

Cáncer epidermoide en piel cabelluda, presentación inusual

Reporte de un caso

Susana Rodríguez Beltrán^a, Claudia Reynoso von Dratlen^b



Fotos: Cortesía de los autores

Resumen

Se presenta el caso clínico de una paciente de 47 años de edad, la cual cursó con una lesión en piel cabelluda de gran dimensión (10 x 10 cm de diámetro) de un año de evolución. Se realizó estudio histopatológico, que reportó cáncer epidermoide moderadamente diferenciado. La tomografía de cráneo mostró tumoración de piel cabelluda que erosiona el cráneo. Fue tratada en servicio de oncología médica y servicio de radioterapia para reducción de masa tumoral, radioterapia y 5 ciclos de cisplatino más docetaxel. Al existir respuesta favorable, se interviene quirúrgicamente con rotación de colgajos y colocación de injerto. El estudio histopatológico postratamiento reportó: carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, permeación vascular que infiltra dermis y tejido subcutáneo; fragmento óseo sin datos de neoplasia viable. Se continuó manejo con capecitabina como mantenimiento. La paciente falleció 5 años después del diagnóstico con metástasis pulmonares.

El objetivo de la presentación de este caso es resaltar que

el cáncer de piel puede presentarse de forma inusual y en pacientes con factores de riesgo poco frecuentes, como en este caso. La sospecha clínica oportuna conducirá al establecimiento del diagnóstico y tratamiento adecuados.

Palabras clave: Cáncer epidermoide en piel cabelluda, aspecto inusual.

Epidermoid cancer on scalp, an unusual presentation. A case report

Abstract

This is a case report of a female patient of 47 years of age. She presented a large scalp injury, 10 cm wide, with a year of evolution. The histopathological study reported a moderately differentiated squamous cell carcinoma and the tomography showed a scalp tumor eroding the skull. She was treated at the medical oncology services and radiation therapy services for debulking, radiotherapy and 5 cycles of cisplatin plus docetaxel. If the response is favorable, a surgical intervention will be performed with rotation flaps and a graft placement. The post-treatment histopathological study reported: a moderately differentiated epidermoid carcinoma, vascular permeation infiltrating dermis and subcutaneous tissue and bone fragments with no viable neoplasm data. Capecitabine was prescribed as maintenance. The patient died 5 years after the diagnosis because of pulmonary metastases.

^aDermatóloga adscrita a Consulta Externa. Hospital de Especialidades IMSS. Centro Médico de Occidente. Guadalajara, Jalisco, México.

^bJefa del Servicio de Dermatología. Hospital de Especialidades IMSS. Centro Médico de Occidente. Guadalajara, Jalisco, México. Correo electrónico: robs133@hotmail.com

Recibido: 09-febrero-2016. Aprobado: 17-febrero-2016.



Figura 1. Tumor en piel cabelluda.



Figura 2. Postquimioterapia.



Figura 3. Postcirugía.

The aim of this case report is to make emphasis in the fact that skin cancer can occur in unusual ways and in patients with rare risk factors like this case. Timely clinical suspicion may lead to a favorable diagnosis and treatment.

Keywords: Squamous cancer from the scalp, unusual presentation.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de piel es la neoplasia más frecuente en México y el mundo. El carcinoma epidermoide es el segundo tumor maligno más frecuente en dermatología y dermatopatología, con predominio de 2.1:1 en relación hombre: mujer. Aproximadamente 2% de los trastornos cutáneos ocurren en la piel cabelluda, región anatómica única en la que se pueden originar tumores benignos y tumores malignos debido a que concentra muchas unidades de folículos pilosebáceos. El factor etiopatogénico más frecuente es la exposición crónica a la luz solar, de tal forma que la ocupación influye en la aparición de esta neoplasia. Predomina después de los 50 a 60 años de edad; en niños y adolescentes muestra vínculo con padecimientos genéticos^{1,2,14}.

