

Caso para diagnóstico

Tumoración en piel cabelluda

Mónica Vences Carranza,* Gisela Navarrete Franco,** Sonia Torres González,*
Ana Martha Caballero Centeno,*** Susana Esther Maya Aranda****

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino de 55 años, con dermatosis localizada a piel cabelluda de la que afecta región frontal izquierda, constituida por una neoformación oval, eritematosa, exofítica, de 7 x 5 cm, lobulada, infiltrada, de consistencia firme, con costras hemáticas y melicéricas en su superficie. Seis meses de evolución (*Figura 1*).

HISTOPATOLOGÍA

La biopsia incisional mostró una neoformación exofítica, cuya epidermis presenta abundante capa córnea de tipo paraqueratósico e hiperplasia pseudoepiteliomatosa.

En dermis se observan cordones de células epiteliales, semejantes a las espinosas, algunas de las cuales muestran atipias celulares y disqueratosis. Presencia de numerosos globos córneos, el estroma circundante con una reacción inflamatoria moderada, así como numerosos vasos dilatados y congestionados (*Figuras 2-5*). Con los datos antes descritos, ¿cuál es su diagnóstico?



Figura 1. Aspecto general de la lesión.

* Dermatóloga.

** Dermatopatóloga.

*** Residente del 5º año de Dermato-oncología.

**** Residente del 4º año de Dermatología.

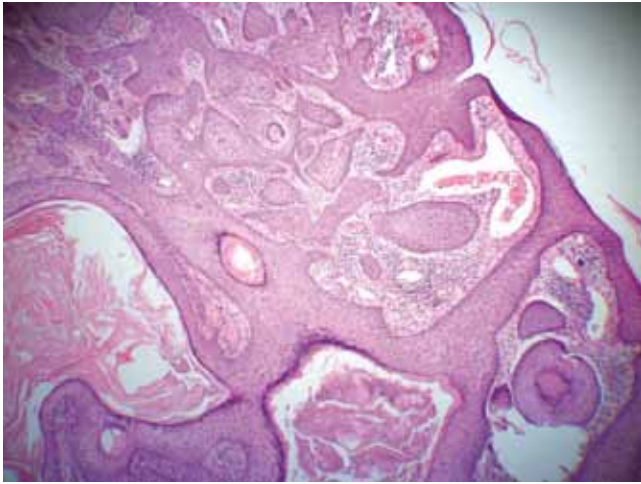


Figura 2. Neoformación exofítica con epidermis hiperplásica y cordones epiteliales de células escamosas en la dermis (H&E 4x).

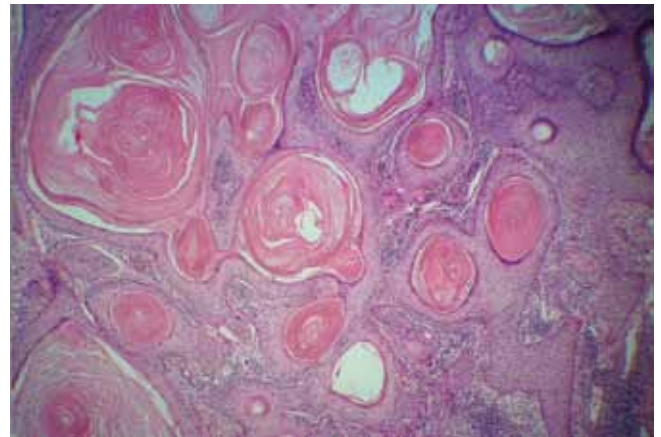


Figura 4. Abundantes perlas córneas (H&E 20x).

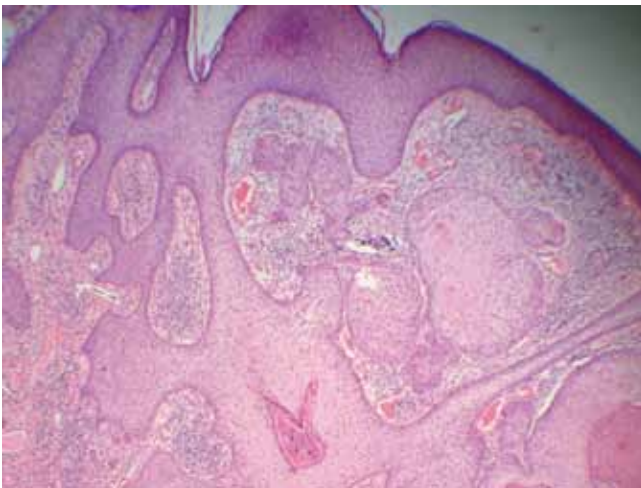


Figura 3. Cordones de células escamosas en dermis superficial y media (H&E 10x).

