

Carcinoma de células escamosas en cuero cabelludo con invasión intracraneal. Reporte de caso

Squamous cell carcinoma in scalp with intracranial invasion. Case report

Thalía Fajardo Loaiza,¹ Verónica Remache Otáñez² y Luis Fuenmayor González¹

¹ Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador

² Departamento de Anatomía Patológica, Hospital de Especialidades Eugenio Espejo

RESUMEN

El carcinoma de células escamosas (CCE) es un tumor maligno de la epidermis que afecta principalmente a adultos mayores. Factores como la localización, el diámetro y la profundidad de la lesión, así como el estado inmunitario del paciente y el grado histológico del tumor están asociados con una mayor probabilidad de recurrencia, de desarrollo de metástasis y con una mayor mortalidad.

En este trabajo se expone el caso de una mujer de 77 años con una evolución rápida del tumor, con invasión en la cavidad craneana y fracaso de la quimioterapia. Se enfatiza la importancia de un diagnóstico oportuno y rápido para evitar la evolución agresiva de este tipo de tumor cutáneo.

PALABRAS CLAVE: carcinoma de células escamosas, cáncer, dermatología.

ABSTRACT

Squamous cell carcinoma (SCC) is a malignant tumor of the epidermis that mainly affects older adults. Factors such as the location, diameter, and depth of the lesion, as well as the patient's immune status and the histological grade of the tumor, are associated with a greater probability of recurrence, the development of metastasis, and with a higher mortality.

We report a 77-year-old woman diagnosed with SCC characterized rapid progression and invasion into the cranial cavity and failure of chemotherapy. Early diagnosis is emphasized to avoid the aggressive progression of SCC.

KEYWORDS: carcinoma squamous cell, cancer, dermatology.

Introducción

El carcinoma de células escamosas (CCE) es un tumor maligno de queratinocitos localizado en la capa espinosa de la epidermis.¹ Es el segundo tumor cutáneo maligno más frecuente luego del carcinoma de células basales,² y es el tipo de cáncer de piel no melanoma con mayor potencial metastásico.³

Entre los factores de riesgo para el desarrollo de CCE se encuentran la exposición crónica a radiación ultravioleta, el tabaquismo, la infección por virus del papiloma humano (VPH),⁴ inmunosupresión⁵ y pacientes recientemente trasplantados.⁶

Un diámetro mayor de 2 cm y una profundidad del tumor de más de 2 mm se han asociado con mayor mortalidad y metástasis. En cuanto a sus características histológicas, la baja diferenciación se ha relacionado con un riesgo tres veces mayor de recurrencia y de dos veces más

de metástasis.⁷ Del mismo modo, tumores originados en las orejas, los labios, así como los localizados en cicatrices o heridas crónicas y la inmunosupresión se asocian a un mayor riesgo de recurrencia y metástasis.⁷⁻⁹

A pesar de la capacidad de metástasis y proliferación hematológica y linfóide, se han documentado pocos casos de CCE de localización extracraneal con afectación intracraneal.^{2,10,11} Algunas series cortas de casos han descrito factores de riesgo para metástasis intracraneal, entre los que resaltan el sexo masculino, la edad mayor de 50 años, un tamaño de más de 2 cm y baja diferenciación.¹¹ Presentamos el caso de una paciente con CCE agresivo en el cuero cabelludo con infiltración en el encéfalo y afectación del seno cavernoso.

Descripción del caso

Se trata de una paciente de 77 años sin antecedentes patológicos de importancia, quien seis meses previos a su

CORRESPONDENCIA

Dr. Luis Fuenmayor González ■ lefuenmayor@uce.edu.ec ■ Teléfono: +59 39 8241 9054
Telmo Heredia y Elisa Mariño núm. 2, San Juan Alto de Cumbayá, C.P. 170157, Quito, Ecuador



Figura 1. Carcinoma de células escamosas. Lesión multilobulada en el cuero cabelludo y la región periorbitaria derecha.

ingreso presentó cefalea hemicránea derecha y sensación de crecimiento de masa a nivel de la frente. En el examen físico se observó una masa multilobulada de consistencia semisólida, caliente, no móvil, localizada a nivel frontal, orbitario y subtemporal derecho (**figura 1**).

