

CASO CLÍNICO PATOLÓGICO

REVISTA ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA

Propiedad de la Asociación Argentina de Dermatología

ISSN 1851-300X | Número de Propiedad Intelectual RE-2023-29115831

CARCINOMA ESCAMOSO HÍBRIDO DE LA PLANTA DEL PIE

SQUAMOUS HYBRID CARCINOMA OF THE SOLE OF THE FOOT



OCT - DIC 2022 | Vol. 103 N°4

Caso Clínico Patológico

Rev. argent. dermatol. 2022; 103 (4): 20 -27.

Publicado en línea 2023, mayo / Published online 2023 may

Carcinoma escamoso híbrido de la planta del pie.

Autores | Contacto

Sánchez MP¹, Mariasch PG², Eidilstein DA², Kirilovsky PE², Peralta – Montes S³, Díaz D³

¹Médico Residente de Dermatología. Clínica de la Piel, Neuquén Capital. Argentina

²Médico Especialista en Dermatología. Clínica de la Piel, Neuquén Capital. Argentina

³Médico Dermatólogo/Médico Patólogo. Laboratorio Norpatagónico de Patología, Neuquén Capital. Argentina

Neuquén Capital. Argentina

Clínica de la Piel. Martin Fierro 452. Neuquén (8300). Argentina

www.clinicapiel.com.ar

Email autor: mariapazsanchez@outlook.com.ar

Recibido: 16/07/2021

Recibido 1°Corrector: 13/02/2023

Recibido 2° corrector: 15/03/2023

Aceptado para su Publicación: 22/03/2023

Los autores declaramos no poseer ningún tipo de conflicto de interés

RESUMEN

El carcinoma escamoso (CEC) es un tumor maligno de la epidermis y sus anexos. Es el segundo en frecuencia después del carcinoma basocelular y presenta distintas variantes clinicopatológicas. El subtipo carcinoma verrucoso (CV) es una variante poco frecuente de CEC con características histopatológicas y comportamiento específico. Ocasionalmente, se pueden observar componentes carcinomatosos de células escamosas convencionales en el CV, denominándose a esta entidad tumores “híbridos”, los cuales representan el 20% de los casos observados.

Reportamos el caso de un paciente varón de 72 años con una gran lesión exofítica que compromete 5to dedo y planta de pie derecho con diagnóstico de carcinoma escamoso híbrido.

El objetivo de la presentación es mostrar una asociación infrecuente, haciendo énfasis en su seguimiento cercano ya que puede manifestar cambios en su comportamiento clínico diseminándose a los ganglios linfáticos regionales.

PALABRAS CLAVE

Carcinoma escamoso, verrucoso, planta de pie, carcinoma híbrid.

ABSTRACT

Squamous carcinoma (SCC) is a malignant tumor of the epidermis and its appendages. It is the second most common after basal cell carcinoma and has different clinicopathological variants. The verrucous carcinoma (VC) subtype is a rare variant of SCC with histopathological characteristics and specific behavior. Occasionally, carcinomatous components of conventional squamous cells can be observed in the VC, this entity being called «hybridized» tumors, which represent 20% of cases.

We report the case of a 72-year-old male with a large exophytic lesion involving the 5th right toe and foot with a diagnosis of squamous hybrid carcinoma.

The objective of the presentation is to show an infrequent association, emphasizing its close follow-up as it can modify its clinical behavior by spreading to regional lymphnodes.

KEY WORDS

Squamous carcinoma, verrucous, sole, hybrid carcinoma

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma escamoso (CEC) es un tumor maligno de las células queratinizantes de la epidermis y sus anexos. Afecta tanto la piel como a las mucosas con epitelio escamoso. Es el segundo cáncer más frecuente en dermatología, con importante crecimiento de las tasas de incidencia en las últimas décadas¹.

Existen formas especiales de CEC tales como el carcinoma verrugoso (CV) con sus variedades: panoral (papilomatosis oral florida), genitoanal (condiloma acuminado gigante), plantar (carcinoma cuniculatum), cutánea pura (papilomatosis carcinoide)¹

Se ha reportado una coexistencia de tumores “híbridos” compuestos por CV y CEC convencional en aproximadamente el 20% de los casos reportados².

