

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v70i4.11339>

Carcinoma epidermoide cutáneo agresivo en la región glútea: una localización infrecuente con comportamiento metastásico

Aggressive cutaneous squamous cell carcinoma in the gluteal region: An uncommon location with metastatic behavior.

Tania Carey Guzmán Ochoa,¹ Julieta Loya Acosta,¹ Circe Karime Ruiz Palafox,² Ernesto Tirado Mondragón,³ Luis Miguel Moreno López⁴

Estimado editor:

Nuestro comentario se centra en la importancia de reconocer las manifestaciones atípicas del carcinoma epidermoide cutáneo, particularmente en localizaciones no fotoexpuestas, así como en su potencial comportamiento agresivo y metastásico. Asimismo, se busca destacar las características clínicas de las lesiones ulcerosas crónicas en estas regiones, que pueden simular dermatosis inflamatorias o infecciosas y retrasar el diagnóstico oportuno, con repercusión directa en el pronóstico y el tratamiento.

El carcinoma epidermoide cutáneo es una neoplasia maligna originada de los queratinocitos epidérmicos que se manifiesta, predominantemente, en áreas fotoexpuestas, particularmente en la región cefálica, hasta en el 70% de los casos.¹ La aparición en localizaciones no fotoexpuestas es infrecuente y puede retrasar el diagnóstico, lo que condiciona la detección en estadios avanzados y un peor pronóstico.

Aunque la mayoría de los carcinomas epidermoides cutáneos muestran un comportamiento clínico relativamente indolente, se reconoce un

¹ Residente de Dermatología.

² Médico pasante del servicio social.

³ Médico adscrito.

⁴ Departamento de Dermatopatología. Servicio de Dermatología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

ORCID

<https://orcid.org/0009-0006-2137-7626>

<https://orcid.org/0000-0003-3475-1040>

<https://orcid.org/0009-0005-1761-6244>

<https://orcid.org/0000-0002-3616-0239>

Recibido: febrero 2026

Aceptado: marzo 2026

Correspondencia

Tania Carey Guzmán Ochoa
dra.taniaguzman8a@gmail.com

Esta carta debe citarse como: Guzmán-Ochoa TC, Loya-Acosta J, Ruiz-Palafox CK, Tirado-Mondragón E, Moreno-López LM. Carcinoma epidermoide cutáneo agresivo en la región glútea: una localización infrecuente con comportamiento metastásico. Dermatol Rev Mex 2026; 70 (4): 616-619.

subgrupo biológicamente agresivo, que afecta, aproximadamente, al 2-5% de los casos, con mayor riesgo de invasión local, recurrencia y metástasis.² Este comportamiento se asocia con diversos factores de alto riesgo: bajo grado de diferenciación histológica, patrón infiltrativo, invasión perineural o linfovascular, tamaño y profundidad tumoral aumentados, así como inmunosupresión del huésped.³ Estas características definen un espectro heterogéneo de carcinoma epidermoide cutáneo con mayor probabilidad de recurrencia locorregional y diseminación metastásica.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 57 años, originaria de la Ciudad de México, sin antecedentes médicos de relevancia, quien acudió al Servicio de Dermatología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga por una lesión dolorosa en el glúteo derecho de cinco años de evolución, con crecimiento progresivo. A la exploración física se observó una úlcera de 10 x 5 cm, de bordes irregulares, bien definidos, intensamente eritematosos, con fondo limpio, friable, de fácil sangrado y exudado seroso, con bordes indurados y dolorosos a la palpación. Adicionalmente, la paciente refirió la aparición de múltiples nódulos subcutáneos dolorosos en el pliegue inguinal ipsilateral, menores de 4 cm, de consistencia pétrea y adheridos a planos profundos. **Figura 1**

Ante la sospecha clínica de pioderma gangrenoso *versus* carcinoma epidermoide cutáneo, se tomó biopsia de piel, cuyo estudio reportó una neoplasia epitelial maligna de alto grado, poco diferenciada. El estudio de inmunohistoquímica fue compatible con carcinoma epidermoide poco diferenciado, diferenciación ductal: P40 y CK5/6 positivos, antígeno carcinoembrionario monoclonal y policlonal positivos en ductos, P16 negativo y un índice de proliferación Ki-67 del 60%. **Figura 2**

