

## Presentación clínica atípica del carcinoma epidermoide cutáneo

### Atypical Clinical Presentation of Cutaneous Squamous Cell Carcinoma

Dunia García Massó, Elisa Chacón Oduardo, Liliana Almenares Soria

Hospital Militar "Dr. Joaquín Castillo Duany". Santiago de Cuba, Cuba.

---

#### RESUMEN

Se presenta el caso de un hombre de 75 años de edad, de piel negra y con antecedentes de salud hasta hace dos años en que sufre caída y recibe un trauma en la región sacra, donde apareció una lesión pequeña e indolora, la cual meses después aumentó de tamaño. El paciente fue atendido en varios centros asistenciales con el diagnóstico de exulceración traumática. Recibió diversos tratamientos sin mejoría. En el Hospital Militar de Santiago de Cuba se le realizó biopsia de piel cuyo resultado fue carcinoma epidermoide. Constituyó un caso poco frecuente por las características clínicas y la localización de la lesión.

**Palabras clave:** neoplasia de piel; carcinoma epidermoide.

---

#### ABSTRACT

The case of a 75-year-old black man with a health history is presented in this paper. Two years ago he suffered a fall and was injured traumatized in the sacral region, with a small, painless lesion, which increased in size months later. This patient was treated in several care centers with the diagnosis of traumatic exulceration. He received various treatments with no improvement. A skin biopsy was performed at Santiago de Cuba Military Hospital, the result was epidermoid carcinoma. It was a rare case due to the clinical characteristics and location of the lesion.

**Keywords:** skin neoplasm; squamous cell carcinoma.

## INTRODUCCIÓN

La piel es el órgano con mayor incidencia y variedad de neoplasias. Esto se debe principalmente a su exposición constante a factores carcinogénicos como las radiaciones ultravioletas.<sup>1,2</sup> El cáncer no melanoma constituye el grupo de neoplasias malignas más comunes de la piel. Este grupo está compuesto por carcinomas basocelulares (80 %) y carcinomas epidermoides (20 %).<sup>3</sup> Estos últimos surgen de las células epiteliales no glandulares, son infiltrantes, destructivos localmente, de crecimiento rápido, casi siempre asintomáticos y se diseminan a distancia.<sup>4</sup> Según la Organización Mundial de la Salud, la incidencia del cáncer con esta localización se ha triplicado en las últimas dos décadas. En el mundo se registran anualmente de dos a tres millones de casos de cáncer no melanoma. Una de cada seis personas padece una neoplasia cutánea maligna a lo largo de su vida.<sup>5</sup> La localización habitual de estas lesiones es en la piel expuesta al sol (predomina en la cabeza, sobre los labios, la frente y la región malar, seguida de las extremidades superiores).

En el Hospital Militar de Santiago de Cuba se diagnosticó un carcinoma epidermoide en la región sacra de un paciente anciano de piel negra, al final de un proceso inflamatorio crónico secundario a un traumatismo local tipo contusión. Este caso motivó su publicación teniendo en cuenta que la mayoría de las neoplasias de piel ocurre en áreas cutáneas expuestas al sol o a otro tipo de radiación ultravioleta (UV), del mismo modo que puede aparecer en quemaduras, cicatrices, úlceras, llagas preexistentes y sitios expuestos a productos químicos como el arsénico.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino, de piel negra, de 75 años de edad, con antecedentes de salud hasta hace dos años en que sufrió una caída mientras trabajaba en el campo y recibe una contusión en la región sacra, donde apareció posteriormente una lesión pequeña, indolora e insignificante para él, que recordaba una picadura de insecto.

Con el transcurso de varios meses la lesión fue aumentando de tamaño por lo cual el paciente acudió a varios centros asistenciales, donde se le diagnosticó exulceración traumática. Recibió diversos tratamientos sin mejoría. Finalmente, acudió al Hospital Militar y se decidió su ingreso para estudio y tratamiento.

El interrogatorio aportó los siguientes síntomas: astenia, anorexia, pérdida de peso lenta y progresiva, acompañada de discreto dolor a nivel de la lesión cutánea. En el examen físico se evidenció una lesión tumoral en la región sacra de aproximadamente de 10 cm de diámetro, con necrosis tisular en esa zona y bordes irregulares, mamelonantes, con superficie ulcerada, friable y fácilmente sangrante. Se encontraron adenomegalias inguinales de pequeño tamaño, pétreas y numerosas (fig).



**Fig.** Lesión tumoral en la región sacra de aproximadamente 10 cm de diámetro.

Se indicaron exámenes complementarios: hemoglobina en 102 g/L (anemia ligera), velocidad de sedimentación eritrocitaria (VSE) en 114 mm/h (muy acelerada), glucemia en 4,2 mmol/L (normal), creatinina: 98  $\mu$ mol/L (normal), radiografía de tórax sin alteraciones pleuropulmonares, ecografía abdominal con presencia de adenopatías profundas periaórticas y biopsia de piel que informó carcinoma epidermoide bien diferenciado.