Caso clínico

Paciente masculino de 72 años de edad que consulta por placa hiperqueratósica fisurada, aspecto verrugoso de aproximadamente 2 x 1 cm en cara plantar de 5to dedo del pie derecho, de 9-10 meses de evolución. Presentó crecimiento progresivo hasta comprometer área interdigital y cara plantar de la extremidad. (Figura 1 A y B).

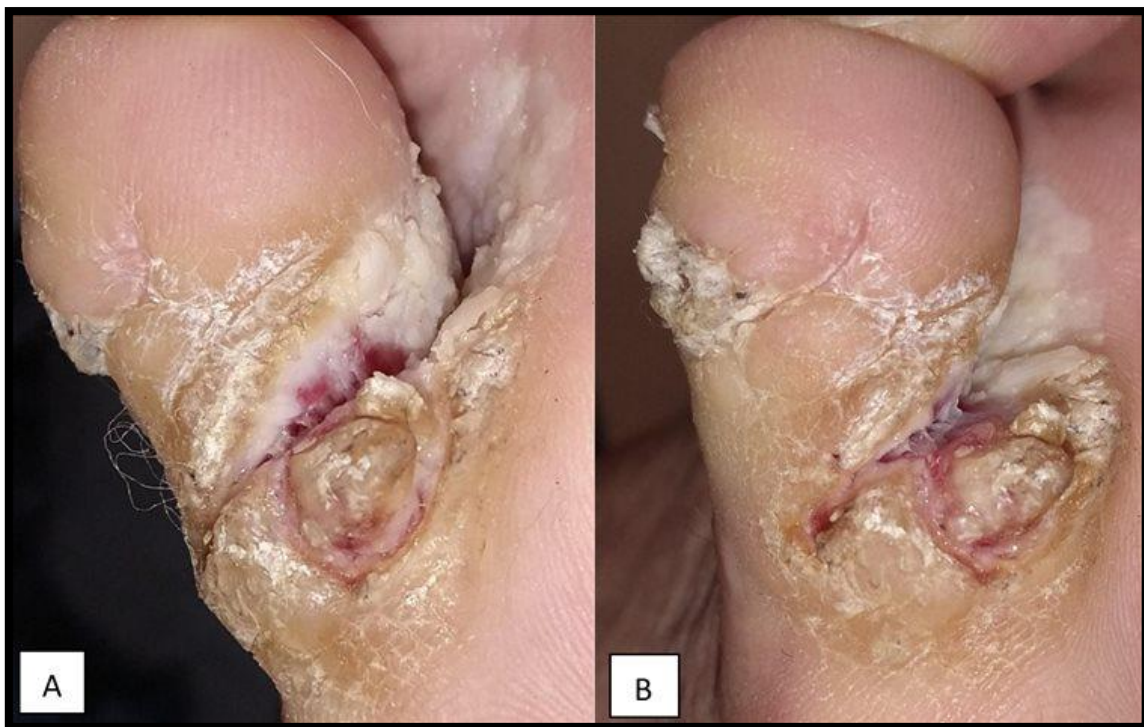


Figura 1 (A y B): Placa queratósica fisurada en cara dorsal de 5to dedo, espacio interdigital y planta del pie derecho

Como antecedente, había sido tratado seis meses previos por una infección complicada por pseudomonas en dicho lugar y se encontraba en seguimiento con Traumatología e Infectología.

Ante la sospecha de carcinoma verrugoso se indicó realizar biopsia por punch la cual no fue concluyente por lo que mediante interconsulta con Traumatología se indicó resección amplia de la lesión con posterior estudio histopatológico en el cual arrojó como resultado carcinoma tipo híbrido con áreas de carcinoma espinocelular infiltrante moderadamente diferenciado y áreas de carcinoma verrugoso (Figura 2-3).

