



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), marzo-abril 2024,
Volumen 8, Número 2.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2

CARCINOMA ESPINOCELULAR-CARCINOMA ESCAMOCELULAR, EN REGIÓN FACIAL DERECHA. REPORTE DE CASO

**SPINOCELLULAR CARCINOMA-SQUAMOCELLULAR
CARCINOMA, IN THE RIGHT FACIAL REGION.
CASE REPORT**

Md. Christopher Daniel Ordoñez Albia

Hospital Santa Inés Loja, Ecuador

Md. Flor María Peralta Castillo

Hospital Isidro Ayora de Loja, Ecuador

Md. Xavier Andrés Veliz Viteri

Investigador Independiente, Ecuador

Md. Michelle Carolina Alvarez Vásquez

Hospital Carlos Andrade Marín, Ecuador

Md. Pamela Stephanie Iturburu Palomeque

Universidad de Guayaquil, Ecuador

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.10690

Carcinoma Espinocelular-Carcinoma Escamocelular, en Región Facial Derecha. Reporte de Caso

Md. Christopher Daniel Ordoñez Albia¹

christdoa.1997@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-5231-4198>

Hospital Santa Inés Loja
Ecuador

Md. Flor María Peralta Castillo

flormariaperaltac91@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-4740-4729>

Hospital Isidro Ayora de Loja
Ecuador

Md. Xavier Andrés Veliz Viteri

xvelizviteri@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-9118-5551>

Investigador Independiente
Guayaquil, Ecuador

Md. Michelle Carolina Alvarez Vásquez

michualvarezv2@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-3949-404X>

Hospital Carlos Andrade Marín
Ecuador

Md. Pamela Stephanie Iturburu Palomeque

pamelaiturburucz5@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-5627-3774>

Técnico docente Universidad de Guayaquil
Ecuador

RESUMEN

El carcinoma espinocelular es el tipo más común de cáncer de piel después del epitelio de células basales. Es la segunda neoplasia maligna más frecuente de la piel y sus manifestaciones clínicas típicas son lesiones carnosas, hiperqueratósicas y/o ulceradas en zonas cutáneas expuestas en ancianos. El tumor debe extirparse o destruirse por completo porque puede reaparecer localmente y tiene potencial de metástasis. La etiología del carcinoma de células escamosas es multifactorial y, aunque en la mayoría de los pacientes se puede identificar más de un factor predisponente, se desconoce el mecanismo de acción exacto. Se reporta una paciente femenina la cual reporta masa en región facial localizada cerca de pabellón auricular derecha, la misma provoca dolor y presencia de secreción purulenta.

Palabras Claves: carcinoma espinocelular, neoplasia maligna, metástasis

¹ Autor principal

Correspondencia: christdoa.1997@gmail.com

Spinocellular Carcinoma-Squamocellular Carcinoma, in the Right Facial Region. Case Report

ABSTRACT

Squamous cell carcinoma is the most common type of skin cancer after basal cell epithelium. It is the second most common malignant neoplasm of the skin, and its typical clinical manifestations are fleshy, hyperkeratotic and/or ulcerated lesions in exposed skin areas in the elderly. The tumor must be removed or destroyed completely because it can recur locally and has the potential for metastasis. The etiology of squamous cell carcinoma is multifactorial and, although more than one predisposing factor can be identified in most patients, the exact mechanism of action is unknown. A female patient is reported who reports a mass in the facial region located near the right auricle, which causes pain and the presence of purulent secretion.

Keywords: squamous cell carcinoma, malignant neoplasm, metastasis

Artículo recibido 22 febrero 2024

Aceptado para publicación: 27 marzo 2024



INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células escamosas es el segundo tumor cutáneo más común después del carcinoma de células basales y representa aproximadamente el 20-25% de todos los cánceres de piel. Se trata de una proliferación maligna de células llamadas queratinocitos que suele presentarse en personas de piel clara con exposición crónica al sol, aunque se han identificado otros factores de riesgo.(1) Este tipo de cáncer se comporta de forma benigna en la mayoría de los casos, pero algunos tipos de cáncer requieren un diagnóstico y tratamiento tempranos para evitar no sólo la destrucción local del tejido, sino también la diseminación a los ganglios linfáticos regionales, causando problemas graves. incluso muerto.

