

Amputación de un miembro por carcinoma espinocelular

Limb Amputation because of Spinocellular Carcinoma

Vladimir Nápoles Betancourt¹ <https://orcid.org/0000-0002-8735-4113>

Lorenzo González González^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-2075-4910>

Juan Francisco Tejera Díaz¹ <https://orcid.org/0009-0006-9814-6260>

Laura Hurtado Gascón¹ <http://orcid.org/0000-0002-2203-5410>

Saimmol Ruíz Bernal² <https://orcid.org/0009-0004-0142-8903>

¹Hospital Clínico Quirúrgico Julio Trigo López. La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas Julio Trigo. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: lorenzo.gonzalez@infomed.sld.cu

RESUMEN

El *carcinoma espinocelular* o epidermoide, es un tumor maligno derivado de los queratinocitos epiteliales. Tiene la capacidad de ser invasor, destructor, infiltrante y con posibilidad de diseminación por contigüidad, vía linfática y hemática. Se presenta un paciente de 62 años de edad, masculino, color de piel blanca, que fue interconsultado en el servicio de Dermatología por una lesión tumoral en el dorso de la mano izquierda, de rápido crecimiento en semanas. Se planteó como diagnóstico un carcinoma espinocelular y se orientó realizar biopsia y cirugía. Se confirmó por histología, y se realizó ablación total del tumor con seguimiento posterior. Meses después, el paciente acudió nuevamente por recidiva de mayor tamaño que la lesión inicial, incluso acompañada de miasis. Se decidió realizar amputación a nivel del antebrazo dada la destrucción tisular infiltrante subyacente e irreversible. Se presenta el caso por lo interesante del

mismo, y para recordar la importancia del diagnóstico precoz de este tipo de lesión.

Palabras clave: carcinoma espinocelular; queratinocitos epiteliales; amputación.

ABSTRACT

Spinocellular or epidermoid carcinoma is a malignant tumor derived from epithelial keratinocytes. It has the capacity of being invasive, destructive, infiltrative and with the possibility of contiguous, lymphatic and hematogenous dissemination. The case is presented of a 62-year-old male patient, of white skin color, who was consulted at the dermatology service for a tumor lesion on his left hand's dorsum, which had been growing rapidly for weeks. A diagnosis of spinocellular carcinoma was suggested and a biopsy and surgical intervention were recommended. It was confirmed by histology and total ablation of the tumor was performed with subsequent follow-up. Months later, the patient presented again with a recurrence larger than the initial lesion, even accompanied by myiasis. It was decided to perform a forearm amputation due to the underlying and irreversible infiltrative tissue destruction. The case is presented because of the interest that it represents and because of the importance of early diagnosing this type of lesion.

Keywords: spinocellular carcinoma; epithelial keratinocytes; amputation.

Recibido: 18/09/2023

Aceptado: 24/10/2023

Introducción

Los *carcinomas epiteliales*, en concreto el carcinoma basocelular (CBC) y el carcinoma espinocelular (CEC), constituyen las neoplasias malignas que se observan con más frecuencia en los sujetos de color de piel caucásica. En los sujetos de piel clara, aproximadamente el 75-80 % de estas neoplasias malignas

son CBC y hasta el 25 % CEC. La incidencia de ambos sigue aumentando, lo que conlleva una mayor carga de morbilidad.⁽¹⁾

El carcinoma epidermoide o carcinoma espinocelular es un tumor maligno derivado de los queratinocitos epiteliales. Puede aparecer en piel o en mucosas, *in situ*, o sobre lesiones previas. Tiene la capacidad de ser invasor, destructor, infiltrante y con posibilidad de diseminación por contigüidad, vía linfática y hemática.⁽²⁾ Es el segundo tipo en orden de frecuencia del cáncer de piel no melanoma, grupo de tumores de mayor incidencia mundial.^(1,2,3,4) En Cuba se reportaron 12 209 nuevos casos en 2016, según datos publicados en el Anuario Estadístico de Salud 2019.⁽³⁾

