

S.S.A.

U.N.A.M.

A.M.A.L. A.C.

CENTRO DERMATOLÓGICO

" DR. LADISLAO DE LA PASCUA "



Profesor del Curso: Dr. Fernando Latapí.

Directora Dra: Obdulia Rodríguez .

EPITELIOMA ESPINOCELULAR

Correlación Clínico-Patológica,

estudio de los pacientes vistos durante el año 1983

TESIS DE POSTGRADO EN
DERMATOLOGIA, LEPROLOGIA y MICOLOGIA

Dra: Vicenta Moreno Chávez.

México, D.F.



1982-1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	pags.
PRIMERA PARTE	
Introducción	1
Objetivos	2
Definición	3
Sinonimia	3
Aspectos Históricos	4
Epidemiología	6
Etiología y Patogenia	9
Teorías sobre carcinogénesis	9
Dermatosis precursoras del Epitelio ma espinocelular	14
Cuadro Clínico	26
Clasificación: Sistema Internacional	
T.N.M.	34
Diagnóstico diferencial	35
Histopatología del Epitelioma espino celular	38
Diagnóstico Diferencial —Histología—	42

	pags.
Tratamiento	45
Pronóstico	59
Normas de Tratamiento en algunos Servicios Oncológicos	61
El Psiquismo del paciente con Cancer de la Piel	66

SEGUNDA PARTE

Objetivos	70
Material y Métodos	70
Resultados	74
Análisis	86
Casos Clínicos	95
Conclusiones	115
Bibliografía	117

PRIMERA PARTE

INTRODUCCION

El presente trabajo, sencillo y modesto, es el resultado de la inquietud por conocer un poco sobre los tumores de la piel. - Durante mi estancia como residente en el Centro Dermatológico Pascua, tuve la oportunidad de estudiar pacientes con diversos tu mores de la piel, en particular el epiteloma espinocelular, segun do en frecuencia entre los tumores cutáneos. Esta neoplasia, cuyo comportamiento puede ser muy agresivo, merece un estudio - sistemático y, aunque generalmente, su tratamiento compete al - dominio del oncólogo; todo dermatólogo está obligado, no sólo a - diagnosticarlo, sino que deberá conocer su evolución y las diver sas modalidades de tratamiento .

La Clínica de Tumores, recientemente creada en el Centro Dermatológico Pascua tiene, entre sus objetivos, el seguimiento formal de la evolución y tratamiento de los pacientes a su cargo .

Bajo la dirección de las Dras. Rosa María Gutiérrez y Dino ra Bueno, integrantes de dicha Clínica, el presente trabajo preten de mostrar un panorama sobre el epiteloma espinocelular, su incidencia en nuestro Centro, el tratamiento y evolución que tuvie ron los pacientes .

Dra. Vicenta Moreno Chávez .

OBJETIVOS

- 1.- Realizar una monografía actualizada sobre el epitelio ma espinocelular .
- 2.- Conocer la incidencia de esta variedad de cáncer cutáneo en nuestro Centro, sus aspectos clínicos y epidemiológicos .
- 3.- Establecer la correlación clínico-patológica del epitelio ma espinocelular y señalar aquellos padecimientos con los cuales se le confunde más frecuentemente .
- 4.- Establecer el seguimiento sistemático de los pacientes en lo referente a su tratamiento, tanto en el C.D.P. como en otras instituciones .

DEFINICION

El epiteloma espinocelular es una neoplasia cutánea maligna que aparece en parte de las células de la epidermis o de sus anexos, donde las células que lo conforman muestran diversos grados de maduración hacia la formación de queratina. Crece rápidamente y es capaz de dar metástasis a ganglios regionales y a otros órganos internos . (8, 18)

Dentro de los tumores de la piel su grado de malignidad se encuentra intermedio entre el epiteloma basocelular y el melanoma maligno . (73)

SINONIMIA

Se le conoce bajo las siguientes denominaciones : carcinoma epidermoide, epiteloma espinocelular, carcinoma de células escamosas, carcinoma de células espinosas, carcinoma espinocelular, espolioma, cáncer de Bowen, epiteloma cornificado y epiteloma pavimentado atípico . (8)

Los oncólogos prefieren designarlo como carcinoma epidermoide; en el ámbito de la Dermatología se prefiere denominarle epiteloma espinocelular, evitando así la connotación que emocionalmente representa para el paciente el término carcinoma .

ASPECTOS HISTORICOS

En el siglo I, Celsus, un médico romano observó un cáncer desarrollado sobre una cicatriz . (8)

En 1775 Sir Percival Pott publica un artículo sobre el cáncer del escroto desarrollado en los deshollinadores de chimeneas .

En 1809 Lembre expresó la creencia de que el arsénico en el agua potable podría ser causa de enfermedad maligna .

En 1822 Paris declaró que los vapores arsenicales de la fundición del cobre causaban, en ocasiones, cáncer del escroto . (8)

En 1828 el cirujano parisino, Jean Nicolas Marjolin hizo la primera descripción de un tumor que se desarrollaba sobre una cicatriz de quemadura, por lo cual actualmente se le conoce como " Ulcera de Marjolin " . (18, 16)

En 1833 Caesar Hawkins, cirujano inglés, expuso a la Sociedad Médica Quirúrgica de Londres sus observaciones al respecto tumores verrugosos que se desarrollaban en cicatrices .

En 1875 Volkmann reportó cáncer escrotal en trabajadores de la parafina .

En 1876 Bell añadió el alquitrán de hulla y el aceite de esquis a la lista de carcinogénicos de la piel .

En 1887 Sir Jonathan Hutchinson describió cinco pacientes -

con queratosis arsenicales y cánceres. Sugirió que las lesiones se debían al arsénico medicinal . (28)

En 1900 E. Neve describió el cáncer kangri debido a quemaduras por el uso del kangri, una cestilla de barro que portaban bajo sus ropas los orientales para generar calor .

En 1902 A. Frieben describe el carcinoma de células espinosas inducido por radiación Roentgen, poco después del descubrimiento de los rayos X .

En 1912 John T. Bowen publica su artículo : " Dermatitis precancerosas " : Un estudio de dos casos con proliferación epitelial atípica crónica, que más tarde, en 1920, Darier llamaría : - " Enfermedad de Bowen " . (12)

En 1924 Finday produjo los primeros tumores malignos experimentales con radiación ultravioleta . (28)

EPIDEMIOLOGIA

El cáncer de la piel es uno de los más frecuentes, afecta al 23% de los hombres y al 13% de las mujeres, tomando en cuenta todo tipo de cánceres en la especie humana . (2)

El epiteloma espinocelular sigue en frecuencia al epiteloma basocelular. Albright, quien ha tratado mas de cinco mil pacientes con tumores cutáneos, comunica una frecuencia del 20 al 30% (4) . Aceves Ortega en un estudio de 454 casos encuentra una incidencia del 20.04% en relación con el 74.23% correspondiente al epiteloma basocelular y el 5.33% para el melanoma maligno . (1) En países como Australia se comunica una frecuencia hasta del 50% . (8)

En el Servicio de Dermatología del Hospital General de México, S.S.A., en un estudio de 1869 casos con cáncer cutáneo, se observó una frecuencia del 15% (73); prácticamente similar a la comunicada por Immerman que estudió 1833 pacientes y reporta una frecuencia del 16% . (41)

Afecta principalmente a personas de piel blanca que viven en lugares expuestos a grandes cantidades de luz, o bien, que por su ocupación se han expuesto en forma constante y prolonga a la luz solar. Aunque tradicionalmente se ha dicho que la raza negra

está menos afectada, pues la mayor cantidad de pigmento melánico la protege, en una comunicación reciente de Mora y Perniciario encuentran 163 negros afectados, en un estudio realizado en New - Orleans, de 1948 a 1969 . (57)

La ocupación juega un papel determinante en la presentación de esta neoplasia, la cual afecta principalmente a agricultores, - marineros, comerciantes ambulantes, en fin, a todos aquellos cuyo oficio conlleve una exposición prolongada al sol. En el estudio de Aceves Ortega encontró que el 49.20% de los hombres afectados eran campesinos (1) . Es significativo que en la mujer el uso de lápiz labial reduce la incidencia de presentación en labios .

En cuanto al sexo, afecta principalmente al sexo masculino en relación 2 : 1 como consecuencia de su actividad laboral . (8 , 70)

Se presenta generalmente después de los 60 años, siendo - más tardío en su aparición que el epiteloma basocelular. Zubiri en su estudio estadístico sobre cánceres cutáneos en países europeos estudió 4811 casos, la edad de presentación más frecuente - fue entre los 60 y 79 años. La tasa por 100,000 habitantes va aumentando hasta los 84 años. (86)

Su frecuencia en niños es más bien rara, Harvey comunicó un caso de un adolescente de 14 años y hace alusión a dos casos -

más en la literatura (38) . Mora y Perniciario en el estudio ya citado, encuentran una niña de 11 años que había sufrido quemaduras por gas a los 4 años de edad y sobre cuyas cicatrices se instaló un epiteloma espinocelular . (57)

En México, Salas Martínez analiza 2,400 neoplasias malignas en niños, en un lapso de 26 años, en el Hospital Infantil de México, encontrando 1251 casos de neoplasias del sistema hemolinfopoyético y sólo un caso de afección cutánea, un epiteloma espinocelular en un niño con xeroderma pigmentoso, 0.04% . (72)

TOPOGRAFIA

Nuevamente se hace sentir la influencia de las radiaciones ultravioleta. Zubiri comunica que del 74 al 81% del total de los cánceres cutáneos se presentan en cabeza y cuello . (86)

Peniche al estudiar 280 epitelomas espinocelulares observa en cara el 48% de las lesiones, en las extremidades el 37%; en el tronco, el 8.9%; la piel cabelluda se afecta en el 5.4% de los casos. Los sitios de mayor incidencia son : labio inferior, mejillas, pabellones auriculares y dorso de manos . (73)

En países africanos contrasta la distribución topográfica - pues los principales factores predisponentes son las úlceras tropi

cales, las quemaduras antiguas y cicatrices. Se afectan : (8)

cabeza y cuello	7 %
extrem. superiores	3 %
tronco	11 %
extrem. inferiores	79 %

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Habitualmente el epiteloma espinocelular de la piel tiene - una causa o factor asociado. Se desconoce, sin embargo, el mecanismo de la carcinogénesis. Se han postulado diversas teorías, sólo se mencionarán las más importantes .

Teorías sobre la carcinogénesis .

- 1.- Células embrionarias latentes : En 1877 Cohnheim planteó - que el cáncer se origina de células embrionarias que no siguen un patrón de diferenciación normal. Esta hipótesis se apoya en que, algunas neoformaciones, como los nevos, pueden malignizarse. Otro argumento es la presencia de antígenos embrionarios en algunas neoplasias .
- 2.- Mutación somática : En 1929 Karl Heinz Brauer describió - que el cáncer es consecuencia en los seres vivos, de facto-

res externos que causan mutaciones en las células somáticas. En células tratadas con virus oncógenos se ha observado la incorporación de material genético viral, lo que conduce a cam
bios fenotípicos similares a los originados por agentes cance
rígenos químicos o por radiaciones ionizantes .

- 3.- Pérdida de la identidad inmunológica : Las sustancias cance
rígenas reaccionan con las proteínas celulares y cambian su identidad inmunológica deprimiéndola (Green, 1954) .
- 4.- Mutación latente compensada : En 1978 Kinsella y Radman - propusieron que el mecanismo de carcinogénesis se inicia a partir de mutaciones que permanecen silenciosas, debido a la presencia del D.N.A. intacto en el cromosoma homólogo. Si se lleva a cabo una recombinación se presenta entonces - la oportunidad para la pérdida del gen normal permitiendo - la expresión de la mutación carcinógena .

Relaciones entre la carcinogénesis y la exposición celular a desencadenantes químicos, físicos y virales .

- a).- Carcinogénesis química : En 1775 Percival Pott observó en Inglaterra que las personas que él trataba de cáncer de escroto habían trabajado de niños como deshollinadores de chimeneas .

En 1875 Volkmann observó que los trabajadores que manejan alquitrán de hulla presentaban cáncer en manos y brazos. Fue en 1955 cuando Kennaway aisló el 3-4-benzopireno del alquitrán de hulla y demostró que era de sustancia cancerígena activa.

Se conocen decenas de sustancias químicas capaces de producir cáncer, hidrocarburos políciclicos, nitrosaminas, aminas aromáticas, colorantes azoicos y otras. Cada año la industria introduce mil nuevas sustancias, de las cuales, algunas resultarán cancerígenas.

- b).- Carcinogénesis física : Las radiaciones ionizantes producen ionización de las moléculas con las cuales reaccionan, un roetgen puede producir 1×10^{12} ionizaciones por cm^3 de material expuesto. Como el volumen medio de una célula es de $5 \times 10^{-10} \text{ cm}^3$, un roetgen produce alrededor de 20 ionizaciones por célula. Las radiaciones ionizantes producen además un ataque macromolecular indirecto por medio de la formación de radicales que reaccionan entre sí y con otras moléculas.

En el hombre existe un tipo de cáncer producido por radiaciones ultravioleta en el cual ha sido posible demostrar la presencia de mutaciones en forma de dimerizaciones de la base

pirimídica timina. Esto ocurre en pacientes con xeroderma pigmentoso, los cuales por carecer de la enzima reparasa - del D.N.A. no pueden reparar las mutaciones y desarrollan cáncer; es necesario además, un defecto genético, o sea, in capacidad para producir la enzima reparasa . (34)

Recientemente Pinkston y cols. se dieron a la tarea de realizar un estudio del cáncer presentado en los sobrevivientes a la bomba atómica en las ciudades de Hiroshima y Nagasaki, de 1957 a 1976. Se identificaron 232 casos, de los cuales - se confirmaron por estudio histopatológico 154 casos (66.4%) De ellos, 141, fueron epitelomas espinocelulares (91.6%) con diversas localizaciones . (66)

- c).- Carcinogénesis viral : Se conocen decenas de virus capaces de producir transformación maligna in vitro, así como neoplasias malignas en animales de experimentación. Son virus D.N.A. y R.N.A. La transformación se realiza mediante - la incorporación del D.N.A. viral en el genóma de la célula huésped. En el caso de virus R.N.A. se requiere la enzima transcriptasa inversa para que se realice la síntesis del - D.N.A. (34)

Actualmente se ha podido cultivar una línea celular del epiteloma que nos ocupa, así los investigadores japoneses Kondo y

Aso dan a conocer que ha sido establecida in vitro una línea celular del epiteloma espinocelular humano (HSC-1) y se ha mantenido su cultivo durante 2 años. Así como otra línea celular HSC-1b estableciendo in vitro la recurrencia del mismo cáncer. Se han transplantado a ratones y la HSC-1b mostró hipotetraploidia cromosomal, lo cual se confirmó derivaba del tumor original de la piel. - Los autores ponen a disposición de otros investigadores esta línea celular . (46)

La solución al problema del cáncer depende de los progresos futuros de la biología molecular y la genética en el conocimiento de los mecanismos reguladores de la diferenciación celular y del control genético de células diferenciadas . (34)

DERMATOSIS PRECURSORAS DEL EPITELIOMA ESPINOCELULAR

Son lesiones cutáneas que pueden verse con relativa frecuencia en la práctica clínica diaria. Por definición son lesiones premalignas, entendiendo el término " premaligno " dentro de un contexto estadístico, pues un buen número de pacientes con estas lesiones, si no son tratados oportunamente, pueden desarrollar neoplasias, en particular, el epiteloma espinocelular . (4)

El término " pre cáncer " fue introducido por Dubreuil en 1896 en el III Congreso Internacional de Dermatología en Londres. (24)

Anteriormente se consideraba a la Enfermedad de Bowen como una dermatosis precancerosa, pues así fue dada a conocer por su autor en su publicación original ; (12) ahora sabemos que es un carcinoma in situ, lo mismo es válido para la Eritroplasia de Queyrat. Hay controversia entre los distintos autores si también debe considerarse dentro de estos marcos al condiloma acuminado-gigante de Buscke y Loewenstein, pues prácticamente desde su inicio es un carcinoma in situ . (7, 44, 47)

Son numerosas las lesiones precursoras del epiteloma espinocelular, por lo que para fines prácticos se clasifican como sigue:

CLASIFICACION DE LAS DERMATOSIS PRECURSORAS
DEL EPITELIOMA ESPINOCELULAR .

- I .- Por agentes físicos : (luz solar, radiaciones ionizantes)
- a).- Queratosis actínicas .
 - b).- Cuerno cutáneo .
 - c).- Radiodermatitis crónica .
 - d).- Poroqueratosis de Mibelli .
 - e).- Poroqueratosis actínica superficial diseminada .
 - f).- Queilitis abrasiva .
- II .- Por agentes químicos :
- a).- Queratosis por hidrocarburos .
 - b).- Queratosis por arsenicales .
- III.- Úlceras crónicas y cicatrices :
- a).- Úlcera de Marjolin .
 - b).- Lupus vulgar .
 - c).- Úlceras y fístulas por osteomielitis .
 - d).- Lupus discoide .
- IV.- Genodermatosis :
- a).- Xeroderma pigmentoso .
 - b).- Poiquilodermia congénita de Rothmund Thomson .
 - c).- Epidermodisplasia verruciforme de Lewandosky y Lutz.

d).- Epidermolisis bulosa distrófica .

V .- Estados de Inmunosupresión .

VI.- Miscelánea :

a).- Anemia de Fanconi .

b).- Leucoplaquia .

c).- Papilomatosis oral florida .

d).- Liquen escleroso y atrófico .

