clínico Quirúrgico. La Habana, Cuba.

---

### RESUMEN

El carcinoma epidermoide es una neoplasia maligna de los queratinocitos epidérmicos. Es el segundo en frecuencia en las variedades del cáncer cutáneo y aparece generalmente en individuos mayores de 60 años. Este tumor predomina en áreas expuestas de la cara y las extremidades. Clínicamente se manifiesta como tumores de aspecto nodular, ulceroso o vegetante. Presentamos a un paciente con antecedentes de cicatrices inestables post quemaduras en toda la región de la espalda, apareciendo a partir de estas un tumor ulcerado con diagnóstico anatomo- patológico de carcinoma epidermoide bien diferenciado e infiltrante. Se hace exéresis total de la tumoración y se sigue por consulta.

**Palabras clave:** Carcinoma epidermoide, cicatrices inestables, tumor ulcerado.

---

### ABSTRACT

Squamous cell carcinoma is a malignant tumour of epidermal keratinocytes. It is the second most common skin cancer and it is usually found in exposed areas of the face and extremities. Clinically it is manifested as nodular tumours, ulcerative or vegetans. We present a patient with a history of unstable scars post-burns in the region of the back, appearing from these ulcerated with pathological diagnosis of well differentiated squamous cell carcinoma and infiltrating. Exeresis of the total tumour was done and the patient is followed by consultation.

**Keywords:** squamous cell carcinoma, unstable scars, ulcerated tumour.

---

## INTRODUCCIÓN

La piel, por su posición anatómica, está expuesta a factores carcinogénicos, con mayor intensidad que otras áreas cubiertas. A pesar de que el diagnóstico, dada su visibilidad, puede ser más temprano, los fenómenos socioculturales determinan que muchos de los pacientes lleguen tardíamente al cirujano. Hay mayor proporción de cáncer de piel en Australia, Nueva Zelanda y Unión Sudafricana, por una mayor exposición a los rayos ultravioleta. El efecto acumulativo de rayos con magnitud de onda entre 2.800 y 3.200 Å produce un daño irreversible epidérmico que lleva al carcinoma.<sup>(1)</sup>

El carcinoma espinocelular se origina preferentemente en la piel con cambios actínicos (p. ej., queratosis actínica), así como con cicatrices de larga duración posteriores a quemaduras, trayectos fistulosos, úlceras por estasis y otras úlceras crónicas, y cicatrices de enfermedades de larga duración, acompañadas de hiperplasia de la epidermis, como leishmaniasis, micosis y la tuberculosis. También se produce como consecuencia de tratamientos con rayos X que han causado radiodermatitis crónica; es frecuente también en pacientes inmunosuprimidos, como es el caso de aquellos sometidos a trasplante renal.<sup>(2,3,4)</sup>

Clínicamente se presenta como lesiones ulcerosas con bordes y paredes de consistencia dura y, a veces, bordes mamelados o con proyecciones verrugosas; como nódulos únicos y múltiples, aislados o confluentes y recubiertos por escamas o por exudado de olor fétido. Son más frecuentes en el sexo masculino, en cara, manos, genitales y mucosas, pero también en otras localizaciones. Casi siempre hay antecedentes de lesión anterior precancerosa: dermatitis solares crónicas, queratosis solares o seniles, cicatrices crónicas, queilitis, leucoplasia, y radiodistrofias.<sup>(5,6)</sup>

El cáncer de piel, incluye el melanoma maligno, carcinoma de células escamosas y carcinoma de células basales, estos últimos son los que representan más costos médicos, morbilidad y deformidades asociadas a trastornos estéticos. El proceso de carcinogénesis consta de tres etapas: inicio, promoción y avance.<sup>(7,8)</sup>

## PRESENTACION DEL CASO

Motivo de ingreso: Lesión ulcerada en la región lateral izquierda de la espalda.

Historia de la enfermedad actual: Paciente de 57 años, sexo masculino, negro, con antecedentes de presentar cicatrices, secuela de quemaduras dérmicas e hipodérmicas. Refiere que desde hace un año presenta una lesión en la región lateral izquierda de la espalda (zona cicatrizal), que ha ido aumentando de tamaño a pesar de haber recibido curas locales durante todo este tiempo en su área de salud, motivo por el cual se remite a nuestro servicio de Cirugía Plástica y Caumatología.