La incidencia entre los blancos oscila entre 100/100.000 habitantes (mujeres) y 150/100.000 habitantes (hombres). Entre los negros, la incidencia es de 3/100.000 independientemente del sexo, lo que lo convierte en el cáncer de piel más común en este grupo racial.(2,3) En las personas de raza blanca, se encuentra en áreas fotoexpuestas en hombres, pacientes de edad avanzada y en pacientes poco fotogénicos, mientras que, en pacientes de piel oscura, generalmente se encuentra en áreas que normalmente no están expuestas a la fotoexposición (a menudo las extremidades inferiores), por lo que la radiación ultravioleta no parece funcionar. igual importancia etiopatogénica en ambos grupos.(4)

El carcinoma de células escamosas tiene una variedad de manifestaciones clínicas, como queratoacantoma, enfermedad de Bowen, carcinoma de células escamosas cutáneo con y sin exposición solar, carcinoma de células escamosas que surge de cicatrices y carcinoma verrugoso. Sin embargo, la presentación clínica temprana más común son pápulas, manchas o nódulos rosados o rojos con una superficie escamosa. Con el tiempo, las lesiones pueden supurar, sangrar y formar una costra central elevada y de bordes duros.(5)

Las áreas más comunes en personas de piel clara son: cara, calva, orejas, cuello, parte superior del cuerpo, antebrazos, dorso de las manos y el área anterior a la parte inferior de la pierna. También ocurre en el labio inferior, especialmente en fumadores. En cambio, para las personas con tono de piel más oscuro, las zonas más afectadas son: piernas, ano y genitales.(6)

El carcinoma cutáneo de células escamosas suele presentarse como pápulas o nódulos carnosos con diversos grados de hiperqueratosis y/o ulceración. A medida que avanza la enfermedad, su tamaño aumenta y se adhiere a estructuras profundas de la piel, penetra en los vasos linfáticos y metastatiza a

los pulmones a través de los vasos linfáticos.(7) El queratoacantoma ha sido tradicionalmente considerado una lesión benigna, pero actualmente algunos autores prefieren interpretarlo como un carcinoma epidermoide bien diferenciado y con capacidad de curación por sí solo. De hecho, se han descrito casos de recurrencia, metástasis e incluso muerte. El queratoacantoma se caracteriza por un crecimiento rápido y la aparición de un cráter lleno de queratina (etapa de desarrollo); cuando alcanza su pleno desarrollo (etapa de estado), retrocede espontáneamente hasta desaparecer, con diversos efectos cicatrizantes (etapa de resolución), estos efectos pueden ser imperceptibles o atróficos y deformantes, especialmente si se localizan en nariz y párpados.(8)

El objetivo principal del tratamiento es eliminar radicalmente el tumor, ya que los que no se tratan completamente reaparecen y pueden formarse metástasis. El tipo de tratamiento dependerá del tamaño y localización de la lesión, de la edad y estado general del paciente y de los tratamientos previos, así como del conocimiento que tenga el dermatólogo de los distintos métodos.

Caso Clínico

Paciente femenina de 65 años, acude al servicio de emergencia por referir desde hace 6 meses presencia de tumoración localizada en región facial, cerca de pabellón auricular derecha la misma que produce liquido purulento motivo por el cual acude.

Enfermedades médicas: HTA diagnosticada hace 15 años en tratamiento con losartán de 100 mg QD

Antecedentes alérgicos: No refiere

Antecedentes quirúrgicos: No refiere

Antecedentes familiares: Padres con diagnóstico de HTA

Hábitos

- Alimentación: 3 veces al día
- Intolerancias alimenticias: ninguna
- Catarsis: 1 vez al día
- Diuresis: 5 veces al día
- Sueño: 6 horas diarias, no reparador
- Medicación: Losartán 100 mg

Paciente ingresa al servicio de Onco-Dermatología en donde realiza la exploración física pertinente, signos vitales: frecuencia cardiaca 92 latidos por minuto, saturación 92% con fio2 21%, tensión arterial 124/81 mmhg, frecuencia respiratoria de 19, temperatura de 36.5°C axilar.

Paciente Lucida, afebril, orientada en tiempo, espacio y persona con razonamiento lógico, comprensión y juicio normales. Glasgow 15/15.

Cabeza: normocéfala, no protrusiones, no depresiones. Ojos: pupilas fotorreactivas, isocóricas, escleras blancas, conjuntivas rosadas. Nariz: fosas nasales permeables. Boca: mucosa oral húmedas. Labios: simétricos, hidratados. Encías: presencia de placa dentaria. Cuello: Simétrico, móvil, no ingurgitación yugular. Región auricular anterior derecha: presencia de tumoración de aproximadamente 5 cm x 3,5 cm, se evidencia secreción purulenta y tejido necrótico (figura 1).

