

Carcinoma espinocelular infiltrante

Sergio A. Arbeláez Eslait¹; Koretta Esmeral Atehortúa²; Sergio Arbeláez Bolaños³; Claudia Eslait Merchán⁴; Valeria Londoño Daguer⁵; Asdrid Mestre Daza⁶; Santiago Arango Mendoza⁷



RESUMEN

El carcinoma espinocelular es una neoplasia maligna de origen epidérmico, con características típicas tales como crecimiento rápidamente progresivo, anaplasia, daño tisular localizado y generador de metástasis.

Tratamos el reporte de caso de un paciente que consulta por el crecimiento rápidamente progresivo de una lesión tumoral vegetante y ulcerada en el labio inferior, con compromiso de la comisura labial derecha. El defecto requirió extirpación de la lesión con reconstrucción del labio.

PALABRAS CLAVE: Anaplasia; Carcinoma epidermoide; Metástasis.

INFILTRATING SQUAMOUS CELL CARCINOMA

SUMMARY

Introduction: Squamous cell carcinoma is a malignant neoplasm of epidermal origin, with typical characteristics such as: rapidly progressive growth, anaplasia, localized tissue damage and a generator of metastases.

The case of a patient who consulted for the rapidly progressive growth of an ulcerative and vegetant tumoral mass located on the lower lip, which compromised the right labial commissure, is discussed. The defect required radical excision of the tumoral mass with lower lip reconstruction.

KEY WORDS: Anaplasia; Metastases; Squamous cell carcinoma.

1. Médico general, Clínica Centro S.A., Barranquilla, Atlántico, Colombia. ORCID: <https://doi.org/0003-2421-6861>
2. Médico general, Clínica Centro S.A., Barranquilla, Atlántico, Colombia. ORCID: <https://doi.org/0001-9596-8046>
3. Médico especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, Miembro de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, Barranquilla, Atlántico. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2421-6861>
4. Médico especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, Miembro de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, Barranquilla, Atlántico. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5200-9329>
5. Médico general, Universidad del Norte, Barranquilla, Atlántico. ORCID: <https://doi.org/0009-0001-7389-7440>
6. Médico general, Universidad Metropolitana, Barranquilla, Atlántico. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-2890-4195>
7. Médico general, Universidad Metropolitana, Barranquilla, Atlántico. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-4533-5100>

Correspondencia: Koretta Esmeral Atehortúa; **email:** koretaesmeral@gmail.com

Recibido: 21 / 09 / 2021; **aceptado:** 13 / 11 / 2023

Cómo citar: Arbeláez Eslait SA, Atehortúa KE, Arbeláez Bolaños S, Eslait Merchán C, Londoño Daguer V, Mestre Daza A, et al. Carcinoma espinocelular infiltrante: reporte de caso. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. 2023;31(2):129-37. DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1503>

Financiación: ninguna, **conflictos de interés:** Se declara que no existe ningún conflicto de interés por parte de los autores.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma espinocelular es una neoplasia maligna de origen epidérmico. Las características más relevantes y patognomónicas de la neoplasia son el crecimiento rápidamente progresivo, la anaplasia, el daño tisular localizado y la capacidad de generar metástasis ⁽¹⁾.

Es la segunda variante más frecuente en el cáncer de piel y el carcinoma basocelular es el tipo de neoplasia cutánea con mayor prevalencia.

El cáncer de labio abarca entre el 12% y el 15% de las neoplasias de la cavidad oral; aproximadamente un 95% están localizados en el labio inferior ⁽²⁾.

El desarrollo de la enfermedad se ha relacionado con factores de riesgo tales como el fototipo de piel, la edad, además de la exposición a radiación UVB, la infección por virus de papiloma humano, el padecimiento de úlceras crónicas y la inmunosupresión, en menor medida ⁽³⁾.

Las manifestaciones clínicas incluyen la aparición de una lesión tumoral de fácil sangrado, con aspecto nodular, vegetante o ulcerativo de fondo necrótico, cuyo crecimiento es rápido y progresivo y que rara vez aparece sobre piel sana; por lo general, su incidencia se relaciona con una superficie de piel con lesiones precancerosas.

