

CARCINOMA ESPINOCELULAR O QUERATOACANTOMA

Dra. Almudena Marco Ibáñez¹/ Dra. Miriam Marco Ibáñez²

¹Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Sector Zaragoza II

²Médico Especialista en Medicina del Trabajo. Zaragoza

RESUMEN

Varón de 85 años, fototipo 2 (ojos azules y piel clara), con antecedente de queratosis actínicas en cuero cabelludo tratadas con crioterapia un año antes. Consulta a su MAP por lesión cutánea en vertex de un mes de evolución, de aproximadamente 1 cm de diámetro, sobreelevada, con descamación en superficie, costra central y levemente pruriginosa. Con dermatoscopia se aprecian telangiectasias en su base. Se plantea diagnóstico diferencial entre carcinoma espinocelular y queratoacantoma, por lo que se consensua con el paciente fotografiar la lesión para adjuntar imágenes en interconsulta virtual a Dermatología. El paciente es citado presencial 10 días después, realizándosele rebanado de la lesión, confirmándose en su estudio anatomopatológico el diagnóstico de carcinoma escamoso queratinizante bien diferenciado en contacto con margen profundo, precisando ampliación de márgenes quirúrgicos. El paciente ha sido citado en 6 meses en Dermatología para seguimiento.

PALABRAS CLAVES

Carcinoma espinocelular, queratoacantoma, dermatoscopia

ABSTRACT

An 85-year-old male, phototype 2 (blue eyes and light skin), with a history of actinic keratosis on the scalp treated with cryotherapy one year earlier. He consulted his PCP for a skin lesion on the vertex of a month's evolution, approximately 1 cm in diameter, raised, with scaling on the surface, central crust and slightly pruritic. With a dermatoscope, telangiectasias can be seen at its base. Differential diagnosis between squamous cell carcinoma and keratoacanthoma is proposed, so it is agreed with the patient to photograph the lesion to attach images in virtual interconsultation to Dermatology. The patient is seen in person 10 days later, performing slicing of the lesion, confirming in his anatomopathological study the diagnosis of well-differentiated keratinizing squamous cell carcinoma in contact with deep margin, requiring widening of surgical margins. The patient has been cited in 6 months in Dermatology for follow-up.

KEY WORDS

Squamous cell carcinoma, keratoacanthoma, dermatoscopy.

Diagnóstico por imagen

COMENTARIO CLÍNICO

Los cánceres cutáneos son los tumores malignos más frecuentes y suelen localizarse en la región cérvico-facial, especialmente en nariz y pabellón auricular. Entre ellos, el 90% son no melanóticos, denominación que comprende los carcinomas espinocelulares y los basocelulares, 4 veces más frecuentes.

Los carcinomas espinocelulares derivan de las células epidérmicas suprabasales y en el 90% de ellos se objetiva la mutación del gen p53. Para su desarrollo se consideran factores de riesgo la exposición solar, el aumento de la expectativa de vida y los fototipos 1 y 2, además del tabaco, el arsénico, la presencia de úlceras, escaras o quemaduras, entre otros. Pueden originarse en zonas de piel sana o evolucionar a partir de una queratosis actínica o de una enfermedad de Bowen. Suelen presentarse como una úlcera poco profunda de color amarillo-rosáceo o eritematosa, rodeada por un borde indurado y elevado, que puede ocultarse bajo una costra. Tienen capacidad de recidiva y metástasis por contigüidad linfática y hemática. Debe plantearse diagnóstico diferencial con el queratoacantoma, tumor derivado de los folículos pilosos, identificado como un nódulo firme, en forma de cúpula y con un tapón central de queratina, y tratado mediante cirugía, radioterapia o 5-fluorouracilo.