Se presentó el caso en el Grupo Multidisciplinario para la Evaluación de Pacientes con Cáncer del hospital. Allí se consideró al paciente no tributario de tratamiento quirúrgico, radioterápico ni oncoespecífico, teniendo en cuenta la extensión de la lesión, la edad del paciente y las características histológicas del tumor. Se egresó al paciente con tratamiento paliativo sintomático. Tres meses después falleció a consecuencia de fallo multiorgánico y caquexia.

## DISCUSIÓN

Dentro del grupo de cáncer cutáneo no melanoma, el menos frecuente (25 %) es el carcinoma epidermoide. Es un tumor maligno de queratinocitos en la capa espinosa de la epidermis. Tiene una tasa de incidencia de 72 por cada 100 000 mujeres y de 100,8 por cada 100 000 hombres. Se presenta con una frecuencia del 7 al 11 % de la población.

Los factores de riesgo del cáncer no melanoma son la edad, el sexo, la exposición solar y los antecedentes familiares y personales de la enfermedad. Los fototipos más frecuentemente asociados a estas neoplasias son los ojos claros, la exposición a la luz ultravioleta, las ocupaciones al aire libre, el sexo masculino y la aparición a partir de la cuarta década de la vida.<sup>1-2,6,7</sup> El principal factor de riesgo es el antecedente de foto exposición aguda y crónica. El daño celular afecta a personas menores de 20 años y se caracteriza por ser acumulativo, lo que incrementa la carcinogénesis en la edad adulta.<sup>8</sup> Otros factores carcinogénicos de la piel son la

presencia del virus del papiloma humano, la exposición a radiaciones ionizantes, la relación con arsenicales, el contacto cutáneo sostenido o frecuente con hidrocarburos aromáticos, el tabaquismo, la inmunosupresión y el tratamiento con fototerapia.<sup>9,10</sup>

El riesgo de aparición de un carcinoma epidermoide en zonas con inflamación crónica coincidió con los antecedentes del paciente, quien recibió un trauma en la región sacra con inflamación crónica concomitante, sin respuesta satisfactoria a la terapéutica empleada. El sexo del paciente también se correspondió con el criterio de ser el sexo masculino el más afectado y su edad coincidió con la más frecuentemente afectada ( $74,4 \pm 12,4$  años). El carcinoma epidermoide se localiza en zonas expuestas a las radiaciones solares ultravioletas, como la cabeza (67 %) y las extremidades superiores (12 %).<sup>11</sup> Sin embargo, en este caso se presentó en una zona no expuesta como es la región sacra, que es una localización infrecuente.

El carcinoma epidermoide de la piel se caracteriza por una proliferación de queratinocitos atípicos, que se extienden desde la epidermis hacia la dermis. Hay pleomorfismo celular y nuclear, nucléolos prominentes, células multinucleadas y figuras mitóticas atípicas. Puede haber queratinización celular. Sus tipos histológicos no presentan la misma evolución. Se consideran de mayor agresividad el dermodisplásico, la enfermedad de Bowen invasiva y el "*denovo*". Este último aparece sobre una cicatriz o inflamación crónica y no en una lesión precursora previa tipo queratosis actínica.

La clasificación de Peniche J<sup>12</sup> para el carcinoma epidermoide es una de las más aceptadas. Sus criterios son los siguientes:

1. Ulcerada: es la más frecuente. Puede presentarse desde su inicio como una úlcera, o bien, iniciarse con una lesión nodular que posteriormente se ulcera.
2. Nodular: ocupa el segundo lugar. Se caracteriza por ser una lesión exofítica de superficie lisa o discretamente costrosa, de base infiltrada.
3. Nodular queratósica: se presenta como una lesión elevada de tipo nodular o de tipo placa, con hiperqueratosis en la superficie, en ocasiones simulando un cuerno cutáneo. En su base se observa un borde elevado eritematoso, de consistencia firme.
4. Vegetante: se inicia generalmente como una lesión nodular en cuya parte central se desarrolla una lesión vegetante. Esta variedad tiende a ser de mayor tamaño y se desarrolla más frecuentemente en las extremidades.
5. Superficial: se manifiesta clínicamente como una placa eritematosa, queratósica o verrugosa, de uno o varios centímetros de diámetro, de lenta evolución. Puede ser de tipo intraepidérmico, como en la enfermedad de Bowen o como consecuencia del inicio de invasión de una queratosis actínica.<sup>12</sup>

La forma clínica vegetante generalmente aparece sobre lesiones inflamatorias crónicas. Produce una neoformación que puede alcanzar grandes dimensiones, comenzando por un nódulo en cuya parte central se desarrolla una lesión vegetante acompañada de gran necrosis tisular. El caso mostró una gran lesión exulcerada de aspecto friable, mamelonante, de bordes elevados y bien definidos, que en sus inicios no concitó la atención médica.