Concomitante a la lesión primaria hay afectación de los ganglios próximos a la lesión. En el caso del carcinoma espinocelular de labio inferior, la diseminación es linfática y afecta principalmente a los ganglios retroauriculares y submaxilares, y en casos más agresivos puede llegar a comprometer la cadena ganglionar cervical posterior y el tercio medio yugular ⁽⁴⁾.

El diagnóstico de carcinoma espinocelular es principalmente clínico y se confirma con biopsia de la lesión para la determinación de la variante histopatológica ⁽⁵⁾.

A continuación, trataremos el reporte de caso de un paciente con el crecimiento rápidamente progresivo de una lesión tumoral vegetante y ulcerada en el labio in-

ferior, con compromiso de la comisura labial derecha.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 22 años, natural, residente y procedente de Riohacha, La Guajira. Consultó por cuadro clínico de dos años de evolución caracterizado por la aparición de un nódulo con fistula cutánea supurativa en el bermellón inferior. La lesión evolucionó de forma rápida y progresiva en los últimos seis meses, cambiando de aspecto superficial, tornándose verrugosa; además, refiere aparición de úlcera de fondo necrótico en la región cutánea labial inferior y mentoniana, con fácil sangrado.

Paciente previamente sano, sin antecedentes médicos personales de importancia; niega tabaquismo.

En la exploración física se evidencia lesión tumoral con vegetaciones en la superficie, asimétrica, de bordes mal definidos, coloración parda, con sangrado en la periferia, localizada en la zona media del bermellón inferior, que se extiende hasta la comisura labial derecha (**Figura 1A**), y lesión tipo úlcera única, de aproximadamente 15 × 15 mm, con bordes mal definidos, de fondo necrótico y secreción sanguinolenta, localizada en la región cutánea labial inferior y mentoniana, inmediatamente por debajo de la lesión descrita en el bermellón (**Figura 1B**). Se palpa adenomegalia no dolorosa, de aproximadamente 1 × 1 cm en la región submandibular, por lo que se interconsulta con el servicio de cirugía oncológica, donde deciden realizar biopsia del ganglio centinela y, de ser necesario, posteriormente llevar a cabo la extirpación y el vaciamiento de la cadena ganglionar cervical en un segundo tiempo.

De acuerdo con los hallazgos clínicos, el paciente se abordó como probable carcinoma espinocelular, por lo cual se le realizó un estudio complementario de biopsia escisional de la lesión para confirmar el diagnóstico. El resultado histopatológico evidenció grado variable de queratinización, pleomorfismo con islas epiteliales en el tejido conectivo con alto grado de variación displásica, abundante cantidad de células inflamatorias y moderada actividad mitótica, por lo que se confirmó el diagnóstico de carcinoma epidermoide infiltrante (**Figura 2**).

