

Carcinoma escamoso sobre cicatriz de lupus eritematoso discoide crónico

Squamous cell carcinoma arising in a scar of chronic discoid lupus erythematosus

Alberto César Castillo Oliva^{1*}

Liz Burgois Leonard¹

Annabell Castro Turuseta¹

Marta E. Amador Díaz¹

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: derma@hha.sld.cu

RESUMEN

El carcinoma escamoso es una neoplasia epitelial cutánea, originada a partir de los queratinocitos epidérmicos. Constituye el cáncer cutáneo no melanoma más frecuente en el organismo después del carcinoma basocelular. Se estima que mundialmente tiene una incidencia del 13-33 %. Predomina en individuos de fototipos I y II, sexo masculino (2:1) y con notable incidencia después de los 40 años. Constituyen factores predisponentes las lesiones precursoras, exposición a radiaciones ultravioletas y radiaciones ionizantes, los carcinógenos ambientales y laborales, la inmunosupresión, cicatrices, quemaduras o exposición crónica al sol, las dermatosis inflamatorias o cicatrizales crónicas, el virus del papiloma humano, así como genodermatosis (albinismo, xeroderma pigmentoso, epidermólisis ampollar). Se presenta el caso clínico de una paciente que desarrolló carcinoma escamoso de alto riesgo sobre una cicatriz crónica de lupus eritematoso discoide crónico de 20 años de evolución; se realizó la extirpación quirúrgica de la lesión mediante una técnica colgajo romboidal con resultados satisfactorios sin evidencia de recidiva.

Palabras clave: Carcinoma escamoso; lupus eritematoso discoide; cicatriz crónica; colgajo; recidiva.

ABSTRACT

Squamous Cell Carcinoma is a skin cancer, originated from epidermal keratinocytes. It is the most common non-melanoma skin cancer after Basal Cell Carcinoma. It is estimated at the world, it has an incidence of 13%-33%. It predominates in persons with phototypes I and II, male sex (2:1) and with notable incidence after age 40. Predisposing factors are precursor lesions, exposure to UV radiation and ionizing radiation, environmental and occupational carcinogens, immunosuppression, scars, burns or chronic exposure to the sun, inflammatory dermatosis or chronic scarring, Human Papillomavirus, as well as Genodermatosis (albinism, xeroderma pigmentosum, epidermolysis bullosa). We present the clinical case of a patient who developed high-risk squamous cell carcinoma on a chronic discoid lupus erythematosus scar of 20 years of evolution, carrying out the surgical removal of the lesion using a rhomboid flap technique with satisfactory results without evidence of recurrence.

Keywords: squamous cell carcinoma; discoid lupus erythematosus; chronic scars; rhomboid flap; recurrence.

Recibido: 03/11/2019

Aprobado: 09/11/2019

Introducción

El lupus eritematoso discoide crónico (LEDC) es un trastorno benigno de la piel, caracterizado clínicamente por parches de escamas rojas que curan con atrofia, cicatrización y cambios pigmentarios, e histopatológicamente por degeneración vacuolar de la capa de células basales de la epidermis e infiltrado linfocítico dérmico irregular. El LEDC se subdivide en: una forma localizada en la cual las lesiones se limitan a la cara y el cuello, y una forma diseminada en la cual las lesiones también ocurren en otras partes del cuerpo.^(1,2,3) La transformación maligna es una complicación rara de esta condición.⁽²⁾

Ocasionalmente ocurre en cicatrices después de procesos inflamatorios o degenerativos. Es una complicación terminal de una amplia gama de afecciones inflamatorias de la piel.⁽³⁾ Debido a la mutación en el gen supresor de tumores p53, habrá un defecto en la apoptosis de los queratinocitos que han sufrido daños en el ADN inducidos por la radiación UV que en

última instancia conducen a carcinoma escamoso (CE).⁵ Por lo general, el CE en LEDC se desarrolla después de aproximadamente dos décadas pero también se ha informado de un inicio más temprano.^(4,5,6) Los carcinomas cutáneos de células escamosas que surgen como consecuencia de procesos inflamatorios y degenerativos tienen una tasa de metástasis mucho más alta que los que se desarrollan en la piel dañada por el sol. El CE del labio inferior también tiene una mayor incidencia de metástasis.^(1,3,4,7)

Ha habido informes esporádicos de cambios neoplásicos en el LEDC que van desde el CE y el carcinoma de células basales (CBC) hasta el histiocitoma fibroso maligno y el fibroxantoma atípico.^(6,7) El intervalo entre el desarrollo de LEDC y CE ha variado de 4 a 20 años.^(3,4,7,8) El diagnóstico definitivo de CE se realiza mediante la realización de biopsia cutánea y estudio histopatológico de la lesión.^(1,2,5)