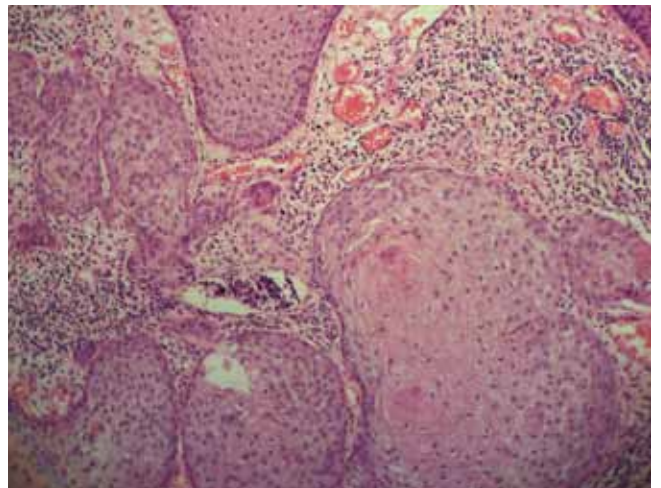


Figura 5. Cordones de células escamosas y algunas células disqueratóticas con reacción inflamatoria moderada, vasos dilatados y congestionados en el estroma circundante (H&E 20x).

DIAGNÓSTICO: CARCINOMA ESPINOCELULAR

El Carcinoma espinocelular o epidermoide (CEC) representa la segunda neoplasia cutánea más frecuente, con un 17-18%, en relación a los otros cánceres cutáneos, regularmente en personas mayores de 60 años, con discreto predominio en mujeres: 1.8-1.

La frecuencia de metástasis es variable. Marks estima que este riesgo es del 10 al 15% en los tumores del labio y pabellón auricular, y del 2% en otras zonas fotoexpuestas.^{1,2} Éstas son inicialmente a ganglios linfáticos regionales en casi 85% de los casos y a distancia en 15% de éstos.³

Factores de riesgo

El CEC se relaciona más con exposición solar crónica total, acumulada a lo largo de los años, principalmente tipo UVB(290-320).^{4,5}

Otros factores de predisposición conocidos incluyen las radiaciones ionizantes, el contacto con arsénico o hidrocarburos aromáticos, el tabaquismo, tratamientos con fototerapia e inmunosupresión, algunos genotipos de virus del papiloma humano (VPH), sobre todo VPH 5, VPH 8, VPH16 y VPH18 en sujetos inmunocompetentes e inmunocomprometidos.^{6,7}

Varios síndromes genéticos se asocian con el carcinoma espinocelular, entre ellos: xeroderma pigmentoso, síndrome de Ferguson-Smith, epidermodisplasia verruciforme y albinismo.⁸

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El CEC es una neoplasia epitelial maligna que afecta con mayor frecuencia a la piel crónicamente expuesta a la luz solar, como la cabeza (66.7%),⁹ el cuello y las extremidades superiores. Puede crecer más rápido que el carcinoma basocelular y asociarse con dolor o hipersensibilidad, aunque lo más común es que sea asintomático.³

En términos generales se divide en: CEC verrugoso y no verrugoso. Dentro del CEC verrugoso se encuentran las variedades de papilomatosis oral florida, en cavidad oral; el condiloma gigante de Buschke-Lowenstein en los genitales; epitelioma cuniculatum en plantas y el epitelioma verrugoso cutáneo en cualquier topografía.

Dentro del CEC no verrugoso se encuentran las variedades superficial, nodular-queratósica, vegetante y ulcerada, cada una con características particulares.