I.- Por agentes físicos :

a).- Queratosis actínicas : por lo general se presentan en forma múltiple en personas blancas, aparecen en cara y dorso de manos principalmente, e inician como placas de algunos milímetros, levemente eritematosas y con escama fina adherente en su superficie, pueden mostrar infiltración. No hay -afección del folículo piloso ni del conducto sudoral ecrino, por lo que alternan áreas afectadas con áreas sanas. Para Graham, sólo el 12% se malignizan a epiteloma espinocelular; (36) en tanto que Lever considera que hasta un 20% - pueden malignizarse (48) . Sin embargo su comportamiento no es agresivo y generalmente no dan metástasis .

b).- Cuerno cutáneo : Es una neoformación saliente, blanco amarillenta, curva o recta, simula un cuerno de un animal en -

miniatura, se localiza en cara en áreas expuestas, así como dorso de manos. Puede haber un epiteloma espinocelular en su base. Siempre que se extirpe debe ser sometido a estudio histopatológico.

- c).- Radiodermatitis crónica : El epiteloma espinocelular puede aparecer muchos años después de múltiples exposiciones a radiaciones. Las manifestaciones clínicas de radiodermatitis son atrofia, telangiectasias, hiperpigmentación y cicatrices. Ya se ha documentado el epiteloma espinocelular en sobrevivientes a la bomba atómica en el Japón (63) . Su incidencia de metástasis es mayor que en las queratosis actínicas .
- d).- Poroqueratosis de Mibelli y poroqueratosis actínica superficial diseminada : Las primeras comunicaciones sobre la transformación maligna de algunas lesiones de poroqueratosis de Mibelli ya son bien conocidas. Manfredi y cols. consideran que esta complicación se presenta en el 7% de los casos y sugieren la vigilancia de esta entidad (52) . Recientemente Shrum y Cooper comunican un caso de una mujer de 59 años con poroqueratosis actínica superficial diseminada de 14 años de evolución, que en los dos últimos desarrolló epitelomas espinocelulares en una gran placa de lesiones. Se ha sugerido que la poroqueratosis es una enfermedad --

clonal de la epidermis, y en los casos de poroqueratosis ac-
tínica superficial diseminada hay una tendencia a desarrollar
lesiones por un mecanismo autosómico dominante donde la -
luz ultravioleta es el disparador de las fallas en el proceso
de queratinización . (76)

- e).- Queilitis abrasivas : Debidas al daño solar que en tegumento
dan lugar a piel involutiva, elastosis, atrofia; más frecuentes
en el labio inferior por estar más expuesto a la insolación.
Se inicia con atrofia de la semimucosa que pierde su color
rojo, y se vuelve rosa. Después se forma una escamocostra
adherente que al despegarla sangra un poco. Toda lesión labial
debe biopsiarse .

II.- Por agentes químicos :

- a).- Queratosis por hidrocarburos : Ya fue comentado el papel -
de los agentes químicos, particularmente el alquitrán de hu-
lla; debido a que éste se ha aplicado tópicamente en el trata-
miento de los pacientes con psoriasis, algunos autores reco-
nocen el papel cancerígeno del hidrocarburo en aquellos ca-
sos en que se observa la asociación con epitelomas espino-
celulares. Otros, particularmente, Pittelkow considera es-
ta asociación meramente coincidental pues en un estudio rea

lizado en pacientes con psoriasis tratados con alquitrán de hulla y seguidos en su evolución durante 25 años, la incidencia de tumores no es mayor a la de la población en general .
(9, 34, 64)

- b).- Queratosis por arsenicales : El primer caso de carcinomas producidos por arsénico fue descrito por Hutchinson en 1887 en un paciente con psoriasis. En el siglo pasado y principios del actual, el arsénico se utilizó en la terapéutica médica en múltiples modalidades y para gran variedad de padecimientos, actualmente, además del arsenicismo de origen ocupacional, el arsenicismo crónico tiene carácter endémico y se origina por la ingesta continua de agua con arsénico en forma inorgánica, o bien sus sales, en una proporción mayor que lo normal .

Las manifestaciones clínicas se presentan después de 3 a 18 años de haberse iniciado la intoxicación y sólo en ciertas personas predispuestas. Son las siguientes :

- Queratodermia palmo-plantar difusa o verrugosa en el 100% de los casos .
- Melanodermia en regiones cubiertas principalmente .
- Alopecia difusa con pelos finos, secos y quebradizos .

En México existen zonas endémicas de hidroarsenismo cró-

nico, principalmente en los estados de Michoacán y Guanajuato, - según estudios de la Dra. German C. quien encontró 18 casos en una pequeña localidad . (30)

La incidencia del epiteloma espinocelular sobre queratosis arsenicales es más alta que en queratosis actínicas y algunos de estos cánceres son metastásicos. Pueden ser signos de transformación maligna la persistente ulceración, erosión, fisuración, e induración de las lesiones. Se ha comunicado asociación con neoplasias internas . (15) .

III. - Úlceras crónicas y cicatrices :

El epiteloma espinocelular puede tener por asiento cualquier úlcera crónica: de decúbito, por estásis, por el frío, tróficas; sobre el particular Troy y Grossman comunican un caso de epiteloma espinocelular sobre una úlcera neurotrófica de un paciente de lepra. (80) .

Las cicatrices también son asiento de la neoplasia en estudio, incluyendo las cicatrices secundarias a la aplicación de vacunas como la de la varicela (Hendricks, 1980) y la B.C.G. (Panzoni, 1980) . (16)

Quando el epiteloma espinocelular se encuentra sobre una cicatriz de quemadura, se denomina : " Úlcera de Marjolin " , el

tiempo promedio en el que ocurre la malignización es de 3 años, (16) pero se han comunicado en los primeros años . (38, 57)

Las cicatrices del lupus vulgar también pueden desarrollar epitelomas espinocelulares, se considera que la complicación va del 2 al 4% (Grupper y cols.) . El tiempo promedio entre la fecha de presentación de la dermatosis y el desarrollo del cáncer es de 35 años. La radioterapia se ha señalado como el factor inductor más común del cáncer cutáneo, pues muchos de estos pacientes - fueron tratados con esa terapéutica . (15, 43)

Igualmente se han descrito casos de úlceras y fístulas secundarias a osteiomielitis; para fines prácticos diremos que toda úlcera y cicatriz crónicas pueden ser asiento de este tipo de cáncer cutáneo .

IV.- Genodermatosis :

- a).- Xeroderma pigmentoso : Hemos señalado que por carecer de la enzima endonucleasa, reparadora del D.N.A. , estos pacientes no pueden reparar las mutaciones ocasionadas por la luz ultravioleta y desarrollan cáncer. Este se presenta en la tercera etapa de la enfermedad, es decir, en la fase tumoral, sobre las manchas hipercrónicas o sobre queratosis actínicas . Los espinocelulares aparecen en etapas tem - -

pranas y pueden recidivar en un 50% . (61)

b).- Poiquilodermia congénita de Rhotmund Thomson :

Magnin y cols. comunican un caso de un paciente portador - de esta dermatosis que fue seguido durante 33 años desarro- llando finalmente un epiteloma espinocelular. Los autores revisan la literatura y encuentran varios casos con esta com- plicación . (50)

c).- Epiermolisis bulosa distrófica : Esta entidad se puede compli-

car en pacientes que sobreviven las dos primeras décadas - de la vida. Generalmente se presentan sobre las cicatrices, secuelas propias de la enfermedad; Allen Schwartz comunica un caso de un paciente de 59 años en quien, sobre cicatrices atróficas, desarrolló múltiples espinocelulares. Casos simi- lares ya han sido comunicados en la literatura . (6)

d).- Epidermodisplasia verruciforme de Lewandosky y Lutz :

Es una genodermatosis caracterizada por lesiones verrugo- sas inducidas por virus. Es un modelo único de oncogenia virósica en el hombre. Según Jablonska y cols. su transfor- mación maligna se estima en un 20 a 25% de los casos. (42)
Generalmente las lesiones afectan áreas expuestas, pero pue- den presentarse en áreas cubiertas .

Otras genodermatosis también han sido involucradas por su

complicación con el epiteloma espinocelular, tal es el caso de la ictiosis. En una revisión de la literatura hecha por Senter encuentra 17 casos de formas atípicas de ictiosis que se asociaron a epiteloma espinocelular y por ello, sugiere que debe vigilarse y biopsiarse cualquier sospechosa en estos pacientes . (75)

V.- Estados de Inmunosupresion :

Recientemente se ha comunicado la asociación de estados de inmunosupresión secundarios generalmente al uso de esteroides - sistémicos a grandes dosis, así como de antimetabolitos e inmunesupresores, como la azatioprina, ciclofosfámda, etc. Heenan y cols. comunican el caso de un paciente con criptococosis sistémica que presentó súbitamente 14 epitelomas espinocelulares en cara mientras recibía prednisona y azatioprina. Sugieren los autores que cuando se encuentren múltiples espinocelulares debe pensarse en un estado de inmunosupresión subyacente. (39) Similar es el caso comunicado por Yousef, en una mujer de 45 años tratada con prednisona y ciclofosfámda, quien desarrolló un epiteloma espinocelular de rápido crecimiento en una área de lesiones activas de pénfigo. En estos casos su comportamiento biológico es más agresivo y puede dar metástasis . (85)

VI.- Miscelanea :

- a).- Anemia de Fanconi : Es uno de los síndromes de inestabilidad cromosómica que puede predisponer al desarrollo de cáncer. Las mucosas oral y genital son los sitios de mayor predilección para el desarrollo de los epitelomas .
- Kennedy y cols. revisan la literatura y encuentran desde 1966 a 1982, 13 casos con esta asociación. Afecta a mujeres jóvenes en un 79%; los sitios de predilección son las mucosas y/o uniones mucocutáneas; en el 43% de los casos había múltiples cáncinomas .
- La predisposición, se presume, se debe a la inestabilidad de sus células somáticas. Los linfocitos y los fibroblastos muestran una deficiencia en la actividad de la enzima ligasa del D.N.A. (45)
- b).- Leucoplaquia : El término leucoplaquia se usa para designar clínicamente una placa blanquesina en la mucosa oral, que no puede removerse al rasparse, ni ser clasificada clínicamente o microscópicamente como otra entidad. Se desconoce la causa de su presentación. Se le considera como una lesión precancerosa, sin embargo no se ha establecido con claridad su grado de transformación maligna .

Para Silverman, quien estudió 4762 pacientes en la India, en 1976, encontró una transformación maligna en el 0.13% de los casos. Banoczy en Hungría estudió 670 pacientes y establece su grado de malignización del 6%. En un estudio reciente, el mismo Silverman, en 257 pacientes con leucoplaquia oral, les sigue en su evolución durante 8 años; 45 - de los pacientes, es decir, el 17.5% desarrollaron epitelomas espinocelulares en un promedio de 8 años .

Los pacientes con eritroleucoplaquia tienen 4 veces más riesgos, que los pacientes con leucoplaquia homogénea . (77)

El epitelioma espinocelular también se puede presentar en el líquen plano, en el líquen escleroso y atrófico; (83) en la hidradenitis supurativa perianal; (68) en donde su carácter puede ser - invasor . (22)

También se ha asociado con quistes epidérmicos (54) ; con verrugas vulgares (25) y hasta con vitiligo (59). En muchos de estos padecimientos su presencia puede ser meramente coincidental .

CUADRO CLINICO :

El epiteloma espinocelular habitualmente no aparece sobre piel sana; cuando lo hace, se le considera un epiteloma espinocelular " de novo " y su comportamiento puede ser más agresivo. Generalmente hay signo de daño actínico, queratosis, telangiectasias, o bien, sobre una dermatosis precursora de las ya citadas, siendo la principal, la queratosis actínica .

Para Rook la principal evidencia clínica de malignidad es la induración, la lesión se siente firme a la palpación, los límites son imprecisos y generalmente se extienden por debajo de los márgenes visibles de la lesión . Sobre estructuras mucosas o semimucosas como labios y genitales, el signo inicial puede ser una fisuración, pequeña erosión, o úlcera de difícil curación que sangra fácilmente . (70)

Para Degos la existencia de una base lobular, infiltrada y friable orientan clínicamente a pensar en el epiteloma espinocelular, igualmente el cambio rápido de placas previamente queratósicas que adquieren un aspecto mamelonado . (26)

VARIEDADES CLINICAS :

En nuestro medio, Aceves Ortega clasifica al epiteloma en tres variedades clínicas :

- a).- Superficial .
- b).- Ulcerosa .
- c).- Tumoral vegetante . (1)

Peniche agrega una cuarta variedad, la nodular queratósica. (73) Básicamente es la misma clasificación clínica que sustenta la Escuela Francesa, sólo que el Prof. Degos distingue dentro de la variedad vegetante dos aspectos : la forma vegetante condiloma tosa y aquella que semeja un nódulo rojo, o rosa, del tamaño de una cereza simulando un epiteloma basocelular nodular . (26)

- a).- Superficial : (intraepidérmico)

Esta variedad permanece confinado a la epidermis durante largos periodos de tiempo, meses y/o años, constituyen el carcinoma intradérmico " in situ " como la Enfermedad de Bowen, la Eritroplasia de Queyrat, el epiteloma intradérmico de Jadassohn y para algunos autores, el condiloma acuminado gigante de Buscke y Loewenstein. Respetan por tanto la basal. Con el tiempo son capaces de transformarse en invasores y dar metástasis .

b).- Nodular queratósico :

Al principio simula una queratosis, al crecer la lesión muestra una base infiltrada y su superficie muestra grados variables de queratosis, que pueden manifestarse como cuerno cutáneo. También puede mostrar una ulceración central con un cráter queratósico simulando el aspecto clínico del queratocantoma .

c).- Ulceroso :

Es la variedad más frecuente; se observa como una úlcera de superficie irregular que asienta sobre una base saliente, voluminosa, infiltrada, el fondo es irregular, mamelonado, friable con un borde realzado que constituye el límite de la masa tumoral, sobre la cual crece la ulceración infiltrando los tejidos subyacentes. Estas lesiones pueden crecer y destruir rápidamente los tejidos en profundidad .

d).- Vegetante :

Se observa sobre lesiones inflamatorias crónicas, la lesión es saliente, de superficie irregular, constituyendo una masa vegetante que puede alcanzar grandes dimensiones .

El epiteloma espinocelular en mucosas o semimucosas es interesante por su gravedad y frecuencia. " Todos los cánceres de mucosas son espinocelulares ? , enfatiza Degos. (26) La localización más frecuente es la mucosa bucal y de ésta, el labio inferior

después, la lengua. También se afectan las regiones genitales - femenina y masculina, así como la mucosa anal. En estas localizaciones el epiteloma espinocelular se comporta agresivamente invadiendo estructuras profundas y dando metástasis con más frecuencia; para algunos autores ésto es independiente de su grado de diferenciación . (41)

Otras formas excepcionales de epiteloma espinocelular son :

- e).- Carcinoma epidermoide " de novo " (J.H. Graham y Helwing, 1963) :
- Forma primitiva de aspecto más inflamatorio que neoplásico, puede indurarse, ulcerarse y rápidamente ser invasivo. Histológicamente muestra anaplasia .

f).- Epiteloma Cuniculatum : (Airds y cols., 1954)

Es una variedad de epiteloma espinocelular del pie: el término " cuniculatum " se refiere al aspecto de " madriguera de conejo " sugerido por las múltiples sinuosidades criptas y tractos - que se encuentran en ese tumor. Esta variedad tumoral produce abundante queratina. No es invasivo y cura con escisión quirúrgica . (14)

g).- La forma múltiple caracterizada por la existencia simultánea o sucesiva de espinocelulares de diversos tipos clínicos asociados a epitelomas basocelulares. Son secundarios a degeneración de queratosis actínicas en pacientes con xeroderma pigmento

so, epidermodisplasia verruciforme y arsenicismo crónico. Corresponde a la epitelomatosis múltiple, como es conocida en la Escuela Mexicana de Dermatología .

Carcinoma verrugoso del pene :

Se caracteriza por su extensión hacia la superficie cutánea, superficial, verrugosa o papilomatosa, mínima ulceración en los vértices de las excrecencias, crecimiento lento, conservando por largo tiempo la basal Escasa capacidad de metástasis. (31)

Debe distinguirse de las formas vegetantes ulceradas en don de el epiteloma espinocelular con localización en genitales, tiene un comportamiento sumamente agresivo .

METASTASIS .

Aunque el grado de metástasis que tiene el epiteloma espinocelular no se ha establecido perfectamente, pues de acuerdo a diversos autores va del 0.1 al 50%; se le debe considerar como un tumor maligno con alta incidencia de metástasis . (8)

En la figura no. 1 se muestran los linfáticos de la piel de la cara y extremidades superiores e inferiores, que deben ser siempre explorados .