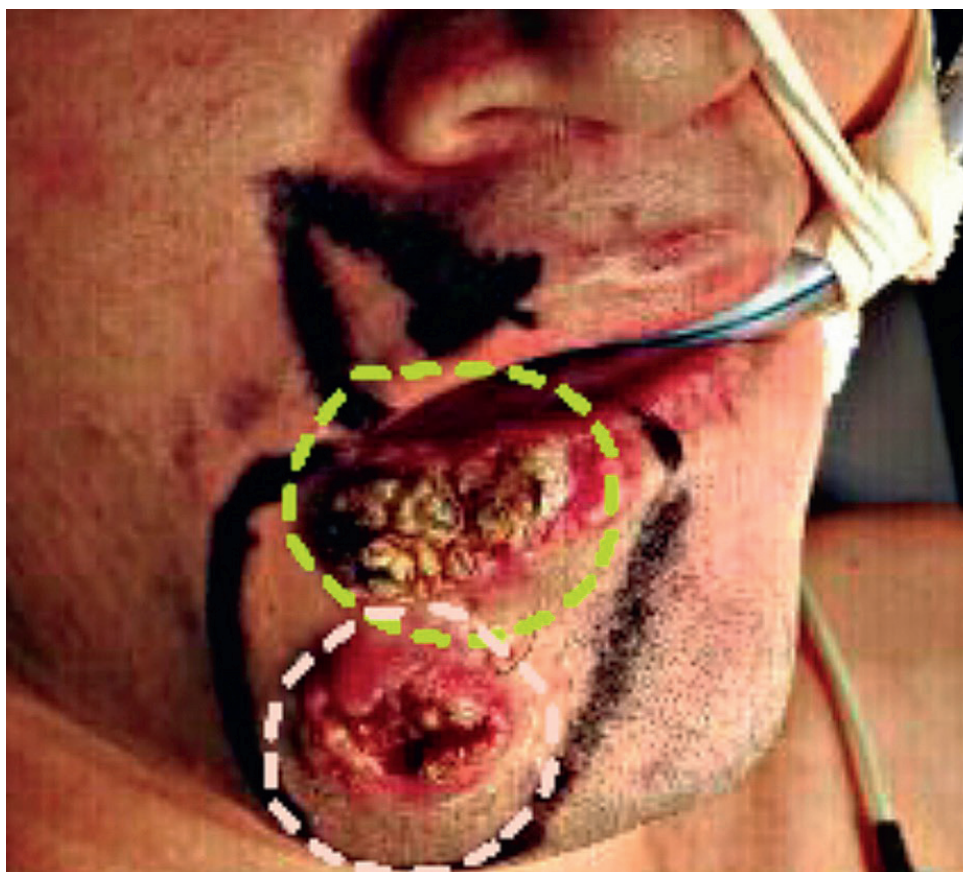


Figura 1. A. Línea punteada amarilla: lesión tumoral con vegetaciones en la superficie, asimétrica, de bordes mal definidos, coloración parda, con sangrado en la periferia, localizada en la zona media del bermellón inferior. B. Línea punteada blanca: úlcera única, de aproximadamente 15 × 15 mm, con bordes mal definidos, de fondo necrótico y secreción sanguinolenta, localizada en la región cutánea labial inferior y mentoniana.