Los factores precipitantes de CE son la edad de más de 40 años, el sexo masculino, la exposición al sol/rayos ultravioleta, la pigmentación de la piel y los procesos inflamatorios crónicos. Existe una relación inversa entre la pigmentación de la piel y el desarrollo de CE debido al efecto protector de la melanina.^(2,3,4,7)

El pronóstico a largo plazo de estos casos es variado. El CE que surge en el LEDC se considera un carcinoma localmente agresivo pero de bajo grado con recurrencias. Un estudio informó recidivas locales en aproximadamente el 20 % y metástasis en 30 % de los casos. Se han recibido informe de muertes por metástasis múltiples.^(4,7)

Se presenta un caso de (CE) infiltrante que se desarrolló sobre lesión de LEDC. El paciente tuvo un resultado exitoso con escisión local del tumor. La escasez de informes de esta complicación en la literatura, merece su mención.

Caso clínico

Paciente femenina, 53 años, mestiza, antecedentes de diagnóstico clínico-histológico de lupus eritematoso discoide crónico (LEDC) localizado desde hace 28 años, para lo cual nunca llevó tratamiento específico por decisión personal ni exhibía hábitos de protección solar.

Acude a consulta de Dermatología por presentar lesión tumoral de 6 meses de evolución sobre una de las cicatrices de su enfermedad de base. Al examen físico dermatológico se observó una lesión tumoral localizada en mejilla derecha, vegetante, exofítica, de 5 x 6 cm de diámetro, de bordes difusos, con tendencia al sangramiento; así como múltiples lesiones en placas

eritemato-escamosas y atróficas, extensas, diseminadas en región facial, escote y miembros superiores. No se encontró a la palpación adenopatías regionales (Fig. 1).



Fig. 1 - Lesión tumoral vegetante que asienta sobre cicatriz de LEDC

Los estudios complementarios realizados reflejaron: hemograma completo y hemoquímica normales, radiografía de tórax y panorámica maxilofacial, sin datos de interés. Ultrasonido de ganglios periféricos, músculos y otras estructuras regionales: sin alteraciones patológicas. La biopsia por *punch* de lesión tumoral evidenció carcinoma escamoso poco diferenciado, infiltrante y ulcerado (Figs. 2 y 3).

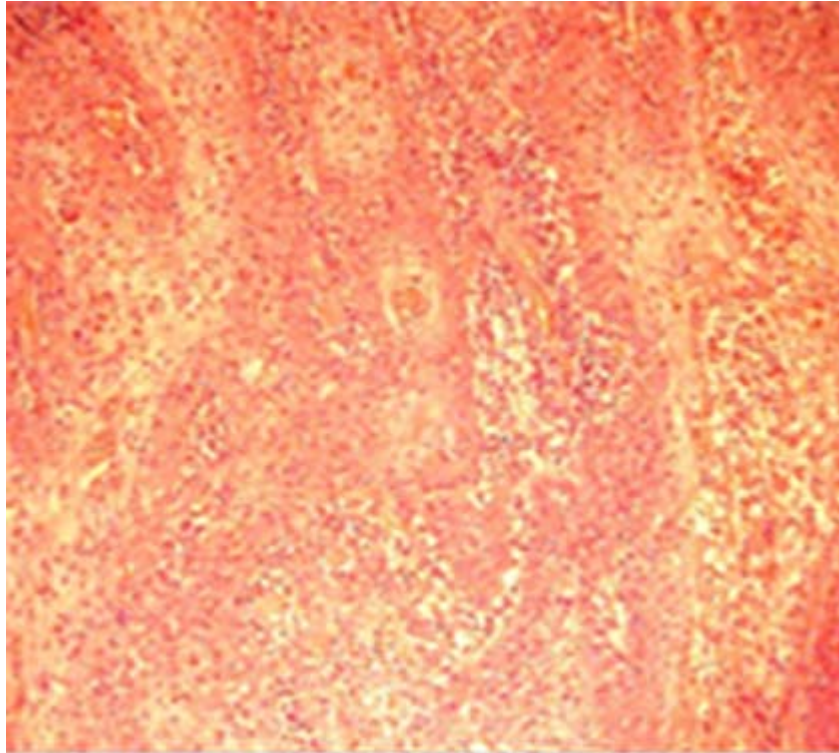


Fig. 2 - H&E 100X Carcinoma escamoso bien diferenciado, verrugoso.