Se manifiesta como un nódulo firme, habitualmente eritematoso, de superficie verrugosa, que puede presentar áreas de ulceración; su crecimiento es más rápido e infiltrativo que el carcinoma basocelular. La frecuencia de metástasis es variable, Marks estima que este riesgo es de 10 a 15% en los tumores del labio y pabellón auricular, y de 2% en otras zonas fotoexpuestas. Éstas son inicialmente a ganglios linfáticos regionales en casi 85% de los casos y a distancia en 15% de éstos.

REPORTE DEL CASO

Paciente mujer de 47 años de edad, originaria y residente de Guadalajara, Jalisco, ocupación ama de casa, negó los siguientes antecedentes: hereditarios para neoplasias, transfusiones, alergias, enfermedades tales como diabetes mellitus o hipertensión arterial. Salpingoclasia hace 20 años. Inició su padecimiento un año antes con una tumoración en piel cabelluda de crecimiento progresivo, asintomática todo este tiempo; la masa alcanzó una dimensión de 10 ×10 cm de diámetro (**figura 1**), sin afección a ganglios linfáticos. Tres meses antes

se agrega sangrado ocasional al tocarse la lesión, así como olor fétido y secreción serosanguinolenta, para lo cual recibió manejo con antibióticos por médicos generales en lo particular sin mejoría, por lo que acudió a valoración al servicio de dermatología. Se realizó un estudio histopatológico que reportó cáncer epidermoide moderadamente diferenciado. Se derivó al servicio de oncocirugía, pero por las dimensiones de la tumoración, decidieron derivarla a oncología médica y al servicio de radioterapia para reducir de la masa tumoral, y se dejó la posibilidad de cirugía posradioquimioterapia. La tomografía de cráneo reportó tumoración del cuero cabelludo que erosionaba el cráneo.

Se indicó tratamiento con radio y quimioterapia 5 ciclos de cisplatino más docetaxel; este último fármaco le ocasionó a la paciente disnea e hipotensión en el quinto ciclo, por lo que fue suspendido. Se observó buena respuesta, con reducción de la masa tumoral (**figura 2**) por lo que fue intervenida quirúrgicamente con rotación de colgajos y colocación de injerto (**figura 3**).

El estudio histopatológico postcirugía reportó: carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, con las típicas perlas córneas (**figura 4**) y los puentes intercelulares (**figura 5**), cambios postratamiento con permeación vascular que infiltraba dermis y tejido subcutáneo; fragmento óseo sin datos de neoplasia viable (**figura 6**). Se continuó manejo con capecitabina y falleció 5 años después con metástasis pulmonares.

DISCUSIÓN

Los tumores de la piel cabelluda son variados; dentro de éstos, el cáncer epidermoide en piel cabelluda ocupa en algunas revisiones 28%³. Se origina a partir de los queratinocitos epidérmicos, o bien del epitelio de las mucosas^{4,5}. Representa la segunda neoplasia cutánea más frecuente, regularmente en personas mayores de 50 a 60 años, con predominio en hombres 2:1^{1,14}.

En Estados Unidos de América se diagnostican cada año aproximadamente 200,000 casos. Dentro de los factores de riesgo se encuentran: la exposición a la radiación ultravioleta, la longitud de onda involucrada está en el rango de los UVB 290 a 320

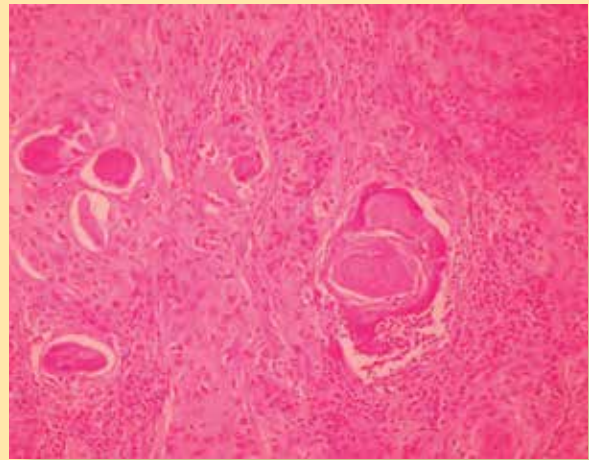


Figura 4. Perlas córneas.