Se realizó tomografía computarizada cerebral simple en donde se evidenció una lesión heterogénea a nivel extraaxial que comprometía tejidos blandos, óseos, y que infiltraba estructuras intracraneales, incluido el seno cavernoso. En la resonancia magnética cerebral contrastada se observó la lesión tumoral que captaba contraste de forma

heterogénea con áreas de necrosis en su interior (**figura 2**).

Debido a la extensión de la lesión y la invasión intracraneal se realizó biopsia de la lesión por vía nasal. En el histopatológico se evidenció una neoplasia epitelial maligna constituida por nidos de células escamosas atípicas, y el complemento de la expresión de la citoqueratina 5/6 permitió el diagnóstico de carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado (**figura 3**) y descartó otros diagnósticos diferenciales en esta zona.

La paciente recibió quimioterapia con platino 5 fluorouracilo con mala respuesta, por lo que el equipo médico decidió iniciar cuidados paliativos hasta el fallecimiento de la paciente dos meses luego del diagnóstico.

Discusión

Se expone el caso de una paciente de edad avanzada cuya neoplasia se localizó en un área de piel con exposición crónica a rayos ultravioleta, esto ratifica lo que se menciona en la evidencia científica sobre los factores de riesgo predisponentes para este tipo de cáncer.⁴ El género de la paciente difiere con series de casos previas, en donde el sexo masculino se considera un factor de riesgo de invasión intracraniana del CCE.¹¹ La edad promedio en esta serie de casos fue de 68 años (53-89), por lo que la paciente se encontraba en la edad de riesgo (más de 50 años).

En la literatura se ha descrito que el tiempo desde el diagnóstico hasta la invasión intracraneana es de 5.4 meses en promedio,¹¹ sin embargo, en el caso que presentamos no es posible determinar el tiempo debido a que la paciente fue evaluada en un estadio tardío de su enfermedad, consiguió atención sanitaria aproximadamente seis meses luego del inicio de la sintomatología, cuando ya existía la invasión encefálica. A pesar de esto, por el tamaño del tumor al momento del diagnóstico es posible inferir que la evolución fue más rápida que la descrita en las series de

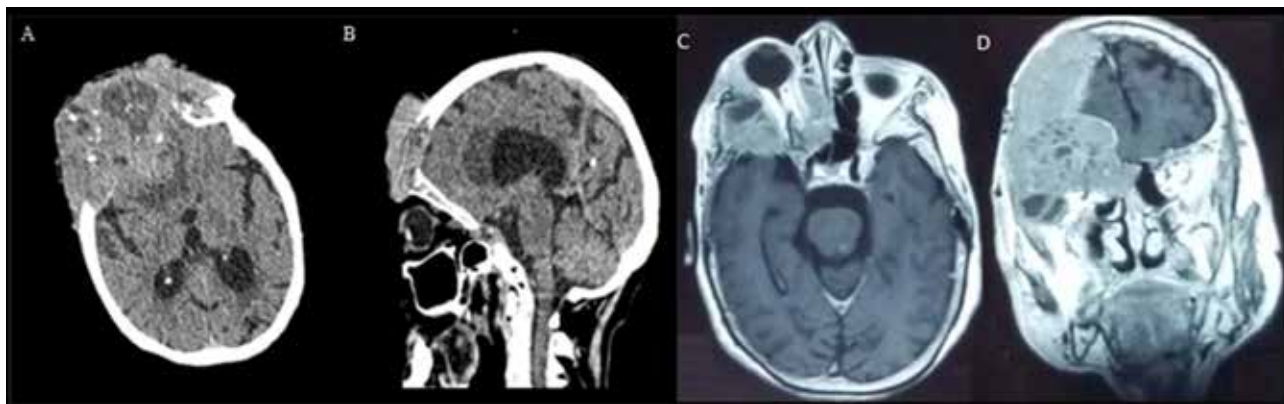


Figura 2. Carcinoma de células escamosas. Tomografía cerebral simple: **A)** corte axial; **B)** corte sagital. Resonancia magnética contrastada: **C)** corte axial; **D)** corte coronal. Se observa lesión heterogénea en los niveles extra e intracraneal con invasión de tejidos blandos y huesos del cráneo.

