

Carcinoma espinocelular metastásico de la región perianal en una paciente inmunodeprimida crónica

Alejandra Olvera-Suárez¹
Aline Zamora-González¹
Judith Domínguez-Cherit²
José Manuel Díaz-González³

¹ Médico pasante del servicio social.

² Jefe del Departamento.

³ Médico adscrito.

Departamento de Dermatología, Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición Salvador Zubirán.

RESUMEN

Se comunica el caso clínico de una paciente con múltiples enfermedades sistémicas y crónicas, con carcinoma espinocelular metastásico en la región perianal. La localización poco frecuente de esta neoplasia, el tamaño de la lesión inicial y el estado de inmunosupresión crónica representan un reto terapéutico y se requiere un abordaje multidisciplinario.

Palabras clave: carcinoma espinocelular metastásico, inmunosupresión crónica.

Metastatic Squamous Cell Carcinoma of the Perianal Region in a Chronic Immunocompromised Patient

ABSTRACT

This paper reports the case of a female patient with multiple and chronic diseases with a metastatic squamous cell carcinoma in the perianal region. This kind of tumor represents a therapeutic challenge and requires a multidisciplinary approach due to the location, size of the initial lesion and chronic immunosuppression.

Key words: metastatic squamous cell carcinoma, chronic immunosuppression.

Recibido: 11 de marzo 2014

Aceptado: 18 de junio 2014

Correspondencia: Dr. José Manuel Díaz
Departamento de Dermatología
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
Salvador Zubirán
Vasco de Quiroga 15
14000 México, DF
dr_jd_derma@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Olvera-Suárez A, Zamora-González A, Domínguez-Cherit J, Díaz-González JM. Carcinoma espinocelular metastásico de la región perianal en una paciente inmunodeprimida crónica. Dermatol Rev Mex 2014;58:453-457.

ANTECEDENTES

El carcinoma espinocelular es la segunda neoplasia más frecuente de cáncer cutáneo no melanoma, con incidencia de 20% en la población general.^{1,2} Predomina en zonas fotoexpuestas, afecta predominantemente la cara, el labio inferior, las mejillas, los pabellones auriculares, las extremidades superiores, el dorso de las manos y las piernas y la piel cabelluda. También se observa en las mucosas genital, bucal y anal, aunque la manifestación en este sitio anatómico es inusual. Es más común en hombres, con proporción 3:1. La incidencia aumenta significativamente después de los 50 a 60 años de edad.³

Uno de los factores predisponentes de la aparición del cáncer de piel es el fototipo tipo I y II asociado con la exposición prolongada a la luz solar (rayos UV). Otros factores de riesgo son: ocupacionales, exposición a rayos X, tratamiento con fototerapia, exposición a hidrocarburos y arsénico, agentes infecciosos (en especial virus del papiloma humano), tabaquismo, cicatrices y úlceras crónicas, así como trastornos genéticos (xeroderma pigmentoso, epidermodisplasia verruciforme, albinismo oculocutáneo, disqueratosis congénita y epidermólisis ampollosa distrófica).²⁻⁵

Un factor de riesgo importante es la inmunosupresión, sobre todo en pacientes trasplantados; en estos pacientes la incidencia es 40 a 250 veces más que en la población general. La recurrencia, las metástasis locorregionales y la supervivencia asociada con el carcinoma espinocelular dependen del órgano trasplantado, el trasplante de corazón implica mayor riesgo de incidencia. La recurrencia del carcinoma espinocelular es más frecuente en pacientes inmunodeprimidos en comparación con inmunocompetentes (39 vs 15% a cinco años de seguimiento); asimismo, tienen mortalidad más

elevada (5% en pacientes postrasplantados vs 1% en inmunocompetentes).^{3,4}

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 51 años de edad, que acudió al servicio de Dermatología por padecer una dermatosis localizada en la región perianal del lado izquierdo, que se distinguía por una neoformación bien delimitada de bordes regulares y elevados, de 3 cm de diámetro y úlcera central. La lesión tenía seis meses de evolución y era dolorosa a la palpación (Figura 1). A la exploración física se palparon ganglios inguinales bilaterales aumentados de volumen, aproximadamente de 1 a 1.5 cm de diámetro.

La paciente tenía el antecedente de síndrome de Evans de 20 años de evolución y púrpura trombocitopénica idiopática de 18 años de evolución en tratamiento con prednisona 40 mg/día y azatropina 100 mg/día, así como ciclofosfamida, vincristina y rituximab en eventos agudos. Además, la paciente tenía lupus eritematoso



Figura 1. Aspecto clínico del carcinoma espinocelular perianal.

generalizado con actividad hematológica, en peritoneo visceral (serosa) y serológico.

El cepillado de la lesión fue positivo para células malignas, por lo que se procedió a tomar biopsia incisional, que reportó un carcinoma epidermoide invasor moderadamente diferenciado. La resonancia magnética pélvica documentó múltiples adenopatías inguinales bilaterales sin infiltración de esfínteres, con lo que el tumor de la paciente se estadió en T2 N2 M0 EC III (Figuras 2 y 3).