La incidencia de metástasis comunicada por los servicios de

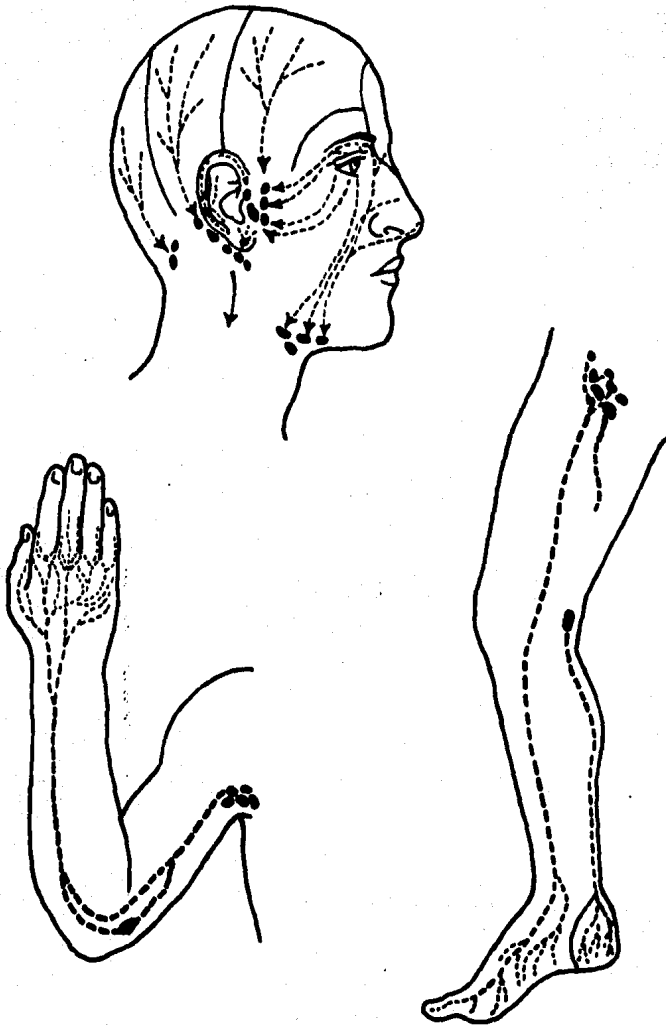


FIGURA No. 1

LINFATICOS DE LA PIEL DE LA CARA Y
EXTREMIDADES SUPERIOR E INFERIOR .

Dermatología es baja si se compara con la emitida por los oncólogos de los centros hospitalarios para el manejo del cáncer, pues éstos tratan todo tipo de tumores y en particular los más amplios.

Es bien conocido que el epiteloma espinocelular que se desarrolla sobre queratosis actínicas prácticamente no da metástasis, no así los que se desarrollan sobre mucosas o semimucosas, los cuales son altamente invasivos .

Carreras Ruiz estudió 48 pacientes con epiteloma espinocelular de la base de la lengua, en su mayoría indiferenciados, o moderadamente diferenciados, presentaron metástasis 34 pacientes, es decir, el 70,9% con una supervivencia promedio de 10 meses a partir del inicio del tratamiento . (17)

Mora y Perniciario estudiaron 163 pacientes negros con epiteloma espinocelular, registrados de 1948 a 1979 en el Tumor Registry of Charity Hospital , E.U.A. y encontraron que el 18,4% murieron por metástasis o por extensión tumoral. En su estudio excluyen aquellos con localización en vulva, vagina y labios . (57)

Chernosky, de la Universidad de Texas, comunica en 1978, una incidencia del 1,19% de metástasis en 588 epitelomas espinocelulares. Por su parte, Immerman en un estudio de 10 años de carcinomas de la piel, 1970-1980 Hospital Evanston, E.U.A. , encuentra 1833 tumores, de los cuales 266 correspondieron a epite-

liomas espinocelulares y de ellos 86 eran invasivos; hubo recurrencia local después del tratamiento en 19.8%, sin embargo, ninguno desarrolló metástasis a distancia. Estos datos contrastan con los proporcionados por los oncólogos Glass y Spratt, quienes describen un grupo de 35 pacientes con espinocelulares en miembros inferiores; aquellos que lo desarrollaron sobre una lesión benigna tuvieron una incidencia de metástasis de 15.4% a nódulos linfáticos regionales, en tanto que los que no tenían antecedente de lesión benigna previa, tuvieron hasta un 61% de metástasis . (41)

Moller y cols. después de estudiar 211 pacientes sugieren - que deben establecerse 3 grupos :

- 1.- Epitelioma espinocelular primariamente cutáneo que origina el 3 % de metástasis .
- 2.- Epitelioma espinocelular mucocutáneo que origina el 11% de metástasis .
- 3.- Epitelioma espinocelular secundario a procesos inflamatorios o degenerativos en 10 a 30% (55)

En el Servicio de Oncología del Hospital General de México, S.S.A. se ha encontrado una incidencia de metástasis del 10% - (81)

Ya desde 1959 Graham y Helwing establecieron que la Enfermedad de Bowen podía asociarse a neoplasias internas, comunicada

ciones actuales ratifican este hallazgo pues se han encontrado cánc
ceres pulmonares asociados a Enfermedad de Bowen particularmente
cuando hay múltiples placas y en lugares no expuestos. (35, 53,
71)

Las metástasis viscerales secundarias a epiteloma espinoe
lular estrictamente cutáneo son excepcionales, y de presentarse, -
son secundarias a localizaciones en mucosas como genitales .

CLASIFICACION INTERNACIONAL DEL EPITELIOMA ESPINO -
LAR DE ACUERDO AL SISTEMA T.N.M. (7)

- T .- Tumor primario .
- T is .- In situ. Bowen .
- T 1 .- Tumor de 2 cms o menos en su diámetro mayor, superficial .
- T 2 .- Tumor mayor de 2 cms, pero menor de 5 cms. en su diámetro mayor, o bien con infiltración mínima en dermis .
- T 3 .- Tumor mayor de 5 cms. en su diámetro mayor, o con infiltración profunda en la dermis .
- T 4 .- Tumor que infiltre otros tejidos (cartílago, hueso, etc) .
- N .- Nódulos linfáticos regionales .
- N 0 .- Nódulos clínicamente no palpables .
- N 1 .- Nódulos homolaterales móviles .
- N 2 .- Nódulos contralaterales o bilaterales .
- N 3 .- Nódulos fijos clínicamente palpables .
- M .- Metástasis .
- M 0 .- Sin evidencia de metástasis .
- M 1 .- Incluye ganglios linfáticos más allá del primer relevo, o nódulos satélites a más de 5 cms del tumor primario .

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL .

Son muy variadas las entidades con las cuales puede confundirse clínicamente el epiteloma espinocelular, en el caso de la Enfermedad de Bowen debe distinguirse de la psoriasis en placas, de la cromomycosis, tuberculosis verrugosa, etc. Las lesiones que se desarrollan sobre piel normal en un inicio pueden simular un epiteloma basocelular, o bien un epiteloma metatípico, duda que deberá ser resuelta mediante estudio histológico .

Aquellas lesiones que se presenten en labio inferior pueden simular un chancro. El epiteloma espinocelular de crecimiento rápido puede confundirse con el granuloma piógeno e incluso con melanoma amelánico .

Deberá también establecerse el diagnóstico diferencial con procesos crónicos vegetantes y ulcerados, piodermitis, granulomas de cuerpo extraño, micosis profundas, toxidermias vegetantes como las bromides . (26, 40)

Con la entidad que con más frecuencia se confunde es con el queratoacantoma, tumor benigno que crece a expensas del epitelio y que comparte un aspecto clínico muy semejante con el epiteloma en estudio, pero cuya evolución es más rápida y hacia la involución espontánea .

Existen diferencias clínicas e histológicas ya establecidas - que Rebolledo Martínez, en su tesis sobre Queratoacantoma, las enuncia y que a continuación se transcriben . (66)

Habrán casos en los que prácticamente sea imposible establecer diferencias clínicas e histológicas, aún cuando se hubiere tomado biopsia translesional de la lesión. Es conveniente proceder en tales casos, a su extirpación quirúrgica dando el margen conveniente .

DIFERENCIAS CLINICAS ENTRE EL QUERATOACANTOMA Y EL EPITELIOMA ESPINOCELULAR .

<u>FACTOR</u>	<u>QUERATOACANTOMA</u>	<u>E. ESPINOCELULAR</u>
Rango de crecimiento :	rápido (semanas)	relativamente lento (años) .
Tamaño :	grande	pequeño .
Edad promedio de inicio :	55 años	70 años .
Involución espontánea :	ocurre característicamente .	No ocurre .
Forma :	crateriforme .	Exofítico, endofítico, irregular .
Porción central del tumor:	tapón queratósico .	Ulcera necrótica con costra .
Bordes :	bien definidos .	Difusos .
Piel circundante ;	frecuentemente normal .	Puede mostrar cambios cancerígenos .
Afección a ganglios Linfá ticos :	ausente .	Si ocurre .
Progresión :	alcanza un tamaño máximo .	Progresiva indefinidamente .
Origen en mucosas :	raro .	común .

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL



Epitelioma espinocelular



Queratoacantoma

HISTOPATOLOGIA DEL EPITELIOMA ESPINOCELULAR .

La imagen histológica del epiteloma espinocelular es la de una proliferación irregular y anárquica de células malphigianas que presentan diversos grados de maduración y donde los puentes de unión son difíciles de identificar . (18)

El tumor se dispone en cordones mal limitados de células tipo espinoso que proliferan hacia la profundidad e invaden la dermis. Las células malphigianas pueden ser normales y/o atípicas; cuanto más maligno es el tumor, es mayor la cantidad de atipias celulares que se manifiestan por variaciones en el tamaño y formas celulares, hiperplasia e hiper cromasia de los núcleos, ausencia de puentes intercelulares, queratinización de células individuales y presencia de formas mitóticas atípicas . (48)

Broders en 1932 propuso un sistema de clasificación basado en la proporción de células bien diferenciadas e indiferenciadas :

Grado I.- Si más del 75% de las células están diferenciadas .

Grado II.- Si del 50 al 75% de las células están diferenciadas .

Grado III.- Si del 25 al 50% de las células están diferenciadas .

Grado IV.- Si del 0 al 25% de las células están diferenciadas, o bien si del 75 al 100% de las células están anaplásicas.

(56)

Algunos patólogos se basan en el grado de diferenciación estableciéndose como pobre, moderadamente y bien diferenciado. - Esta diferenciación ocurre hacia la queratinización, por lo que su graduación es importante para la clasificación .

La queratinización tiene lugar en forma de perlas córneas, - también llamadas globos córneos, que son estructuras compuestas por capas concéntricas de células tipo espinoso que presentan incremento gradual de la queratinización hacia el centro. Dentro de los globos córneos los gránulos de queratohialina pueden ser escasos o estar ausentes. Para algunos autores, refiere Montgomery, la formación de perlas córneas es pre requisito para el diagnóstico - de epiteloma espinocelular . (56)

Para una clasificación correcta, además del número de células en diferenciación, debe tomarse en cuenta el grado de atipia celular y la profundidad de invasión, la cual deberá observarse en los diversos campos del corte .

En el grado I las masas tumorales no penetran más allá del - nivel de las glándulas sudoríparas. Las células de las masas tumorales tienen puentes intercelulares bien desarrollados diferenciándose hacia células córneas ; hay buena cantidad de globos córneos, algunos bien desarrollados con centros completamente queratinizados otros muestran queratinización parcial. La reacción inflamatoria

es más intensa que en las formas más malignas del epiteloma espinocelular .

En el grado II las masas celulares invasoras están mal delimitadas del estroma circundante, la queratinización es menos evidente. Hay pocos globos córneos y numerosas atipias celulares .

En el grado III no se encuentran globos córneos, se produce queratinización en pequeños grupos celulares y presentan escasos puentes intercelulares. Hay queratinización de células individuales, dichas células son grandes, redondeadas, con un citoplasma muy eosinófilo y núcleo picnótico. Hay mitosis atípicas .

En el grado IV la queratinización falta por completo, casi todas las células tumorales son atípicas y carecen de puentes intercelulares . (48)

Albores-Saavedra considera tres variedades del epiteloma espinocelular microscópicamente :

- 1.- Tipo fusiforme, donde la proliferación está constituida por células fusiformes. Es parecido a las neoplasias de estirpe mesenquimatosa o pseudosarcomatosa .
- 2.- Pseudoglandular o adenoide el cual se caracteriza por la semejanza con estructuras glandulares o tubulares causadas por acantolisis de la porción de los cordones. Hasta el momento se desconoce la patogénesis de este evento. Una de las teo -

- rías propuestas es que se produce por un defecto enzimático.
- 3.- Tipo verrugoso el cual se presenta en pene, vulva y se confunde clínicamente con el condiloma acuminado. Microscópicamente es un tumor papilar muy bien diferenciado hay escasas atípicas celulares, respeta durante años la membrana basal, por lo tanto es poco metástasico . (3)

En lo referente al epiteloma espinocelular in situ, debemos considerar a la enfermedad de Bowen cuya histopatología es característica :

La epidermis muestra acantosis, la capa córnea consta principalmente de células paraqueratóicas, muchas de ellas son muy atípicas con núcleos grandes e hiper cromáticos, (poi quilocarinosis) a menudo hay células epidérmicas multinucleadas que contienen grupos de núcleos. Un rasgo característico es la presencia de células que muestran queratinización individual, estas células disqueratóicas son grandes, redondeadas, tienen un citoplasma homogéneo y núcleo picnótico. En la epidermis pueden verse perlas córneas. La membrana basal siempre está respetada. La dermis superficial - siempre muestra una cantidad moderada de infiltrado inflamatorio crónico . (48)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL .

Debe establecerse con la verruga seborreica traumatizada, con el queratoacantoma, la hiperplasia pseudoepiteliomatosa. Algunos epitelomas basocelulares muestran metaplasia escamosa extensa y por esta razón pueden ser confundidos con el epiteloma espinocelular. El epiteloma espinocelular grado IV puede simular un sarcoma, principalmente un fibrosarcoma, tales casos ya han sido comunicados en la literatura (Underwood y cols. en 1951). Asimismo, puede establecerse el diagnóstico diferencial con el melanoma maligno amelanítico . (56)

Tanto en la verruga vulgar como en el epiteloma espinocelular hay disqueratosis de células individuales y proliferación descendente de la epidermis, pero en el espinocelular hay invasión real de la dermis y las masas tumorales invasoras contienen globos córneos .

En lo que se refiere a la hiperplasia pseudoepiteliomatosa, - ésta muestra invasión irregular de la dermis por masas y bandas celulares epidérmicas con formación de globos córneos y diversas formas mitóticas. Sin embargo, la dermis tiene un infiltrado inflamatorio, el cual es parte principal de la enfermedad responsable de los cambios epiteliomatosos. Este hallazgo no está presente en

el epiteloma espinocelular .

Un diagnóstico particularmente difícil lo representa el queratocantoma, puede ser imposible establecer la diferencia en ausencia de datos clínicos, tiempo de evolución y comportamiento biológico del mismo . (3, 18, 56) Incluso hay autores como Goldenersh que prefieren considerarle dentro de la variedad de los epitelomas espinocelulares bien diferenciados . (32)

El queratoacantoma completamente desarrollado muestra en el centro un cráter grande, de forma irregular, lleno de queratina, la epidermis se extiende como un " labio " sobre los bordes del cráter. El epitelio espinoso está bien diferenciado, muestra poco pleomorfismo o anaplasia; en tanto que el epiteloma espinocelular, cuando está bien diferenciado muestra más pleomorfismo y la producción de queratina es escasa o nula. La infiltración pseudocarcinomatosa del queratoacantoma se presenta en forma regular, en contraste con las extensiones irregulares de un verdadero carcinoma . (66)

Las mayores dificultades para la diferenciación del queratoacantoma con el epiteloma espinocelular se encuentra en lesiones muy recientes, ya que en el epiteloma espinocelular puede haber una invaginación llena de material córneo y en el queratoacantoma puede haber células de aspecto atípico .

DIFERENCIAS HISTOPATOLÓGICAS ENTRE QUERATOACANTOMA Y EPITELIOMA ESPINOCELULAR (66)

	QUERATOACANTOMA .	E. ESPINOCELULAR .
Estructura	Pseudoepiteliomatosa .	Carcinomatosa .
Epidermis que la cubre	Presente	A menudo ausente .
Límite dermoepidérmico	Generalmente neto .	Comunmente mal definido .
Exocitosis	Generalmente presente .	A menudo ausente .
Organización celular	Ordenada.	Desordenada .
Mitosis	Normales .	Anormales .
Relación núcleo-nucleolo	Generalmente normal .	Anormal .
Puentes intercelulares	Bien formados .	Puede haber acantolisis .
Tendencia hacia la		
Queratinización	Marcada .	Menos marcada .
Vacuolas	Frecuentemente comprimen al núcleo .	Ausentes .
Células disqueratóicas	Más frecuentes .	Menos frecuentes .

TRATAMIENTO .

El tratamiento preventivo del epitelioma espinocelular exige sean tratadas primeramente las dermatosis precursoras del mismo, como lo son las queratosis actínicas, cuerno cutáneo, úlceras crónicas y cicatrices, etc. La prevención de la Ulcera de Marjolin consiste en el tratamiento adecuado de las quemaduras tomando en cuenta que toda área cruenta que no haya cicatrizado en 3-4 semanas es candidato a injerto . (5)

La condición indispensable antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento es contar con una biopsia previa. La toma de la biopsia dependerá de factores como diagnóstico presuntivo, sitio, tamaño y forma de la lesión, procedimiento definitivo que se desee emplear en el tratamiento, así como efecto cosmético . (2, 4)

Se prefieren biopsias con bisturí profundas, que incluyan tejido celular subcutáneo. Deben evitarse las biopsias con sacaboco. Cuando se quiera descartar un queratoacantoma, la biopsia debe ser translesional, tomando ambos bordes de la lesión. En tumores muy grandes se toma biopsia paracentral en forma fusiforme, si la lesión fuere muy pequeña se puede realizar biopsia excisional . (10)

El cirujano debe tener siempre conocimiento del grado de di

ferenciación histológica, profundidad de invasión, etc., de acuerdo a ello planeará mejor el acto quirúrgico y no será tímido en el tratamiento del cáncer. De ahí la premisa de la biopsia previa .

Entre los procedimientos terapéuticos para el epiteloma es pino celular se cuentan :

- 1.- Cirugía .
- 2.- Curetaje con electrodesecación .
- 3.- Radioterapia .
- 4.- Quimioterapia .

Otras modalidades de tratamiento como :

- 5.- Criocirugía .
- 6.- Quimiocirugía de Mohs .
- 7.- Inmunoterapia .