Este tumor es más frecuente en el sexo masculino, con una incidencia de 2:1 respecto al femenino. Suele aparecer en personas de edad avanzada, en fototipos bajos (I-II) y en aquellas que se exponen al sol por tiempo prolongado sin protección adecuada. Su morfología es diversa y depende del grado de diferenciación de esta neoplasia. Existen varias clasificaciones, pero coinciden en subdividir las en CEC intraepitelial *in situ* e invasivo. Los primeros son limitados a la epidermis durante un largo período de tiempo, y el momento de transformación en invasor ocurre cuando atraviesa la membrana basal y penetra a la dermis.⁽²⁾

Caso clínico

Paciente de 62 años de edad, masculino, fototipo cutáneo II, con APP de epilepsia, esquizofrenia, y retraso mental. Se recibe procedente del servicio de Ortopedia con tumor en el dorso de la mano izquierda de gran tamaño, de varios meses de evolución, aunque el paciente no pudo precisar el tiempo.

Examen físico. Lesión tumoral de aproximadamente 10 cm en su diámetro mayor, vegetante, en “coliflor”, ulcerada, en dorso de la mano izquierda (fig. 1). No se palpan adenopatías axilares de ese lado.



Fig. 1 - Lesión tumoral de aproximadamente 10 cm en su diámetro mayor, ulcerada en dorso de la mano izquierda.

Se discute el caso en colectivo, se plantea como diagnóstico carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado e infiltrante. Se sugiere realizar biopsia de piel (fig. 2).

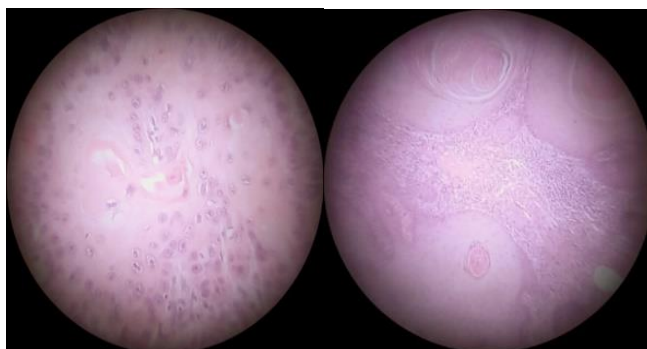


Fig. 2 – Imagen histológica que confirma diagnóstico de carcinoma espinocelular.

El resto de los exámenes de laboratorio se encuentra dentro de límites normales. Se orientó cirugía con margen de seguridad de la lesión y seguimiento posquirúrgico por oncología.

El paciente fue dado de alta el mismo día de la cirugía. Posteriormente, se realizaron curas que incluyeron lavado de arrastre mecánico con suero fisiológico 0,9 %; taponamiento con miel de abejas hasta la cuarta cura, y a partir de la octava cura con mercurio cromo 0,2 %.

Ocho meses después el paciente regresa a la consulta de ortopedia con recidiva del tumor, de tamaño aún mayor que el anterior. Debido a su trastorno mental no había asistido a las consultas de seguimiento, y en el momento en que asiste ya la lesión presentaba gran tamaño (fig. 3).



Fig. 3 – Recidiva del tumor.

Se consideró entonces la amputación del miembro a nivel del antebrazo por peligro de metástasis a distancia (fig. 4).



Fig. - 4 Miembro amputado a nivel del tercio medio distal del antebrazo izquierdo.

Comentarios

La mayoría de los CEC aparecen en la cabeza, cuello, extremidades superiores o cara anterior de las piernas. Se presentan con mayor frecuencia en los hombres (3:1), y la incidencia aumenta significativamente pasados los 60 años de edad. La mortalidad asociada al CEC es mayor en las personas de raza caucásica y de edad avanzada.^(4,5,6,7,8)

El CEC cutáneo invasivo surge sobre un fondo de piel dañada por el sol, sobre todo en el cuero cabelludo sin pelo, cara, cuello, cara extensora de los antebrazos, cara dorsal de las manos y, cara anterior de las piernas.^(1,9) Algunos autores manejan los subtipos clínicos en superficial para los *in situ* e invasivos para las formas agresivas.⁽⁴⁾ Gonzalez-Escudero y otros⁽¹⁰⁾ exponen que la forma invasiva es un cáncer de amplia incidencia en personas longevas. Las zonas anatómicas con mayor riesgo de tener un comportamiento biológico invasivo son los pabellones auriculares, los labios y las zonas mucosas como la vulva y el pene.⁽¹⁾ En el caso que reportamos la lesión tumoral infiltrante estaba localizada en dorso de una mano.