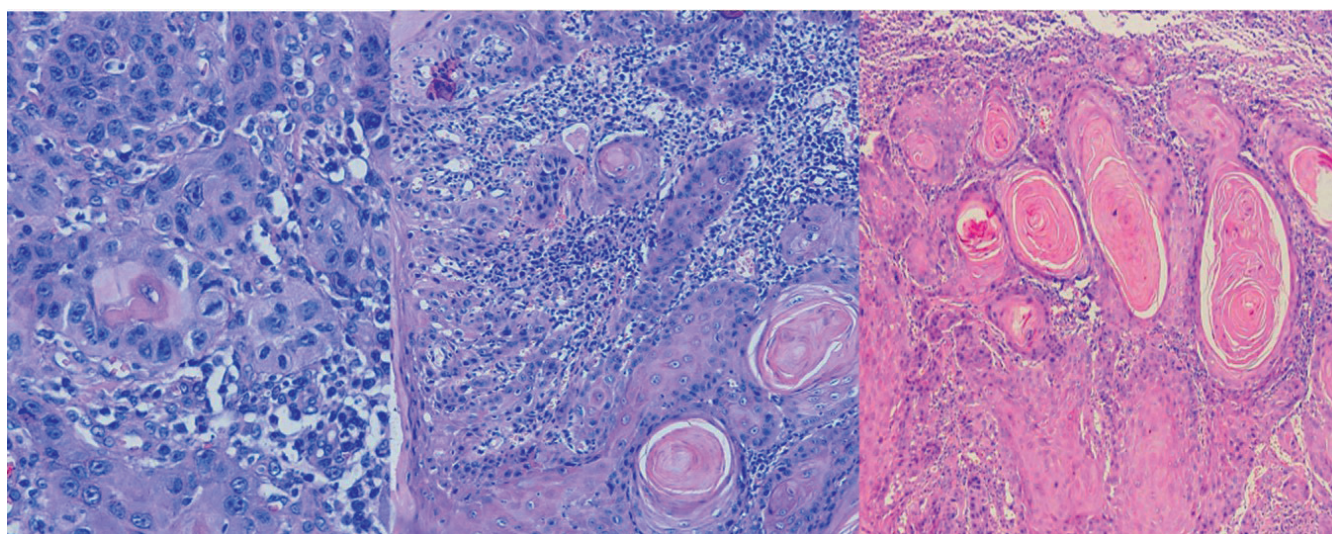


Figura 2. Biopsia escisional de piel. Tinción hematoxilina-eosina: carcinoma epidermoide infiltrante. Grado variable de queratinización, pleomorfismo con islas epiteliales en el tejido conectivo con alto grado de variación displásica, abundante cantidad de células inflamatorias y moderada actividad mitótica.

Se solicitaron estudios paraclínicos prequirúrgicos y los resultados reportaron valores dentro los parámetros normales, por lo cual se propuso realizar resección de la lesión tumoral con posterior reconstrucción del labio inferior, con colgajo de Abbé-Estlander, en conjunto con el servicio de cirugía plástica.

Durante el acto quirúrgico se realizó escisión radical del área labial inferior derecha extendida hasta el mentón ipsilateral, con resección de las lesiones tumorales, conservando un margen de 10 mm (**Figura 3A**).

Para la reconstrucción del labio inferior se planteó un colgajo de Abbé-Estlander, dependiente de la arteria coronaria labial superior. Se realizó la marcación, cuya altura y forma se corresponden con las del defecto primario y su anchura se reduce a la mitad de este (**Figura 3B**). Posteriormente se llevó a cabo un colgajo de espesor completo de un tercio del labio superior derecho, con hoja de bisturí n.º 11, y reduciendo progresivamente el pedículo vascular de base ancha y gruesa, por disección con tijeras puntiagudas, para que la rotación de 180 grados sobre el pedículo fuera fácil y se lograra la colocación para cubrir el defecto primario del labio inferior.

