



Manejo terapéutico del carcinoma epidermoide cutáneo de alto riesgo. A propósito de un caso

Eusebio Jesús Luna Velasquez ¹.

Bagher David Nouri Guendsechadze ².

Jhonatan Rahonil Rodríguez Rodríguez ³.

¹Cirujano General eusebioluna54@gmail.com

²Cirujano General baghernouri@hotmail.com

³Hospital Militar Dr Carlos Arvelo. Caracas. Especialista en Cirugía
Oncológica. jhonatanrdoc@gmail.com

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina -
Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 16 de Enero del 2017 a la Revista Vitae Academia
Biomédica Digital.

RESUMEN

El carcinoma epidermoide de piel es la segunda neoplasia más frecuente en esta zona, representando un 20% de los casos de cáncer de piel no melanoma. En la mayoría de los casos están localizados y pueden ser extirpados mediante cirugía o procedimientos locales dermatológicos. Se ha descrito un subgrupo de carcinomas epidermoides cutáneos denominados de alto riesgo, con un comportamiento biológico más agresivo mostrando gran tendencia a la recidiva local, diseminación linfática o invasión de órganos locales y a distancia. Caso clínico: Se trata de un paciente masculino de 62 años de edad con diagnóstico de carcinoma epidermoide bien diferenciado en el pabellón auricular izquierdo, con características de riesgo tales como la ubicación, el tamaño (8 cm), profundidad de 4 cm e

invasión parotídea ipsilateral. Se le realizó resección local amplia de la tumoración, con disección cervical ganglionar electiva y parotidectomía superficial, además de la reconstrucción por cirugía plástica. La pieza quirúrgica obtenida mantuvo los márgenes oncológicos aceptados, a pesar que no hubo invasión linfática se justificó la disección cervical por la amplia literatura que recomienda su realización en pacientes sin invasión linfática con este tipo de tumores. La importancia de la identificación de los factores de alto riesgo en estas neoplasias condiciona el tipo de tratamiento que se aplicará, influyendo directamente en el pronóstico.

PALABRAS CLAVE: carcinoma epidermoide de alto riesgo, recidiva local, metástasis

THERAPEUTIC MANAGEMENT OF HIGH RISK CUTANEOUS SQUAMOUS CELLS CARCINOMA. A PROPOS OF A CASE

SUMMARY

Cutaneous squamous cells carcinoma is the second most common neoplasm of the skin, it represents 20% of non melanoma skin cancer cases. Most cases are localized and can be extirpated through surgery or local dermatologic processes. It has been described another group of cutaneous squamous cells carcinoma designated as of high risk, being more aggressive and showing tendency to local relapse, lymphatic dissemination and invasion of local or remote organs. Clinical presentation: 62 years old male patient with diagnosis of cutaneous sqmaous cells carcinoma well differentiated in left ear, with high risk characteristics as location, size of 8 cm, depth of 4 cm and parotid ipsilateral invasion. An extensive local resection of the tumor was performed, including elective lymph cervical dissection plus superficial parotidectomy and reconstruction by plastic surgery. Surgical specimen showed accepted oncologic margins, although there was not lymph invasion, we performed cervical dissection for the extensive literature that recommends it in patients without lymph invasion and this kind of tumors. Identification of risk factors in these neoplasm determine the treatment and improve the prognosis.

KEY WORDS: high risk squamous cells carcinoma, relapse, metastasis

MANEJO TERAPÉUTICO DEL CARCINOMA EPIDERMOIDE CUTÁNEO DE ALTO RIESGO. A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

El carcinoma epidermoide de piel es la segunda neoplasia más frecuente en esta zona representando un 20% de los casos de cáncer de piel no melanoma, siendo el 80% restante contituído por los carcinomas basocelulares. Su incidencia ha aumentado de forma considerable en los últimos 20 años a nivel mundial y los datos epidemiológicos revelan que persistirá el incremento durante la próxima década^(1,2). Este aumento en la incidencia se ha planteado de etiología multifactorial y abarca desde mejoras en la detección de la enfermedad, así como una población más longeva, hasta el mayor uso de los sistemas de bronceado artificial, entre otros factores de riesgo asociados a esta patología se incluyen:

exposición a los rayos ultra violeta, a carcinógenos químicos como arsénico e hidrocarburos, a radiaciones ionizantes, infección por virus del papiloma humano, lesiones preexistentes con procesos inflamatorios crónicos, trastornos genéticos como el albinismo o el xeroderma pigmentoso, estados de inmunosupresión ya sea por infección por VIH o inducidos en pacientes posterior a trasplantes, particularmente en este caso tienen una evolución más agresiva con mayor tendencia a recidivar y hacer metástasis^(1,3,4).