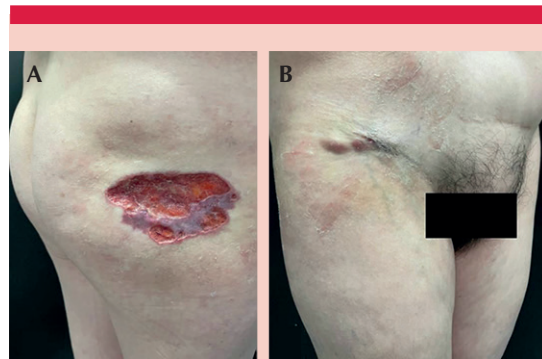


Figura 1. Imágenes clínicas. **A.** Dermatitis localizada al glúteo derecho, constituida por una úlcera de 10 x 5 cm de diámetro, bordes irregulares y definidos, eritematosa, fondo limpio. **B.** Dermatitis localizada en el pliegue inguinal ipsilateral, constituida por múltiples lesiones de aspecto nodular subcutáneas menores a 4 cm, bordes regulares y definidos.

Debido a la metástasis clínicamente evidente, la paciente fue referida al servicio de Oncología Médica para estudios de extensión y atención integral.

DISCUSIÓN

El carcinoma epidermoide cutáneo representa, aproximadamente, el 20% de los cánceres cutáneos no melanoma y es la segunda neoplasia cutánea maligna más frecuente.² Se relaciona con la acumulación progresiva de alteraciones genéticas inducidas, principalmente, por radiación ultravioleta tipo B, con afectación de genes como *TP53* y *NOTCH1*.⁴ Si bien la evolución suele ser localmente invasiva, menos del 5% de los casos adquieren un comportamiento metastásico.⁵ Entre los principales factores de riesgo se incluyen la exposición solar crónica, la edad avanzada, el uso de cabinas de bronceado, la inmunosupresión (como en pacientes con infección por VIH o receptores de trasplante de órganos), así como determinadas características tumorales, entre ellas la localización en zonas anatómicas de alto riesgo (labio, oreja y piel