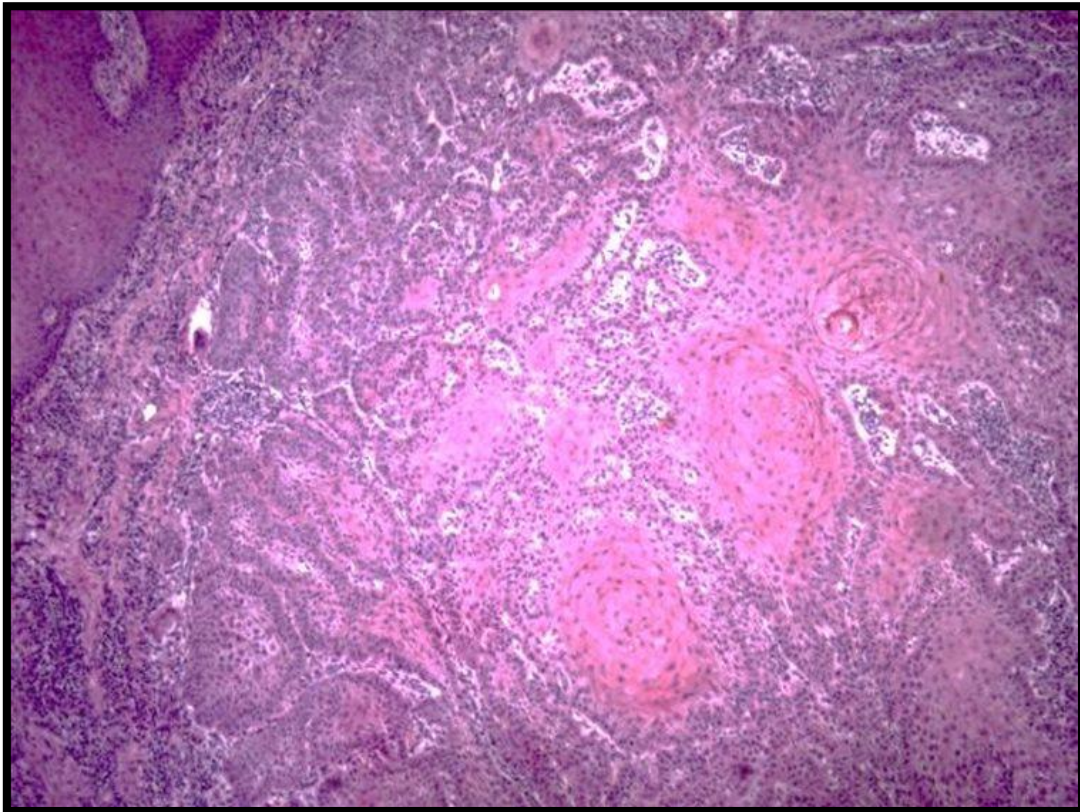


Figura 2: HE (10 X) Área de carcinoma escamoso convencional.