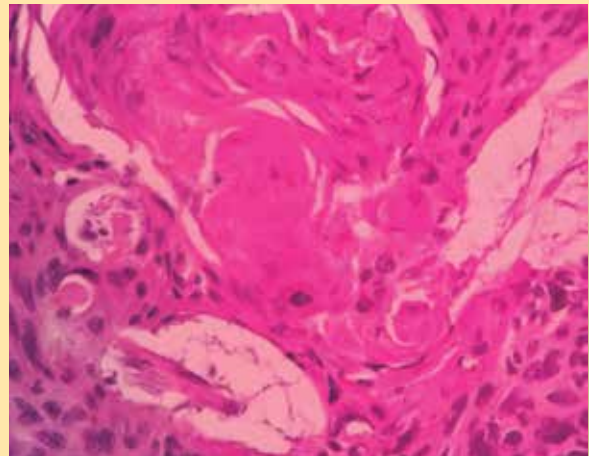


Figura 5. Puentes intercelulares.



Figura 6. Tejido óseo sin neoplasia.

nm, radiación ionizante, carcinógenos ambientales, lesiones precancerosas como las queratosis actínicas, úlceras crónicas, después de tratamientos con psoraleno más luz ultravioleta A (PUVA), se asocia a virus del papiloma humano genotipos 5, 6, 8, 11, 16 y 18, la susceptibilidad genética en entidades como xeroderma pigmentoso, síndrome de Gorlin Goltz, albinismo y epidermólisis bullosa congénita, síndrome Ferguson-Smith y epidermodisplasia verruciforme.

En un estudio de 11 años sobre el carcinoma epidermoide (1992-2002) en el Hospital General de México en el que se incluyeron 363 pacientes, 85% correspondió a lesiones de 3 cm o menores y en 9.9% de los pacientes se encontraron adenopatías regionales. En este caso, el carcinoma epidermoide en piel cabelluda, fue valorado por primera vez cuando la paciente presentaba una lesión de gran tamaño y sin adenopatías. La forma más frecuente es la ulcerosa, constituida por una lesión anfractuosa, de base infiltrada, fondo irregular y friable, de crecimiento rápido y destructivo; es la forma que genera metástasis con mayor frecuencia. La forma vegetante o verrugosa casi siempre aparece sobre lesiones inflamatorias crónicas, produce una neoformación que puede alcanzar grandes dimensiones; se ha observado en cicatrices de quemaduras, úlceras en piernas, micosis profundas. Cuando aparece en piel cabelluda el carcinoma epidermoide debe diferenciarse de queratosis seborreicas, poroma ecrino, cromomicosis, fibroxantoma atípico, carcinoma basocelular, quiste triquilemico y tumor de células de Merkel⁷⁻¹⁷.

En la dermatología mexicana se utiliza la clasificación clínica propuesta por el Dr. Peniche, la cual los divide en: tipo superficial, ulcerado, nodular-queratósico y vegetante o verrugoso.

En forma internacional se clasifica según el sistema TNM que mide el tamaño del tumor en centímetros (T), presencia de ganglios regionales (N) y metástasis (M). El riesgo de aparición de las metástasis tiene una relación con el tamaño del tumor (si es mayor de 2 cm), del grado de diferenciación, de la profundidad del tumor, del sitio afectado (ya que se sabe que en mucosas es mucho más agresivo), así como de la inmunocompetencia del paciente⁷⁻¹⁷.