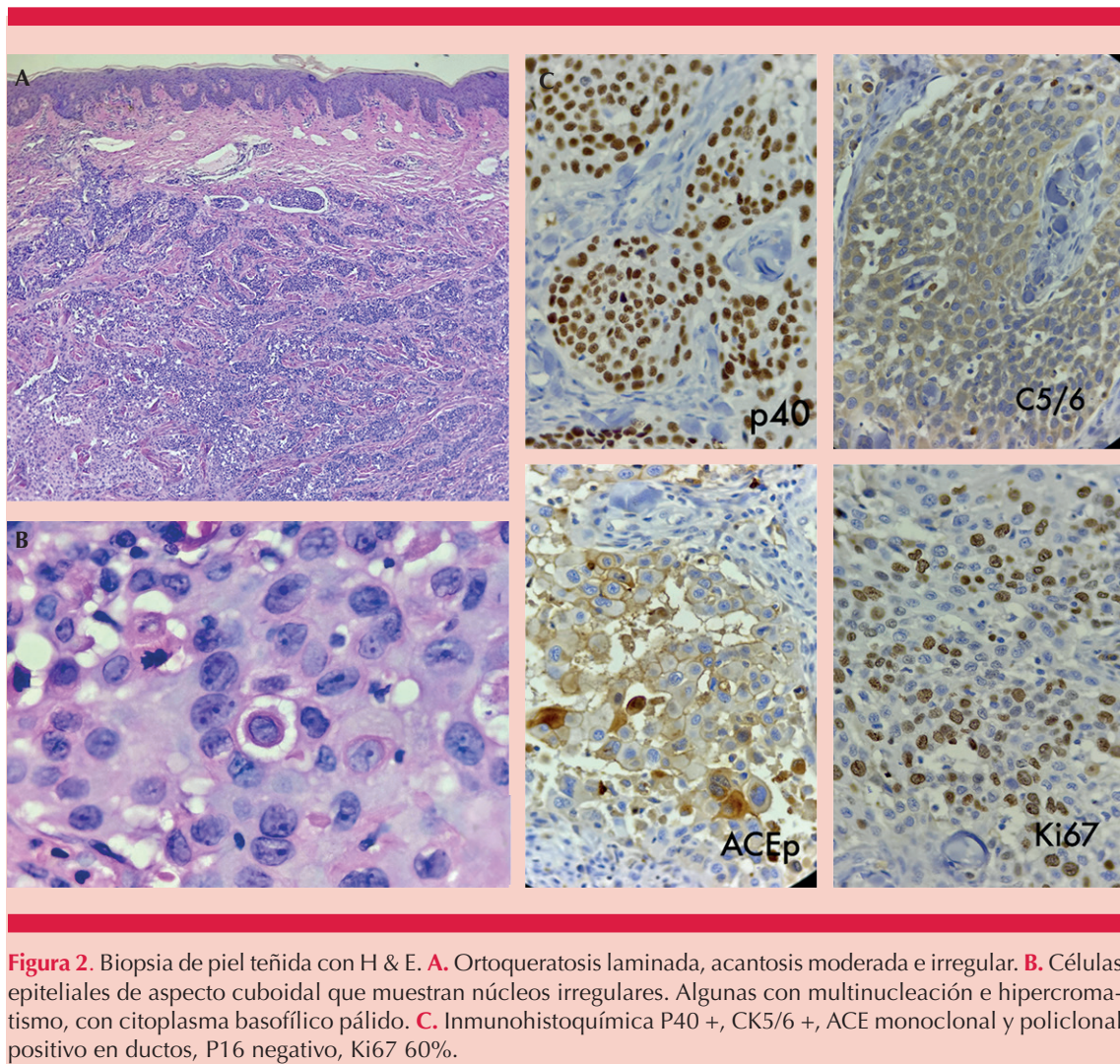


Figura 2. Biopsia de piel teñida con H & E. **A.** Ortoqueratosis laminada, acantosis moderada e irregular. **B.** Células epiteliales de aspecto cuboidal que muestran núcleos irregulares. Algunas con multinucleación e hiperchromatismo, con citoplasma basofílico pálido. **C.** Inmunohistoquímica P40 +, CK5/6 +, ACE monoclonal y policlonal positivo en ductos, P16 negativo, Ki67 60%.

cabelluda), un diámetro tumoral mayor de 2 cm, una profundidad de invasión superior a 6 mm y el bajo grado de diferenciación histológica, entre otros.² Las localizaciones no fotoexpuestas, como la región glútea, son excepcionales y se han asociado con una evolución más agresiva y un pronóstico desfavorable.^{6,7}

Desde el punto de vista clínico, el carcinoma epidermoide cutáneo suele manifestarse como

una lesión eritematosa, ulcerada o queratósica de crecimiento progresivo; en sus variantes más agresivas puede mostrar un patrón infiltrativo, verrugoso o vegetante.⁸ La diseminación linfática ocurre, principalmente, hacia los ganglios regionales del tumor primario, mientras que las metástasis a distancia son menos comunes; el pulmón es el sitio más frecuente. Otras localizaciones metastásicas descritas incluyen el hueso, el corazón, el hígado y el cerebro.^{9,10}

El tratamiento estándar del carcinoma epidermoide cutáneo consiste en la resección quirúrgica con márgenes libres adecuados. Sin embargo, en casos localmente avanzados o metastásicos, las opciones terapéuticas han evolucionado de manera significativa. De forma general, el tratamiento puede incluir cirugía, radioterapia coadyuvante y tratamiento sistémico, según el estadio y los factores de riesgo.¹⁰ En la actualidad, el enfoque se orienta hacia estrategias terapéuticas individualizadas que integran cirugía con control de márgenes, radioterapia en casos seleccionados y, en enfermedad localmente avanzada o metastásica irresecable, inmunoterapia con inhibidores de PD-1 (cemiplimab o pembrolizumab), que constituyen el tratamiento sistémico de elección y han demostrado respuestas clínicas duraderas. Otras alternativas, como los inhibidores del receptor del factor de crecimiento epidérmico, pueden considerarse en pacientes no aptos a inmunoterapia.^{3,11}