En la mayoría de los casos estas tumoraciones están localizadas y pueden ser extirpadas mediante cirugía, así como por medio de procedimientos locales dermatológicos, presentando posterior a su resección una supervivencia global superior al 90% a los 5 años y una mortalidad del 1%^(2,5). No obstante se ha descrito un subgrupo de carcinomas epidermoides cutáneos denominados de alto riesgo, con un comportamiento biológico más agresivo mostrando gran tendencia a la recidiva local, diseminación linfática o invasión de órganos locales y a distancia, la cual ha sido descrita por diferentes autores entre un 15% y 38%, si bien el riesgo de metástasis para los de bajo riesgo no supera el 5%⁽⁶⁾.

A partir de la séptima edición de la clasificación TNM del American Joint Committe on Cancer (AJCC) se incluyeron los carcinomas cutáneos no melanomas, en vista que las clasificaciones anteriores no eran adecuadas para estadificar pacientes con carcinoma epidermoide, mejorando de esta forma su pronóstico y manejo. Se tomaron en cuenta para ello ciertos factores considerados de alto riesgo para recidivas y metástasis como son el tamaño tumoral mayor de 2 cm, la profundidad de invasión superior a 2 mm, nivel de Clark IV o superior, localización en pabellón auricular, mucosa labial, el grado de diferenciación y el tipo histológico desmoplásico o adenoescamosos. En el caso de aquellos tumores que presenten 2 o más criterios de riesgo pasaría a tener un T superior del que le corresponde y en consecuencia su pronóstico sería peor⁽⁷⁾.

El manejo terapéutico en este tipo de tumores resulta de vital importancia para disminuir las probabilidades de recaída, es de primera elección para ello la cirugía convencional con márgenes de entre 6 a 10 mm y en el caso de tumores recurrentes se recomienda el uso de la cirugía micrográfica de Mohs. Para pacientes con riesgo quirúrgico relevante o tumores inoperables la radioterapia constituye una opción terapéutica aunque con resultados inferiores a la opción quirúrgica⁽⁸⁾.

CASO CLÍNICO

Caso clínico: se trata de un paciente masculino de 62 años de edad quien refiere lesión hiperpigmentada en pabellón auricular de 2 años de evolución, la cual aumentó de tamaño progresivamente, evolucionando a ulceración que involucra toda la estructura, concomitantemente sangrado, dolor y deformidad de la zona afectada, por lo que acude a consulta externa de cirugía general en el Hospital Militar Dr Carlos Arvelo. Antecedentes familiares: no pertinentes. Antecedentes personales: refiere hábito tabáquico de 20 paquetes/año y exposición solar persistente durante más de 40 años en virtud de sus actividades

realizadas en el medio rural. Al examen físico presenta presión arterial en 130/80 mmHg, pulso de 80 ppm, temperatura de 37°C, frecuencia respiratoria de 16 rpm, se evidencia lesión ulcerada exofítica, friable, dolorosa, con moderada secreción sanguinolenta que involucra todo el pabellón auricular izquierdo (Figura 1), no se palpan adenopatías satélites, ni se observan otras lesiones en piel sospechosas.



Figura 1: Lesión exofítica ulcerada en el pabellón auricular

Se realizó otoscopia observándose afectación a nivel de los márgenes externos del meato auditivo externo con ligera estenosis del mismo, siendo muy doloroso a la exploración, sin afectación del conducto auditivo. Motivo por el cual se toma biopsia incisional de la lesión que reportó carcinoma epidermoide bien diferenciado y se realiza TAC de cráneo, donde se observan cambios morfológicos en el pabellón auricular izquierdo, con compromiso de la glándula parótida ipsilateral, sin evidencia de afectación ósea.