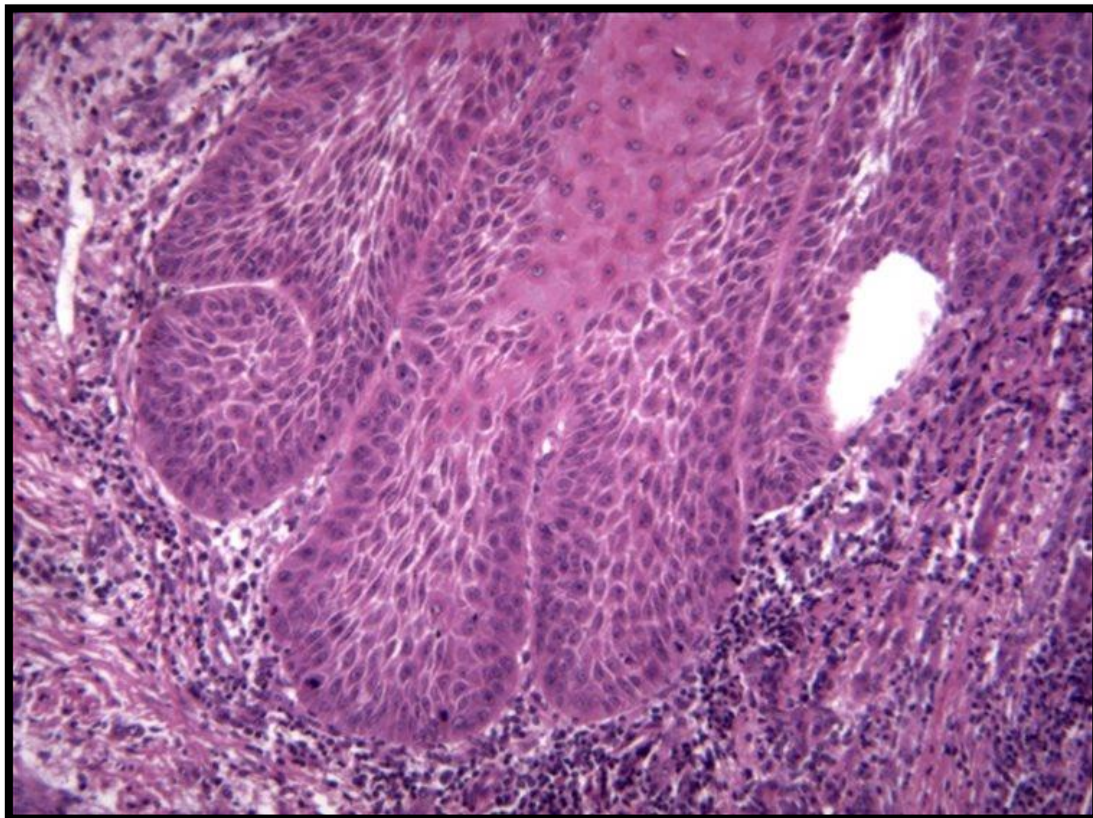


Figura 3: HE (10X) Epitelio engrosado, neoplásico con arquitectura verrugosa y proyecciones en dedo de guante

Se realizó la posterior resección completa del tumor requiriendo la amputación del 5to dedo.

Discusión

En 1948, Ackerman describió por primera vez el CV³. Se lo describe como un tumor de bajo grado, crecimiento lento, localmente agresivo, bien diferenciado y actualmente es considerado una variante clinicopatológica del CEC.⁴

En la literatura se describen dos tipos de CV: clásicos e híbridos. La variante clásica, más común, es un tumor histológicamente uniforme o puro que puede ser localmente agresivo, pero con mínima capacidad de metastatizar. El subtipo híbrido, en cambio, es un tumor mixto compuesto de carcinoma de células escamosas verrugoso y CEC convencional lo que le confiere la capacidad de hacer metástasis⁵.

El CV puede afectar la cavidad oral (papilomatosis oral florida), la región anogenital (condiloma gigante de Buschke-Lowenstei), la superficie plantar del pie (carcinoma cuniculatum), la laringe y, con menor frecuencia otros sitios cutáneos⁶.

La patogénesis del CEC incluyendo al subtipo verrugoso aún no se ha aclarado completamente⁷. Las principales teorías incluyen infección por virus del papiloma humano (VPH) en cavidad oral, región anogenital, pie plantar⁸, carcinogénesis química inducida por inhalar y mascar tabaco o coca⁹, el consumo de alcohol o también secundario a patologías caracterizados por la presencia de inflamación crónica¹⁰, tales como la leucoplasia, liquen plano, lupus eritematoso crónico, queilitis y candidiasis¹¹

Con respecto al VPH los subtipos 6 y 11 se relacionan con mayor frecuencia con el tumor de Buschke-Löwenstein¹². En lesiones plantares, se notificó el subtipo 16¹³ y se encontró la presencia del subtipo 33 en un CV del cuero cabelludo¹⁴. A pesar de la presencia de cepas de VPH, no se ha demostrado una relación causal por lo que esta asociación sigue siendo controvertida¹⁵.

El CEC generalmente se presenta en pacientes de mediana edad (50 años); sin embargo, se ha informado que el subtipo anogenital de CV se desarrolla en hombres de 18 a 86 años¹². Clínicamente, el CEC suele aparecer en zonas fotoexpuestas. Se caracteriza por una pápula o placa rosa, frecuentemente escamosa y en ocasiones ulcerada¹⁶.

