

CARCINOMA ESPINOCELULAR CON CAMBIOS DE FIBROMIXOSARCOMA

Dr. Oscar Reyes Jaimes*
 Dr. Oscar Reyes Flores**
 Dr. José R. Sardi***

Reyes J. O., Reyes F. O., Sardi J.R., **Carcinoma Espinocelular con cambios de Fibromixosarcoma.** Derm. Venez. 1994; 32:23 - 25

RESUMEN

Se reporta el caso de un paciente de 84 años de edad con un tumor en la región frontal, el cual en la biopsia previa a la extirpación, presentó cambios típicos de fibromixosarcoma, pero el estudio histológico de la pieza operatoria, con el auxilio de la

inmunohistoquímica, reveló que se trataba de un carcinoma espinocelular en origen.

ABSTRACT

We report the case of an 84 year old male with a squamous cell carcinoma in which whom the previous biopsy was reported as a Fibromixosarcoma, but when studying the bulk of the lesion after surgical excisión, with the aid of immunohistochemical stains, the tumor was a squamous cell carcinoma in origin.

INTRODUCCION

La practica dermatopatológica diaria, con cierta frecuencia plantea desafíos diagnósticos importantes, sobretudo en el área de patología tumoral en donde muchas veces es difícil decidir sobre el origen de una determinada neoplasia; necesitando entonces del concurso de técnicas de inmunohistoquímica, disponibles hoy en día en nuestro medio, aunque no de una manera rutinaria, para resolver estos casos.

De acuerdo a la bibliografía consultada, el caso que nos ocupa es un problema diagnóstico poco frecuente; sin embargo, Underwood, Montgomery y Broders, reportaron un grupo de 40 casos de la Clínica Mayo en los cuales el diagnóstico fue de carcinoma espinocelular con hallaz-

gos de sarcoma, simulando la mayoría de ellos un fibrosarcoma, concretamente hubo dos de estos tumores que simulaban fibromixosarcoma ¹. Brooks estudió una serie de 110 tumores provenientes de varios órganos, todos diagnosticados como carcinoma, pero con hallazgos de sarcoma; de los cuales 28 fueron de piel, todos reportados como grado 4, con áreas sarcomatoides y áreas en las cuales las células tumorales presentaban características típicas de carcinoma espinocelular ². En el presente artículo queremos reportar el caso de un paciente con un tumor en la región frontal el cual, en la biopsia previa a la extirpación, presentó cambios de fibromixosarcoma, pero el estudio histológico de la pieza operatoria reveló que se trataba de un carcinoma espinocelular.

REPORTE DEL CASO

Se trata de un paciente masculino de 84 años de edad, natural de Italia y procedente de Caracas, quien nos consultó en Junio de 1992, presentando para el momento del examen, un tumor de aproximadamente 3 cms. de diámetro, eritematoso, de consistencia blanda, de fácil sangramiento, parcialmente encostrado, localizado en región frontal sobre una piel brillante, tensa, adelgazada, características de un daño actínico importante. Fig. 1 Con impresión diagnóstica de carcinoma espinocelular, se tomó biopsia, la cual presentó una imagen mixomatosa, edematosa, con abundantes células fusiformes y variable cantidad de atípicas celulares, lo que llevó al diagnóstico de fibromixosarcoma, Fig. 2 motivo por el cual, se decidió el ingreso del paciente al Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Caracas, para la extirpación del tumor; la cual se llevó a cabo en Junio de 1992 a cargo de la Sección de Cirugía Dermatológica del mismo centro. Los

* Dermatopatólogo. Instituto de Biomedicina

** Dermatopatólogo. Prof. agregado. Cátedra de Dermatología Escuela de Medicina "Luis Razetti". U.C.V.

*** Dermatólogo. Prof. agregado. Cátedra de Dermatología Escuela de Medicina "Luis Razetti". U.C.V.

primeros cortes del estudio histológico mostraron áreas de hiperplasia epitelial irregular con atipias, células con pérdida de la polaridad y queratinización individual. Fig. 3. Sin embargo, otros cortes histológicos del tumor mostraron otra vez áreas con aspecto sarcomatoide, incluso un área con una configuración en "espinazo de pescado", Fig. 4 lo cual es típico de fibrosarcoma; motivo por el cual se practicaron marcadores para citoqueratina con anticuerpos monoclonales, los cuales fueron fuertemente positivos en el área de carcinoma espongocelular Fig. 5 y débilmente positivos en el área sarcomatoide; además se practicó también vimentina, marcador para fibroblastos, la cual fue negativa.