Para la elección del método terapéutico es conveniente tomar en cuenta factores como :

- a).- El grado de diferenciación histológica, el grado aparente de invasión y la facilidad para definir los bordes .
- b).- Clínicamente debe valorarse : el tamaño del tumor, su localización, tiempo de evolución, edad y estado general del paciente; si el tumor es único o múltiple, así como el tratamiento previo, si se trata de un tumor recurrente .
- c).- Factores cosméticos .

d).- Situación económica del paciente .

e).- Capacidad y experiencia del cirujano .

Analizaremos brevemente cada uno de los procedimientos te
rapeúticos, sus indicaciones, ventajas y desventajas .

1.- CIRUGIA .

Es uno de los procedimientos terapéuticos más utilizados. -

Es el tratamiento de elección para los tumores recidivantes en nuestro medio .

Tiene varias modalidades :

- Excisión con cierre directo .
- Excisión con colgajo de rotación .
- Excisión con aplicación de injerto .

Se le considera un tratamiento de elección en :

- 1.- Areas anatómicas con adecuados tejidos móviles como mejillas, cuello, etc, donde se puede practicar cierre directo .
- 2.- Cuando se desea obtener buen efecto cosmético mediante el uso de injertos y colgajos .
- 3.- Permite la comprobación histológica del margen postoperatorio en las tres dimensiones cuando clínicamente no son detectables .
- 4.- Cuando se está ante un epiteloma espinocelular mal diferenciado, o cuando hay invasión a dermis profunda o más allá .
- 5.- En tumores recurrentes .
- 6.- En países como el nuestro, es de elección en tumores de localización genital .

Contraindicaciones :

- 1.- En pacientes con contraindicación médica para la cirugía :
mal estado general, edad muy avanzada, alergia a anestesia, terapia con anticoagulantes .
- 2.- En pacientes con múltiples carcinomas donde no se pueden dar los márgenes adecuados y planear la dirección de las líneas de expresión .
- 3.- En sitios anatómicos con escaso tejido móvil como nariz, frente, dorso de manos, dedos, donde el cirujano puede tener tendencia a minimizar los márgenes clínicos en la resección .

Se concede a la cirugía un índice de curación del 93.2 al 98%

(4) .

Tanto la cirugía como cualquier otro procedimiento terapéutico exigen un seguimiento de los pacientes de por lo menos 5 años para poder considerar " curado " a un paciente .

2.- CURETAJE CON ELECTRODESECCION .

Consiste en la extracción total del tumor con una cureta dérmica complementada con electrodesecación de la zona cruenta. - Pueden darse dos o tres niveles de curetaje. Es un método eficaz

en manos hábiles . (40, 73) No es recomendado por muchos cirujanos, quienes prefieren identificar los márgenes de la lesión . (7)

Indicaciones :

Cánceres con 13 mm o menos con bordes clínicos bien definidos en cualquier área del tegumento, en particular útil en donde hay poco tejido móvil, como pabellones auriculares, sien, etc .

Este procedimiento se puede realizar en consultorio .

Desventajas :

- 1.- En tumores grandes puede dañar estructuras subyacentes vitales como nervios, vasos, tendones, etc .
- 2.- La electrocirugía deja una herida que cicatriza por segunda intención entre 3 y 6 semanas . Hay riesgo de infección bacteriana agregada .

Contraindicaciones :

- 1.- Lesiones con infiltración profunda en dermis, o tejido celular subcutáneo; o con bordes clínicos poco definidos .
- 2.- Epiteliomas pobremente diferenciados .
- 3.- Cánceres recurrentes .
- 4.- Localizaciones como canto interno del ojo, ala nasal, labio superior, piel cabelluda y región preauricular . (4)

3.- RADIOTERAPIA .

Desde el descubrimiento de los rayos X por Wilhelm Conrad Roentgen, en el año de 1895, la radioterapia ha pasado por diversos estadios, desde la euforia empleandolos para todo, en especial en enfermedades de la piel, hasta la época actual en la cual ocupan un buen lugar en el arsenal médico . (62) Generalmente está en manos de radioterapeutas y radiólogos .

En algunos países se le ha desplazado haciendo uso de otros procedimientos como la quimioterapia .

Ocupa un lugar importante en el tratamiento del epiteloma - espinocelular cercano a ojos, nariz, oídos, labios, dorso de manos donde bien aplicada ofrece un resultado cosmético y terapéutico tan bueno o superior a métodos quirúrgicos . (33)

Su rango de curación va del 92.1 al 98 % .

Puede emplearse en pacientes topografía del tumor es inaccesible a la cirugía, o bien la edad avanzada y mal estado general la contraindican .

Contraindicaciones :

- 1.- No utilizarla en pequeños cánceres de tronco, brazos, manos y piernas .
- 2.- No en lesiones dañadas por el sol, o lesiones de radiodermatitis .

- 3.- No debe emplearse en pacientes menores de 50 años .
- 4.- Produce envejecimiento de la piel .
- 5.- No utilizarse en cánceres recurrentes tratados previamente con radioterapia .
- 6.- Tiene un potencial inherente de carcinogénesis post tratamiento .
- 7.- Empeora la cicatriz con el tiempo .
- 8.- La radionecrosis posterior con ulceración dolorosa y falla en la reepitelización puede ser evitada por dosis fraccionadas durante el curso de la radioterapia . (7)

Las dosis que se utilizan van de 5 000 a 6 000 rads que se aplican en 2-3 semanas. Actualmente hay tendencia a su uso no sólo externo, sino intralesional con radium, o bien con implantes de Iridio, que unido a quimioterapia puede o no ser seguido por cirugía. . Jean Papillon comunica diversos protocolos con base en la radioterapia para el tratamiento del tumor en estudio con localización en el canal anal con una curación del 75% de sus pacientes a cinco años . - (60)

4.- QUIMIOTERAPIA .

El objetivo del uso de medicamentos en el tratamiento del cán

cer es conseguir la destrucción selectiva de células tumorales . -
(19)

Se utiliza la quimioterapia en el tratamiento paliativo del carcinoma epidermíode avanzado de cabeza y cuello, después de la falla quirúrgica, radioterapia o ambas (20, 79). En el tratamiento del epiteloma espinocelular estrictamente cutáneo tiene una aplicación limitada .

Quimioterapia Tópica :

El 5 Fluoruracilo (5 FU) es una pirimidina modificada que compete con el metabolismo del uracilo y la timina, cuya actividad antitumoral radica en la inhibición del síntesis del D.N.A. e interfiere en la incorporación del uracilo al R.N.A. siendo selectivo - contra células tumorales . (44, 61)

Desde hace 20 años se dió a conocer la primera publicación sobre el uso tópico del 5 FU, este ha pasado la prueba del tiempo en el tratamiento de las queratosis actínicas, a pesar de ello, las queratosis actínicas pueden retornar y es necesario seguir su evolución después del tratamiento. La aplicación debe llevarse a cabo durante 4-6 semanas diariamente, empleando un pincel del # 4 cerdas blancas, duro y procurando frotar durante su aplicación. La reacción inflamatoria que presenta el paciente debe ser perfectamente aclarada por el médico con el objeto de que continúe con la

terapia . (44)

El 5 FU no debe ser empleado en el tratamiento del epitelio-
ma espinocelular. Su uso queda limitado para queratosis actínicas,
Enf. de Bowen y Eritroplasia de Queyrat; en esta última se sugiere
su uso a concentraciones del 1% con igual tiempo de duración. To-
dos estos pacientes deberán ser vigilados post tratamiento .

OTRAS MODALIDADES DE TRATAMIENTO .

5.- CRIOCIRUGIA .

Es también un método de tratamiento del cáncer de la piel . -
Al igual que otros procedimientos debe hacerse con cuidado y precisión científica y sólo por aquellas personas que tengan suficiente -
experiencia para determinar los límites y profundidad de la lesión
tumoral .

El nitrógeno líquido tiene la capacidad de crear temperaturas
muy bajas de congelación que destruyen la profundidad de la piel .

No es el método de elección para el tratamiento del epitelio-
ma espinocelular, a menos que sea muy pequeño o bien diferencia-
do .

Deben utilizarse temperaturas de - 25 a - 30 C que son late-
rales para todo tejido maligno; algunos investigadores recomiendan
hasta - 50 C para obtener una crionecrosis del tejido tumoral acep-
table .

Es un procedimiento de bajo riesgo y mínimo stress para el
paciente y puede utilizarse en aquellos pacientes con sensibilidad
alérgica a los anestésicos, con tratamiento anticoagulante, etc .

Entre sus desventajas está el que el período post operatorio
requiere 3-10 semanas de reepitelización y cicatriza por segunda

intención .

Está contraindicada en pacientes con crioglobulinemia y Enf. de Raynaud, así como enf. autoinmunes. Su índice de curación es del 94 al 97% . (4)

6.- QUIMIOCIROUGIA DE MOHS .

Está en gran auge como tratamiento del cáncer de la piel en países avanzados como los E E. U U. y algunos países de Europa y, aunque en México no se hace uso de este procedimiento, cabe - sin embargo mencionar algunos detalles sobre este método, cuya - eficacia se considera del 99% .

En 1930 Federico Mohs, cuando aún era estudiante de Medicina desarrolló una técnica para la fijación química de los tumores - cutáneos seguida por su excisión seriada usando control microscópico. En 1941 publicó su " Técnica de Quimiocirugía " .

La pasta de fijación se hace a base de cloruro de zinc con un fino granulado de estibina (un mineral que contiene trisulfito de antimonio) y un extracto de " sangre de raíz " (Sanguinaria canadensis) con lo que se obtiene una pasta negra para fijar los tejidos .

En la actualidad se ha introducido una técnica para tejidos - frescos .

Los pasos a seguir son :

- 1.- Ubicación de la masa tumoral .
- 2.- Aplicación de una fina capa de la pasta de cloruro de zinc - en forma oclusiva de 12 a 24 hrs .
- 3.- Excisión de la capa de tejido fijado con un cuidadoso mapeo, marcando con colores ya codificados los márgenes del tejido .
- 4.- Sección de la totalidad hasta el final de la epidermis .
- 5.- Examen microscópico de esas secciones y marcar cualquier tumor residual .
- 6.- Repetir el procedimiento hasta la total extirpación del tumor.
- 7.- Dejar que la herida cicatrice por segunda intención .

Aquellos epitelomas espinocelulares de naturaleza agresiva o en sitios anatómicos difíciles es mejor que sean tratados con este método. En carcinomas recurrentes se obtiene de un 93-94 % de curación (78) .

Puede utilizarse en cánceres con bordes clínicos poco definidos .

- En aquellos localizados a cara donde el riesgo de invasión profunda es grande por la naturaleza del tejido en esas áreas.
- Cuando se busque la conservación de la función de órganos como dedos, pene, vulva, evitando así las cirugías mutilantes

como la vulvectomía radical .

Desventajas :

- Sangrado durante la cirugía con la técnica de tejidos frescos .
- El que se dejen células neoplásicas en la profundidad. A pesar del excelente monitoreo histológico la recurrencia es del 1-3% . (4)

Esta técnica ya tiene amplia aceptación, se puede complementar con cirugía reconstructiva. Su futuro es promisorio .

7.- INMUNOTERAPIA .

El Interferón :

Recientemente los inmunólogos en su búsqueda por ofrecer un tratamiento al cáncer, han intentado el uso del Interferón. Claudine Blanchet comunica el tratamiento de múltiples epitelomas escocelulares en pacientes con Epidermodisplasia verruciforme que fueron tratados con interferón proveniente de leucocitos humanos, 10⁵ Unidades inyectadas cada lesión diariamente durante 3 semanas con desaparición de los tumores; manifiesta la autora, sin embargo que en lesiones grandes preradiadas e invasoras la respuesta es parcial . (11)

Retinoides :

En estudios epidemiológicos se ha encontrado que la vitamí -

na A está deficiente en pacientes con cánceres epiteliales sugiriendo un papel en la carcinogénesis. Estudios experimentales han mostrado que la vitamina A o el ácido retinoico previene e inhibe cánceres en ratas y ratones. En el hombre los retinoides se han asociado con la completa o parcial remisión de queratosis seniles y epitelomas basocelulares. Los retinoides pueden ser quimiopreventivos. (7)

PRONOSTICO .

En términos generales el pronóstico del epiteloma espinocelular es bueno, rara vez compromete la vida de los pacientes .

El pronóstico depende de factores tales como : dermatosis precursora, topografía, tiempo de evolución, grado de diferenciación histológica, presencia de metástasis. Los epitelomas espinocelulares que se originan sobre queratosis actínicas, cuerno cutáneo, son de buen pronóstico y basta su excisión local, lo cual también es válido para la Enf. de Bowen .

Los que se originan sobre cicatrices de radiodermatitis, úlceras en general son más agresivos y aquellos que asientan sobre mucosas o uniones mucocutáneas son altamente invasivos y pueden ocasionar metástasis, tal es el caso del epiteloma en vulva, geni

tales masculinos, lengua, etc .

El tiempo de evolución es importante, las lesiones que se de tectan tempranamente, aún en regiones críticas tienen mejor pronóstico que aquellas que se encuentran en estadíos más avanzados, con el consecuente tratamiento tardío .

NORMAS DE TRATAMIENTO DE ALGUNOS SERVICIOS ONCOLÓGICOS.

En los hospitales de Oncología el epiteloma espinocelular se atiende en los servicios de Cabeza, Cuello y Piel. A continuación

La clasificación de T. se hará de acuerdo al Sistema TNM, se exponen las normas de tratamiento que en ellos están establecidas.

El tratamiento de los tumores de cabeza y cuello se realizará de acuerdo a las normas que se establecen en el presente documento.

I. - Instituto Mexicano del Seguro Social.

Primeramente, para determinar el primer relevo ganglionar de cada región, el cuerpo se divide horizontalmente a nivel del ombligo. Cuando la lesión sea:

- 1.- Cabeza y cuello : ganglios cervicales bilaterales .
- 2.- Miembros superiores : ganglios epitrocleares y axilares unilaterales .
- 3.- Tronco, del ombligo hacia arriba : ganglios axilares bilaterales .
- 4.- Tronco, del ombligo hacia abajo : ganglios inguinales bilaterales .
- 5.- Miembros inferiores : ganglios inguinales y poplíteos unilaterales .

En caso de tumores múltiples simultáneos, el tumor de mayor dimensión es el que deberá ser clasificado, el número de tumor

res múltiples podrá ser identificado entre parentésis . Ej. (5) T 2

En caso de tumores de aparición sucesiva, estos deberán clasificarse separadamente .

La clasificación se llevará a cabo de acuerdo al Sistema TNM.

Tratamiento :

El tratamiento del carcinoma epidermoide de piel será primordialmente quirúrgico, con excisión amplia tridimensional, de la lesión. Se efectuará disección de la región linfoportadora correspondiente cuando existan adenopatías clínicamente sospechosas .

Se utilizará Radioterapia como tratamiento electivo :

a.- Cuando la lesión esté situada en un área donde el tratamiento quirúrgico sea complicado, o deje defecto cosmético importante o difícil de reparar .

b.- Cuando exista contraindicación médica para la cirugía .

c.- Cuando sean lesiones multicéntricas cuyo tratamiento quirúrgico sea complicado .

La dosis será de 6 000 rads utilizando terapia superficial o megavoltaje de acuerdo a las normas del servicio de Radioterapia.

Las lesiones originadas sobre cicatrices previas deberán ser manejadas preferentemente con cirugía .

Cuando las lesiones sean extensas y su resecabilidad dudosa, se utilizará radioterapia preoperatoria con el objeto de lograr su

reseccabilidad .

En los casos avanzados se podrá utilizar quimioterapia adyuvante, de acuerdo con el Servicio de Quimioterapia .

Cuando la pieza de linfadenectomía muestre metástasis a más de 3 ganglios, ruptura o infiltración capsular, se administrará radioterapia post operatoria y se valorará la aplicación de quimioterapia.

Se efectuará linfadenectomía regional y radioterapia post operatoria a los pacientes cuya lesión esté infectada y/o presenten cambios inflamatorios severos peritumorales, aún cuando no existan adenopatías sospechosas o metástasis ganglionares en el estudio histopatológico .

II. - Hospital General de México, S.S.A.

Pabellón 111 ONCOLOGIA .

El tratamiento del carcinoma epidermoide de la piel requiere su individualización en cada caso, tomando en cuenta su localización anatómica, tiempo de evolución, así como su diseminación .

Cirugía :

- a.- Cuando la lesión sea abordable quirúrgicamente y si es posible, no se comprometa la función de determinado órgano (en dorso de mano lesionaría tendones y comprometería la mecá

nica de la misma) .

- b.- Se practicará excisión local amplia con aplicación de injer-
 a.- La disección
 to libre o bien mediante colgajos de desplazamiento se proce-
 derá a cubrir la zona cruenta .
- c.- Cirugía cráneo facial para lesiones que invaden el piso ante-
 rior del cráneo, resección del etmoides si hay invasión de -
 las celdillas del mismo .
- d.- Cuando haya fracasado la radioterapia
 e.- En lesiones de genitales, vulva y pene, siempre se prefiere
 la cirugía; la radioterapia es menos útil y es alto el índice -
 de morbilidad por ser zonas húmedas .
- f.- Se practicarán amputaciones y desarticulaciones cuando se
 haga necesario .
- g.- Se llevará a cabo disección ganglionar si hay evidencia clí-
 nica de adenopatías, o bien metástasis .

Radioterapia :

- a.- En aquellas lesiones que no son accesibles quirúrgicamente,
 o bien que ocasionarían secuelas importantes en relación a
 la función .
- b.- Cuando haya contradicción médica para la cirugía .
- c.- Radioterapia complementaria cuando se reporten márgenes
 quirúrgicos insuficientes, o bien cuando se evidencien metás

tasis en las disecciones ganglionares .

d.- La dosis será de 6 000 rads utilizando terapia superficial, - megavoltaje o bien aplicación intersticial de radio con moldes y agujas, según lo establezcan las normas del servicio de Ra dioterapia .