En lo referente a la histología de los carcinomas espinocelulares, se caracteriza por la presencia de queratinización y perlas córneas, hablando de lesión in situ ante la ausencia de invasión de la membrana basal de la unión dermoepidérmica. Respecto a su tratamiento, puede optarse por curetaje y electrocoagulación, en caso de carcinomas no invasores, o cirugía Mohs o escisional convencional si se precisa márgenes más amplios, disponiendo también de radioterapia (coadyuvante en caso de invasión superficial) y tratamientos tópicos como el 5-fluorouracilo y la terapia fotodinámica. La periodicidad del seguimiento posterior dependerá del resultado del estudio de extensión, pero como mínimo se recomienda revisión cada 6 meses los 3 primeros años.

Este caso destaca la importancia de integrar los antecedentes del paciente, su exploración física actual, y la dermatoscopia en el caso de lesiones cutáneas, en la elaboración de la solicitud de colaboración desde Atención Primaria a Dermatología, evitando que la demora diagnóstica conlleve mayores secuelas estéticas y/o funcionales y pueda ensombrecer el pronóstico de estos pacientes.



Fig. 1. Pápula centimétrica localizada en piel fotoexpuesta de la región interparietal, con borde sobreelevado e indurado y costra central.



Fig. 2.: Pápula cutánea de base eritematosa, con descamación en superficie, borde sobreelevado y costra central.

Diagnóstico por imagen

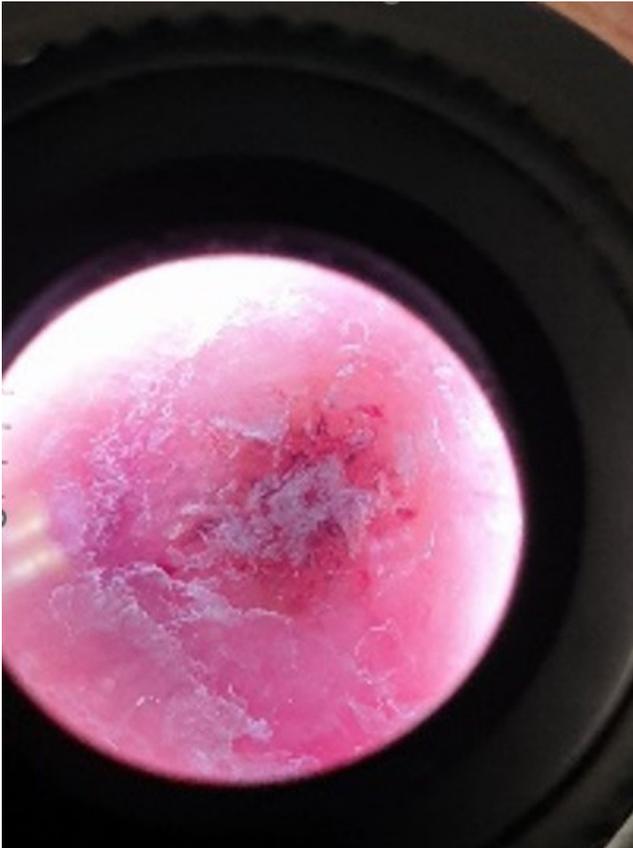


Fig. 3. Imagen de dermatoscopia que permite apreciar base eritematosa, descamación en capas y telangiectasias subyacentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cañueto J, Tejera-Vaquerizo A, Redondo P, Botella-Estrada R, Puig S, Sanmartín O. Revisión de los términos que definen un carcinoma epidermoide cutáneo asociado a mal pronóstico. *ACTAS Dermo-Sifiliográficas*. 2020;111(4):281-290
2. Stratigos A, Garbe C, Lebbe C, Malvey J, del Marmol V, Pehamberger H et al. Diagnosis and treatment of invasive squamous cell carcinoma of the skin: European consensus-based interdisciplinary guideline. *Eur J Cancer*, 51 (2015), pp. 1989-2007
3. Poletti D, Fernández C, Martínez T. Tumores cutáneos cervico-faciales: carcinoma epidermoide y basocelular. Libro virtual de formación en ORL. Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. 2014;126:1-10