Antecedentes patológicos familiares: Padre y madre muertos. Ambos Diabéticos

Antecedentes patológicos personales: Nada a señalar

Interrogatorio por aparatos: Nada a señalar

Hábitos tóxicos: Fumador de 30 cigarrillos diarios desde los 20 años.

Examen físico general: negativo

Examen físico dermatológico: Ulceración de 13 x 9 cm de diámetro con bordes elevados e irregularidades, un piso granular rosado y exudación, localizados en la región lateral izquierda de la espalda ([Figura 1](#)), rodeada de múltiples cicatrices que ocupan esta región.

**Complementarios realizados:**

Hematocrito: 0,37 vol/%; Leucocitos:  $6 \times 10^9$  g/L; eritrosedimentación: 16 min; Creatinina: 71 mmol/L

Transaminasa glutámico pirúvico: 37 unidades; glicemia: 5,3 mmol/L; cituria: negativa; Electrocardiograma: normal

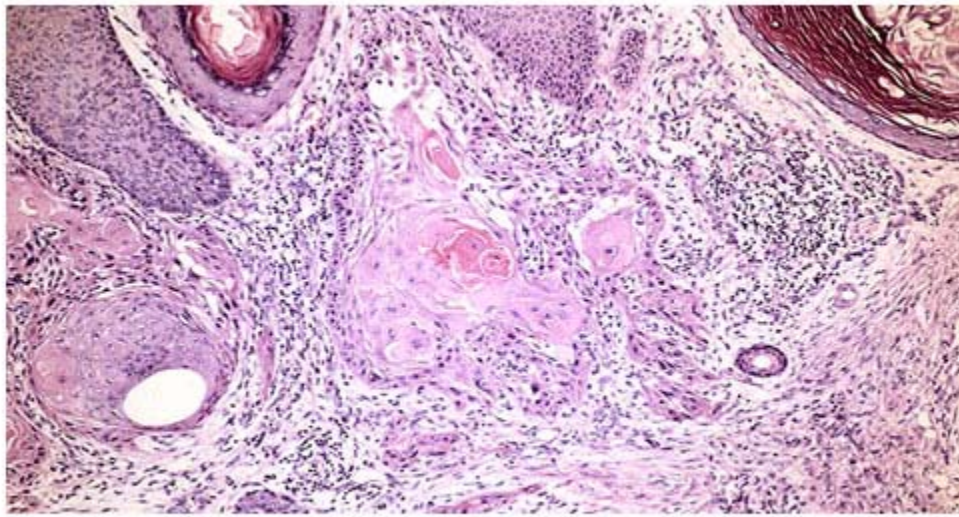
Rayos X de tórax: No se observan alteraciones pleuropulmonares

Ultrasonido abdominal: Sin alteraciones.

Se realiza biopsia por ponche para estudio histopatológico, donde se diagnostica: Carcinoma epidermoide bien diferenciado e infiltrante. ([Figura 2](#))

Se solicita interconsulta con oncología y dermatología, que recomiendan la exeresis total del tumor.

Se realizó tratamiento quirúrgico y estudio anatómo-patológico del tumor resecado, confirmándose el diagnóstico inicial.



**Fig. 2.** Carcinoma epidermoide bien diferenciado e infiltrante.

## DISCUSIÓN

La mayoría de los pacientes con diagnóstico de carcinoma escamoso primario tienen un excelente pronóstico. El uso apropiado de la cirugía puede eliminar más del 90 % de los tumores locales con bajo riesgo de metástasis. El paciente presentaba cicatrices como secuela de quemaduras dérmicas e hipodérmicas, a partir de las cuales se desarrolló la tumoración. Esto hizo pensar de inicio en la úlcera de Marjolin, que son aquellas degeneraciones malignas que surgen de úlceras venosas crónicas, cicatrices o tractos sinuosos. Esta transformación maligna ocurre mayormente en ancianos con lesiones vegetantes que ocasionalmente pueden ser bilaterales.

El carcinoma epidermoide ocurre con una mayor frecuencia hasta en un 98% de los casos.<sup>(9)</sup> Teniendo en cuenta esta información y el resultado de la biopsia descartamos esta posibilidad en este caso.