Quimioterapia :

No se utiliza con fines paliativos .

En lesiones muy avanzadas se dará quimioterapia para reducir el volumen tumoral previo al acto quirúrgico . (81)

corporal, **ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL PACIENTE**

presentando todo lo que **CON CANCER EN LA PIEL**.

para el futuro, etc.

Prácticamente todo paciente que se le diagnostica cáncer desarrolla problemas sociales y emocionales diversos. La respuesta patológica de un paciente

emocional puede variar de intensidad de acuerdo a la personalidad del paciente. Los problemas sociales son variables y dependen del matizadas por la idiosincrasia, por las características, en México, - status social del paciente previo a su enfermedad. (58)

quizás igual que en los demás países.

Cuando los pacientes se hallan ante el diagnóstico de cáncer, sienten pánico abrumador, o bien lo sospecha, experimentan una serie de actitudes como angustia, a la mutilación, al dolor, a la muerte, a la pérdida de la familia, ya que la palabra " cancer " desencadena pensamientos de muerte espontáneamente, de mutilación, de dolor prolongado, Al cáncer se le atribuye las causas, como el trauma, el frío, el calor, las radiaciones, dan connotaciones más negativas que a otras enfermedades .

no importa el seguro médico o el método de tratamiento, pues se tra-

Muchos pacientes tienen además sensaciones de culpa o vergüenza considerando que su enfermedad guarda relación con alguna de sus acciones, así Finesinger y col. en un estudio efectuado, en

relación a los pacientes que se sometieron a cirugía, **contraron que el 93% de los cancerosos admitían la sensación de**

culpa, **culpabilidad en relación con la enfermedad, otros (66 % de los anteriores) decían : " es mi culpa, he hecho algo indebido ", sintien-**

do un aspecto de castigo, como si el diagnóstico fuera el resultado **dose objeto de un " castigo " o con sentimientos de minusvalía , - de la neoplasia cutánea, para explicar**

(49)

el paciente la patología, etc.

El temor, que es una de las respuestas más comunes es no sólo a la muerte, sino a la inestabilidad, a la pérdida de la imagen

corporal, al dolor, a la dependencia y al abandono. Este temor se presenta independientemente de la edad, sexo, status, etc. Acompaña al temor, la angustia y la depresión, esta última debe ser considerada como normal; y varía de un paciente a otro. Puede acompañarse de un sentimiento de fatiga e insomnio crónico. (58)

No cabe duda que todas estas respuestas psicológicas se ven matizadas por la idiosincracia propia de los pueblos, en México, - quizás igual que en todos los países latinoamericanos, el paciente siente principalmente temor a la pérdida de su integridad corporal, a la amutilación. El que muchos pacientes que pudieron haberse tratado oportunamente sin grandes repercusiones posteriores obedece a varios factores, uno de ellos médico, pues para muchos galenos no importa el seguimiento del paciente post tratamiento, pues se trata " sólo de un cancer de la piel " (7), y posteriormente se presentan las consecuencias lógicas de ese menosprecio y descuido. En - relación a los pacientes es el temor a algún procedimiento quirúrgi- co, o bien la débil esperanza de creer que algún tratamiento tópico, podrá curarlos .

Corresponde al Médico Dermatólogo que haga el diagnóstico de la neoplasia cutánea buscar los mejores términos para explicar al paciente la naturaleza y repercusiones de su padecimiento, está obligado éticamente a mencionarle su comportamiento neoplásico

y debiera evitar términos ambiguos como: " su enfermedad puede ser grave ", " es grave, pero no tanto " , etc. La angustia y temor que inicialmente dominan al paciente y/o su familia irán disminuyendo en la medida que se les planteen alternativas de tratamiento y se brinde al paciente el apoyo psicológico que más requiere, la esperanza; por lo tanto la comunicación que el médico haga debe ser de tal orden que logre preservarla esperanza en el paciente .

Un objetivo que debe ser común al paciente oncológico y a su médico tratante es el desarrollar una vida satisfactoria, o de buena calidad .

SEGUNDA PARTE .

EPITELIOMA ESPINOCELULAR.

Correlación Clínico-Patológica y estudio de los
pacientes vistos durante el año de 1983 en el -
Centro Dermatológico Pascua .

OBJETIVOS :

- 1.- Conocer la incidencia del epiteloma espinocelular en el Centro Dermatológico Pascua, sus aspectos clínicos y epidemiológicos .
- 2.- Establecer la correlación clínico patológica entre esta variedad de cáncer cutáneo y señalar aquellos padecimientos con los cuales se confunde más frecuentemente .
- 3.- Establecer el seguimiento sistemático de los pacientes en - referente a su estudio y tratamiento, tanto en el C.D.P. como en otras instituciones .
- 4.- Ratificar la necesidad de la existencia de una Clínica de Tumores en el Centro Dermatológico Pascua .

MATERIAL Y METODOS :

- 1.- Se estudiaron los pacientes que acudieron a la consulta externa del C.D.P. durante el año de 1983 cuyo diagnóstico clínico fue de epiteloma espinocelular, así como aquellos que, - aunque con otros diagnóstico clínico, fueron diagnosticados histológicamente como epiteloma espinocelular. Inicialmente fueron 56 pacientes, se eliminaron 3 pacientes, 2 de ellos con el diagnóstico del tumor que nos ocupa, pero, cuyo com

portamiento fue el del queratoacantoma, pues involucraron espontáneamente. Un paciente más se eliminó por tener diagnóstico de hiperplasia pseudoepiteliomatosa. Por tanto, el universo de trabajo lo constituyeron 53 pacientes .

- 2.- Fueron eliminados 3 pacientes en quienes no fue posible establecer al diagnóstico de certeza de epiteloma espinocelular contra el de queratoacantoma, pues la toma de biopsia no fue adecuada .
- 3.- De los 53 pacientes, 36 fueron tratados por diversos médicos del Centro y 17 derivados a la Clínica de Tumores, a los últimos se les realizó Historia Clínica Dermatológica así como la Historia específica que se utiliza en dicha clínica y que posteriormente se presentará. Los pacientes restantes fueron estudiados en base a su expediente clínico .
- 4.- Se realizaron estudios de laboratorio y gabinete cuando fue necesario .
- 5.- A todos los pacientes se les practicó estudio histopatológico con tinciones de rutina; se practicaron tinciones especiales cuando fue necesario .
- 6.- Se obtuvo microfotografía del estudio histológico .
- 7.- Se obtuvo fotografía clínica de los pacientes y en los casos en que fue factible, fotografía post tratamiento .

- 8.- Los pacientes susceptibles de tratamiento quirúrgico fueron enviados al servicio de Cirugía del Centro .
- 9.- Aquellos pacientes que requirieron atención especializada - en otras instituciones : cirugía mayor, radioterapia, quimioterapia, etc. , se derivaron a ellas .
- 10.- Se siguió sistemáticamente la evolución de los 17 pacientes enviados a la Clínica de Tumore, asi como los resultados - del tratamiento recibido .

RESULTADOS :

Durante el año de 1983 se realizaron en el Laboratorio de His-
topatología del C.D.P. 1286 biopsias, de ellas, 49 correspondieron
al epiteloma espinocelular; las 4 restantes fueron procesadas en el
Servicio de Patología Quirúrgica del Hospital General de México,
S.S.A. Por tanto, la incidencia de esta variedad de cáncer cutá-
neo fue del 3.81%, dato similar al obtenido el año anterior, 1982,
en el cual la incidencia fue del 3.36% (1186 estudios correspondien-
do 40 al epiteloma espinocelular) . (+)

En relación a la consulta externa del Centro, se atendieron -
46,000 pacientes de primera vez, por tanto la incidencia general -
fue del 0.11% (&)

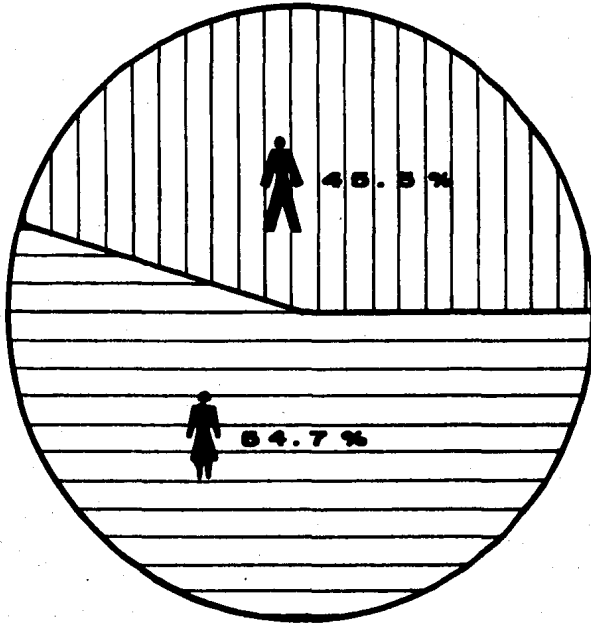
De los 53 pacientes se encontraron afectados : 29 mujeres -
(54.7 %) y 24 hombres (45.3 %) dando una relación 1.2 : 1 (gra-
fica no. 1) .

Las edades fluctuaron entre los 16 años y los 90 años. Esta-
bleciendo un rango de 10 quedaron como se aprecia en la gráfica -
no. 2 .

Como puede observarse la neoplasia predominó entre la 7ma.
y 9a. décadas de la vida afectándose en mayor proporción el sexo -
femenino .

(+) .- Datos proporcionados por el Laboratorio de Histopatología .
(&) .- Datos obtenidos del Departamento de Estadística .

PORCENTAJE DE PACIENTES AFECTADOS DE ACUERDO A SEXO



GRAFICA No. 1



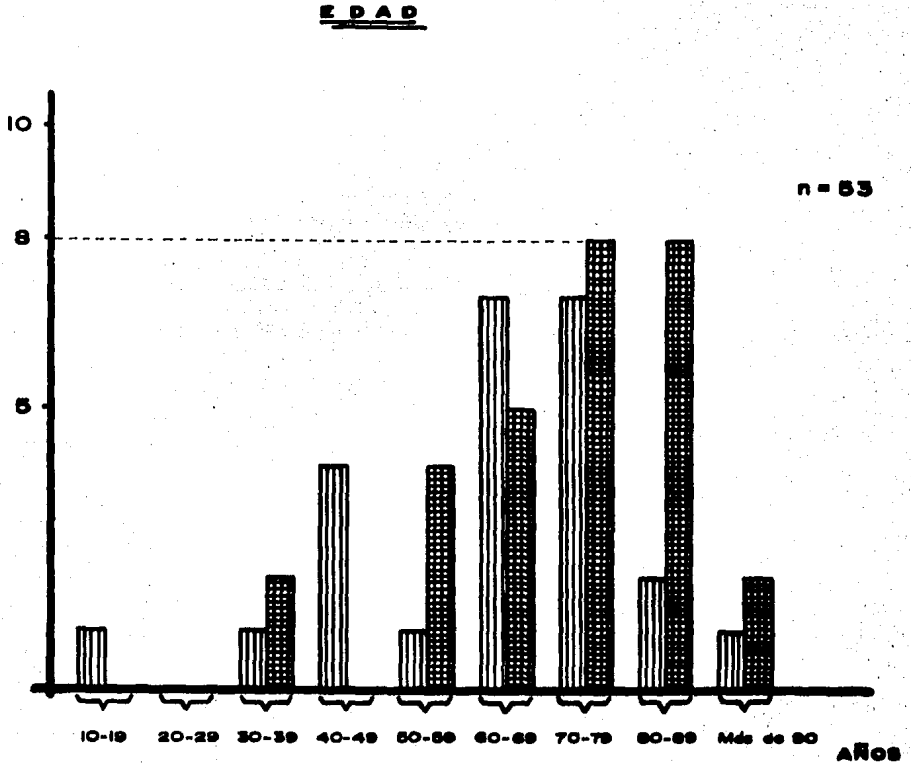
29 MUJERES (54.7 %)



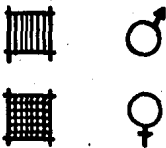
24 HOMBRES (45.3 %)

RELACION 1.2 : 1

NUMERO DE PACIENTES
POR GRUPOS DE EDADES AFECTADAS



GRAFICA No. 2



El tiempo de evolución de la enfermedad fue variable, entre 3 meses y 7 años, la mayor incidencia se encontró dentro de los primeros 18 meses, siendo como sigue :

Tiempo	Pacientes	Porcentaje
0 a 6 meses	18 pacientes	33.1 %
6 meses a 12 meses	13 pacientes	24.4 %
12 meses a 18 meses	3 pacientes	5.6 %
18 meses a 24 meses	7 pacientes	13.2 %
24 meses a 36 meses	6 pacientes	11.2 %
36 meses a 48 meses	1 paciente	1.9 %
Más de 5 años	5 pacientes	9.5 %

Cuadro no. 1 EVOLUCION .

TOPOGRAFIA :

En cuanto a su localización la neoplasia predominó en cara - con un total de 30 pacientes, 56.6% ; en extremidades 9 pacientes, el 16.9% afectándose principalmente las superiores. Las mucosas se vieron comprometidas en 7 casos, dando un porcentaje del 13.1%

El tronco en 5 pacientes 9.4%, y finalmente la piel cabeleuda en 2 pacientes, el 3.7% (Figura no. 2) .

No hubo afección a cuello, sólo se registraron 2 casos, pero correspondieron a metástasis, como se comentará en la sección de casos clínicos .

TOPOGRAFIA :

PORCENTAJE POR AREAS AFECTADAS

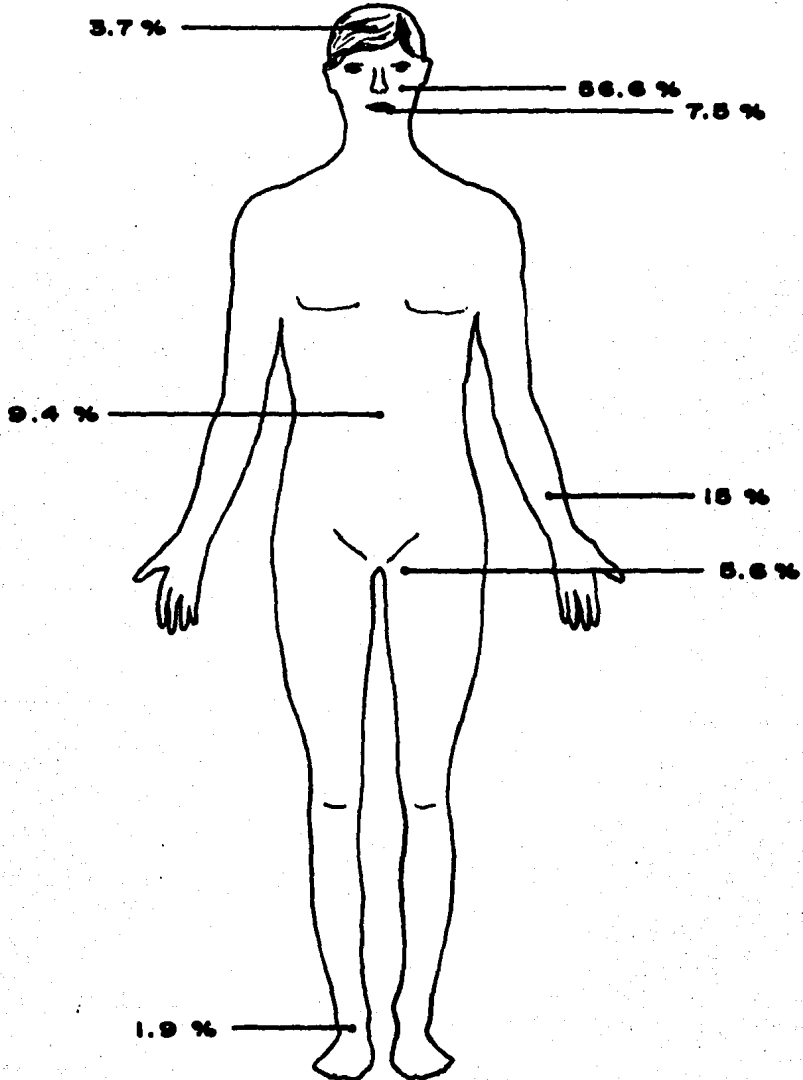


FIGURA No. 2

Estableciendo un análisis más detallado de la topografía tenemos :

REGION ANATOMICA	PACIENTES	PORCENTAJE
<u>CARA</u>		
Mejilla izquierda	9	16.9%
Mejilla derecha	5	9.5%
Nariz	5	9.5%
Región preauricular	5	9.5%
Pabellones auriculares	2	3.7%
Región temp. izquierda	1	1.9%
Centro facial	1	1.9%
	<u>30</u>	<u>56.6%</u>
<u>EXTREMIDADES</u>		
Dorso de la mano	6	11.2%
Dedo pulgar	1	1.9%
Antebrazo izquierdo	1	1.9%
Talón del pie izq.	1	1.9%
	<u>9</u>	<u>16.9%</u>
<u>TRONCO</u>		
Región esternal	2	3.7%
Pubis	1	1.9%
Dorso	2	3.7%
	<u>5</u>	<u>9.5%</u>
<u>MUCOSAS</u>		
Labio superior	1	1.9%
Labio inferior	2	3.7%
Lengua	1	1.9%
Vulva	1	1.9%
Pene	2	3.7%
	<u>7</u>	<u>13.1%</u>

CUADRO No. 2 TOPOGRAFIA .