Con la dermatoscopia los hallazgos son más variados; se observan vasos glomerulares y en horquilla.<sup>13</sup> También pueden observarse estructuras redondas u

---

ovales de color blanco amarillento, llamadas perlas, presentes en los tumores queratinizantes.<sup>14</sup>

El diagnóstico histológico de la lesión del paciente correspondió a un carcinoma epidermoide bien diferenciado, variedad más frecuente si se tiene en cuenta una revisión realizada entre los años 1997 y 2009 donde el 42 % de los tumores era bien diferenciado, el 31 %, moderadamente diferenciado y el 16 %, poco diferenciado.

La literatura confirma la importancia del tamaño del tumor. Cuando es de 2 cm comienza a existir tendencia a metástasis. Cuando son mayores a esta medida la probabilidad de recurrencia se duplica y la probabilidad de metástasis se triplica. En el caso presentado, el tamaño de la lesión era de 10 cm, con metástasis linfáticas regionales, pero no en órganos internos. La evolución del proceso tumoral hacia la muerte resultó acelerada.

En resumen, las características clínico epidemiológicas en el paciente coincidieron con lo reportado en la bibliografía mundial, excepto en la localización de la lesión y el color de la piel. La presencia de lesiones cutáneas con evolución clínica tórpida a pesar de los tratamientos convencionales, presentación topográfica inusual, con elementos atípicos, deben hacer suponer una transformación maligna. El diagnóstico oportuno, basado en una historia clínica exhaustiva y confirmado por los exámenes complementarios correspondientes garantiza la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes, elementos que fallaron en este enfermo y lo condujeron a la muerte en un corto tiempo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kolk A, Wolff KD, Smeets R, Kesting M. Melanotic and no Melanotic malignancies of the face and external ear-A review of current treatment concepts and future options. *Cancer Treat Rev.* 2014;40:819-37.
2. Breitbart EW, Walkman A, Noite S, Capellaro M. Systematic skin cancer screening in Northern Germany. *J Am Acad Dermatol.* 2012;66:201-11.
3. Torres VR, Camacho FM, Charles M, González S, Jurado F. *Dermatología Práctica Ibero-latinoamericana.* 2<sup>da</sup> ed. Nieto Editores, México DF. 2012. pp. 1-132.
4. Mercadillo P, Moreno LM. Fisiopatología del carcinoma epidermoide. *Dermatol Rev Mex.* 2013;57:118-27.
5. Coups EJ, Geller AC, Weinstock MA. Prevalence and correlates of skin cancer screening among middle aged and older White adults in the United States. *Am J Med.* 2010;123:439-45.
6. Narayanan DL. Ultraviolet radiation and skin cancer. *Int J Dermatol.* 2010;49(9):978-86.
7. Macbeth AE. What´s news Skin cancer An analisis of guidelines and systematic reviews publishes in 2008-2009. *Clin Exp Dermatol.* 2011;36(5):453-8.
8. Haas DR. Population education in preventing in skin cancer: from childhood and adulthood. *J Drugs Dermatol.* 2010;9(2):112-6.

9. Herrera NE, Aco AY. El melanoma en México. Rev Esp Med Quir. 2010;15(3):161-3.
10. Guevara Castillo RM, Peniche Castellanos A, Fierro Arias L, Ponce Olivera RM, Mercadillo Pérez P. Frecuencia de tumores en piel cabelluda en el servicio de Dermato-Oncología del Hospital General de México. Un análisis retrospectivo de los últimos 10 años. Dermatología (México, D.F.). 2010 Jul-Ago;54(4):173-6.
11. Mudigonda T, Pearce DJ, Yentzer BA, Williford P, Feldman SR. The economic impact of non melanoma skin cancer: a review. Compr Canc New. 2010 Aug;8(8):888-96.
12. Peniche J. Tumores de piel. En: Saúl A. Lecciones de Dermatología. 14<sup>ta</sup> ed. México DF: Méndez-Cervantes Eds.; 2001. pp. 611-88.
13. Puig S, Cecilia N, Malveyh J. Dermoscopic criteria and basal cell carcinoma. G Ital Dermatol Venereal. 2012;147(2):135-40.
14. Jaimes N, Zalaudek I, Braun RP, Tan BH, Busam KJ, Marghoob AA. Pearls of keratinizing tumors. Arch Dermatol. 2012 Aug;148(8):976.

Recibido: 23 de febrero de 2016.

Aprobado: 23 de abril de 2016.

*Dunia García Massó*: Hospital Militar "Dr. Joaquín Castillo Duany". Santiago de Cuba. Cuba. Correo electrónico: [dgarcia@hmscu.scu.sld.cu](mailto:dgarcia@hmscu.scu.sld.cu)