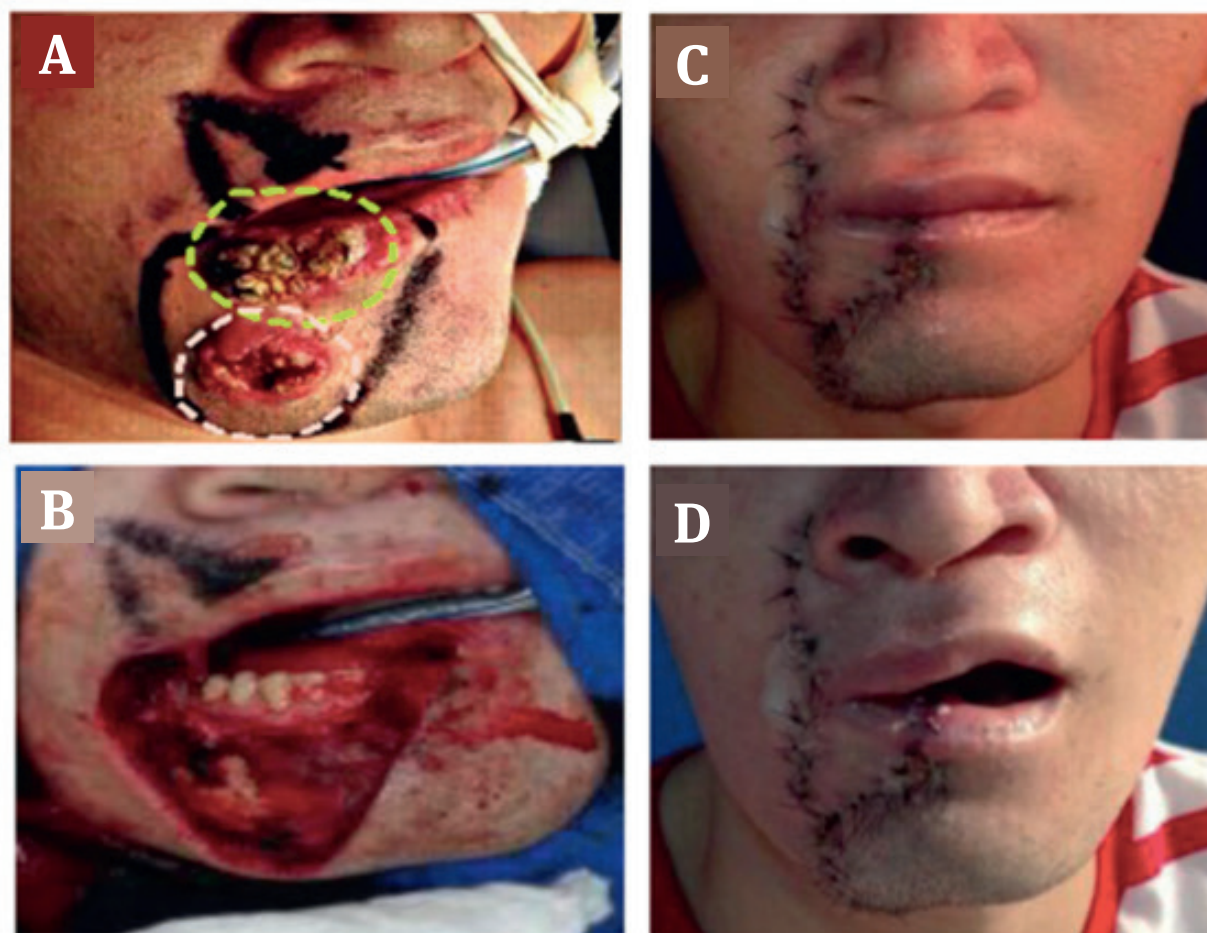


Figura 3. **A.** Delimitación del área por resecar y marcación del colgajo de Abbé-Estlander en labio superior (línea negra). **B.** Resección en bloque de la tumoración en el labio inferior. **C.** Postoperatorio inmediato del colgajo de Abbé-Estlander y cierre primario de la zona donante con colgajo de avance. **D.** Se evidencia leve microstomía y apertura bucal del 30%.

El paciente continuó hospitalizado bajo vigilancia médica, en manejo con analgésicos, antiinflamatorios y terapia antibiótica tópica por 48 horas, y evolucionó de manera satisfactoria, con adecuada respuesta al tratamiento, heridas limpias y sin secreciones ni signos de infección. Se recibe biopsia intraoperatoria con reporte de bordes libres de lesión maligna, por lo cual se decidió egreso médico con seguimiento a los siete días posquirúrgicos.

Luego de seis meses de ser intervenido, el paciente acude a seguimiento, donde se evidencian secuelas cicatriciales no hipertróficas, microstomía leve, sin evidencia de retracción marcada, con apertura bucal de aproximadamente un 50%, con recuperación parcial de la funcionalidad y con obtención resultados estéticos satisfactorios para el paciente.

DISCUSIÓN

El carcinoma espinocelular es una neoplasia maligna de origen epidérmico, que guarda relación con la morfología propia del estrato espinoso de la epidermis. Las características más relevantes y patognomónicas de la neoplasia son el crecimiento rápidamente progresivo, la anaplasia, el daño tisular localizado y la capacidad de generar metástasis ⁽¹⁾.

El carcinoma espinocelular es la segunda variante más frecuente en el cáncer de piel y abarca un 20% de los casos, donde el carcinoma basocelular es el tipo de neoplasia cutánea con mayor prevalencia, cercana al 80%⁽²⁾.

Epidemiológicamente, el cáncer de labio alcanza una prevalencia cercana al 15% de las neoplasias de la cavidad oral; en cuanto a la localización más frecuente, se estima que el 95% de las lesiones se localizan en el labio inferior ⁽²⁾.

El desarrollo de la enfermedad se ha relacionado con factores de riesgo como el fototipo de piel, de tal manera que es más frecuente en los fototipos I y II, que se queman con facilidad; la edad, donde es común la aparición de lesiones cutáneas malignas a partir de la sexta

década de la vida, y otros factores como la exposición a radiación UVB, la infección por virus de papiloma humano, el padecimiento de úlceras crónicas y la inmunosupresión, en menor medida. Existen pocos casos de aparición temprana de carcinoma espinocelular en pacientes sin factores de riesgo ⁽³⁾.