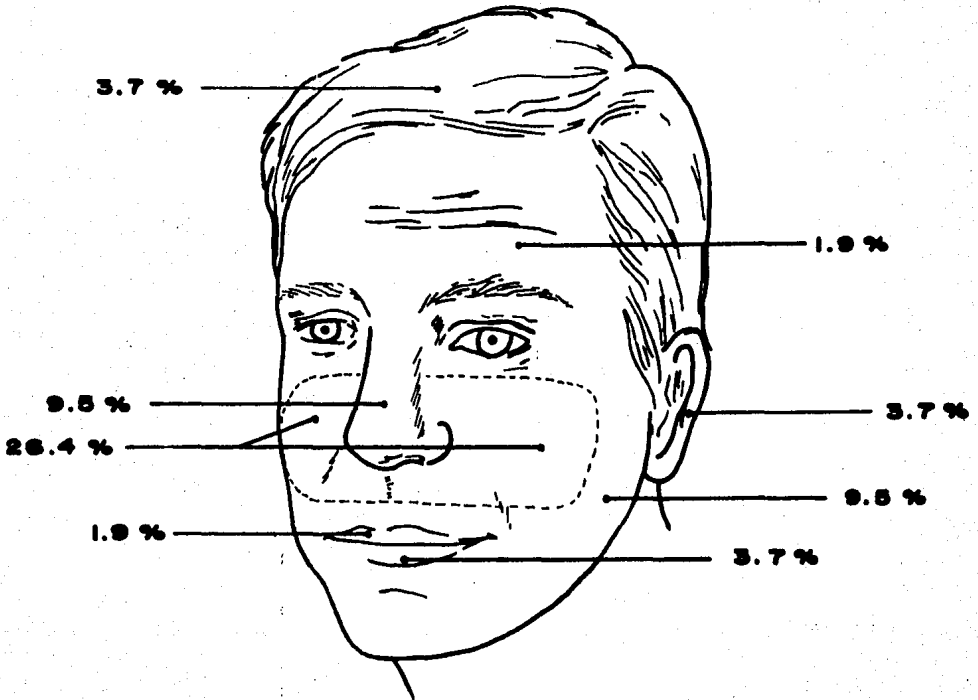
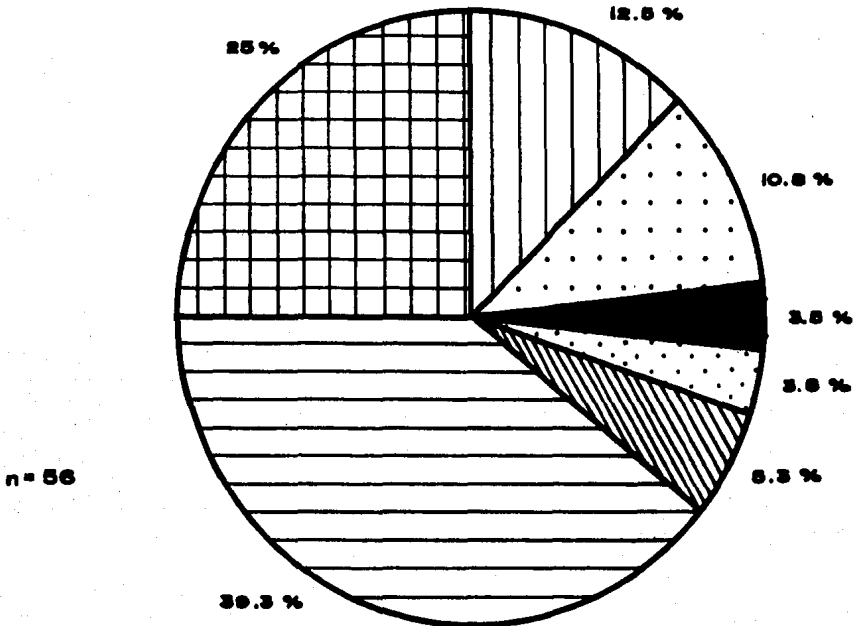
PRINCIPALES AREAS AFECTADAS EN CARA

FIGURA No. 3

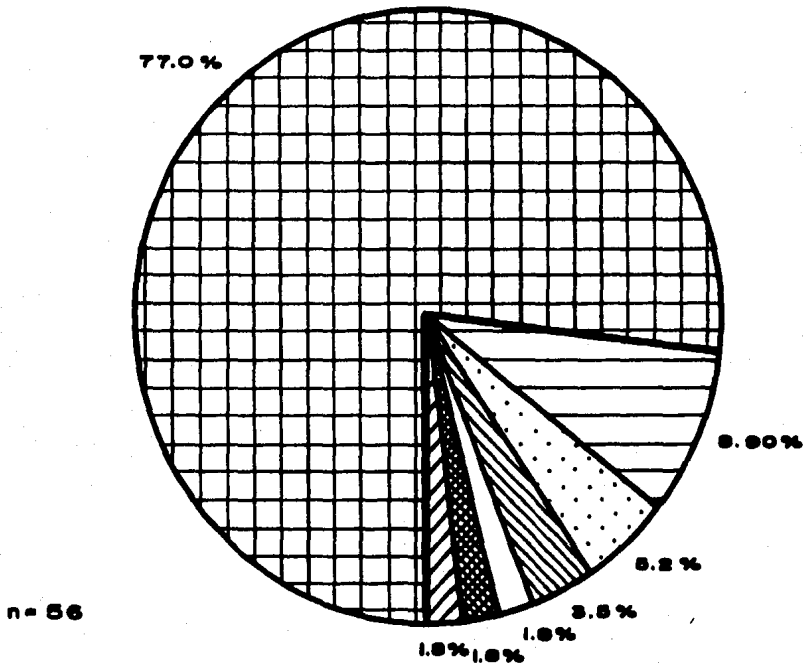
CORRELACION CLINICO PATOLOGICA

DIAGNOSTICOS CLINICOS DE ENVIO A LAB. HISTOPATOLOGIA

GRAFICA No. 3

E. BASOCELULAR	39.3 %	22 PAC.
E. ESPINOCELULAR	25.0 %	14 PAC.
E. ESPINOCELULAR VS. QUERATOACANTOMA	12.5 %	7 PAC.
CUERNO CUTANEO	10.8 %	6 PAC.
ENF. BOWEN	3.5 %	2 PAC.
EPITELIOMATOSIS MULTIPLE	3.5 %	2 PAC.
OTROS DIAGNOSTICOS	5.3 %	3 PAC.

CORRELACION CLINICO PATOLOGICA

DIAGNOSTICOS HISTOPATOLOGICOS

GRAFICA No. 4

E. ESPINOCELULAR	77.0 %	43 PAC.
CUERNO CUTANEO CON E. ESPINOCELULAR EN BASE	8.9 %	5 PAC.
E. ESPINOCELULAR SOBRE QUERATOSIS ACTINICAS	5.2 %	3 PAC.
BOWEN INVASIVO	3.5 %	2 PAC.
E. ESPINOCELULAR CON REACCION GRANULOMATOSA	1.8 %	1 PAC.
LUPUS E. CON DEGENERACION TIPO ESPINOCELULAR	1.8 %	1 PAC.
HIPERPLASIA PSEUDOEPITELIOMATOSA	1.8 %	1 PAC.

cionaron espontáneamente y el último que correspondió a una probable hiperplasia pseudoepiteliomatosa .

Tratamiento : En lo que a este renglón se refiere, se consideró conveniente dividirlo en 2 grupos, el primero correspondiente a los 36 pacientes atendidos en la Consulta externa del C. D. P. y los 17 restantes que estuvieron a cargo de la Clínica de Tumores. Los resultados se muestran en el siguiente cuadro :

TRATAMIENTO	PACIENTES DE C. EXTERNA.	PACIENTES DE CL. TUMORES.
Extirpac. quirurg. completa	14	9
Extirpac. quirurg. incompleta	4	1
Cirugía + radioterapia	1	3
Radioterapia	0	2
Pentasulfuro de Arsénico	3	0
5 Fluoruracilo	2	0
Cirugía + 5 FU	0	1
Abandono del tratamiento	0	1
Se ignora	12	0

CUADRO No. 3 TRATAMIENTO

Como podrá observarse los pacientes tratados quirúrgicamente en el C. D. P. correspondieron en su gran mayoría a aquellos con diagnóstico clínico de epiteloma basocelular .

Metástasis : Dos de los 17 pacientes a cargo de la Clínica de

Tumores presentaron metástasis ganglionares a cuello ameritando tratamiento complementario con radioterapia. La paciente con lo calización en genitales sólo presentó hiperplasia linforreticular en los ganglios extirpados, procedimiento que fue necesario, como ya se explicó, por la agresividad del tumor en esa localización .

Los pacientes fueron derivados a 4 instituciones básicamente, 9 pacientes al Hospital General de México, S.S.A. 3 al I.M.S.S. : 2 al Inst. Nacional de Cancerología y 1 al ISSSTE; en el C.D.P. - fueron tratados dos pacientes cuyas lesiones eran susceptibles de tratamiento quirúrgico menor .

Se realizó formal seguimiento de los pacientes conociendo el tratamiento instituido y la evolución de los pacientes. Hubo deserción en un caso, se trata de un paciente campesino de edad avanzada con una Úlcera de Marjolín en tronco y brazo, sólo acudió a la consulta inicial y no regresó a recibir tratamiento; por ser foráneo, no ha sido posible localizarle .

Finalmente se muestra la Historia Clínica específica que se utiliza en la Clínica de Tumores. También se presentan algunos casos clínicos, su evolución y tratamiento .

ANALISIS .

La incidencia del epitelíoma espinocelular es relativamente

baja, en el presente estudio encontramos 10,1 por cada 10,000 pacientes nuevos; estos datos no sufrieron un cambio fundamental en relación con los obtenidos el año anterior, 1982, cuando se encontraron 10 pacientes por cada 10,000 pacientes de primera consulta .

En lo que se refiere al sexo mayormente afectado, los datos obtenidos no concuerdan con los reportados en la literatura mundial, donde se refiere una mayor afección en el sexo masculino, con una relación 2 : 1 . En el estudio se encontró que estuvo mayormente afectado el sexo femenino con una relación 1,2 a 1 . Una probable explicación puede ser el que en las zonas urbanas la mujer consulta mas tempranamente por sus problemas de morbilidad .

EDAD

Una mayor incidencia se registró entre los 60 y 89 años, dato compatible con lo comunicado por diversos autores, pues en general esta neoplasia es más tardía en su presentación que el epiteloma basocelular. El pico de incidencia mayor se registró entre los 70 y 79 años de edad (28.3%) .

El paciente menor fue un joven de 16 años cuya lesión semeja ba un epiteloma basocelular, con una evolución asintomática de 6 años. Su diagnóstico fue el de epiteloma espinocelular con reacci ón granulomatosa de cuerpo extraño con calcificación secundaria . Los pacientes de mayor edad fueron tres nonagenarios, siendo un

factor común a todos ellos, la exposición prolongada al sol .

La topografía obtenida con mayor frecuencia, está acorde con la ya establecida, pues se relaciona principalmente con áreas expuestas. Del 100% de los pacientes, 30, es decir, el 56.6 % presentó lesiones en cara y de ésta, preferentemente en regiones malares, dorso nasal y regiones preauriculares; en extremidades predominó en la superior, dorso de manos y antebrazos, sitios también de constante exposición solar .

Las mucosas fueron afectadas en el 13.1 % de los casos a diferencia del epiteloma basocelular que no afecta mucosas; el labio inferior se vió comprometido en 2 pacientes al igual que el pene .

Como ya está descrito, la localización en mucosas de esta neoplasia tiene un comportamiento muy agresivo; en el estudio que nos ocupa, se presentaron metastasis a cuello en el epiteloma de la lengua, al igual que en el de nariz; pues afectó mucosa nasal. En el caso que hubo localización en región vulvar, hubo necesidad de practicar un tratamiento quirúrgico mutilante, la vulvectomía radical y disección ganglionar inguinal bilateral. El tratamiento pudiera pensarse agresivo, pero lo es más el comportamiento de la neoplasia. Afortunadamente y dado lo oportuno del tratamiento, no hubo invasión ganglionar .

Una adecuada correlación clínico patológica se estableció en

el 56.3 % de los casos, 31 pacientes. El diagnóstico con el cual - hubo mayor error fue con el espinelioma basocelular en un 39.3 % (22 pacientes) .

Entre los factores predisponentes sólo se constataron en 16 pacientes (30.1 %), queratosis actínicas en 4; cuerno cutáneo en 6; historia de quemadura antigua, 3 ; queilitis abrasiva 2 ; cicatrices previas en 1 paciente. En la mayoría, hubo intervención del factor solar .

TRATAMIENTO .

Este renglón debe enfatizarse debidamente, pues la naturaleza de este tumor exige un seguimiento de los pacientes después del tratamiento establecido .

De los 36 pacientes atendidos en la consulta externa, fueron - tratados con cirugía 14 pacientes, con el diagnóstico clínico de epiteloma basocelular, pues en general se prefiere que el epiteloma espinocelular sea tratado por el médico oncólogo. Se ignora si tales pacientes hayan continuado su vigilancia por parte del médico tratante; aquellos que fueron tratados por el Servicio de Cirugía, seguramente que continúan su vigilancia, pues está entre las nor-mas de ese servicio .

En 4 pacientes (7.5%) la extirpación fue incompleta; uno de ellos fue enviado a radioterapia complementaria. De los tres restantes se ignora su estado actual .

Con motivo de un estudio en este Centro, fueron tratados 3 - pacientes con diagnóstico de Enf. de Bowen con Pentasulfuro de Arsénico, actualmente se ignora si han o no presentado actividad tumoral .

De los 36 pacientes, es decir, el 33%, es decir, 12 pacientes no regresaron a su consulta, fueron biopsiados y no acudieron a recibir tratamiento posterior; dada la naturaleza del epiteloma espinocelular, no es conveniente que no sea resuelto su problema, bien sea, por descuido del paciente, o por negligencia del médico .

En relación a los pacientes que fueron derivados a la Clínica de tumores, 17. pacientes, se estableció su seguimiento formal en cada uno de ellos. Fueron derivados en su gran mayoría a instituciones oncológicas, 10 de ellos enviados con estudio histopatológico (laminillas y reporte) así como una carta de envío donde se constataban los datos más importantes. Sólo 4 pacientes se enviaron - sin estudio histopatológico, dada la agresividad con que se había - comportado la neoplasia y considerar conveniente dar un trámite - mas expedito. Aquellos pacientes que eran derechohabientes de alguna institución de seguridad social fueron derivados a ella, 3 al -

I.M.S.S. , 1 al I.S.S.S.T.E. , 2 al Instituto Nacional de Cancerología y 9 pacientes al Hospital General de México, S.S.A..

Dos pacientes fueron atendidos en el Servicio de Cirugía del Centro dado su tamaño y hubo comprobación histológica de su extirpación completa .

CENTRO DERMATOLOGICO PASCUA
S.S.A.
CLINICA DE TUMORES

Nombre _____ Sexo _____ Edad _____

Ocupación: _____ Lugar de Nac. _____

Lugar de residencia : _____ No. expediente: _____

Fecha de estudio : _____ " teléfono: _____

TOPOGRAFIA: _____

CARA () PIEL CABELLUDA () PABELLONES AURICULA-
RES () TRONCO () MS. SUP. () MS. INF. () GENI-
TALES () OTROS () CUALES: _____

MORFOLOGIA: _____

DIMENSIONES: _____ ESQUEMA.

TUMOR UNICO (), MULTIPLES () CUANTOS () METAS-
TASIS () GANGLIOS () .

EVOLUCION: _____

HASTA 6 meses () de 6 a 12 meses (), 12 a 18 (), 18 a
24 (), 24 a 36 (), 3 a 5 años (), 5 años ó más () .

FACTORES PREDISPONENTES: — ¿ CUALES ? : _____

COLOR DE PIEL: _____ OJOS: _____ EXPOSICIÓN IMPORTAN-

TE AL SOL: _____ TIEMPO: _____, QUERATOSIS -

ACTINICAS: _____ GRADO: _____, QUERATOSIS ARSENI-

CALES: _____, VARIEDAD: _____

OTROS DATOS:

DIABETES (), DESNUTRICION (), HIPERTENSION ARTERIAL (), NEOPLASIA INTERNA (), OTROS: _____

TRATAMIENTOS PREVIOS :

CIRUGIA () RADIOTERAPIA () CRIOTERAPIA () ELECTROFULGURACION () CAUSTICOS () OTROS _____

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: _____

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: _____

PLAN A SEGUIR:

BIOPSIA () CIRUGIA DE PRIMER INTENTO () RADIOTERAPIA () 5-FU () INMUNOTERAPIA (), OTROS: _____
SE DERIVA A OTRA INSTITUCION _____ CUAL _____

OTROS ESTUDIOS: _____

RESULTADOS DE ESTUDIOS HISTOPATOLOGICOS: (No. de biopsia) _____

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO: _____

SUGERENCIAS DEL HISTOPATOLOGO: _____

CITOLOGIA EXFOLIATIVA: _____

TRATAMIENTO A SEGUIR:

CIRUGIA: Procedimiento: _____

RADIOTERAPIA : Técnica: _____

CURETAJE Y ELECTRODESECACION: _____

APLICACION DE 5-FU: _____

OTROS: _____

EVOLUCION: _____

RECIDIVAS: _____

OBSERVACIONES: _____

RESULTADO COSMETICO: _____



Cortesía Dra: Rosa Ma. Gutiérrez.

Caso No. 1

Nombre: T.C.C. Sexo: Femenino Edad: 84 a.

Ocupación: Labores del hogar.

Topografía: Dermatitis localizada a la cabeza, de la cual afecta piel cabelluda en región frontoparietal .