Sin embargo, cuando se trata del subtipo verrugoso, la lesión se caracteriza por ser un tumor de larga data, de crecimiento lento que cuando se ubica en la zona del pie generalmente se encuentra en la planta y, con menos frecuencia, en los dedos o los talones¹³. Las lesiones a menudo son exofíticas, localmente invasivas y pueden llegar a medir varios centímetros; se presenta como un tumor de aspecto verrugoso, asociado a hiperqueratosis de color blanco-grisáceo¹⁷ pueden desarrollar múltiples criptas y senos de los que drena material mal oliente¹⁸. En ocasiones, las lesiones se encuentran ulceradas, produciendo dolor, sangrado y dificultad para la deambulaci3n¹⁹. Suelen ser únicas aunque, menos frecuente, hay casos reportado de lesiones múltiples y bilaterales²⁰

Tanto el diagnóstico clínico como histopatológico puede ser difícil, ya que es fácilmente confundido con lesiones benignas tales como verrugas vulgar y además si la biopsia es tomada de manera superficial pueden aparentar una patología benigna. Se hace necesario tomar una biopsia profunda y repetitiva para establecer el diagnóstico, como así también el grado de invasi3n⁴.

Histológicamente los CV comparten las mismas características histológicas independientemente del lugar de origen. Pueden parecerse superficialmente a una verruga, con hiperqueratosis, paraqueratosis, acantosis, papilomatosis y vacuolizaci3n de la capa celular granular con células con mínima atipia, núcleos grandes y nucléolos evidentes. Sin embargo, un rasgo característico son las proyecciones de epitelio bien diferenciado rodeado de estroma edematoso y células inflamatorias crónicas que se extienden hasta la dermis, a veces

Carcinoma escamoso híbrido de la planta del pie. - Sánchez MP1 y col.

formando senos llenos de queratina , cuyo aspecto de “madriguera de conejos” da origen al nombre “carcinoma cuniculatum”¹⁸⁻²¹

El diagnóstico diferencial de carcinoma verrugoso se realiza con verruga vulgaris, queratoacantoma, pioderma vegetans y otros tipos de carcinoma de células escamosas¹⁷

Llegar al diagnóstico adecuado de CEC versus CV se vuelve clínicamente relevante ya que el CEC tiene una probabilidad mucho mayor de dar metástasis en los ganglios linfáticos, y generalmente requiere un plan de tratamiento más agresivo²².

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa y amplia que en algunos casos requiere amputación parcial o total del pie²³⁻²⁴. La cirugía micrográfica de Mohs es una buena alternativa en los casos en los que es menester preservar tejido sano¹⁷

La radioterapia ha sido descrita en algunos casos. Ofrece la ventaja potencial de evitar el trauma y la deformidad del procedimiento quirúrgico, pero sigue siendo una modalidad muy controvertida, debido a su asociación potencial con transformación en un CEC de alto grado²⁵⁻²⁶⁻²⁷

Los estudios de imagen tales como la tomografía computarizada o la resonancia magnética se pueden utilizar para demostrar la ubicación exacta y la extensión del carcinoma para la estadificación preoperatoria y planificación quirúrgica⁴.

En general, los pacientes con CV tienen un pronóstico favorable. La morbilidad suele ser resultado de la destrucción local de la piel y los tejidos blandos y ocasionalmente de la invasión perineural, muscular e incluso ósea. El desarrollo de metástasis a distancia es raro. La mortalidad por carcinoma generalmente se debe a invasión local en lugar de diseminación metastásica²⁸.

La forma híbrida no es infrecuente, ya que algunos estudios indican que alrededor del 20% de todos los CV orales y el 10% de todos los CV laríngeos son del tipo híbrido²⁹⁻³⁰. Johnson et al. encontraron focos diminutos de CEC invasivo en 3 de los 13 pacientes (23%) con CV del pene³¹

Por tanto, todos los CV deben evaluarse exhaustivamente para excluir una variante híbrida potencial. Si se reconoce, el patólogo debe cuantificar cada componente del tumor (p. ej., CV al 70% y CEC convencional al 30%), indicar el grado de diferenciación del componente escamoso y comentar la profundidad de la invasión, presencia o ausencia de invasión angiolinfática o perineural y adecuación de los márgenes de resección. Estas características ayudarán a la evaluación completa del paciente así como el tratamiento de elección³²

Conclusión

El CEC es el segundo tumor maligno más frecuente de la piel. Presenta distintas variedades clínico-patológicas, siendo una de las más frecuentes el tipo verrucoso. Se requiere de un alto índice de sospecha ya que clínicamente y microscópicamente simula lesiones benignas. Es clave para su diagnóstico tomar una biopsia profunda, para evaluar la base y patrón de infiltración. Debe tenerse presente que las lesiones son hiperqueratósicas, por lo que una muestra que parece ser profunda al momento de la toma, puede ser superficial y no representativa histológicamente por la cantidad de queratina.