En los casos típicos, en el estudio histopatológico

se reportan células pavimentosas de aspecto normal y atípico caracterizadas por aumento de mitosis, figuras mitóticas aberrantes, hipercromasia nuclear y pérdida de puentes intercelulares. La diferenciación pavimentosa se observa como focos de queratinización en anillos concéntricos de células pavimentosas denominados perlas córneas. La pérdida de la diferenciación se asocia con la disminución de la producción de queratina. Los grados histológicos se establecen según el grado de diferenciación celular. En 1932 Borders introdujo un sistema formal de división en grados según la diferenciación de los queratinocitos que se utiliza aún en la actualidad. Los tumores se clasifican en una escala del 1 al 4 sobre la base de los porcentajes crecientes de células indiferenciadas.

El grado 1 tiene menos de 25% de células indiferenciadas, el grado 2 tiene menos de 50% de células indiferenciadas, el grado 3 tiene menos de 75% de células indiferenciadas y los primeros 3 grados tienen queratinización, el grado 4 tiene más de 75% de células indiferenciadas y no tiene queratinización, presenta atipias y no existen puentes intercelulares⁷⁻¹⁷.

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica en los carcinomas espinocelulares primarios pequeños. Los márgenes recomendados son 4 mm en las lesiones de bajo riesgo, y en aquellos con una profundidad de menos de 2 mm, en las lesiones que tienen una profundidad mayor de 6 mm o un diámetro mayor de 1cm se recomienda la cirugía micrográfica de Mohs, que debe ser considerada en tumores que afectan las regiones perioculares y periauriculares; los tumores recurrentes o grandes, las lesiones con márgenes clínicos mal definidos; los tumores en sitios donde es importante la preservación del tejido (punta de nariz, labio, párpado, ojo, genitales); los tumores que infiltran en profundidad, las lesiones en sitios que fueron irradiados previamente; los tumores que afectan las estructuras subyacentes (nervio, hueso, músculo); los tumores en pacientes inmunosuprimidos y las lesiones en sitios asociados con altas tasas de recidivas.

En los casos de tumores avanzados de cabeza se indica escisión de la tabla externa cuando el tumor está adherido al periostio de la bóveda craneana,

pero si hay invasión ósea, se indica resección del tumor en continuidad con la bóveda craneana y con margen de al menos de 1 cm. La reconstrucción se planea de forma individualizada, se pueden utilizar injertos cutáneos, colgajos con irrigación al azar, colgajos fasciocutáneos pediculados, colgajos miocutáneos pediculados y colgajos libres micro anastomosados. La rehabilitación de las resecciones orbitarias y orbitofaciales con el uso de prótesis suele tener buenos resultados^{11,12,18,19}.

La radiación puede utilizarse para lesiones con invasión superficial hasta aquellas de riesgo moderado y sirve como coadyuvante de la cirugía escisional en el tratamiento de la enfermedad microscópica residual al proporcionar profilaxis contra la enfermedad metastásica.

La braquiterapia es muy útil en lesiones de labio y pirámide nasal. Las recaídas ocurren con más frecuencia en los dos primeros años, por lo que se recomienda una evaluación trimestral o cuatrimestral; después de ese período, las consultas pueden ser más espaciar. La supervivencia a 10 años en pacientes con compromiso ganglionar regional es menor de 20% y menor de 10% en pacientes con metástasis a distancia^{11,18,20,21}.

CONCLUSIONES

El cáncer epidermoide continúa siendo un padecimiento frecuente en la población general. Nuestra paciente presentó la variedad clínica vegetante, de crecimiento lento pero progresivo. La mayor parte de estos tumores se curan con cirugía; sin embargo, algunos tumores presentan características que se consideran de alto riesgo. Por lo cual la radioterapia y quimioterapia son tratamientos coadyuvantes en pacientes seleccionados de difícil manejo, como en este caso. ●