En vista de tales hallazgos es sometido a una intervención quirúrgica donde se realizó resección local amplia de la tumoración, además de parotidectomía superficial ipsilateral y disección cervical de los niveles ganglionares Ib, II y III izquierdos, cabe destacar que durante la intervención se realizaron cortes por congelación de los márgenes de la lesión con el objetivo de obtener una resección con márgenes libres de tumor (Figuras 2 y 3).

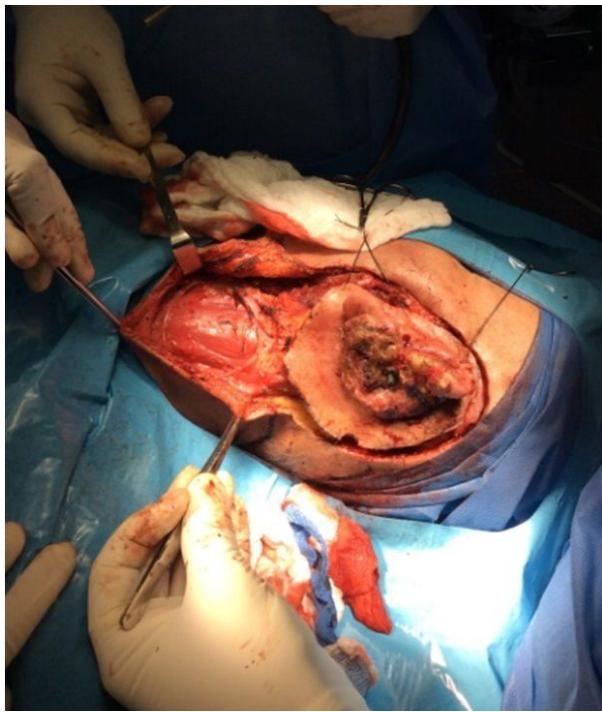


Figura 2: Inicio de resección local amplia y disección cervical



Figura 3: Disección cervical y resección local amplia completas

En un segundo tiempo se realizó la reconstrucción inmediata, por medio de un colgajo del músculo esternocleidomastoideo el cual fue rotado en dirección cefálica para cubrir el defecto dejado, además de un injerto de piel de espesor parcial (Figura 4). Obteniéndose un gran resultado clínico y estético como se observó en el postoperatorio tardío (Figura 5).



Figura 4: Zona del defecto inmediatamente reconstruida



Figura 5: Reconstrucción total de zona de lesión

El estudio anatomicopatológico definitivo de las piezas quirúrgicas obtenidas, reportó la presencia de un carcinoma espinocelular bien diferenciado a nivel del pabellón auricular izquierdo de 8x4x4 cms con todos sus bordes de resección libres, de los cuales el menor fué de 1cm, sin invasión vascular, perineural, ni afectación ganglionar, con infiltración del lóbulo superficial de glándula parótida izquierda.

DISCUSIÓN

En el presente caso se describió la presencia de un tumor en el pabellón auricular, zona descrita por la American Joint Committee on Cancer como un área anatómica de alto riesgo además de los labios, en estas ubicaciones la prevalencia de metástasis puede aumentar entre un 14% y 18%, se puede explicar esto a que son zonas muy inervadas y ricamente vascularizadas. No obstante en un estudio realizado por Brantsch et al. no se observó aumento de las recidivas ni metástasis de las lesiones ubicadas en el labio respecto a otras localizaciones, lo que si se evidenció en las ubicadas en el pabellón auricular⁽⁸⁾. Ha sido descrito que el cuero cabelludo en individuos con alopecia androgénica puede considerarse

zona de riesgo por tratarse de una localización con daño actínico crónico⁽¹⁰⁾.

El tamaño tumoral, clásicamente definido por su diámetro horizontal mayor se ha correlacionado como factor de riesgo, estableciéndose como límite 2 cm, a partir de esta cifra los tumores tienen mayor probabilidad de recurrir y de producir metástasis, asimismo la profundidad de invasión, tomando como límite 2 mm, de acuerdo al consenso del American Joint Committe on Cancer, según lo mencionado, las dimensiones de nuestra masa tumoral concuerdan perfectamente con un carcinoma epidermoide de alto riesgo⁽¹²⁾.

