

Carcinoma de células escamosas: a propósito de un caso

Squamous cell carcinoma: a case report

GARCÍA GARCÍA UD¹, TEJERA SANTANA M²,
MIRANDA FERNÁNDEZ S², RUTLLÁN CIVIT J³

RESUMEN

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una paciente de 31 años que presenta lesión conjuntival de crecimiento lento durante dos años que tras extirpación quirúrgica, con resultado anatomopatológico de carcinoma de células escamosas, presenta rápida recidiva en las semanas posteriores.

Las pruebas complementarias descartaron extensión. Requirió nueva intervención y tratamiento coadyuvante con crioterapia e interferón α -2 β . La evolución ha sido buena no presentando nuevas recidivas.

Discusión: El tratamiento del carcinoma de células escamosas abarca varias modalidades terapéuticas: extirpación quirúrgica, crioterapia, quimioterapia. La escisión quirúrgica simple sin tratamiento adyuvante presenta una alta tasa de recidiva.

Palabras clave: Carcinoma escamoso, recidiva, tratamiento.

SUMMARY

Case report: We report a case of a 31-year-old patient presenting a slow-growing conjunctival lesion for two years who develops rapid recurrence in the following weeks after surgical removal with anatomopathological result of squamous cell carcinoma

Additional test discarded extension. A new intervention and adjuvant therapy with cryotherapy and interferon α -2 β were required. The evolution has been favorable and new recurrences have not appeared.

Discussion: The treatment of squamous cell carcinoma covers several therapeutic modalities: surgical removal, cryotherapy, chemotherapy. Simple surgical excision without adjuvant therapy has a high rate of recurrence.

Keywords: Squamous cell carcinoma, recurrence, treatment.

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canarias, Las Palmas.

¹ MIR Oftalmología. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Servicio de Oftalmología.

² Licenciado en Medicina. FEA de Oftalmología. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Servicio de Oftalmología

³ Doctor en Medicina. FEA de Oftalmología.

Correspondencia

Úrsula Dasentí García García

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Barranco La ballena s/n. Las Palmas

ursulagarcia89@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los tumores de la conjuntiva son unos de los más frecuentes del ojo y anejos. Abarcan un amplio espectro desde lesiones benignas como el papiloma a otras malignas que pueden condicionar la función visual del paciente e incluso su vida.

Los tumores conjuntivales se pueden agrupar en dos grandes categorías principales, lesiones congénitas y adquiridas. Las lesiones adquiridas se subdividen a su vez según el origen de la célula tumoral, incluyendo los tumores melanocíticos, epiteliales, vasculares y linfoides como los más comunes y entre los menos comunes tumores coristasomatosos, fibrosos, neurales, xantomatosos, mixoides, lipomatosos, metastásicos, leucémicos y secundarios, así como simuladores inflamatorios, infecciosos, degenerativos y no neoplásicos (1).

La neoplasia de células escamosas puede aparecer como una lesión localizada, confinada al epitelio superficial (neoplasia o displasia intraepitelial conjuntival) en distinto grado, como un carcinoma in situ que representa el reemplazo de espesor total del epitelio

superficial por células epiteliales anormales o como un carcinoma de células escamosas más invasivo que ha roto la membrana basal e invadido el estroma subyacente.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 31 años sin antecedentes personales de interés que acude para valoración de pterigion en ojo derecho. A la exploración presenta una agudeza visual de la unidad por ambos ojos. Refiere crecimiento progresivo de 2 años de evolución. En la biomicroscopía del segmento anterior del ojo derecho, existe una lesión en conjuntiva nasal, rosada, sobreelevada, con pigmento en superficie y aspecto papilomatosos que afecta a carúncula y alcanza el limbo sin sobrepasarlo. Tiene unas medidas de 3x3 mm aproximadamente. El resto de la exploración oftalmológica es normal. La paciente se somete a una extirpación quirúrgica fuera de nuestro centro con resultado del estudio anatomopatológico de carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado e infiltrante.