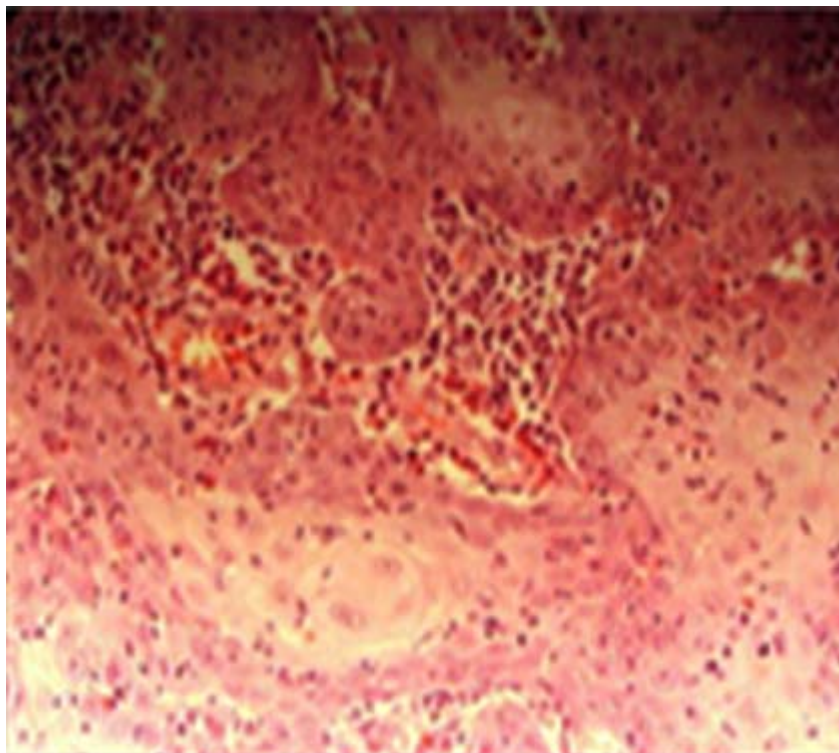


Fig. 3 - H&E 400X Atipia y pleomorfismo nuclear, con núcleos atípicos, nucléolos prominentes y abundantes.

La conducta terapéutica seguida fue la escisión quirúrgica de la lesión mediante la técnica de colgajo de transposición romboidal, con márgenes de seguridad de 5 mm (Fig. 4).



Fig. 4 - Imagen del posoperatorio inmediato.

Se envió la pieza tumoral para estudio histopatológico. Se confirma el diagnóstico positivo de CE y la ausencia de tumor en los bordes de sección quirúrgica. Durante la evaluación posoperatoria se evidenció edema periorbitario y hematoma local por incumplimiento de los cuidados orientados, que resultó en dehiscencia de gran parte de la herida al décimo día. Por las características que presentaba la herida se decide optar por el cierre de esta en segunda intención y tratamiento tópico oclusivo con sulfadiazina de plata (Figs. 5 y 6).

Durante la consulta evolutiva del tercer mes se había logrado la cicatrización con resultados estéticos satisfactorios (Fig.7).



Fig. 5 - Posoperatorio, tercer día. Presencia de edema periorbitario y hematoma local.



Fig. 6 - Posoperatorio, a los 10 días. Dehiscencia de una gran porción de la herida quirúrgica.



Fig. 7 - Posoperatorio, a los 3 meses. Cierre por segunda intención con resultados estéticos satisfactorios.

La paciente se mantiene con exámenes evolutivos periódicos negativos, sin evidencia de recidivas.

Discusión

El CE es el segundo tumor cutáneo maligno en frecuencia y presenta un amplio espectro clínico que varía desde neoplasias invasoras superficiales de fácil manejo hasta tumores infiltrantes con metástasis que pueden llevar a la muerte.^(2,5,7)

Es más frecuente en las áreas expuestas a las radiaciones UV, y está demostrado en su patogénesis que la exposición solar prolongada es el principal factor de riesgo para su aparición.^(1,2,3,4)

Existe una relación inversa entre la pigmentación cutánea y la incidencia de CE con elevado predominio de aparición en la raza blanca y raramente en los individuos con una pigmentación cutánea intermedia y con mayor pigmentación (asiáticos, mestizos, africanos).^(3,4,5)

Puede instalarse en un sitio de piel previamente sano o aparecer en lesiones precursoras (actualmente interpretadas como carcinomas *in situ*) y raramente en procesos inflamatorios crónicos, entre los que se incluyen las lesiones cicatrizales del LECD, constituyendo esta transformación maligna una complicación bien reconocida a largo plazo del lupus cutáneo.^(7,8,9)

Millard y Barker informaron que la transformación neoplásica tiene una incidencia de 3,3 %, con un retraso de 26-41 años (promedio de 30,8 años) entre el inicio del LEDC y la aparición de CE.¹⁰ En otra revisión de 10 pacientes afroamericanos de *Sherman y otros*, se observó que el CE en lesiones de LEDC despigmentadas se produjo solo en áreas expuestas al sol con una predisposición masculina y una historia de LEDC para un promedio de aproximadamente 18 años (rango 7-30 años).⁽¹¹⁾ Aunque los estudios mencionados anteriormente indican un largo período de latencia, *Parikh y otros*⁽¹²⁾ han reportado un caso de carcinoma escamoso en una placa de LEDC sobre un área protegida del sol de solo 1 año de duración.