Las estadísticas revisadas indican una elevada frecuencia de este tumor en la piel expuesta de la cabeza y del cuello, con una mayor frecuencia en el sexo masculino en comparación con el sexo femenino.<sup>(10)</sup> Sin embargo, en este caso en particular la localización del tumor fue en una zona no frecuente como la zona lateral izquierda de la espalda. Consideramos que la presencia de cicatrices como secuela de quemaduras dérmicas e hipodérmicas constituyó un factor predisponente para la aparición del tumor.

En el carcinoma escamoso, la base de la lesión presenta generalmente induración y proliferación, con un aspecto opaco en comparación con el reborde perlado del carcinoma basocelular. La lesión sin tratamiento puede evolucionar hacia una ulceración, elemento que pudimos apreciar en el caso presentado. A medida que crece la ulceración, el tumor puede ser cubierto por una capa de queratina (como en el queratoacantoma), por una costra de serocidad o presentar una superficie cruenta granulosa que sangra con facilidad.

Generalmente, estas lesiones siguen dos cursos clínicos: Crecen formando un tumor exuberante en forma de coliflor o se extienden como un tumor invasor con infiltración de los tejidos adyacentes; el primer tipo tiende a ser más diferenciado y tiene menos tendencia a las metástasis; el segundo es menos diferenciado y tiene mayor tendencia a desarrollar metástasis. En este caso el tumor del paciente del presente caso clasifica para el primer tipo. <sup>(11)</sup>

## CONCLUSIONES

Es importante el diagnóstico precoz del cáncer de piel, más aún en pacientes con lesiones de evolución crónica. Nuestro paciente presentaba 1 año de evolución con una lesión crónica sin respuesta a los tratamientos empleados. Al llegar a nuestro servicio se hizo el diagnóstico de posible carcinoma epidermoide y se procedió a exeresis total del tumor. El diagnóstico de carcinoma epidermoide bien diferenciado e infiltrante se confirmó mediante el estudio anatómo patológico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chaichir A , Castrillon JM. Tumores malignos de la piel. In: Coiffman F, MD, F.A.C.S. Texto de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. 2da. Ed. España. Masson-Salvat Medicina; 2000,275-293.
2. Epstein JH. Photocarcinogenesis, skin cancer and aging. J. Am. Acad. Dermatol., 9, 487-502, 1983.
3. Gupta AK, Cardella C J, Haberman HF. cutaneous malignant naoplasma in patients with renal transplants. Arch. Dermatol., 122, 1288-1293. 1986.
4. Hoxtell EO, Mandel JS. incidence of skin carcinoma after renal transplantation. Arch. Dermatol., 113, 436-438, 1977.
5. Shklar G. Modern studies and concepts of leukoplakia in the mouth. J. Dermatol. Surg. Oncol., 7, 996-1003, 1981.
6. Waldron CA, Shafer WG. Leukoplakia revisited. A clinicopathologic study of 3526 leukoplakias. Cancer, 36, 1386-1392, 1975.
7. Kemp CJ. 2005. Multistep skin cancer in mice as a model to study the evolution of cancer cells. Semin. Cancer Biol. 15:460\_473.
8. Wu X, Pandolfi PP. 2001. Mouse models for multistep tumorigenesis. Trends Cell Biol. 11:S2\_S9.
9. Aronés B, Dávalos L, Guerrero W, Mora P. Carcinoma epidermoide postraumático de rápida evolución. Reported de un caso. Dermatol. Perú. 2007: 17(3): 197- 201.
10. Gibson E.W. Tumores malignos de piel. In: Grabb WC, Smith JW: Cirugía Plástica; edic Salvat; España; Salvat Editores; 1977; 573-598.

11. Brown JB, McDowell F. Neck Dissection. Springfield. Thomas, 1954.

Recibido: 17 de noviembre de 2011

Aprobado: 22 de diciembre de 2011

*Dra. Heidi García Wong.* Especialista de 1er grado en Cirugía Plástica y Caumatología.  
Profesor instructor. Hospital Docente Clínico Quirúrgico. Ciudad Habana, Cuba. E-mail: [heidi.garcia@infomed.sld.cu](mailto:heidi.garcia@infomed.sld.cu)