Respecto al manejo del CEC de alto riesgo sin adenopatía palpable, está indicada la resección local con márgenes laterales y profundos mayores de 6 mm cuando sea clínica y quirúrgicamente viable. En ausencia de una conducta sedimentada en la literatura, considerando la naturaleza de estas lesiones y su extensión subclínica, en el CEC *in situ* se realiza biopsia del ganglio centinela y resección del tumor primario con un margen quirúrgico de 2 cm, y cuando es necesario se realiza una amputación o desarticulación.⁽⁶⁾

La amputación de un miembro por un CEC no es habitual, pero en este caso no hubo alternativas dada la demora del paciente en asistir a consulta de seguimiento después de la primera intervención del tumor y el consecuente crecimiento del mismo con características invasivas.

Consideraciones finales

Es importante reiterar la importancia del diagnóstico precoz de este tipo de tumores, lo que permitirá adoptar la conducta adecuada en cada paciente y mantener la vigilancia que se debe mantener en estos casos.

Referencias bibliográficas

1. Bologna JL, Schaffer J, Cerroni L, editores. Dermatología. 4 ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
2. Fernández-Martori M, Soler-Cárdenas SF, Amador-García Y, Bello-Rivero I, Durán-Marrero K. Carcinoma epidermoide de piel tratado con HeberFERON®. Rev Méd Electrón. 2022 [acceso 22/12/2022];44(2). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/4662/5445>
3. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Salud 2019. La Habana: MINSAP; 2020 [acceso 22/12/2022]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr3b3nico-Espac3b1ol-2019-ed-2020.pdf>
4. Barroso BB, Díaz T, García R, Castañeda S. La dermatoscopia en el diagnóstico de cáncer de piel no melanoma. Folia Dermatol Cubana. 2014 [acceso 22/12/2022];8(1):14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/fofia/fd-2014/fd141b.pdf>
5. Massó D, Setien R. Caracterización clínico epidemiológica de pacientes con tumores epiteliales cutáneos no melanoma. MEDISAN. 2019 [acceso 22/12/2022];23:260-270. Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/2629>
6. Falabella R. Fundamentos de medicina en Dermatología. 8 ed. Medellín: Colombia; 2017.
7. Barrios JA. Aspectos epidemiológicos y clínico-patológicos de neoplasia maligna de piel no melanoma en pacientes atendidos en el Hospital regional

Lambayeque. Enero 2015-Julio 2016 [tesis]. Chiclayo, Perú: 2018 [acceso 22/12/2022]. Disponible en: <http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>

8. Meza V. Características epidemiológicas del cáncer de piel no melanoma. Centro Médico Naval, 2009-2014. [tesis]. Ayacucho, Perú: Universidad San Martín Porres; 2015 [acceso 22/12/2022]. Disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2129>

9. Ongaratto-Barazzetti D, Ongaratto-Barazzetti PH, Thomé-Cavalheiro B. Quality of life and clinical and demographic characteristics of patients with cutaneous squamous cell carcinoma submitted to tumor resection by double-bladed scalpel. An Bras Dermatol. 2019;94(3):304-12. DOI: [10.1590/abd1806-4841.20197842/](https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20197842/)

10. Gonzalez-Escudero M, Pérez Acosta ND, Roque Pérez L. Caracterización clínico epidemiológica e histopatológica de pacientes con cáncer cutáneo. Sagua la Grande, Villa Clara. 2016. Convención Internacional de Salud Pública, "Cuba Salud 2018". Villa Clara, Cuba: Cuba Salud; 2018 [acceso 23/12/2022]. Disponible en: <http://www.convencionsalud2017.sld.cu>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.