CONCLUSIONES

Este caso resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha ante úlceras crónicas de larga evolución en zonas no fotoexpuestas porque el retraso diagnóstico puede favorecer la progresión tumoral y la diseminación metastásica. El diagnóstico histopatológico oportuno y la atención multidisciplinaria temprana son fundamentales para mejorar el pronóstico en pacientes con carcinoma epidermoide cutáneo agresivo.

DECLARACIONES

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento

Sin apoyo financiero externo.

Uso de IA

Los autores declaran que no se utilizó inteligencia artificial para este artículo.

REFERENCIAS

1. Nuño-González A, Vicente-Martín FJ, Pinedo-Moraleda F, López-Estebarez JL. Carcinoma epidermoide cutáneo de alto riesgo. *Actas Dermosifiliogr* 2012; 103 (7): 567-578. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2011.09.005>
2. Cassarino DS, DeRienzo DP, Barr RJ. Cutaneous squamous cell carcinoma: a comprehensive clinicopathologic classification. Part one. *J Cutan Pathol* 2006; 33 (3): 191-206. <https://doi.org/10.1111/j.0303-6987.2006.00516.x>
3. Jiang R, Fritz M, Que SKT. Cutaneous squamous cell carcinoma: an updated review. *Cancers* 2024; 16 (10): 1800. <https://doi.org/10.3390/cancers16101800>
4. South AP, Purdie KJ, Watt SA, et al. NOTCH1 mutations occur early during cutaneous squamous cell carcinogenesis. *J Invest Dermatol* 2014; 134 (10): 2630-2638. <https://doi.org/10.1038/jid.2014.154>
5. Thompson AK, Kelley BF, Prokop LJ, et al. Risk factors for cutaneous squamous cell carcinoma recurrence, metastasis, and disease-specific death: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol* 2016; 152 (4): 419-428. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2015.4994>
6. Martorell-Calatayud A, Sanmartín Jiménez O, Cruz Mojarrieta J, Guillén Barona C. Carcinoma epidermoide cutáneo: definiendo la variante de alto riesgo. *Actas Dermosifiliogr* 2013; 104 (5): 367-379. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2011.12.019>
7. Cañueto J, Tejera-Vaquero A, Redondo P, et al. Revisión de los términos que definen un carcinoma epidermoide cutáneo asociado a mal pronóstico, localmente avanzado y metastásico. *Actas Dermosifiliogr* 2020; 111 (4): 281-290. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.06.005>
8. Bander TS, Nehal KS, Lee EH. Cutaneous squamous cell carcinoma: updates in staging and management. *Dermatol Clin* 2019; 37 (3): 241-251. <https://doi.org/10.1016/j.det.2019.03.009>
9. Comune R, Ruggiero A, Portarapillo A, et al. Cutaneous squamous cell carcinoma: from diagnosis to follow-up. *Cancers (Basel)* 2024; 16 (17): 2960. <https://doi.org/10.3390/cancers16172960>
10. Tejera-Vaquero A, Cañueto J, Gómez-Tomás A, et al. Estudio longitudinal de los diferentes patrones de progresión en el carcinoma cutáneo de células escamosas de alto riesgo. *Actas Dermosifiliogr* 2024; 115 (7): 670-678. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.03.018>
11. Schmults CD, Blitzblau R, Aasi SZ, et al. NCCN Guidelines® Insights: Squamous Cell Skin Cancer, Version 1.2022: Featured updates to the NCCN Guidelines. *J Natl Compr Canc Netw* 2021; 19 (12): 1382-1394. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2021.0059>