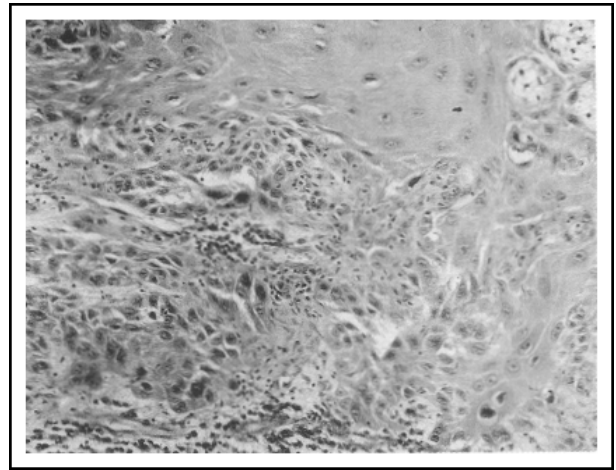


Figura 3
Proliferación epitelial irregular infiltrante con evidentes atipias características de carcinoma espinocelular



Figura 1
Obsérvese Tumor saliente bien circunscrito de superficie costrosa localizado en la región frontal. Note los cambios actínicos de la piel circunvecina.

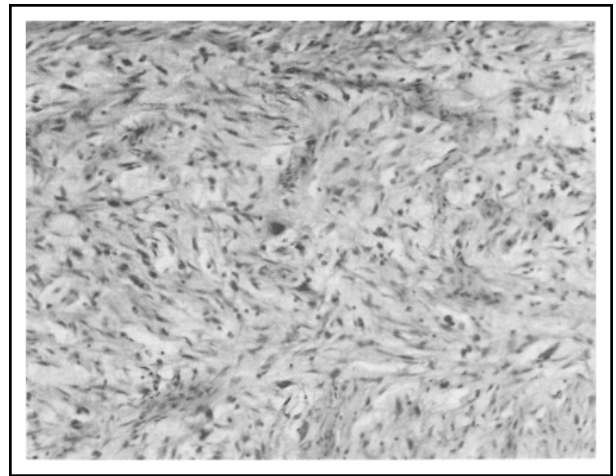


Figura 4
Area de proliferación fibroblástica con configuración de "Espinazo de Pescado" sugiriendo fibrosarcoma.

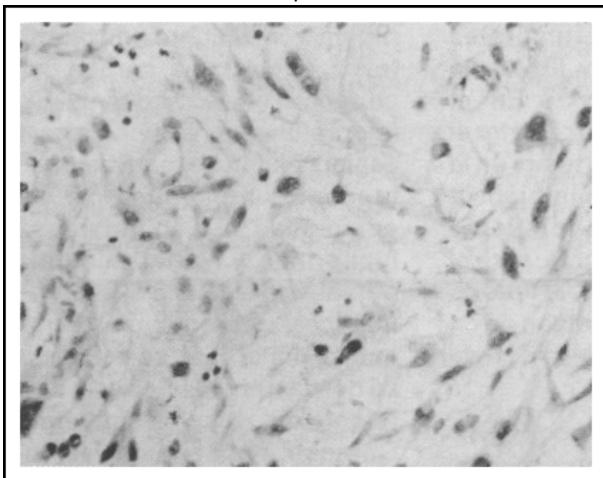


Figura 2
Proliferación irregular de células fusiformes de tamaño variable con algunos núcleos irregulares e hiper cromáticos en un estroma mixomatoso.



Figura 5
Marcaje positivo para queratina con anticuerpo monoclonal

El carcinoma espinocelular es un tumor invasivo verdadero de la epidermis³. Su etiología es multifactorial, son importantes factores propios del ambiente. Los primeros, incluyen edad, pigmentación de la piel estatus inmune y la presencia de ciertos defectos genéticos como en el xeroderma pigmentoso y mutaciones del gen supresor de tumores p53⁶. Los segundos, numerosos factores ambientales o extrínsecos, siendo el más importante el daño actínico de la piel secundario a exposición prolongada al sol. Cuando existe una combinación de factores predisponentes, el desarrollo del tumor es casi inevitable.

Existe evidencia epidemiológica y experimental que soportan el papel carcinogénico de la radiación solar, (específicamente UVB), rayos X, arsenico y una variedad de hidrocarburos⁴.

El virus papiloma humano VPH puede jugar un papel etiológico en el desarrollo de carcinoma espinocelular, cutáneo, genital y cervical, como también en la Papulosis bowenoide, El VPH virus papiloma humano está presente en la mayoría de los carcinomas genitales y condilomas. Los carcinomas espinocelulares de la cervix uterina y del pene están asociados predominantemente con el VPH 16, aunque también se pueden asociar a otros tipos de VPH. Los carcinomas espinocelulares de otros sitios diferentes de la región genital o periungueal están menos comúnmente asociados a VPH.

