

CARCINOMA VERRUGOSO: A PROPÓSITO DE UN CASO

VERRUCOUS CARCINOMA: REPORT OF A CASE

***Dra. Michele Quelquejeu, **Dra. Amelia Monge,**

**Médico General; **Médico Residente de Dermatología, Hospital Santo Tomás.*

Asesores: Dr. Reynaldo Arosemena S., Dr. Reynaldo Arosemena M.,

Servicio de Dermatología, Hospital Santo Tomás.

Colaboradores: Dr. Antonio Dorado, Dra. Ana Yuil, Servicio de Patología, Complejo Hospitalario Metropolitano
Dr. Arnulfo Arias Madrid, Caja del Seguro Social. Dr. Jaime Ávila, Servicio de Dermatología, Hospital Santo Tomás.

RESUMEN

El *epitelioma cuniculatum* constituye una variante inusual del carcinoma de células escamosas. Se reporta el caso de un paciente con una lesión plantar verrugosa entre el cuarto y el quinto dedo del pie derecho, de larga evolución, que se extendió formando una masa vegetante. Repetidos estudios histopatológicos permitieron finalmente hacer el diagnóstico de carcinoma verrugoso, y se trató exitosamente con 5-fluorouracilo tópico.

Palabras Clave: Epitelioma cuniculatum, carcinoma verrugoso, carcinoma escamoso de bajo grado de malignidad.

ABSTRACT

Epithelioma cuniculatum constitutes an unusual variant of squamous cell carcinoma. This is a report of the case of a patient with a long-standing verrucous lesion located in the sole of his right foot, between the fourth and fifth toe, which extended forming a vegetating mass. Numerous pathologic studies finally yielded the diagnosis of verrucous carcinoma, and it was treated successfully with topic 5-fluorouracil.

Key Words: Epithelioma cuniculatum, verrucous carcinoma, low-grade squamous cell carcinoma.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma verrugoso de la región plantar, o *epitelioma cuniculatum*, es un subtipo inusual de carcinoma de células escamosas de bajo grado de malignidad cuyo lugar de aparición es la planta del pie. En nuestro país no se cuenta con una estadística confiable sobre esta rara variedad de tumor. Excepcionalmente produce metástasis y tiene una baja mortalidad en comparación con otros subtipos de carcinoma de células escamosas. Crece lentamente al inicio, pero luego de varios años su crecimiento se vuelve más agresivo convirtiéndose en una masa voluminosa que puede invadir el hueso y hasta atravesar el pie. El hecho de que la lesión inicial sea a menudo confundida con una verruga plantar dilata su diagnóstico y tratamiento.

ENFERMEDAD ACTUAL

Se trata de un paciente masculino de raza negra de 85 años de edad, oriundo de Nicaragua y procedente de La Chorrera. Acude a inicios del año 2000 a consulta con médico general en clínica periférica del área de Panamá Oeste por historia de inicio hacía siete años de lesión hiperqueratósica entre el cuarto y quinto orjejo del pie derecho, que originalmente se localizaba únicamente en la región plantar y que gradualmente se extendió a lo largo de la región interdigital hasta llegar al dorso del pie (Figura 1). Refiere el paciente que la



Figura 1. Octubre 2002.

lesión parecía al principio una verruga plantar y fue tratado con queratolíticos tópicos recetados por el médico general, con resultados parciales. El paciente refirió que su crecimiento se acentuó en los últimos seis meses y que decidió acudir al dermatólogo porque la lesión le estuvo produciendo dolor las últimas dos semanas. No presentaba sintomatología general ni signos de inflamación en el área de la lesión.

HISTORIA ANTERIOR

Antecedentes Personales Patológicos: Litiasis renal tratada conservadoramente hace 10 años. Hipertensión

arterial tratada con Enalapril 20 mg/día desde hace 5 años.

Antecedentes Personales No Patológicos: Escolaridad secundaria completa. Capitán de barco retirado. Vivienda de bloques de cemento con techo de cinc y servicio higiénico.

