



Definición

El carcinoma espinocelular (CEC) es un tumor maligno derivado de las células queratinizadas de la epidermis y sus anexos. Compromete piel y mucosas. Se lo considera el segundo cáncer más frecuente en Dermatología.

El CEC es un tumor localmente invasor y con capacidad de provocar metástasis. Se lo define como la principal neoplasia de células queratinizadas de la epidermis.

Epidemiología

Además de constituir la principal neoplasia de células queratinizantes de la epidermis, el CEC es el tumor más frecuente de las semimucosas y las mucosas orogenitales. Ocupa el segundo lugar en incidencia dentro de los tumores malignos de piel y mucosas, después del carcinoma basocelular (relación CEC/basocelular: 1 en 4). Corresponde al 20% de cánceres cutáneos no melanoma. La proporción varones/mujeres se estima en 2-3 a 1.

Factores de Riesgo

- Ubicación geográfica: latitud, altura
- Radiaciones (ultravioleta, radiación ionizante)
- Arsénico
- Hidrocarburos aromáticos policíclicos
- Piel clara, cabellos rubios o rojizos, ojos claros
- Edad (adultos)
- Grupo étnico (raza blanca)
- Genodermatosis: xeroderma pigmentoso, albinismo, epidermodisplasia verruciforme, etc.
- Dermatitis inflamatorias e infecciosas crónicas: liquen plano, liquen escleroso genital, lupus eritematoso discoide, bocas de fístulas, acné conglobata, hidradenitis supurativa, úlceras crónicas, leucoplasia, virus del papiloma humano (HPV).
- Traumatismos e irritaciones crónicas
- Queratosis actínicas
- Cicatrices
- Inmunodepresión.

| | | |
|---------------|--------------------------------|------------------|
| Copia N°: | Representante de la Dirección: | Fecha: |
| | <i>Revisó</i> | <i>Aprobó</i> |
| <i>Nombre</i> | Dr. Leonardo Gilardi | Dra. Inés Morend |
| <i>Firma</i> | | |
| <i>Fecha</i> | 26/08 | 11/09 |

Clínica

El CEC puede aparecer sobre piel o mucosa sanas o desarrollarse sobre dermatosis previas. Las variedades clínicas comprenden:

- Clásicas (formas constituidas)
 - Exofítica: tumoración vegetante, queratósica, indurada.
 - Endofítica: úlcera indurada.
 - Combinadas: tumoración ulcerovegetante indurada.
- Variedades clínico-patológicas *in situ*
 - CEC *in situ*: placa eritematoescamosa en piel.
 - Enfermedad de Bowen: placa eritematoescamocostrosa con límites policíclicos y sin perlas en la piel de tronco y miembros.
 - Eritroplasia de Queyrat: placa única, eritematosa, lisa, brillante, de límites netos en la mucosa genital.
 - Papulosis bowenoide: múltiples pápulas pigmentadas en región genitoanal de adultos jóvenes.
- Formas especiales (carcinoma verrugoso)
 - Papilomatosis oral florida: panoral
 - Condiloma acuminado gigante: genitoanal
 - Carcinoma *cuniculatum*: plantar
 - Papilomatosis carcinoide: cutánea pura.

Todas las formas pueden asociarse con distintos tipos de HPV en proporción variable.

Histología

Se caracterizan por proliferación de queratinocitos atípicos, que comienza dentro de la epidermis (carcinoma *in situ*) e infiltra luego la dermis para formar áreas que cornifican hacia la dermis (perlas córneas). Se reconocen:

- CEC diferenciado: 75% de perlas córneas
- CEC moderadamente diferenciado: 50% de perlas córneas
- CEC pobremente diferenciado: 25% de perlas córneas.