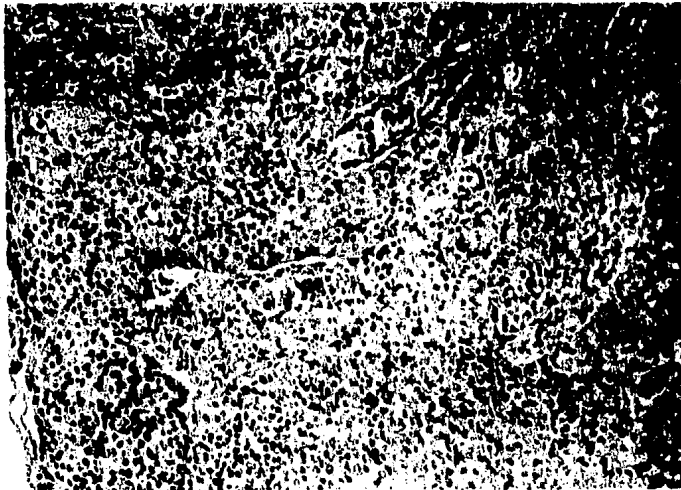
Morfología: Neoformación úlcero-infiltrativa de 11,5 cm por 9 cm. con bordes bien definidos, necrosis en algunas áreas, así como costras sanguíneas .

Evolución: 4 años con el antecedente de traumatismo continuo con una "jaula". Sangra en forma ocasional .

Diagnóstico Presuntivo: Epitelioma espinocelular.

Diagnóstico Histopatológico: P-511/83 .- Epitelioma espinocelular poco diferenciado de la piel cabelluda .

Dra: Dinora Bueno .



Biopsia P-511/83

Se observa células tipo espinoso, hay anaplasia celular, mitosis anormales y disqueratósis.

Tratamiento:

La paciente fué derivada al Hospital de Oncología del C.M.N., I.M.S.S.; donde una vez revalorada fué tratada con radioterapia según el siguiente esquema :

Telecobalto a 50 cm. D.F.P. (distancia foco piel) . Evolucionó satisfactoriamente en relación al tumor, sin embargo su estado general se afectó temporalmente, por lo que hubo necesidad de interrumpir el tratamiento cuando había recibido 52.8 Gy. en la base de la gran úlcera . A los 2 meses y medio de término del tratamiento se encontraba reepitelizado adecuadamente; se detectó actividad tumoral en un borde . Se trataron tanto primario como la lesión con actividad tumoral en forma separada, administrando 2 400 rads en semana y media.

Evolución satisfactoria. No ha presentado actividad tumoral. Continúa su tratamiento en el Servicio de Cabeza, Cuello y Piel en dicho Hospital .



Cortesía Dra: Rosa Ma. Gutiérrez.

Caso No. 2

Nombre: R.Q.R.

Sexo: Masculino

Edad 56 a.

Ocupación: Agricultor . Lugar de origen: Tizayuca, Hgo.

Lugar de residencia: Tizayuca, Hgo .

Topografía: Dermatitis localizada a cara, de la que afecta la

nariz en su totalidad .

Morfología : Neoformación de 8 por 6 cm . vegetante, ulcerada, que permite la observación del cartílago nasal, sangran- te en forma constante .

Evolución: Tres años de evolución iniciando con un pequeño "granito" que fué creciendo paulatinamente hasta destruir prac- ticamente la nariz . Recibió tratamiento tópico no especificado.

Diagnóstico presuntivo: Granuloma letal de la línea media .

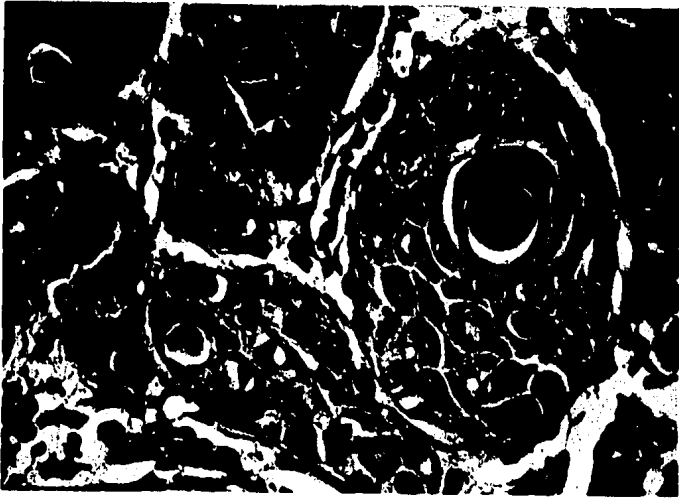
Diagnóstico Histopatológico: Carcinoma epidermoide bien - diferenciado de la piel de la pirámide nasal que invade huesos - propios de la nariz .

Dra: Minerva Lazos .

Otros estudios: Tomografía axial computada mostrando des- trucción del piso del piso de la órbita del lado izquierdo así co- mo continuación de la lesión tumoral hasta nivel de las celdillas etmoidales .

Tratamiento: Se intervino quirúrgicamente practicando: Rinec- tomía total más excenteración de la fosa nasal bilateral . El re- sultado del estudio histológico post-operatorio fué :

83-5453 (H.G.).- Carcinoma epidermoide moderamente diferenciado de la fosa derecha con extensión a la fosa nasal iz- quierda y con tumor en borde quirúrgico inferior y en el lecho



Biopsia 83-4210 (Hosp. General)

Cordones de células de aspecto espino
so, atipias celulares y mitosis anormales.
Disqueratosis .

quirúrgico.

Metaplasia epidermoide del epitelio respiratorio de las fosas
nasales .

Con estos resultados se consideró conveniente administrar ra
dioterapia complementaria, recibió 6 000 rads en 6 semanas en
campo directo Co^{60} —Cobalto 60 —. Evolucionó satisfacto-
riamente los dos primeros meses .

Posteriormente presentó metástasis a región submentoniana,

por lo que se re-operó con el diagnóstico pre-operatorio : Metástasis submentonianas y submaxilares derechas de carcinoma epidermoide de la pirámide nasal, operado y radiado en el servicio .

Cirugía: Disección suprahomoloidea bilateral del cuello .

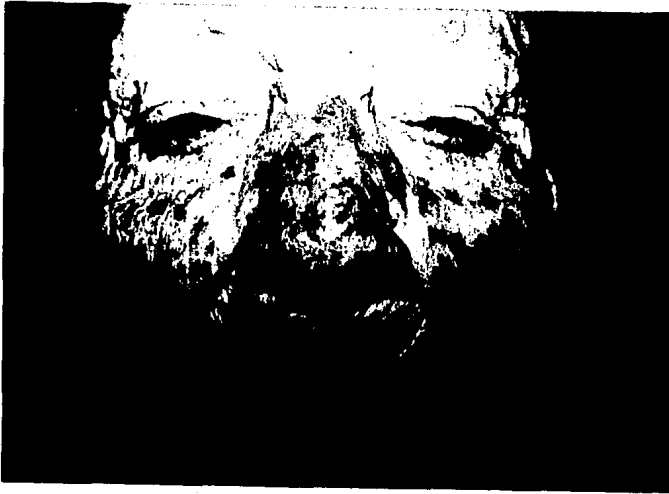
El post-operatorio fué tórpido, pues presentó sangrado del lecho quirúrgico y hematoma del cuello comprometiendo la función respiratoria y ocasionando insuficiencia respiratoria aguda. Se practicó hemostasia y drenaje del hematoma del cuello. Evoluciona sin complicaciones .

Resultado del estudio histológico de la pieza quirúrgica :

83-9855 .- Carcinoma epidermoide bien diferenciado de tejidos blandos de región suprahomoloidea que infiltra la piel hasta la dermis reticular, la glándula submaxilar izquierda y músculo estriado a ese mismo nivel . Existe tumor en tres de los ganglios linfáticos cervicales derechos y un cervical izquierdo .

Nuevamente fué enviado a prótesis maxilo-facial.

Continúa su tratamiento en la consulta externa del Servicio de Cabeza, Cuello y Piel de la Unidad Oncología, Hospital General, S.S.A.



Cortesía Dra: Amparo Correa A.
Caso No. 3 .

Caso No. 3

Nombre: E.H.Q. Sexo: Femenino Edad: 90 a.

Ocupación: Labores del hogar, Comerciante.

Topografía: Dermatitis localizada a la cabeza de la que afecta la región temporal izquierda y el dorso nasal.

Morfología: Neoformación de aspecto nodular de 2 por 2 cm. con bordes levantados y edematosos. Costra sanguínea al centro. La segunda neoformación de 0,5 cm de diámetro, eritematosa y con fino borde perlado.

Evolución: La refiere de 6 y 3 meses respectivamente.

Resto de piel y anexos: Queratosis actínicas múltiple.

Diagnóstico clínico: Epiteliomatosis múltiple.

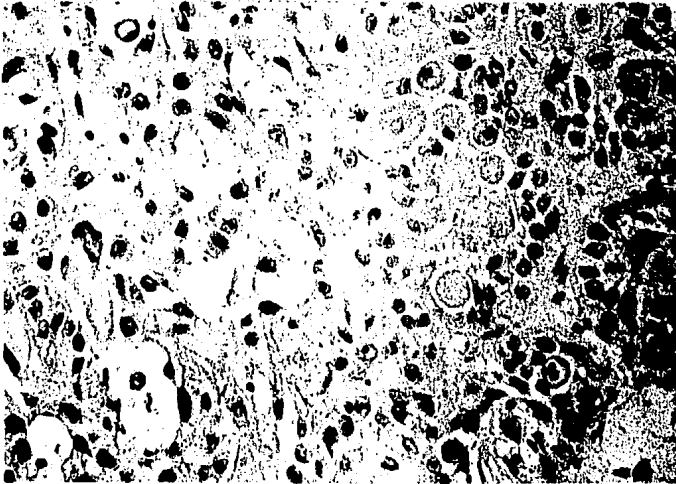
Diagnóstico Histológico: Biopsia P 612-83

Epitelioma espinocelular en región temporal, poco queratoblástico. Epitelioma basocelular en nariz.

Dra: J. Novales.

Tratamiento:

La paciente fué derivada con estudio histopatológico al Hospital General de México, servicio de Oncología. En ese servicio — consideraron conveniente enviarle al de oncología con el objeto de dar tratamiento con radioterapia para la lesión tumoral de la nariz,



P 612-83

Células de aspecto espinoso, atipias celulares y disqueratosis .

recibiendo 4 500 rads durante un mes , obteniéndose resultados satisfactorios .

El epiteloma espinocelular fué intervenido quirúrgicamente practicando extirpación con cierre directo. Su estancia hospitalaria fué de 31 días .

Se dió de alta para continuar su vigilancia por el Servicio de Dermatología Oncológica , Hospital General S.S.A.



Cortesía Dr: Sergio Masse E.

Caso No. 4

Nombre: N.C.R. Sexo: Femenino Edad: 60 a.

Originaria y Residente : Poza Rica, Ver.

Ocupación: Labores del hogar .

Topografía: Dermatitis localizada a la cavidad oral de la que afecta la lengua en el lado izquierdo .

Morfología: Neoformación de aproximadamente 8 x 4 x 4 cm. del color de la mucosa, adherida a planos profundos .

Evolución: Aproximadamente de 6 a 12 meses impidiendo pau latinamente la deglución a sólidos y actualmente a líquidos. La mas

ticación es dolorosa y hay sialorrea constante .

Resto de piel y anexos : No se detectaron adenopatías cervicales .

Diagnóstico inicial: Probable epiteloma espinocelular de la lengua .

Diagnóstico Histopatológico: B - 83 / 5989 (H. Gral)
Carcinoma epidermoide bien diferenciado de la lengua .

Dra: Minerva Lazos .



B - 83 / 5989 (H. Gral)

Numerosas atipias celulares y mitosis anormales. Queratinización individual y en grupos .

Tratamiento:

La paciente fué derivada al Hospital General, S.S.A. Unidad de Oncología, donde una vez completados sus estudios y detectado el nivel de invasión se le trató con radioterapia en boca, orofaringe y ganglios regionales en bomba de Cobalto recibiendo 6 000 — rads en 6 semanas con evolución clínica satisfactoria .

Habiendo concluido su tratamiento inicial se detectaron adenopatías cervicales bilaterales por lo que le fueron administradas 30 sesiones más de radioterapia, 6 000 rads . La paciente completó su tratamiento y no se había detectado nueva actividad tumoral hasta marzo de 1984 . La paciente es foránea y no ha regresado a la consulta externa de esa Unidad .

Diagnóstico final : Carcinoma epidermoide del piso de la boca con metástasis a cuello .



Cortesía Dra: Rosa Ma. Gutiérrez

Caso No. 5

Nombre : N.M.N. Sexo: Femenino Edad: 45 a.

Ocupación: Labores del Hogar.

Topografía : Dermatitis localizada a región vulvar de la que
afecta el labio mayor derecho .

Morfología: Neoformación semiesférica de 2 x 2 cm. de diámetro, con aspecto vegetante e hiperpigmentada .

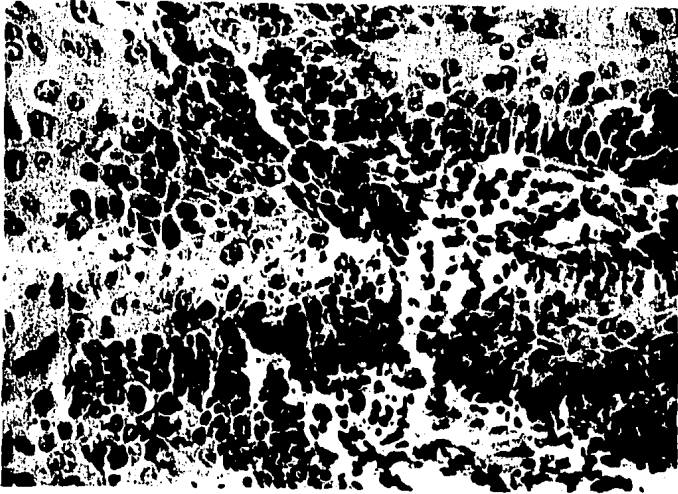
Resto de piel y anexos : No se detectaron adenopatías inguinales .

Diagnostico clínico : E. Espinocelular.

Diagnóstico histopatológico : Biopsia P 734/83

Bowen invasivo.

Dra: Dinora Bueno .



P 734/83

Numerosas células disqueratóicas, algunos globos córneos, mitosis anormales. Invasión a dermis media .

Tratamiento:

Debido a la agresividad del epiteloma espinocelular con esa localización se envió al Servicio de Oncología, Hospital General - de México .

Fué sometida a tratamiento quirúrgico practicándose vulvec tomía radical más disección radical de ingle bilateral .

La evolución post-operatoria fué tórpida pues hubo infección de herida quirúrgica y dehiscencia de la sutura . Recibió tratamiento con antibióticos y curación diaria . Evolucionó satisfactoriamente .

El resultado del estudio histopatológico de la pieza post-operatoria fué:

B - 83-2061 .- Carcinoma epidermoide bien diferenciado de la vulva sin tumor en bordes quirúrgicos ni lecho . Hiperplasia linforreticular en 22 de 22 ganglios inguinales .

La paciente continua su vigilancia en la consulta externa del servicio de Cabeza, Cuello y Piel. Oncología, Hospital General , S.S.A.



Cortesía Dra: Rosa Ma. Gutiérrez .

Caso No. 6

Nombre: L.S.E. Sexo: Masculino Edad: 71 a.

Ocupación : Chofer.

Topografía : Dermatitis localizada a dorso de ambas manos

y tercio distal de antebrazos .

Morfología : Constituida por varias neoformaciones levanta
das coniformes con superficie verrugosa y costrosa, la mayor de
2 x 1,5 cm. y la menor de 3 mm. en número de cuatro .

Evolución : De 6 a 12 meses .

Diagnóstico inicial : Lesión mayor: E. espinocelular vs
queratoacantoma .

Lesión menor: Cuerno cutáneo

Queratosis actínicas .



P 547/83

Células de aspecto espinoso, anaplasia
y mitosis anormales .

Diagnóstico histopatológico : P - 547/83

Se practicó biopsia translesional de la lesión mayor y se extirpó la menor .

Epitelioma espinocelular moderadamente diferenciado (fragmento mayor) .

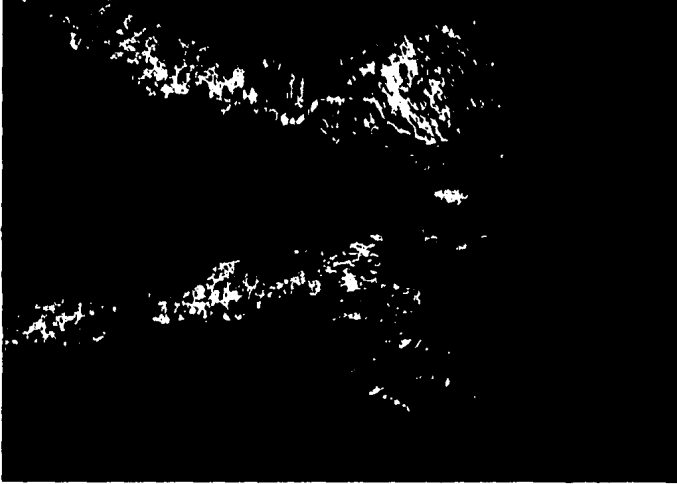
E. espinocelular extirpación completa con escaso margen — (fragmento menor) .

Dra: Dinora Bueno ,

Tratamiento:

Fué derivado al Hospital General , Oncología , donde se extirpó la lesión mayor , una vez que hicieron revisión de la laminilla — enviada , cuya interpretación fué similar . Se le prescribió 5-FU para ambas manos y en las queratosis actínicas .