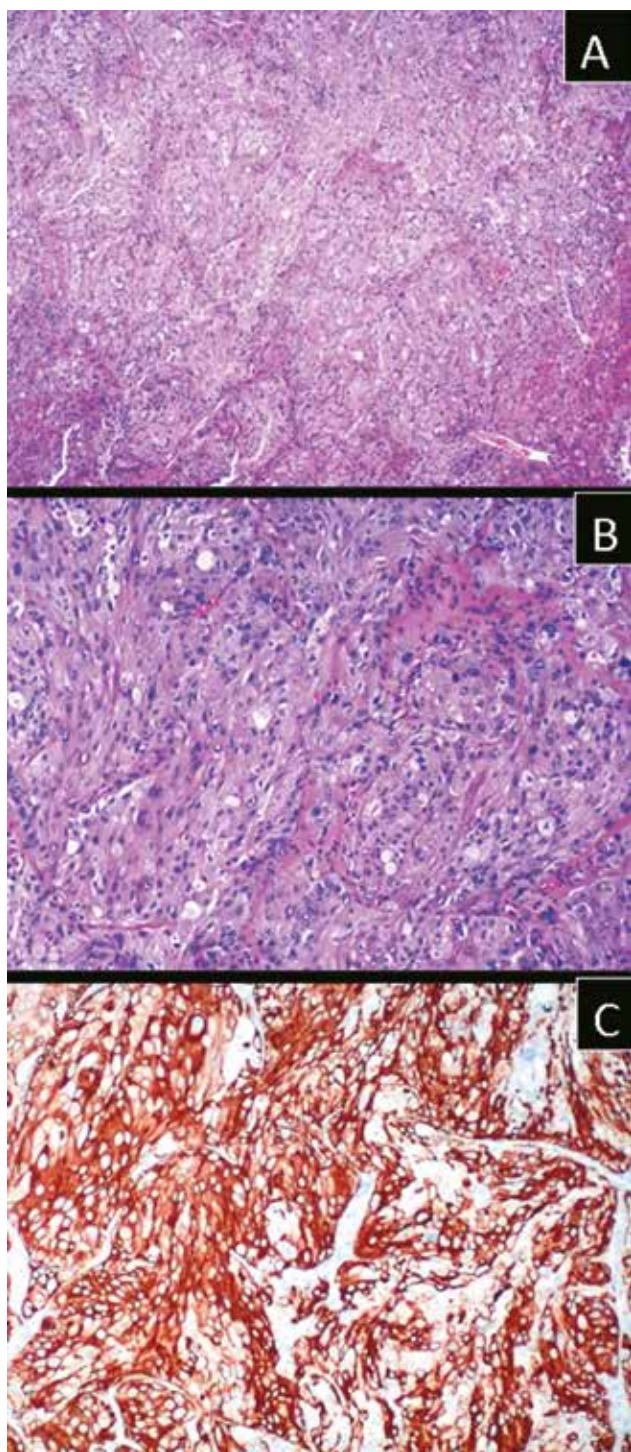


Figura 3. Carcinoma de células escamosas. Microscópica óptica con tinción hematoxilina-eosina: **A)** muestra nidos de células de citoplasma amplio con focos de queratinización individual; **B)** detalle de células escamosas; **C)** técnica inmunohistoquímica ck 5/6 positivo intenso y difuso +++/+++ en células tumorales.

casos debido que en sólo seis meses el tumor alcanzó proporciones gigantescas e invadió la cavidad craneana.

Algunos análisis prospectivos han determinado que la baja diferenciación histológica se asocia con un riesgo 3.4 veces mayor de desarrollar metástasis que los tumores con moderada y buena diferenciación;^{4,7,8} la paciente presentó un tumor con moderada diferenciación, y a pesar de esto, tuvo una evolución rápida.

El tratamiento de primera línea es quirúrgico con exéresis completa de la lesión, pero ésta depende de la extensión y estadio de la enfermedad.¹ En el presente caso, dada la extensión y la invasión intracraneal por la afectación del seno cavernoso derecho se definió que el tumor era irresecable, por lo que se inició quimioterapia; al tener resultados insatisfactorios se decidió iniciar cuidados paliativos hasta la muerte de la paciente dos meses luego del diagnóstico. La supervivencia de la paciente fue ligeramente menor a la descrita en la literatura, en donde se ha identificado que dependiendo de si existe o no afectación del seno cavernoso la sobrevida promedio en los CCE desde el diagnóstico de invasión intracraneana es de entre 3.5 y 9.7 meses, respectivamente.¹¹

En nuestra paciente la lesión extracraneal tuvo una rápida diseminación intracraneal infiltrando varias estructuras profundas, lo que indica la importancia de un diagnóstico rápido y un tratamiento adecuado en este tipo de tumoraciones.