La mayoría de los autores refieren en virtud de evitar recidivas tumorales y mejorar el pronóstico, mantener márgenes oncológicos entre 6 a 10 mm en cirugía convencional, que son mayores si se comparan con los recomendados para los tumores de bajo riesgo, en los casos recidivados se prefiere la cirugía micrográfica de Mohs como lo describe Brantsch et al (8). El menor margen obtenido en nuestra pieza tumoral fue de 1 cm, correspondiente a la cara profunda de la lesión, de acuerdo con lo oncologicamente establecido.

La inclusión de la linfadenectomía electiva en la terapéutica, la cual consiste en la extirpación de ganglios linfáticos cervicales ipsilaterales en pacientes sin adenopatías palpables o sin evidencia de afectación ganglionar radiológica, resulta controvertida hoy en día, en virtud que se trata de una cirugía con una importante morbilidad asociada para el paciente, sin embargo en una serie realizada por Veness et al se constató la presencia de afectación ganglionar en un 24% de los pacientes sometidos a este procedimiento sin adenopatías palpables, por lo que sigue siendo una intervención recomendada ante la presencia de factores de alto riesgo en muchas series, razón por la cual se tomó la decisión de realizarla en nuestra intervención⁽¹¹⁾. Cabe destacar que el paciente evolucionó satisfactoriamente posterior al procedimiento con remisión de la patología.

En conclusión de lo anteriormente descrito resulta importante la identificación precoz de las características de riesgo en estas neoplasias, ya que con la presencia de al menos una de ellas cualquiera de estas tumoraciones pertenecería al grupo de alto riesgo y en consecuencia el tratamiento varía al resto de pacientes con carcinoma epidermoide, siempre con la finalidad de mejorar el pronóstico y sobrevida del individuo libre de enfermedad.

REFERENCIAS

1. García-Zuazaga J, Olbricht SM. Cutaneous squamous cell carcinoma. Adv Dermatol. 2008;24:33---57.
2. Clayman GL, Lee JJ, Holsinger FC, Zhou X, Duvic M, El-Naggar AK, et al. Mortality risk from squamous cell skin cancer. J Clin Oncol. 2005;23:759---65.
3. Fine JD, Johnson LB, Weiner M, Li KP, Suchindran C. Epidermolysis bullosa and the risk of life-threatening cancers: the National EB registry experience, 1986-2006. J Am Acad Dermatol. 2009;60:203-11.
4. Lyakhovitsky A, Barzilai A, Fogel M, Trau H, Huszar M. Expression of E-cadherin and beta

catenin in cutaneous squamous cell carcinoma and its precursors. Am J Dermatopathol. 2004;26:372.

5. Yoong C, DeTMAmbrosis B. Cutaneous invasive squamous cell carcinoma: 10-year experience and recommendations for follow up. Australas J Dermatol. 2009;50:261-5

6. Nuño-González A, Vicente-Martín F, Pinedo-Moraleda F, López-Estebaranz J. Carcinoma epidermoide cutáneo de alto riesgo. Actas Dermosifiliogr 2012;103:567-578.

7. Buethe D, Warner C, Miedler J, Cockerell CJ. Focus issue on squamous cell carcinoma: practical concerns regarding the 7th edition AJCC staging guidelines. J Skin Cancer. 2011;2011:156391.

8. Brantsch KD, Meisner C, Schiffler B, Trilling B, Wehner-Caroli J, Rüllken M, et al. Analysis of risk factors determining prognosis of cutaneous squamous-cell carcinoma: a prospective study. Lancet Oncol. 2008;9:713---20.

9. Sabin SR, Goldstein G, Rosenthal H, Haynes K. Aggressive squamous cell carcinoma originating as a MarjolinTMs ulcer. Dermatol Surg 2004;30:229-230.

10. Howle JR, Morgan GJ, Kalnins I, Palme CE, Veness MJ. Metastatic cutaneous squamous cell carcinoma of the scalp. ANZ J Surg. 2008;78:449-53.

11. Veness MJ. Treatment recommendations in patients diagnosed with high-risk cutaneous squamous cell carcinoma. Australas Radiol. 2005;49:365-76.

12. Farasat S, Yu SS, Neel VA, Nehal KS, Lardaro T, Mihm MC, et al. A new American Joint Committee on Cancer staging system for cutaneous squamous cell carcinoma: Creation and rationale for inclusion of tumor (T) characteristics. J Am Acad Dermatol. 2011;64:1051-9.