Desde el punto de vista inmunológico, se ha visto una relación estrecha entre la aparición del carcinoma espinocelular y la mutación del gen P53. El gen p53 se encuentra en el cromosoma 17 y codifica una proteína con función de factor de transcripción, fundamental en la diferenciación de los queratinocitos y en la regulación del crecimiento celular, que evita la reproducción anormal y descontrolada de las células. En el carcinoma epidermoide, las mutaciones del gen p53 abarcan entre el 41% y el 69% e interviene en la etapa más temprana de la carcinogénesis en la epidermis ⁽⁶⁾.

El cuadro clínico característico del cáncer de labio se basa en la aparición de lesiones tumorales friables, con tendencia al sangrado ante estímulos leves. Sus características macroscópicas son usualmente de tipo nodular; sin embargo, existen variantes como lesiones de aspecto vegetativo o tipo úlceras que generalmente son de fondo necrótico. La velocidad de crecimiento de las lesiones tumorales es rápida y progresiva y su curso natural coincide con áreas de piel previamente afectadas o precancerosas; es rara la aparición de lesiones tumorales sobre piel sana ⁽⁴⁾.

La principal lesión precursora de carcinoma epidermoide es la queratosis actínica. Las características típicas de la queratosis actínica son máculas eritematosas descamativas o placas hiperpigmentadas descamativas, que se relacionan con la exposición prolongada a la radiación UVB y UVA, que es más frecuente en los fototipos de piel I y II, al igual que el carcinoma espinocelular ⁽⁴⁾.

Además de la aparición de la lesión primaria, se ha documentado el compromiso ganglionar próximo a la localización de la lesión satélite. En el caso en mención, el cáncer de labio inferior cursa con diseminación linfática que principalmente compromete las cadenas ganglionares de localización adyacente como lo son las regiones retroauricular y submaxilar; sin embargo, en

casos de lesiones tumorales extensas o de larga evolución, pueden llegar a comprometerse las cadenas ganglionares más distantes como la cadena ganglionar cervical posterior y el tercio medio yugular ⁽⁴⁾.

El carcinoma espinocelular es una entidad que se presenta con características clínicas muy típicas, las cuales permiten que el diagnóstico sea principalmente clínico;

sin embargo, por ser una lesión tumoral con alto riesgo de extensión y compromiso de tejidos profundos, es necesario la realización de estudios confirmatorios como la biopsia de piel, que además de corroborar la impresión diagnóstica inicial, permite determinar la variante histopatológica en curso, con el fin de clasificar la lesión y así mismo ofrecer la alternativa terapéutica más oportuna para el paciente **(Tabla 1)** ⁽⁵⁾.

| Según su grado de diferenciación histológica | Según su morfología macroscópica |
|--|---|
| Bien diferenciados | Ulcerativo: localmente invasivo, rápido crecimiento |
| Moderadamente diferenciados | |
| Mal diferenciados | Verrucoso o exofítico: de crecimiento lento. Rara vez hace metástasis |

Tabla 1. Clasificación del carcinoma espinocelular

El tratamiento se basa en la escisión total del espesor de la lesión, con posterior comprobación de los márgenes libres. Existen diversas técnicas quirúrgicas que pueden emplearse de acuerdo con la localización de la lesión y su extensión. La resección quirúrgica convencional está indicada en lesiones de un tamaño inferior a 2 cm y las lesiones en las zonas de bajo riesgo o con extensión limitada hasta la dermis tienen indicación de dejar márgenes quirúrgicos de 4 mm. Para lesiones con un diámetro mayor de 2 cm, localizadas en las zonas de alto riesgo o con extensión hasta el tejido celular subcutáneo, se indica dejar de 6 a 10 mm de margen, según el criterio del médico tratante. La cirugía de Mohs brinda una tasa de curación de aproximadamente un 95% y se relaciona con un índice de recurrencia a cinco años del 3,1%, mientras que la resección tradicional alcanza un 8% de recurrencia ⁽⁷⁾.