Hábitos Personales: Fumador desde los 20 años de edad hasta los 70 años de edad. Fumaba una cajetilla diaria de cigarrillos. Niega consumo de alcohol o drogas.

Antecedentes heredo-familiares: Ninguno.

Antecedentes Quirúrgicos / Accidentes: Mutilación accidental de los dedos 3°, 4° y 5° de la mano derecha a los 34 años de edad.

REVISIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS

Sin datos contributivos.

EXAMEN FÍSICO

Signos Vitales: P.A. 140/80 mmHg. F.R. 14 /min. F.C. 80 lat/min. T. 36.8° C.

A la inspección se observaba un tumor exofítico de 6 x 4 x 3 cm de superficie irregular, con aspecto verrugoso, que se extendía por el espacio interdigital entre el cuarto y el quinto orjejo del pie derecho del paciente, desde la planta hasta el dorso. Se observaban pequeños poros que exudaban un material grasoso fétido. El paciente no presentaba otras lesiones y no se encontraron adenopatías. Resto del examen físico sin datos de relevancia.

ESTUDIOS PERTINENTES

Pruebas de laboratorio: Biometría Hemática dentro de límites normales. Pruebas funcionales hepáticas normales. Pruebas funcionales renales normales.

Patología: Se realizaron repetidas biopsias en el área de la lesión entre los meses de agosto y octubre del año 2002. Las primeras dos fueron inespecíficas, reportando únicamente hiperqueratosis y paraqueratosis. Finalmente se realizó una biopsia suficientemente profunda, que fue reportada como sugestiva de carcinoma verrugoso, observándose una epidermis hiperqueratósica y proliferante con alteraciones virales en las células epidérmicas (Figura 2).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Verruga vulgar: Inicialmente, la apariencia clínica del *epitelioma cuniculatum* es igual al de una verruga vulgar y muchas veces el examen histopatológico coincide con este diagnóstico, hallándose únicamente acantosis,

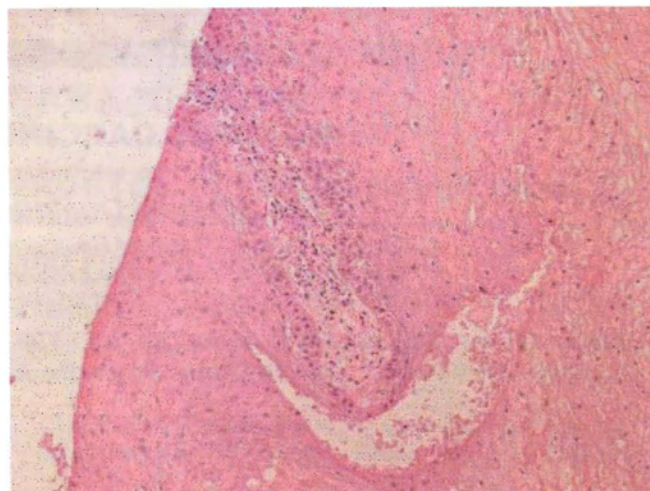


Figura 2

papilomatosis, hiperqueratosis y paraqueratosis¹ que son características inespecíficas de su superficie. Sin embargo, su crecimiento persistente por años, hasta medir varios centímetros, y su resistencia al tratamiento local no coinciden con el diagnóstico de verruga vulgar. Al tomar una biopsia profunda, se observa cómo el tumor penetra la dermis, haciéndola edematosa en su parte superior, con células inflamatorias en los sitios infiltrados y leve displasia.²

Queratoacantoma: La cantidad de glucógeno intracitoplasmático en el carcinoma verrugoso es pequeña en comparación con la del queratoacantoma.² Clínicamente, el queratoacantoma consta de un nódulo con tapón córneo central que se caracteriza por un crecimiento rápido en tres a cuatro meses con involución espontánea y el *epitelioma cuniculatum* tiene un aspecto verrugoso y no involuciona espontáneamente.