Se inició tratamiento con seis ciclos de quimioterapia con 5-fluorouracilo (5FU) y radioterapia coadyuvante.

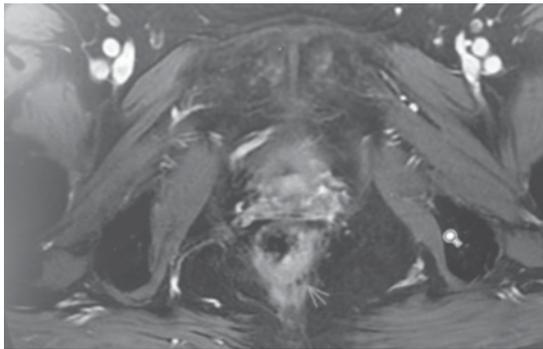


Figura 2. Invasión de la mucosa rectal demostrada por tomografía axial computada.

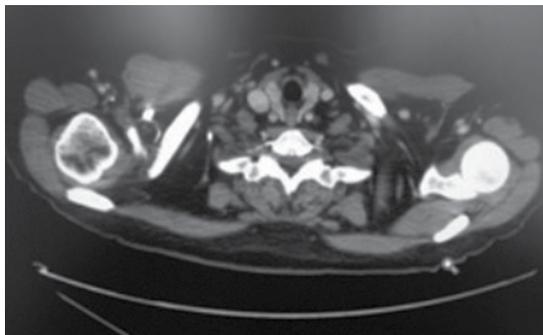


Figura 3. Adenopatías múltiples en la tomografía axial computada pélvica.

Dos años después del tratamiento la paciente se encontraba sin evidencia clínica o radiológica de actividad oncológica (Figura 4).

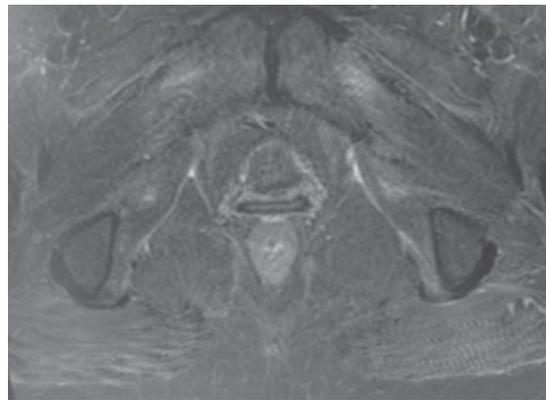


Figura 4. Control radiológico donde ya no se demuestra la invasión perirrectal.

DISCUSIÓN

El carcinoma espinocelular es la segunda neoplasia más frecuente de cáncer de piel no melanoma, afecta predominantemente las áreas fotoexpuestas y la localización perianal es infrecuente; uno de los principales factores de riesgo es la infección por el virus del papiloma humano subtipos 16, 18, 31 y 33 en 70 a 90% de los casos. Sin embargo, se le ha relacionado con el origen y patogenia, pero no con la diseminación metastásica, por lo que no se considera un factor pronóstico.⁶⁻⁸

El carcinoma espinocelular en pacientes con enfermedades crónicas, así como en pacientes inmunosuprimidos, se asocia en más de 40% con riesgo de metástasis. El grosor tumoral es el factor predictor más importante independiente de metástasis en el carcinoma espinocelular: a mayor grosor, mayor riesgo de metástasis.

Las metástasis pueden ser por infiltración local, a través de la fascia o el músculo, o invadir el

perineuro y el espacio perivascular. Ocurren metástasis ganglionares en 0.5 a 10%, que aparecen en meses o años, la frecuencia es más alta en las lesiones de la mucosas labial y genital. La diseminación hematogena y las metástasis viscerales son excepcionales. Tiene un riesgo de 33% de metástasis lesiones escasamente diferenciadas, 45% de lesiones con grosor de más de 4 mm y 47% de lesiones con invasión perineural.^{1,3,4,9}

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica, que depende del tamaño, localización, evolución, edad del paciente, importancia estética y experiencia del cirujano. Tiene supervivencia a cinco años de 90% con mortalidad menor a 1%. Se sugiere margen de seguridad de 4 mm en tumores que midan 2 cm y un margen de seguridad de 6 mm en tumores mayores.^{3,10}

Diversos autores consideran a la radioterapia la primera línea de tratamiento, aunque se han visto recurrencias más agresivas. Por tanto, ésta debe reservarse en pacientes no aptos para intervención quirúrgica, en pacientes con mal estado de salud o ante la imposibilidad de reseca la lesión con márgenes libres.^{3,4}

Con la quimioterapia se ha observado aumento en el grado de supervivencia en pacientes con carcinoma espinocelular de alto riesgo. El 5-fluorouracilo es un tratamiento efectivo en pacientes con carcinoma espinocelular de alto riesgo. Se ha obtenido buen resultado con 5-fluorouracilo en combinación con interferón alfa subcutáneo, así como con los inhibidores del receptor del factor de crecimiento epidérmico expresado en carcinomas espinocelulares agresivos.^{4,10}

Con el tratamiento combinado con mitomicina y 5-fluorouracilo se obtiene mayor respuesta, pero en el caso comunicado se decidió tratarla sólo con 5-fluorouracilo debido al alto índice de toxicidad hematológica de la mitomicina,

lo que podría afectar a nuestra paciente por el antecedente de púrpura trombocitopénica idiopática.