Los carcinomas epidermoides pueden hacer diseminación linfática, por lo que es imprescindible realizar un exhaustiva revisión ganglionar en la exploración física, para determinar la aparición concomitante de adenomegalias. En caso de ser palpables, debe realizarse biopsia con aguja fina para determinar el com-

promiso ganglionar y deberá hacerse manejo integral con el servicio de cirugía oncológica para realizar linfadenectomía regional y, en algunos casos, radioterapia coadyuvante, ya que aproximadamente el 5% de los carcinomas epidermoides hacen metástasis ganglionar⁽⁸⁾.

El pronóstico de supervivencia a los cinco años luego de una resección tumoral de carcinoma epidermoide es mayor del 90%. El 75% de las recurrencias se han evidenciado en los dos primeros años del posquirúrgico y el 95%, en los primeros cinco años. Sin embargo, la tasa de supervivencia a cinco años se reduce a un 25% en los pacientes con compromiso ganglionar, dado por metástasis ⁽⁹⁾.

Luego de la resección de la lesión tumoral, debe escogerse la técnica más apropiada para el cierre del defecto, teniendo en cuenta la localización de la lesión (zona medial o comisura labial) y la cantidad de tejido sano restante. Existen diversas técnicas quirúrgicas para la reconstrucción de labios: en defectos menores o leves (<25%), la mejor opción es el cierre primario; en defectos entre el 25% y el 80%, es recomendable utilizar téc-

nicas de colgajos de transposición labial, como el colgajo de Abbé-Estlander, el colgajo de Johansen, el colgajo de Karapandzic, entre otros; cuando el defecto es superior al 85%, la técnica de elección es el colgajo bilateral de Bernard, los colgajos nasolabiales o la transferencia de tejido libre (Tabla 2)⁽¹⁰⁾.

En el caso expuesto, teniendo en cuenta la localización de la lesión tumoral y por el tipo histopatológico de la neoplasia, la técnica de elección es el colgajo de Abbé-Estlander.

En cuanto a las ventajas del uso del colgajo de Abbé-Estlander, está la posibilidad que le otorga al labio para soportar y mantener el tejido vestibular adecuado para la implantación de prótesis. También previene la alteración de la sensibilidad de los labios, lo que provoca la restauración de las inervaciones motoras y sensoriales en un gran porcentaje de casos y tiene un resultado estético satisfactorio, con preservación de la estructura anatómica labial y facial. La desventaja del colgajo de Abbé-Estlander está dada por la necesidad de una segunda intervención, en un intervalo de tres semanas (21 días), debido a una apertura bucal limitada, que, por lo general, es secuelar cuando el defecto labial es severo o mayor (>80%), por lo que es necesaria la realización de comisuroplastia para aumentar el grado de apertura bucal y obtener resultados estéticos favorables, tratando siempre de preservar la mayor simetría facial posible⁽¹¹⁾.

| Tamaño del defecto | Localización del defecto | Técnica de reconstrucción |
|-------------------------------|--|--|
| Defecto leve o menor (25%) | Labio superior o inferior | Cierre primario |
| Defecto intermedio (25%-80%) | Labio superior o inferior con compromiso de la comisura labial | Transposición labial (Abbé-Estlander) o Karapandzic unilateral |
| | Labio inferior con compromiso central | Karapandzic bilateral/colgajos de Bernard |
| | Labio superior con compromiso del filtro | Abbé +/- extensión perialar nasal |
| Defecto severo o mayor (>80%) | Labio superior o inferior con compromiso de más de 2/3 de la superficie labial, pero respetando las comisuras labiales | Bernard bilateral, colgajos nasolabiales o transferencia de tejido libre |

Tabla 2. Algoritmo reconstructivo para los defectos de espesor total del labio

CONCLUSIONES

Se presentó el reporte de caso de un paciente con carcinoma espinocelular infiltrante en el labio inferior, con compromiso de la comisura labial derecha.

La relevancia del caso clínico presentado está dada por la aparición temprana de la enfermedad en un paciente sin factores de riesgo asociados, que es más frecuente en edades avanzadas y con factores de riesgo, además de la progresión rápida de la extensión y severidad de las lesiones, que requirió de extirpación y reconstrucción del labio inferior por parte del servicio de cirugía plástica y seguimiento con el servicio de cirugía oncológica con el fin de evaluar el riesgo de metástasis ganglionar.