Es necesario recordar que este tipo histológico puede generar metástasis.

REFERENCIAS:

1. Sociedad argentina de dermatología “Consenso sobre carcinoma basocelular y espinocelular”. Guía de recomendaciones. 2005. 19-22
2. Medina JE, Dichtel W, Luna MA. Verrucous-squamous carcinomas of the oral cavity: a clinicopathologic study of 104 cases. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1984;110(7):437.
3. Ackerman LV. Verrucous carcinoma of the oral cavity. *Surgery.* 1948. 23(4):670-8.
4. Jennifer Shuley Ruth MD; Chief Editor: William D James, MD Verrucous Carcinoma Updated: 2017
5. Devaney KO, Ferlito A, Rinaldo A, El-Naggar AK, & Barnes L. Verrucous carcinoma (carcinoma cuniculatum) of the head and neck: what do we know now that we did not know a decade ago? *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology,* 2011. 268(4), 477–480.
6. Schein O, Orenstein A, Bar-Meir E. Plantar verrucous carcinoma (epithelioma cuniculatum): rare form of the common wart. *IMAJ* 2006; 8:885 PMID: 17214114
7. Wang YH, Tian X, Liu OS, Fang XD, Quan HZ, Xie S, et al. Gene profiling analysis for patients with oral verrucous carcinoma and oral squamous cell carcinoma. *Int J Clin Exp Med.* 2014. 7(7):1845-52. PMID: 25126189 PMCID: PMC 4132153
8. Murao K, Kubo Y, Fukumoto D, Matsumoto K, Arase S. Verrucous carcinoma of the scalp associated with human papillomavirus type 33. *Dermatol Surg.* 2005. 31(10):1363-5. PMID: 16188198 Doi: 10.1111/j.1524-4725.2005.31222
9. Mirbod SM, Ahing SI. Tobacco-associated lesions of the oral cavity: Part II. Malignant lesions. *J Can Dent Assoc.* 2000. 66(6):308-11. PMID: 10927896
10. Blackmore CC, Ratcliffe NR, Harris RD. Verrucous carcinoma of the bladder. *Abdom Imaging.* 1995. 20(5):480-2. PMID: 7580791 Doi: 10.1007/BF01213278
11. Sadasivan A, Thankappan K, Rajapurkar M, Shetty S, Sreehari S, Iyer S, Verrucous lesions of the oral cavity treated with surgery: analysis of clinico-pathologic features and outcome, *Contemp Clin Dent,* 2012, 3(1):60–63. Doi: 10.4103/0976-237X.94548
12. Schwartz RA. Verrucous carcinoma of the skin and mucosa. *J Am Acad Dermatol.* 1995. 32(1):1-21. PMID:7822496 DOI: 10.1016/0190-9622(95)90177-9
13. Schell BJ, Rosen T, Rady P, et al. Verrucous carcinoma of the foot associated with human papillomavirus type 16. *J Am Acad Dermatol.* 2001. 45(1):49-55. PMID: 11423834 Doi: 10.1067/mjd.2001.113460
14. Patel KR, Chernock RD, Zhang TR, Wang X, El-Mofty SK, Lewis JS Jr. Verrucous carcinomas of the head and neck, including those with associated squamous cell carcinoma, lack transcriptionally active high-risk human papillomavirus. *Hum Pathol.* 2013. 44(11):2385-92. PMID: 24071016 Doi:10.1016/j.humpath.2013.07.011
15. Odar K, Kocjan BJ, Hošnjak L, Gale N, Poljak M, Zidar N. Verrucous carcinoma of the head and neck – not a human papillomavirus-related tumour?. *J Cell Mol Med.* 2014. 18(4):635-45. Doi:10.1111/jcmm.12211
16. Prieto-Granada C, Rodriguez-Waitkus P. Cutaneous squamous cell carcinoma and related entities: Epidemiology, clinical and histological features, and basic science overview. *Curr Probl Cancer.* 2015; 39 (4): 206-215 PMID:26239204 Doi:10.1016/j.currproblcancer.2015.07.005
17. Costache M, Desa LT, Mitrache LE, Patrascu OM, et ál. Cutaneous verrucous carcinoma – report of three cases with review of literature. *Rom J Morphol Embryol* 2014;55:383-388 PMID: 24969990