Conclusiones

El carcinoma de células escamosas de cuero cabelludo tiene un comportamiento potencialmente agresivo y tiene la capacidad de diseminarse hacia estructuras adyacentes, sin embargo, existen pocos reportes documentados de carcinoma de células escamosas con invasión en la cavidad intracraneana.

A diferencia de las series de casos publicadas, el presente caso difiere en que se trata de una mujer, con muy rápida evolución del cuadro a pesar de tener una presentación histológica con diferenciación moderada, además, su sobrevida fue menor a la descrita en la literatura.

Es importante realizar un diagnóstico rápido y tener una sospecha alta cuando se observan lesiones en el cuero cabelludo; asimismo considerar que los factores de riesgo que pueden predisponer a un CCE con invasión intracraneana son el tamaño del tumor, la profundidad de la lesión y la diferenciación celular.

Agradecimientos

Agradecemos a las doctoras Tatiana Fuenmayor Duche y Chrystin Quintanilla González por su colaboración en la

obtención de información relevante del caso. Así como al personal del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo por su apoyo en el desarrollo de este reporte de caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Páez AM, Hinojosa S, Jaramillo D y Pareja PY, Carcinoma epidermoide cutáneo invasivo a cráneo. Reporte de un caso, *Revista Med* 2014; 22(1):50-7.
2. Gocmen S, Intracranial extension of squamous cell carcinoma of the scalp: a case report. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/288277653>.
3. Combalia A y Carrera C, Squamous cell carcinoma: an update on diagnosis and treatment, *Dermatol Pract Concept* 2020; 10(3):e2020066. Consultado el 25 de diciembre de 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.5826/dpc.1003a66>.
4. Andrade P, Brites MM, Vieira R, Mariano A, Reis JP, Tellechea O *et al.*, Epidemiology of basal cell carcinomas and squamous cell carcinomas in a department of dermatology: a 5 year review, *An Bras Dermatol* 2012; 87(2):212-9. Consultado el 25 de diciembre de 2023. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22570024/>.
5. Alam M, Armstrong A, Baum C, Bordeaux JS, Brown M, Busam KJ *et al.*, Guidelines of care for the management of cutaneous squamous cell carcinoma, *J Am Acad Dermatol* 2018; 78(3):560-78. Consultado el 25 de diciembre de 2023. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29331386/>.
6. Kim C, Cheng J y Colegio OR, Cutaneous squamous cell carcinomas in solid organ transplant recipients: emerging strategies for surveillance, staging, and treatment, *Semin Oncol* 2016; 43(3):390-4. Consultado el 25 de diciembre de 2023. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27178693/>.
7. Brantsch KD, Meisner C, Schönfisch B, Trilling B, Wehner-Caroli J, Röcken M *et al.*, Analysis of risk factors determining prognosis of cutaneous squamous-cell carcinoma: a prospective study, *Lancet Oncol* 2008; 9(8):713-20. Consultado el 25 de diciembre de 2023. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18617440/>.
8. Que SKT, Zwald FO y Schmults CD, Cutaneous squamous cell carcinoma: incidence, risk factors, diagnosis, and staging, *Journal of the American Academy of Dermatology*, vol. 78, Mosby, 2018, pp. 237-47.
9. Etlík Ö, Bay A, Izmirli M, Uğraş S, Yılmaz N y Turan A, Deep intracranial extension of squamous cell carcinoma of the scalp, *Pediatr Blood Cancer* 2005; 45(7):994-6.
10. Etlík Ö, Bay A, Izmirli M, Uğraş S, Yılmaz N y Turan A, Deep intracranial extension of squamous cell carcinoma of the scalp, *Pediatr Blood Cancer* 2005; 45(7):994-6.
11. Ahmadi N y Newkirk K, Intracranial extension of cutaneous squamous cell carcinoma, *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 2010; 143(S2).