Carcinoma in situ de células escamosas: El *epitelioma cuniculatum* es un tumor que se va extendiendo lentamente, comprimiendo y desplazando las estructuras adyacentes, a diferencia del carcinoma de células escamosas que infiltra y puede llegar a ser invasor. Histológicamente, el carcinoma de células escamosas presenta queratinización individual, perlas córneas y atipia nuclear con células epidérmicas que infiltran la dermis. En el *epitelioma cuniculatum* no encontramos queratinización individual ni perlas córneas.¹

TRATAMIENTO

Se utilizó 5-fluorouracilo crema tópica dos veces al día por tres semanas, hasta lograr la mejoría clínica, y luego se continúa con seguimiento una vez al mes, en consulta, observando la lesión para determinar si hay crecimiento del tumor (Figura 3).



Figura 1. Enero 2003.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

El *epitelioma cuniculatum* es una variante clinicopatológica poco común del carcinoma escamoso, localizado específicamente en la región plantar del pie.¹ Al igual que los otros tipos de carcinoma escamoso, es una proliferación del queratinocito de la epidermis. Es un tumor de bajo grado de malignidad y de crecimiento lento. Aparece más en hombres que en mujeres y es más frecuente entre las edades de 52 y 60 años. Se caracteriza más por su compresión a tejidos vecinos que por producir metástasis. Sin embargo, puede llegar a ulcerarse y a aumentar en profundidad hasta afectar planos musculoaponeuróticos e incluso huesos.² Por sus características clínicas se puede confundir inicialmente con una verruga plantar, trayendo como consecuencia un diagnóstico tardío. Su confirmación histológica es frecuentemente difícil porque tiene características inespecíficas no malignas en su superficie como hiperqueratosis, paraqueratosis y acantosis.¹ Se deben realizar biopsias seriadas múltiples y profundas para llegar al diagnóstico.

El virus del papiloma humano (serotipos 1-4, 6, 11, 16 y 18) se ha implicado en su patogénesis.³⁻⁷ Los carcinomas de células escamosas se relacionan con una alta frecuencia de mutaciones en p53, un gen supresor de tumores, causadas por radiación ultravioleta.²

El 5-fluorouracilo fue la opción terapéutica elegida para este paciente en quien, por su edad y por la localización del tumor, una extirpación quirúrgica excisional no era recomendable. El 5-fluorouracilo ejerce su efecto mediante su acción citotóxica, como antimetabolito análogo del uracilo, interfiriendo con la síntesis del RNA.⁸ El pronóstico es excelente una vez finalizado el tratamiento. Concluimos que no podemos menospreciar los hallazgos clínicos, ya que a pesar de su aspecto inicial, el comportamiento a lo largo del tiempo de este tumor, con su crecimiento persistente y refractario al tratamiento, es característico de un carcinoma y debemos realizar siempre una biopsia profunda considerando esta posibilidad.

REFERENCIAS

1. Lever WF, Schaumburg-Lever G. Histopathology of the Skin. 7th ed. Philadelphia, PA: JB Lippincott; 1989:558-9.
2. Freeberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick TB. Dermatología en Medicina General Fitzpatrick. 5^a ed. tomo I. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2001. pp 885-91.
3. Arenas R. Dermatología: atlas, diagnóstico y tratamiento. 2^a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1996. p 568.
4. Schell BJ, et al. Verrucous carcinoma of the foot associated with human papillomavirus type 16. J Am Acad Dermatol 2001;45:49-55.
5. Habif TB. Clinical Dermatology. 3rd ed. St. Louis: Mosby-Year Book Inc; 1996.
6. Friedman RJ, Rigel DS, Kopf AW, Harris MN, Baker D. Cancer of the Skin. Philadelphia: WB Saunders Company; 1991. pp 80-2.
7. Noel JC, Peny MO, Goldschmidt D, Verhest A, Heenen M, De Dobbelaar G. Human papillomavirus type 1 DNA in verrucous carcinoma of the leg. J Am Acad Dermatol 1993;29:1036-8.
8. Hardman JG, Limbird LE, Molinoff PB, Ruddon RW, Gilman AG. Goodman & Gilman Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. 9^a edición Vol II. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C. V.; 1996. pp 1325-8.