Superficial intraepidérmico. Son los llamados carcinomas *in situ* que se manifiestan como enfermedad de Bowen y eritroplasia de Queyrat.

Nodular-queratósico. Variedad clínica más frecuente. Éstas presentan una base infiltrada con diferentes grados de queratinización, aunque no de manera constante; la presencia de queratinización se asocia con el grado histológico de diferenciación.

Vegetante. Neoformación vegetante con mal olor, base infiltrada de tamaño variable.

Ulcerado. Úlcera de superficie irregular que se asienta sobre una base indurada, que infiltra tejidos vecinos en mayor o menor grado, puede presentar crecimiento acelerado y ser altamente destructiva. Es la variedad que origina más metástasis.

HISTOPATOLOGÍA

Se pueden presentar masas tumorales de células con diferenciación escamosa y diferentes grados de atipia y metástasis.

Se divide en *bien, moderadamente y pobremente diferenciado* empleando la escala de Broders:

- I. Más del 75% de células bien diferenciadas.
- II. Entre el 75-50% de células bien diferenciadas.
- III. Entre el 50-25% de células bien diferenciadas.
- IV. Menos del 25% de células bien diferenciadas.

El grado de diferenciación tiene importantes implicaciones desde el punto de vista pronóstico y para fines de tratamiento, por lo que es fundamental conocerlo al abordar este tipo de neoplasias.

Pronóstico

Este tumor debe ser considerado agresivo, aunque con una detección oportuna y una terapéutica adecuada tiene buen pronóstico: el porcentaje de recidiva de un tumor primario en un plazo de 5 años es de aproximadamente 8% y de metástasis de 5%.

TRATAMIENTO

El tratamiento de primera elección es la extirpación quirúrgica con márgenes de seguridad.

Existen otros tratamientos que de acuerdo a la presentación clínica y condiciones generales del paciente pueden ser empleados solos o en combinación; entre ellos se encuentran: radioterapia, legrado-electrocoagulación, criocirugía, imiquimod tópico, 5-FU tópico, quimioterapia.

COMENTARIOS

La paciente fue valorada y manejada en el Servicio de Dermatooncología donde se realizó extirpación de la lesión y colgajo de rotación; se envió pieza quirúrgica a estudio histopatológico donde se reportó extirpación completa; actualmente la paciente se encuentra sin recidivas a 5 meses del postoperatorio.

La importancia de este caso es por la baja incidencia de presentación en esta topografía y morfología, así como para hacer hincapié en el diagnóstico oportuno y certero de dichas neoformaciones con ayuda de la dermatopatología, para poder ofrecer al paciente un adecuado tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kripke MI. Carcinogénesis: radiación ultravioleta. En: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolf K, Freedberg MI, Austen KF, editores. *Dermatología en medicina general*. 4ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana SA, 1997: 834-842.
2. Depinho RA. The age of cancer. *Nature* 2000; 408: 248-254.

3. Marks R. Squamous cell carcinoma. *Lancet* 1996; 347: 735-738.
4. Koh HK, Séller AC, Miller DR et al. Prevention and early detection strategies for melanoma and skin cancer. *Arch Dermatol* 1996; 132: 436-443.
5. Marks R. An overview of skin cancers: incidence and causation. *Cancer* 1995; 75: 607-612.
6. Wieland U, Ritzkowsky A, Stoltidis M, Weissenborn S, Stark S, Ploner M et al. Papillomavirus DNA in basal cell carcinomas of immunocompetent patients: an accidental association? *J Invest Dermatol* 2000; 115: 124-128.
7. Preston DS, Stem RS. Non-melanoma cancers on the skin. *N Engl J Med* 1992; 327: 1649-1662.
8. Kraemer KH, Lee MM, Andrews AD, Lambert C. The role of sunlight and DNA repair in melanoma and non-melanoma skin cancer: the xeroderma pigmentosum paradigm. *Arch Dermatol* 1994; 130: 1018-1021.
9. Saucedo AP, Gutiérrez RM, Medina A. *Dermatología Rev Mex* 2005; 49: 231-239.

Correspondencia:

Dra. Mónica Vences Carranza
Dr. Vértiz Núm. 464 Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, Deleg. Cuauhtémoc,
06780, México D. F.
Tel. 5519 6351