18. Kao GF, Graham JH, Helwig EB. Carcinoma cuniculatum (verrucous carcinoma of the skin) a clinicopathologic study of 46 cases with ultrastructural observations. *Cancer* 1982;49:2395-2403 PMID:7042070
19. Ho J, Diven DG, Butler PJ, Tying SK. An ulcerating verrucous plaque on the foot. Verrucous carcinoma (epithelioma cuniculatum). *Arch Dermatol.* 2000. 136(4):547-8, 550-1. PMID: 10768657
20. Suen K, Shiran W, Patrikios J. An unusual case of bilateral verrucous carcinoma of the foot (epithelioma cuniculatum). *J Surg Case Rep* 2012;12:1-3.DOI: 10.4103/2278-330x.208839
21. Kane CL, Keehn CA, Smithberger E, & Glass, L. F. Histopathology of cutaneous squamous cell carcinoma and its variants. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, 2003. 23(1), 54–61.
22. J. G. Batsakis, R. Hybels, J. D. Crissman, and D. H. Rice, “The pathology of head and neck tumors: verrucous carcinoma, part 15,” *Head and Neck Surgery*, vol. 5, no. 1, 1982. 29–38. <https://doi.org/10.1002/hed.2890050107>
23. Sciubba JJ, Helman JJ. Current management strategies for verrucous hyperkeratosis and verrucous carcinoma. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2013 Feb. 25(1):77-82. PMID:23399397 DOI:10.1016/j.coms.2012.11.008
24. Halpern J, Harris S, Suarez V, Jeyaratnam R, Smith AG. Epithelioma cuniculatum: A case report. *Foot Ankle Surg.* 2009;15:1146
25. Foroudi F, Turner S. Verrucous scrotal carcinoma: a radioresponsive tumor. *J Urol.* 1999 162(5):1694-5.
26. Schwade JG, Wara WM, Dedo HH, Phillips TL. Radiotherapy for verrucous carcinoma. *Radiology.* 1976. 120(3):677-9.
27. Perez CA, Kraus FT, Evans JC, Powers WE. Anaplastic transformation in verrucous carcinoma of the oral cavity after radiation therapy. *Radiology.* 1966 Jan. 86(1):108-115. PMID: 5901957 DOI: 10.1148/86.1.108
28. Vandeweyer E, Sales F, Deraemaeker R. Cutaneous verrucous carcinoma. *Br J Plast Surg.* 2001 Mar. 54(2):168-70.PMID: 11207133 DOI: 10.1054/bjps.2000.3440
29. Kolokythas A, Rogers TM, Miloro M. Hybrid verrucous squamous carcinoma of the oral cavity: treatment considerations based on a critical review of the literature. *Oral Maxillofac Surg* 2010. 68:2320–2324 PMID:20493621 DOI:10.1016/j.joms.2009.09.019
30. Orvidas LJ, Olsen KD, Lewis JE, Suman VJ. Verrucous carcinoma of the larynx: a review of 53 patients. *Head Neck* 1998. 20:197–203 PMID:9570624
31. Johnson DE, Lo RK, Srigley J, Ayala AG. Verrucous carcinoma of the penis. *J Urol* 1985. 133:216–218 PMID:3968735 DOI:10.1016/s0022-5347(17)48887-2
32. Devaney, K.O., Ferlito, A., Rinaldo, A. et al. Verrucous carcinoma (carcinoma cuniculatum) of the head and neck: what do we know now that we did not know a decade ago?. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2011, 268, 477–480.PMID: 21286737