Después de 6 meses no ha presentado actividad tumoral . Se le citó en 6 meses a control tanto en el Hospital General como en el C.D.P.



Caso No. 6

Clínica de control, post-tratamiento .

CONCLUSIONES .

- 1.- El epiteloma espinocelular es una neoplasia relativamente frecuente que amerita un diagnóstico y tratamiento oportuno .
- 2.- Se hace indispensable el establecimiento de una Clínica de Tumores que se encargue del estudio sistemático de los pacientes y, que cuando hayan sido enviados a otras instituciones, se establezcan los nexos convenientes con ellas con el objeto de conocer su evolución y tratamiento .
- 3.- Cuando algún paciente abandone el tratamiento deberán establecerse los mecanismos necesarios para lograr su reconquista, bien sea por telegrama, visita domiciliaria, etc .
- 4.- De la buena relación médico - paciente que se establezca, - dependerá en gran parte la constancia del paciente para recibir el tratamiento. No debe por ningún motivo obviarse la - naturaleza agresiva del tumor en la explicación que se le brinde al paciente, una vez que se ha confirmado el diagnóstico .
- 5.- Sigue siendo un tumor que debe ser manejado preferentemente por los servicios de Oncología. Aquellos tumores pequeños bien diferenciados podran estar al acceso del dermatólogo, - siempre y cuando se compruebe su curación mediante estu- dio histopatológico y haya un seguimiento formal pos trata -

miento durante varios años .

Los epitelomas con localización en mucosas es preferible -
que los atienda el oncólogo, dada la naturaleza invasiva del tumor
en estas localizaciones .

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ACEVES, O.R. : " Cáncer de la piel. Estudio analítico y -
epidemiológico de 454 casos " . Derm. Rev. Mex. 14 (3) -
354-376, 1970 .
- 2.- ACKERMAN AND DEL REGATO, J. Cancer, Diagnosis, -
Treatment and prognosis. 5a. ed. C.V. Mosby Company, -
St. Louis Missouri, U.S.A., 1977 .
- 3.- ALBORES-SAAVEDRA, J. AND POUCELL, S. : " The patho
logy of Squamous cell carcinoma of the skin. In : Andrade, -
R.; Sumport, S.L. Popkin, G.L. : Cancer of the skin. W.B.
Saunders Company, Philadelphia, U.S.A. 1976 .
- 4.- ALBRIGHT, SPENCER, D-III : " Treatment of skin cancer -
using multiple modalities " , J. Am. Acad. Dermatol. 7 (2) :
143-165, 1982 .
- 5.- ALONZO, B.L. : Ulcera crónica de pierna. Tesis de post gra
do, C.D.P. México, 1980-1982 .
- 6.- ALLEN, S.R. : " Squamous cell carcinoma in dominant type
Epidermolysis bullosa dystrophica " Cancer, 47; 615-620, -
1981 .
- 7.- AMERICAN CANCER SOCIETY : Clinical Oncology. A. multi
disciplinary approach. Sixth edition, 1983 .

- 8.- ANDRADE, R. : SUMPORT , ; POPKIN, G.L. ; REES, T.D. :
Cancer of the skin. Biology, diagnosis, management and -
 treatment. W.B. Saunders Company, Philadelphia, USA, -
 1976 .
- 9.- ANNAMALIA, R. et al. : " Multiple Keratoacanthoma and -
 Squamous cell carcinoma in psoriasis. Int. J. Dermatol 20
 (9) : 606-607, 1981 .
- 10.- BART, R. AND KOPF, A. : " Tecniques of biopsy of cutane
 ous neoplasm. J. Derm. Surg. Oncol. 5 ; 979-987, 1979 .
- 11.- BLANCHET, B.C. et al. : The interferon treatment of the -
 skin cancer in patients with epidermodysplasia verruciformis.
 Lancet 8214 : 274 , 1981 .
- 12.- BOWEN. T.J. : " Precancerous dermatoses : A study of two
 cases of chronic atypical epithelial proliferation " . J. Cutan.
 Dis. Syph. 30; 241-255, 1912. Citado en Arch. Dermatol. -
 119 (3) : 243-253, 1983 .
- 13.- BRENT, B.R. : Malignant potential of Keratoacanthoma " -
 Laryngoscope 89 ; 1092-1098, 1979 .
- 14.- BROWN, S.M. : " Epithelioma Cuniculatum " . Arch . Der-
 matol. 112 (9) 1295-1296, 1979 .
- 15.- BROWNDEN, M. AND. RABINOWITZ, A. : " The precursors
 of cutaneous squamous cell carcinoma. Int. J. Dermatol . -

- 118 (1) : 1-15, 1979 .
- 16.- CARRAMENHA E COSTA, M : GRIGOLLI, P Y FALACIOS, G. : " Úlcera de Marjolin. Estudio de un caso de corta latencia y duración " . Derm. Rev. Mex. 26 (2-3) : 141-147, - 1982 .
- 17.- CARRERAS, R.O. : " Aspectos clínicos e histócos del carcinoma de la base de la lengua " . Rev. Cub. Cir. 21 (1) : - 31-37, 1982 .
- 18.- CIVATTE, J. : Histopathologie cutanée. Ed. Flammarion, - Medicina Sciences, 2da ed. Paris, France. 1982. pp 328 - 330 .
- 19.- COMITE DE EXPERTOS DE LA O.M.S. : " Quimioterapia - del cáncer. Las nuevas técnicas prometen mejores resultados " . Crónica de la O.M.S. 31 : 170-178, 1977 .
- 20.- CONWAY, J. et al. " Sequential Methotrexate, 5FU treatment of the squamous cell carcinoma of the head and neck. - Cancer 52 : 971-973, 1983 .
- 21.- COSKEY, R. : " Boen's disease asociated with Porokeratosis of Mibelli " 111 (11) : 1480-1481, 1975. Arch. Dermatol .
- 22.- CRICKS, R. ET DONTEWILLE, M.N. : " Carcinoma epidermoide sur Maladie de Verneuil. Ann. Dermatol Venereol. -

- 110 (9) : 705 , 1983 .
- 23.- DA SILVA, A. et al. : " Management of Squamous cell carcinoma of the lips " . J. Derm. Surg. Oncol. 6 (7) : 562-566, 1980 .
- 24.- DE CELIS, O . : Dermatosis precancerosas. Su importancia y frecuencia en el C.D.P. en el año de 1979. Tesis de post grado. C.D.P. México, 1979-1981 .
- 25.- DEFLET, GOETTE: " Ca. in situ in verruga vulgaris " Int. J. Dermatol. 19 (2) : 98-101, 1980 .
- 26.- DEGOS, R. et CIVATTE, J.: Dermatologie. Ed. Flammarion Medicine, Sciences, Paris, Francia, 1981 .
- 27.- FISHER, E.R. et al : " Analysis of histopathologic and electron microscopic determinants of Keratoacanthoma and squamous cell carcinoma. Cancer 29, 1387-1397, 1972 .
- 28.- FITZPATRICK, T. et al : Dermatología en Medicina General 2a ed. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, - Argentina, 1980 .
- 29.- GAMMER, S. : " Metastatic Squamous cell carcinoma. Arch. Dermatol. 113 (9) : 307, 1977 .
- 30.- GERMAN, C.D. : Arsenicismo Crónico. Estudio de 18 casos en Andocutin, Gto. Tesis de post grado C.D.P. México, - 1979-1981 .

- 31.- GOLBERG, D. y VILLARROEL, A.R. " Carcinoma verru-
goso del pene. A propósito de 2 observaciones. Rev. Arg. -
Derm. 63 (2) : 121-126, 1982 .
- 32.- GOLDENHERSH, M.A. and OLSEN, T. : " Invasive squa -
mous cell carcinoma initially diagnosed as a giant keratoa -
canthoma. J. Am. Acad. Dermatol. 10 (2) : 372-378, 1984 .
- 33.- GOLDSCHMIDT, H. : " Dermatologic Radiotherapy 1981, Edi
torial. Arch. Dermatol. 117 (11) : 685-688, 1981 .
- 34.- GOMEZ, P. y ROSADO A. : " Historia de la investigación del
cáncer " Arch. Invest. Med. I.M.S.S. Méx. 12, 361-374, -
1981 .
- 35.- GRAHAM, J.H. and HELWING, E.B. : " Bowen's disease -
and its relationship to sistemic cancer " Arch. Dermatol 83
(2) : 133-159, 1959 .
- 36.- GRAHAM, J.H. : " Selected precancerous skin and mucocu
taneous lesions. Year Book Medical Publishers. Inc. 69-121
1976 .
- 37.- HAENZEAL W : Variants in skin cáncer incidence within in
united sates Cancer Inst. Monograf. 10 : 225-243, 1963 .
- 38.- HARVEY, R.A. : " Squamous cell carcinoma of teh skin in
adolescence. JAMA 238, 531, 1977 .
- 39.- HEENAN, P.J. et al : " Cryptococosis and multiple squamo

- us cell carcinoma tumors asociated with a T cell defect " .
Cancer 47, 291-295, 1981 .
- 40.- HELM, FREDERICK : Cancer Dermatology, Lea and Febin
ger, Philadelphia, 1977 .
- 41.- IMMERMANN, S. et al : " Recurrent squamous cell carcinoma
of the skin " Cancer 51, 1537-1540, 1983 .
- 42.- JABLONSKA, S. et al : " Epidermodysplasia verruciformis
as a model in studies of the role of papovaviruses in oncoge-
nesis " . Cancer Res. 32, 583-589, 1972 .
- 43.- JAIMOVICH, L. and MULLER, M.A. : Epitelioma espinoce-
lular desarrollado sobre una lesión de lupus vulgar " Med. -
Cut. Lat. Am. 8 (4-6) : 133-138, 1980 .
- 44.- JANSEN, T. : " Comentary : Use topical Fluorouracil " Arch
Dermatol. 119 (9) : 784- 785, 1983 .
- 45.- KENNEDY, W.A. : " Multiple squamous cell carcinoma in
Fanconi's Anemia " Cancer 50 ; 811-814, 1982 .
- 46.- KONDO, S. and ASO. K : " Establishment of a cell line of -
human skin squamous cell ca. in vitro " . Brit. J. Dermatol.
105 (2) : 125-132, 1981 .
- 47.- LEE, S. et al : " Malignant transformation of perianal con-
dyroma acuminatum. A case report with review of the litera-
ture " . Dis. Colom. and Rectum. 24 (6) : 462-467, 1981 .

- 48.- LEVER, W.F. y SCHAWMBURG, G.: Histopatología de la piel. 5ta. ed. Editorial Interméica, Buenos Aires, Argentina, 1979 .
- 49.- LORENZO, M. F.: " El médico psiquiatra ante el enfermo con cáncer de la piel " . Curso sobre tumores de la piel. - Hospital de Oncología, C.M.N., I.M.S.S., México, Nov. 1983 .
- 50.- MAGNIN, P.H. y col : " Poiquilodermia congénita de Rothmund Thomsom. Evolución de un caso : 1948-1981, con epiteloma espinocelular " . Rev. Arg. Dermatol. 63 (1) : 53-58, 1982 .
- 51.- MAGNIN, P.H. y cols : " Carcinoma mucoepidermioide de la lengua " Rev. Arg. Dermatol 63 (2) : 121-126, 1982 .
- 52.- MANFREDI, G. y bordi : " Porokeratose de Mibelli et keratoses actiniques. Considérations cliniques, histologiques et ultrastructurales á propos d' un cas avec degénérechce " . Ann. Dermatol. Venereol. 105 (8-9) : 741-746, 1978 .
- 53.- MIKI, JOSHIHARU et al : " Cutaneous and pulmonary cancers associated with Bowen's disease, J. Am. Acad. Dermatol. - 6 (1) : 26-31, 1982 .
- 54.- MILLER, J. : " Squamous cell carcinoma arising in an epidermal cyst. Arch. Dermatol. 117 (11) : 683, 1981 .

- 55.- MOLLER, R. : " Metastastasis in dermatological patients - with squamous cell ca. " Arch. Dermatol. 115 (6) : 703-705, 1979 .
- 56.- MONTGOMERY, HAMILTON : Dermatopathology. Harper - Medical Division. Harper Row Publishers. New York, Evanston and London. V-II, pp 957-960, 1967 .
- 57.- MORA, G.R. and PERNICIARIO, Ch : " Cancer of the skin in blacks patients with cutaneous squamous cell carcinoma. J. Am. Acad. Dermatol. 5 (5) : 535-543, 1981 .
- 58.- NEALON, Thomas : Management of the patient with cancer 2a. ed. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1976 .
- 59.- ORTONNE, J.P. et PELLETIER, M. : Vitiligo et epithelomas cutanés " Ann. Dermatol. Venereol. 105 (12) : 76-77 1978 .
- 60.- PAPIILLON, J. et al : A new approach to the manegement of epidermoid carcinoma of the anal canal " Cancer 51, (10) - 1830-1837, 1983 .
- 61.- PEÑALOZA, J.A. : " Xeroderma pigmentoso " Estudio de 2 casos. Tésis de post grado. C.D.P. Méx. 1976-1977 .
- 62.- PEYRO, E. : " Radioterapia en el cáncer de la piel " Rev. Med. Hosp. Gral. S.S.A., 40 (9) : 613-614, 1977 .
- 63.- PINKSTON, J. et al : " Cancer of the head and neck in ato-

- mic bomb survivors Hiroshima-Nagasaki, 1945-1976 " . -
Cancer 48 : 2172-2178, 1981 .
- 64.- PITTELKOW, M. : " Skin cancer in patients with psoriasis treated coll tar. A 25 years follop up study " . Arch. Dermatol. 117 (8) : 420-423, 1981 .
- 65.- PRUNIERAS, J. : " Verrues, virus, cancer " . Ann. Dermatol. Venereol. 105 (5) : 479-483, 1978 .
- 66.- REBOLLEDO, M.R. : " Queratoacantoma " . Tésis de post grado, C.D.P. Méx. 1981-1982 .
- 67.- RINBORG, V. et al. : " Sequential Methotrexate, 5FU treatment of squamosus cell ca. of the head and neck " Cancer. - 52 : 271-273, 1983 .
- 68.- RIVERA, G.A. y cols : " Ca. epidermiode de la hidradenitis supurativa periana " . Derm. Rev. Cub. 20, 56-58, 1981 .
- 69.- ROLLO, J. et al : " Squamous cell ca. of the base of the base of the tongue. A clinicopathologic study of 81 cases " .
- 70.- ROOK, A.; WILKINSON, D.S. EBLING, E. : Textbook of dermatology. Ed. Blackwell Scientific Publications. 3ra. ed. Oxford-London, 1979 .
- 71.- ROSEN, T. and TUCKER, S.: " Bowen's disease in blacks " U.AM. Acad. Dermatol. 7 (6) : 368-370, 1982 .
- 72.- SALAS, M.M. : " Epidemiología del cáncer en el niño " -

- Rev. Mex. Pediatría 46 (1) : 11-18, 1979 .
- 73.- SAUL, A. y PNICHE, J. : Lecciones de Dermatología. Men
dez Cervantes Editor, 10a. ed. Méx. 1983 .
- 74.- Selected precancerous skin and mucocutaneous lesions. Year
Book Medical Publishers Inc. USA, 69-121, 1976 .
- 75.- SENTER, T. : " Carcinoma in atypical ichthyosiform derma
tosis. Letter to the editor. Arch. Dermatol 115 (9) : 1034-
1035, 1979.
- 76.- SHRUM, R.J. and COOPER, P. : " Squamous cell ca. in di
sseminated superficial actinic prokeratosis ". J. Am. Acad.
Dermatol. 6 (1) : 58-62, 1982 .
- 77.- SILVERMAN, S. et al. : " Oral leukoplakia and malignant
transformation. A follop up study of 257 patients. Cancer 53
(8) : 563-568, 1984 .
- 78.- SWANSON, N. : " Mohs Surgery. Technique, Indications, -
Applications and Future " . Art. Review. Arch. Dermatol .
119 (9) : 761-773, 1983 .
- 79.- THATCHER, N. et al : " Avanced recurrent squamous cell
ca. of the head and neck. Result of a Chemotherapeutic regi
men with Adriamycin, Blewmycin, 5FU, Methotrexate and -
Vitamin A ". Cancer 46 (6) : 1324-1327, 1980 .
- 80.- TROY, J.L.; GROSSMAN, M. : " Squamous cell ca. arising

- in a Leprous Neurotrophic ulcer. Report of a case. J. Dermatol Surg. Oncol. 2 (6) : 43-45, 1982 .
- 81.- TORRES, L.A. Médico adscrito al Servicio de Oncología, - Hospital Gral. de México, S.S.A. Comunicación personal, marzo, 1984 .
- 82.- VITALIANO, P. Y URBACH, F.: " The relative importance of risk factors in non melanoma carcinoma. Arch. Dermatol. 116 (3) : 454-456, 1980 .
- 83.- WEIGAND, D. : " Lichen sclerous et atrophicus, multiple - dysplastic keratoses and squamous cell carcinoma of the glans penis " . J. Dermatol. Surg. Oncol. 5, 31-33, 1981 .
- 84.- WILLIS, I.C.: " Mohs's Cehmosurgery : a multidisciplinary approach " . J. Dermatol. Surg. Oncol. 3 (3) : 10, 1983 .
- 85.- YOUSEF. M. et. al. : " Squamous cell ca. arising in penphigus vulgaris during inmunosuppressive therapy " . Cancer 46: 1374-1377, 1980 .
- 86.- ZUBIRI, A. et. al. : " Estadística de los cánceres cutáneos epiteliales en los países europeos de la lengua latina " Actas Dermo Sifilóg. 72 (5-6) : 241-250, 1981 .