Los CEC pueden clasificarse según su penetración, lo que se correlaciona con su agresividad y, por lo tanto, con su pronóstico y tratamiento:

- *In situ*: queratosis actínica con atipia transepidérmica, enfermedad de Bowen, eritroplasia de Queyrat, papulosis bowenoide.
- Superficiales: carcinoma verrugoso de tipo panoral, genitoanal, de la piel palmoplantar y de la piel lampiña.
- Infiltrativos: diferenciado, moderadamente diferenciado y pobremente diferenciado.

Diagnóstico

- Clínica
- **Histopatología:** confirma el diagnóstico
- *Diagnósticos diferenciales*
 - Queratosis actínicas hipertóxicas; queratosis seborreicas
 - Carcinoma basocelular nóduloide ulcerado
 - Melanoma nóduloide amelanótico
 - Linfomas
 - Cicatrices anormales
 - Leishmaniasis, tuberculosis verrugosa, histoplasmosis, blastomicosis.
 - Balanitis de Zoon
 - Verrugas genitales

Tratamiento

Existen diversos factores que influyen en el comportamiento del CEC. Se consideran factores de alto riesgo:

- Tamaño > 2 cm con rápido crecimiento
- Histología agresiva: poco diferenciados, profundidad de invasión hasta hipodermis o mayor (más de 4 mm), invasión perineural o linfática.
- Localización en sitio de alto riesgo: mucosas, labio, oreja, periocular, nariz, surco nasogeniano, preauricular, retroauricular, cuero cabelludo, dedos y genitales.
- Dermatitis previa
- Desarrollo a partir de procesos inflamatorios crónicos
- Recurrencias
- Variables propias del paciente (edad, inmunosupresión)

Los tumores con estas características tienen un comportamiento agresivo, con mayor riesgo de recidiva y producción de metástasis. No obstante, la mayoría de los CEC son de bajo riesgo y susceptibles de ser tratados exitosamente con diferentes métodos:

- Cirugía convencional
- Criocirugía
- Láser de CO₂
- Radioterapia
- Terapia fotodinámica
- Curetaje y electrodesecación
- Cirugía micrográfica de Mohs
- Tratamiento farmacológico: interferón, imiquimod, 5-fluorouracilo



Tratamiento de la Enfermedad Regional

Ante la existencia de ganglios linfáticos palpables, se debe realizar el estudio histopatológico mediante aspiración con aguja fina o biopsia quirúrgica. De encontrarse comprometidos, las opciones terapéuticas son la disección ganglionar, la radioterapia o la combinación de ambos. Se reserva la quimioterapia para casos especiales. El estudio del paciente se completa con métodos por imágenes (radiografía, tomografía y ecografía) y exámenes de laboratorio.

El protocolo de seguimiento comprende:

- Examen clínico cutáneo-mucoso y ganglionar cada 3 a 6 meses durante 2 años, luego cada 6 a 12 meses por 3 años y anualmente de por vida.
- Enfermedad regional: examen clínico cutáneo-ganglionar cada 3 meses durante 2 años, cada 4 meses por 1 año, cada 6 meses por 2 años y anualmente de por vida.
- Solicitar periódicamente estudios por imágenes.
- Educación del paciente (autoexamen y fotoprotección).

Bibliografía

1. Consenso sobre carcinoma basocelular y espinocelular. SAD. 2005
2. Skin Cancer: Basal and Squamous Cell. American cancer Society. 2011
3. Breuninger H, Bootz F, Hauschild A, Kortmann R, Wolff K et al: Short German guidelines: Squamous cell carcinoma. JDDG. 2008: S5-S8
4. Corbalán-Vélez R, Ruiz-Maciá JAb, Brufau C y Carapeto FJ: Carcinoma espinocelular cutáneo y papilomavirus (VPH). Actas Dermosifiliogr. 2007;98:583-93
5. Hernández Martín A, Echevarría Iturbe C: carcinoma espinocelular. Piel 2003;18:364-76.
6. Martínez JC, Otley C: The Management of Melanoma and Nonmelanoma Skin Cancer: A Review for the Primary Care Physician. Mayo Clin Proc. 2001;76:1253-1265