CONCLUSIÓN

En relación con el caso descrito, la inmunosupresión crónica por su enfermedad de base fue el factor de riesgo más importante de padecer carcinoma espinocelular en la región perianal (un sitio poco frecuente de este cáncer) y con mayor riesgo de metástasis. A pesar de que la bibliografía reporta que el factor de riesgo más importante de padecer un carcinoma espinocelular en la región anal es la infección por virus del papiloma humano, en este caso no se pudo comprobar.

La estadificación de estos tumores y el tratamiento oportuno y adecuado aumentan la supervivencia de los pacientes con carcinoma espinocelular de alto riesgo.

REFERENCIAS

1. Arenas R. Atlas de Dermatología Diagnóstico y Tratamiento. 4ª ed. México: McGraw-Hill, 2009;730-734.
2. Bologna JL. Dermatology. 3ª ed. Glasgow: Elsevier Saunders, 2012;1773-1792.
3. Martorell-Calatayud A, Sanmartín Jiménez O, Cruz Mojarrieta J, Guillén Barona C. Cutaneous squamous cell carcinoma: defining the high risk variant. *Actas Dermosifiliogr* 2013;104:367-379.
4. Nuño-González A, Vicente-Martín FJ, Pinedo-Moraleda F, López-Esteban JL. High-risk cutaneous squamous cell carcinoma. *Actas Dermosifiliogr* 2012;103:567-578.
5. Díaz-González JM, Peniche-Castellanos A, Fierro-Arias L, Ponce-Olivera RM. Skin cancer in adults younger than 40 years at the General Hospital of Mexico. *Gac Méd Méx* 2011;147:17-21.
6. Corbalán-Vélez R, Ruiz-Maciá JA, Brufau C, Carapeto FJ. Cutaneous squamous cell carcinoma and human papilloma virus. *Actas Dermosifiliogr* 2007;98:583-593.
7. Bernat-García J, Morales Suárez-Varela M, Vilata-Corell JJ, Marquina-Vila A. Detection of human papilloma virus in nonmelanoma skin cancer lesions and healthy perilesional skin in kidney transplant recipients and immunocompetent patients. *Actas Dermosifiliogr* 2014;105:286-294.

8. Zakrzewska K, Regalbuto E, Pierucci F, Arvia R, et al. Pattern of HPV infection in basal cell carcinoma and in perilesional skin biopsies from immunocompetent patients. *Virology* 2012;9:309.
9. Newlands C, Gurney B. Management of regional metastatic disease in head and neck cutaneous malignancy. 2. Cutaneous malignant melanoma. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2014;52:301-307.
10. Bonerandi JJ, Monestier S. Carcinoma epidermoide (espinocelular) y sus precursores. *EMC-Dermatología* 2011;45:1-190.

Fundación para la Dermatitis Atópica (FDA) en México

Siendo la dermatitis atópica uno de los padecimientos más prevalentes, crónicos en niños, y que requiere de explicaciones precisas, apoyo a la investigación, para todo eso se creó la Fundación México, tiene como sede al prestigiado Servicio de Dermatología del Instituto Nacional de Pediatría, y lo lidera su jefa la Dra. Carola Durán McKinster, y está conformado por su selecto grupo de especialistas.

Sus objetivos son claros y precisos, afiliación de pacientes, dar información, conducir talleres, ayuda directa a los pacientes. Su página web es:

<http://www.fundacion-dermatitis-atopica.com.mx/>

Misión y Visión de la FDA

“Su misión. Poner al alcance de los niños mexicanos con Dermatitis Atópica y sus familiares información clara, precisa y profesional sobre qué es, cómo tratar y cómo superar la enfermedad, basados en un enfoque no sólo de salud clínica sino psicológica y social.”

“Su visión. Convertir a la Fundación para la Dermatitis Atópica en la entidad de referencia más relevante del país, para dirigir y orientar tanto a pacientes y familiares, como a otras entidades clínicas y sociales que puedan identificar esta enfermedad en su entorno, a fin de brindar los cuidados clínicos y emocionales de más niños con Dermatitis Atópica, para devolverles una mejor calidad de vida que redunde en una mejor integración y un mejor desempeño de estos pequeños en su entorno social.”