En nuestro caso clínico, las características clínicas de la lesión y su ubicación sobre una cicatriz de LECD, nos orientaron al diagnóstico de CE, no obstante se realizó biopsia cutánea previa para excluir otras posibilidades diagnósticas como LECD variedad verrugosa, sarcomas, melanoma y cromomycosis, que posiblemente cambiarían la conducta terapéutica.^(2,5)

La lesión tumoral, por su tamaño y localización sobre la cicatriz de LECD, representó un reto terapéutico. Se plantea en la literatura médica la posibilidad de utilización de radioterapia superficial para lesiones infiltrantes y “de riesgo”, con una respuesta evidentemente favorable en cuanto a la reducción y/o desaparición del tumor.^(1,7,9) La lesión de nuestra paciente, estaba catalogada como de “alto riesgo” (por su tamaño y haber surgido de una cicatriz), pero sin necesidad de administrarle tratamiento ionizante previo, se realizó exéresis de la lesión, utilizando técnica quirúrgica de transposición romboidal, con un resultado estético aceptable a pesar del incumplimiento de los cuidados posoperatorios por parte de la paciente.

Hasta los momentos actuales, la paciente se mantiene con chequeos evolutivos periódicos sin presentar recidivas.

Referencias bibliográficas

1. Ledesma Montes C, Hernández JC, Durán Padilla AM, Alcántara Vázquez A. Squamous cell carcinoma of the tongue in patients older than 45 years. *Braz oral res.* 2018[23/1/2019]; 32:123. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30540101>
2. De Leon Fraga J, Bernal Pérez M, González Huerta JL, Arenas R. Carcinoma epidermoide. En: *Dermatología Atlas Diagnóstico y Tratamiento*. 4ta. ed. México DF: Mc Graw-Hill Interamericana; 2009. p. 730-3.

3. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud. La Habana, MINSAP; 2016. 102 p.
4. Brantsch KD, Meisner C, Schonfisch B, Trilling B, Wehner-Caroli J, Rocken M, et al. Analysis of risk factors determining prognosis of cutaneous squamous-cell carcinoma: a prospective study. *Lancet Oncol*. 2008 Aug [citado 2019 Jan 30];9(8): 713-20. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18617440>
5. Grossman D, Leffell DJ. Squamous Cell Carcinoma. In: Wolff K, Goldsmith LA, Gilchrist BA, Paller AS, editors. *Fitzpatrick's Dermatology in general medicine*. 7 th ed. New York: McGrawHill. 2008; p: 1028-36.
6. Kirkham N. Tumors and cysts of epidermis. In: Elder DE, Elenitsas R, Johnson BL, Murphy GF, editors. *Lever's Histopathology of the skin*. 10th ed. Philadelphia: Wolters-Lippincott. 2009; p. 791-849.
7. Lorraine J, Schmults CD. Management of High-Risk Cutaneous Squamous Cell Carcinoma. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2010 Apr [citado 2019 Jan 10];3(4):39-48. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2921745/>
8. Bhat M R, Hulmani M, Dandakeri S, Kambil SM, Gatti R. Disseminated discoid lupus erythematosus leading to squamous cell carcinoma. *Indian J Dermatol*. 2012 Mar [citado 2019 Jan 10];57(2):158-61. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22615523>
9. Dhingra M, Bhalla M, Thami GP, Mittal P. Metastasizing squamous cell carcinoma arising from chronic discoid lupus erythematosus plaque of recent onset. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2011 Sep-Oct [citado 2019 Jan 10];77:626. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21860179>
10. Millard LG, Barker DJ. Development of squamous cell carcinoma in chronic discoid lupus erythematosus. *Clin Exp Dermatol*. 1978 Jun [citado 2018 Nov 30];3(2):161-6. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2230.1978.tb01480.x>
11. Sherman RN, Lee CW, Flynn KJ. Cutaneous squamous cell carcinoma in black patients with chronic discoid lupus erythematosus. *Int J Dermatol*. 1993 Sep [citado 2018 Nov 30];32(9):677-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8407099>
12. Parikh N, Choi J, Li M, Sharma R, Fernandez-Peñas P. Squamous cell carcinoma arising in a recent plaque of discoid lupus erythematosus, in a sun-protected area. *Lupus*. 2010 Feb [citado 2018 Nov 30];19(2):210-2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19900979>

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflicto de intereses en relación con la investigación presentada.

Contribución de los autores

Todos los autores han realizado conjuntamente y a partes iguales la confección de este artículo.