Es importante que se conozcan las manifestaciones clínicas del carcinoma espinocelular y su abordaje diagnóstico y terapéutico; ya que, por ser una enfermedad rápidamente progresiva y de probable diseminación linfática, puede llegar a comprometer tejidos a distancia y poner en riesgo el pronóstico de vida del paciente.

El diagnóstico se hace por medio de los hallazgos clínicos y se confirma con la realización de biopsia de la lesión. El manejo se hace de forma integral con el servicio de cirugía plástica y oncológica en los casos avanzados.

Se recomienda hacer seguimiento de los pacientes para evaluar la aparición de recidivas en los casos en los que queden remanentes activos de la lesión y evaluar el riesgo de desarrollar diseminación linfática y metástasis a distancia.

Puntos clave

- El carcinoma espinocelular es una patología caracterizada por ser de crecimiento rápido y progresivo, que le confiere la capacidad de generar en corto tiempo anaplasia, daño tisular localizado y metástasis.
 - Sus características clínicas son variables, desde aparición de lesiones nodulares de fácil sangrado, hasta úlceras de fondo necrótico con afectación ganglionar local o distante.
 - El diagnóstico se basa en el cuadro clínico y se confirma con estudios histopatológico como la biopsia de piel.
 - El tratamiento consiste en la escisión total de la lesión, que en caso de tener una extensión considerable, amerita posteriormente la reconstrucción de la zona afectada.
-

REFERENCIAS

1. Rigel DS, Kopf AW. Carcinoma de células escamosas. En: Friedman RJ (editor). *Cáncer de piel*. 2.ª edición. México: Editorial Médica Panamericana; 2005. pp. 91-101.
2. Brabyn PJ, Muñoz-Guerra M, Zylberberg I, Rodríguez-Campo F. Lip reconstruction technique: A modified Abbe-Estlander with a myomucosal advancement flap. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. 2018;119(4):307-10. <https://doi.org/10.1016/j.joramas.2017.11.014>
3. Marks R. Squamous cell carcinoma. *Lancet*. 2004;347(9003):735-8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)90081-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)90081-1)
4. Hernández Martín A, Echevarría Iturbe C. Carcinoma espinocelular. *Piel*. 2003;18(7):364-76. [https://doi.org/10.1016/S0213-9251\(03\)72733-6](https://doi.org/10.1016/S0213-9251(03)72733-6)

5. Telich JE, Monter A, Baldín A, Apellaniz A. Diagnóstico y tratamiento de los tumores malignos de piel. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2017;15(2):154-160.
6. Mercadillo P, Moreno L. Fisiopatología del carcinoma epidermoide. *Dermatol Rev Mex*. 2013;57(2):118-27.
7. Divine J, Stefaniwksy L, Reddy R, Padilla P, Hagele T, Patel NS, et al. A comprehensive guide to the surgical management of nonmelanoma skin cancer. *Curr Probl Cancer*. 2015;39(4):216-25. <https://doi.org/10.1016/j.currprobcancer.2015.07.001>
8. National Comprehensive Cancer Network. Clinical Practice Guidelines in Oncology. Squamous cell skin cancer, Version 1.2016. Disponible en: <https://t.ly/uTm-X>
9. Lansbury L, Bath-Hextall F, Perkins W, Stanton W, Leonardi-Bee J. Interventions for non-metastatic squamous cell carcinoma of the skin: systematic review and pooled analysis of observational studies. *BMJ*. 2013;347:f6153. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6153>
10. Brown D, Borschel G, Levi B. Reconstrucción de labio y mejilla. En: *Manual Michigan de Cirugía Plástica*. 2.ª edición. 2015. pp. 199-204.
11. Cheng CY, Fang HW. Old Age Lower Lip Cancer Defects Reconstruction by Abbe-Estlander Flap. *Int J Gerontol*. 2018;12(2):160-3. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2018.03.015>