Tórax: simétrico, latido apaxiano no visible, respiración torácica, no hay dolor a la palpación, expansibilidad normal, elasticidad pulmonar normal. Palpación no doloroso a la palpación, no presencia de masas. Corazón R1 y R2 rítmicos. Pulmones: murmullo vesicular conservado, no se auscultan ruidos sobreañadidos.

Abdomen: inspección: Simétrico, no cicatrices, auscultación ruidos hidroaéreos presentes. Palpación Suave, blando, no doloroso a la palpación superficial o profunda.

Región lumbar: inspección: Simétrica, de aspecto normal, color de piel acorde con el resto del cuerpo.

Palpación: puño percusión negativo.

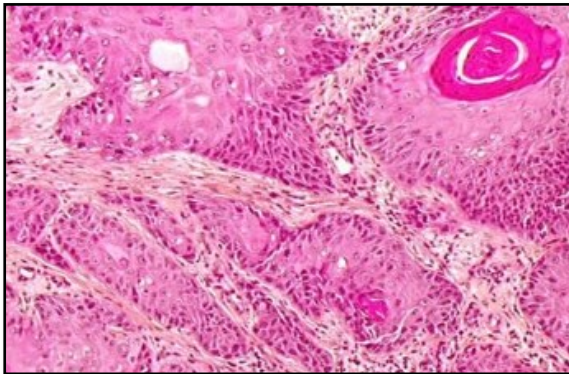
Extremidades: tono y fuerza muscular conservada, no edema, escala de Daniels 5/5.

Figura 1. Tumoración de 5 cm x 3,5 cm.



Se realiza de manera urgente estudio histopatológico el mismo que es compatible con carcinoma espinocelular (figura 2).

Figura 2. Carcinoma espinocelular



Reporte

El epitelio muestra características degenerativas y está dispuesto como cordones o islas de células pleomórficas con algunas mitosis hipercromáticas, atípicas y abundantes, aumento de la relación núcleo/citoplasma, nucléolos típicamente prominentes y glóbulos de queratina. Además, se observa infiltración linfoplasmocítica entre las células tumorales y junto a los tejidos se puede observar infiltración de islotes pancreáticos con bordes o filas anchas, siendo este último pronóstico desfavorable. Pobre diferenciación.

DISCUSIÓN

El carcinoma escamocelular es una malignidad de crecimiento lento y conduce a una metástasis de distancia prolongada. Es una fuente de cáncer epitelial caracterizado por la diferenciación corneal de la enfermedad corneal y de queratina. Ocurre principalmente en la raza blanca. La forma bien diferenciada de esta neoplasia se denominaba antiguamente carcinoma espinocelular. Este ocurre con mayor frecuencia en partes expuestas del cuerpo: cara, espalda, manos y labio superior. Este tumor tiene varias formas morfológicas: la más común es una lesión escamosa con queratinización, a menudo ulcerada y cubierta de costras. También puede presentarse como nódulos, úlceras, pápulas, infiltrados planos o elevados o lesiones similares a telangiectasias.(9,10)

Las principales causas del carcinoma de células escamosas de piel son la predisposición genética, la radiación ultravioleta (especialmente UVB), la exposición al sol (especialmente en la infancia), la edad,

el sexo masculino, la piel pálida, la inmunosupresión (congénita y adquirida), la presencia de cicatrices extensas (especialmente después de una quemadura) o una herida sin cicatrizar.(11)

Por lo general, el carcinoma escamocelular ocurre en adultos mayores. La edad media de los pacientes suele ser de 70 años. El carcinoma de células escamosas (carcinoma de células escamosas) es más común en hombres que en mujeres y es más común en personas de piel clara. En Europa Central se producen entre 20 y 30 nuevos casos de carcinoma de células escamosas al año por cada 100.000 habitantes. En nuestro caso presentado la paciente tiene 65 años donde su tumoración se encuentra en una zona expuesta a la luz solar.(12)

En el carcinoma espinocelular, los síntomas aparecen en la piel, como los labios, las manos o la cara. Dado que estos tumores se encuentran en la superficie de la piel, pueden detectarse a simple vista sin necesidad de utilizar medios adicionales. A menudo se pasa por alto la transición de una lesión crónica al cáncer. Los siguientes síntomas cutáneos indican carcinoma de células escamosas: nódulos, queratinización, formación de costras, placas escamosas y rojas.(13,14)