REFERENCIAS

1. Lowell A. Goldsmith, Stephen I. Katz, Barbara A. Gilchrest, Amy S. Paller, David J. Leffell, Klaus Wolff Fitzpatrick. *Dermatología en Medicina General*. 7a ed., tomo 2. Editorial Panamericana. p.p. 1028-36.
2. Arenas R. *Atlas dermatología: diagnóstico y tratamiento*. 3ra ed. México: McGraw-Hill/Interamericana de México. p.p. 595-7.
3. Granados García Martin, Herrera Gómez Angel. *Manual*

- de Oncología Médico-Quirúrgicos 4ta edición Mc Graw-Hill pág. 898-907.
4. Briceño T, Vázquez E, Oliver M, Reyes JO, Chopite M, Enriquez A, et al. Epitelioma cuniculatum: presentación de 3 casos y revisión de la literatura. *Derm Venez*. 1996;34:149-53.
5. Muñoz P, Escudero J, Camacho F, Rojo J, Vera I. Carcinoma espinocelular agresivo con presentación atípica. *Actas Dermatosifiliogr*. 2001;92:39-45.
6. Tamez R, Rangel J, Chávez A, Vázquez H. Recurrencia del carcinoma basocelular y epidermoide en pacientes con reporte histopatológico de tumor en bordes quirúrgicos. *Cir Plast*. 2003;13(2):61-3.
7. Gutiérrez R. Cáncer de piel. *Rev Fac Med UNAM*. 2003; 46(4):166-71.
8. Barrón T., Peniche J., Peniche A., Arellano I., León G., Mercadillo P. Carcinoma epidermoide de piel en la población mexicana. Estudio epidemiológico y clínico de 508 tumores. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2004; 67(2):71-77.
9. Rodríguez R, Montalván R. Tumoración verrucosa ulcerada de miembro inferior. *Dermatología Peruana*. 2006; 16(1):82-6.
10. López Z. Incidencia de carcinoma basocelular y epidermoide. *Dermatología Rev Mex*. 2007;51(4):149-53.
11. Nazar G, Vial G, Ibarra A, Cabezas L. Tumores de cabeza y cuello. *Rev Med Clin CONDES*. 2007;18(4):408-18.
12. Vences CM, Navarrete FG, Torres GS, et al. Tumoración en piel cabelluda. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2010;19(2):84-7.
13. Guevara R, et al. Frecuencia de tumores en la piel cabelluda en el servicio de Dermato-oncología del Hospital General de México. Un análisis retrospectivo de los últimos 10 años. *Dermatología Rev Mex*. 2010;54(4):173-6.
14. Mercadillo P, Moreno LM. Fisiopatología del carcinoma epidermoide. *Dermatol Rev Mex*. 2013;57:118-27.
15. Martínez V, Gutiérrez R, Novales J. Tumor triquilemico proliferante. Comunicación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2003;12(3):154-6.
16. Jiménez F, Ramos A, Villanueva A. Siringocistoadenoma papilífero apocrino y quiste triquilemico proliferante. Reporte de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2004;13(2):116-9.
17. Tovar R, et al. Carcinoma de células de Merkel en la Unidad de Dermato-oncología del Hospital General de México. Revisión de 10 años. *Dermatología Rev Mex*. 2010;54(4):183-7.
18. Rivas B. Reconstrucción en cirugía oncológica de cabeza y cuello: perspectivas. *Cancerología*. 2007;2:39-46.
19. Rivas B, Noguera R, Ortiz JB, Gómez FF. Colgajo prefabricado occipital para cobertura de exposición ósea craneal. *Cir Plast Ibero-latinoam*. 2010;36(1):87-92.
20. Alert J. Empleo del tratamiento radiante en los tumores de cabeza y cuello en el niño (parte I: tumores malignos). *Rev Cubana Oncol*. 2001;17(3):200-9.
21. Rodrigo JP, Maseda E, Maldonado M, Aldama P, Puente M, Llorente JL, et al. Eficacia de la radioterapia postoperatoria en los carcinomas epidermoides de cabeza y cuello: resultados de un ensayo prospectivo aleatorizado. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2004;55:415-9.