El VPH 16 fue detectado también en Queratoacantomas tal como ha sido demostrado en varios estudios⁵. Es obvio que existe una asociación clara entre el VPH y el desarrollo de neoplasmas cutáneos (incluyendo al Carcinoma espinocelular) y un aumento del riesgo a desarrollar carcinoma en los pacientes con verrugas causadas por ciertos tipos de VPH.

El papel exacto del VPH en el desarrollo de malignidad todavía no se conoce.^{4,5}

Al examen histológico, el carcinoma espinocelular está compuesto de masas irregulares de células epidérmicas que proliferan hacia la dermis. Estas masas tumorales invasivas, están compuestas de proporciones variables de células epiteliales normales y de células epiteliales atípicas, Mientras más maligno es el tumor, mayor es el número de células atípicas. Esta atipicidad se expresa como variación en el tamaño y la forma de las células, hiperplasia e hiperchromacia del núcleo, ausencia de puentes intercelulares queratinización de células individuales y la presencia de mitosis atípicas. En el carcinoma espinocelular la diferenciación va en dirección de la queratinización, ésta frecuentemente es en forma de perlas córneas, las cuales son estructuras compuestas de capas concéntricas de células escamosas las cuales tienen un proceso de queratinización más aumentado a medida que se va aproximando al centro de la estructura, dicho centro muestra usualmente queratinización incompleta.

Broders en 1921 introdujo un sistema de gradación para este tumor. Este sistema reconoce cuatro grados de severidad de acuerdo a la proporción de células maduras o diferenciadas presentes en el tumor.

GRADO 1: Más del 75% de las células son diferenciadas.

GRADO 2: Más de; 50% de las células son diferenciadas,

GRADO 3: Más de; 25% de las células son diferenciadas

GRADO 4: Menos del 25% de las células son diferenciadas.

Actualmente se reconoce que además de la proporción de células diferenciadas, el grado de atipia de las células tumorales y la profundidad de penetración, son factores importantes en la gradación de este tumor. Otros factores importantes son los patrones arquitecturales de invasión de los cuales se reconocen hoy día tres;

PATRON 1: Tumor con bordes envolventes y proyecciones bulbosas.

PATRON 2: Tumor con islas discretas y nidos celulares tumorales periféricas

PATRON 3: Las células del borde inferior del tumor están arregladas en cordones o simplemente están sueltas en la dermis³.

En el caso que nos ocupa, no fue posible aplicar estas clasificaciones ya que los hallazgos de células fusiformes atípicas en un estroma mixomatoso en la biopsia previa hicieron pensar en fibromixosarcoma y el estudio de la pieza operatoria mostró además de esto un área de hiperplasia epitelial irregular con células atípicas con pérdida de la polaridad y queratinización independiente, sugestivas de carcinoma espinocelular, lo que fue confirmado con la citoqueratina la cual fue fuertemente positiva en el área de hiperplasia epitelial, y débilmente positiva en el área sarcomatoide; por estos motivos el tumor quedó clasificado como carcinoma espinocelular, pero con un área tan anaplasica, tan pobremente diferenciada y por consiguiente poco productora de queratina que se marcó débilmente con la citoqueratina. Este caso pone de relieve la utilidad del estudio histológico "in toto" de la pieza operatoria en los casos en que no hay una correlación clínico patológica definida al comienzo de la evaluación del paciente.

BIBLIOGRAFIA

- 1: Underwood L, Montgomery H, Broders A. Squamous Cell Epithelioma that simulates Sarcoma. Arch. Dermatol & Syph 1951; 64:149.
- 2.- Mcleod Brooks, S. Carcinoma which simulates sarcoma Arch Pathol 1943; 36: 144-157.
- 3.- Lever W.: Histopathology of the skin 7a Edition J. B. Lippincott Company, Philadelphia, 1990: 552 - 555.
- 4.- Kwa, R., Campana, K., Moy, R.: Biology of Cutaneous squamous cell carcinoma. J. AM. ACAD. Dermatol 1992; 26: 1-26.
- 5.- Magee, K.L., Rapini R.P., Duvie M.: Human Papilloma virus associated with Keratoacanthoma. Arch. Dermatol 1989; 125: 1587 - 9.
- 6.- Stephenson, T.J., Silcocks, P.B.: Mutant p53 oncogene expression in Keratoacanthoma and squamous cell carcinoma. Br. J. Dermatol. 1992; 127: 566 - 570.