El tratamiento del carcinoma escamocelular es especialmente prometedor si se inicia en las primeras etapas de la enfermedad. Cuanto antes los expertos traten el carcinoma de células escamosas, mayores serán las posibilidades de recuperación. El mejor tratamiento es la extirpación quirúrgica del tumor y de los ganglios linfáticos sospechosos. También se utilizan agentes de electrocoagulación e inmunomoduladores. Si el carcinoma de células escamosas no se puede extirpar debido a su ubicación y extensión, los médicos utilizan radioterapia, a veces en combinación con quimioterapia o la llamada quimioinmunoterapia. La radioterapia también es adecuada si el cáncer sólo se ha extirpado parcialmente y/o el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos. También se pueden utilizar crioterapia y terapia con láser.(15)

CONCLUSIONES

El carcinoma espinocelular se presenta en cicatrices de larga duración o heridas que no han cicatrizado. Los pacientes que reciben terapia inmunosupresora tienen un mayor riesgo de desarrollar carcinoma de células escamosas de la piel. En este grupo de pacientes el curso de la enfermedad es más agresivo. El carcinoma cutáneo de células escamosas tiene un pronóstico generalmente favorable. Tasa de supervivencia a 5 años >90%

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Villagómez-Ortíz VJ, Paz-Delgadillo DE, Marino-Martínez I, Ceseñas-Falcón LÁ, Sandoval-de la Fuente A, Reyes-Escobedo A. Prevalencia de infección por virus del papiloma humano en carcinoma espinocelular de cavidad oral, orofaringe y laringe. *Cir Cir.* 2016 Sep 1;84(5):363–8.
2. García Pita E, Alberto Di Lella F, José Larrañaga Andrea Salazar J. Carcinoma espinocelular del oído externo con extensión parotídea: a propósito de un caso. 2016.
3. Cabello tania, Sazo niColáS, SalGado aPolo F, martínez benJamín. Epidemiology, and End Results Program of the North American National Cancer Institute. Vol. 143, *Rev Med Chile.* 2015.
4. Reyes Jaimes O, Reyes Flores O, Sardi JR, O RJ, O RF. Carcinoma Espinocelular Con Cambios De Fibromixosarcoma. Vol. 32. 1994.
5. De La Fuente Ávila M, Díaz Jara M, Martínez Rondanelli B. Carcinoma espinocelular de lengua: estudio de sobrevida a 5 años. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral.* 2016 Apr;9(1):74–8.
6. Sánchez G, Nova J. Factores de riesgo de carcinoma espinocelular, un estudio del Centro Nacional de Dermatología de Colombia. *Actas Dermosifiliogr.* 2013 Oct;104(8):672–8.
7. Minelli L, Bergonse FN, Swenson AM. Carcinoma espinocelular. *Rev Bras Med.* 1998 Jun;55(6):427–30.
8. Rosario HE, Ioverno ML, Palmisano EM. Carcinoma espinocelular gigante de ombligo Gigant squamous cell carcinoma of the navel *Carta científica.* Vol. 108, *Rev Argent Cirug.* 2016.
9. Genois A, Maari C, Bouffard D. Atypical presentation of adenosquamous carcinoma: A case report. *SAGE Open Med Case Rep.* 2018 Jan;6:2050313X1880121.
10. Corbalán-Vélez R, Ruiz-Macia JA, Brufau C, López-Lozano JM, Martínez-Barba E, Carapeto FJ. Las células claras en el carcinoma espinocelular cutáneo. *Actas Dermosifiliogr.* 2009 May;100(4):307–16.
11. CRISTINA GAETTI-JARDIM Mestranda em Cirurgia Traumatologia E, Cristina Gaetti Jardim E, José Bonifácio R. Carcinoma Espinocelular: A Importância Do Diagnóstico Precoce Squamous Cell Carcinoma: The Importance Of Early Diagnosis Endereço para correspondência. 2013.



12. Mejía AM, María Velásquez M. Biología e inmunopatogénesis del carcinoma espinocelular y el basocelular Biology and immunopathogenesis of skin cancer Rev Asoc Colomb Dermatol Artículo de Revisión Correspondencia [Internet]. Vol. 21, Rev Asoc Colomb Dermatol. Abril-Junio; 2013. Available from: www.revistasocolderma.com
13. Corbalán-Vélez R, Ruiz-Maciá JA, Brufau C, Carapeto FJ. Carcinoma espinocelular cutáneo y papilomavirus (VPH). Actas Dermosifiliogr. 2007 Nov;98(9):583–93.
14. L. CARRASCO, J. FORTES, J. L. SARASA, M. C. MORENO, M. J. IZQUIERDO, M. A. SÁEZ, et al. Carcinoma espinocelular cutáneo pigmentado: descripción de dos casos. Actas Dermosifiliogr. 2000;
15. Gallego C PA. Carcinoma espinocelular en cuero cabelludo. Rev Esp Sanid Penit. 2014;24–5.