Un mes después de la intervención acude nuevamente a consulta refiriendo recidiva de la lesión. En la biomicroscopía del segmento anterior presenta tumoración de 8 x 8 mm, sobreelevada, con pigmento en superficie y simbléfaron (fig. 1), sin afectación corneal. Se pauta interferon α -2 β 4 veces al día. Se solicita tomografía axial computerizada (TAC) de órbitas y cuello para descartar extensión orbitaria y local. Se envía a centro de referencia para tratamiento. Los TAC de cuello y órbitas son informados dentro de la normalidad, no presentando infiltración intra o extraconal ni extensión local. Finalmente se realiza en centro de referencia resección extensa con crioterapia intraoperatoria, conjuntivoplastia y autoinjerto conjuntival.

A la semana de la cirugía presenta buen aspecto de la herida quirúrgica, autoinjerto bien posicionado y viable, se mantiene tratamiento con Interferón α -2 β , 3 veces al día (fig. 2).

Al mes de la cirugía no ha presentado recidivas, el autoinjerto está integrado y continúa el tratamiento con interferón α -2 β 3 veces al día. A los 6 meses del tratamiento quirúrgico, la lesión se mantiene estable y no presenta re-



Fig. 1. Lesión recidivada a las semanas de la primera cirugía.

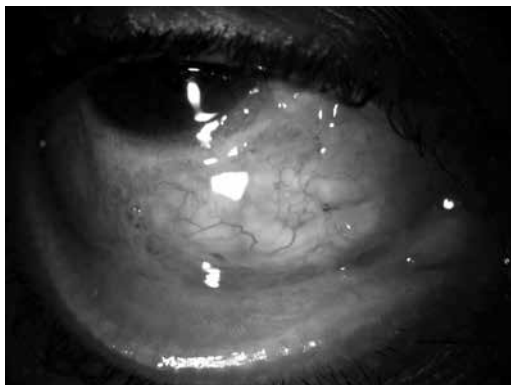


Fig. 2. Aspecto a la semana de la segunda cirugía.

cidivas, manteniéndose el interferón 3 veces al día (figs. 3 y 4).

DISCUSIÓN

Los tumores epiteliales conjuntivales suponen entre el 7-25% de los tumores conjuntivales, según las series de casos (2,3). Es más frecuente en varones y en la sexta y séptima de la vida (4).

El carcinoma de células escamosas tiene potencial tanto para invadir localmente tejidos como córnea, esclera, úvea, párpados, órbita, senos paranasales y cerebro, como para metastatizar.

El diagnóstico diferencial incluye lesiones benignas como pterigión o pingüecula, hiperplasia pseudoepiteliomatosa, nevus amelanótico, queratoacantoma y tumores conjuntivales más invasivos como el carcinoma mucoepidermoide, el carcinoma de células fusiformes, el histiocitoma fibroso maligno y el melanoma maligno.

La mayoría de los tumores pequeños son tratados mediante escisión primaria (escisión de todo el tumor visible más 2 mm de margen de seguridad) o escisión con crioterapia adyuvante. Los tumores más grandes o agresivos requieren combinaciones de resección, crioterapia adyuvante y quimioterapia tópica (interferón $\alpha 2\beta$, mitomicina C, 5-fluoracil o ciclosporina) y/o radiación con haz externo de electrones (2,5). Recientemente, se ha propuesto como tratamientos paliativo el ranibizumab subconjuntival (6) y la radioterapia con haz tanto de fotones, electrones o protones (7). Cuando no hay respuesta a los tratamientos descritos, la opción que queda es la exanteración orbitaria, típicamente con radioterapia adyuvante.

En cuanto a las modalidades terapéuticas la escisión quirúrgica ha sido asociada con altas tasas de recurrencia, mostrando algunas series entre el 30% al 41% de recidivas para el carcinoma de células escamosas (5). Esto se debe probablemente a que los bordes del tumor y los márgenes profundos a menudo son difíciles de determinar, pudiendo llevar a una subestimación del tamaño del tumor. Para compensar esto, cada vez es más frecuente combinar la escisión quirúrgica con otros tratamientos adyuvantes mencionados (crioterapia, quimioterapia, radiación,..)



Fig. 3 . Aspecto de la conjuntiva del fondo de saco a los seis meses de la intervención.

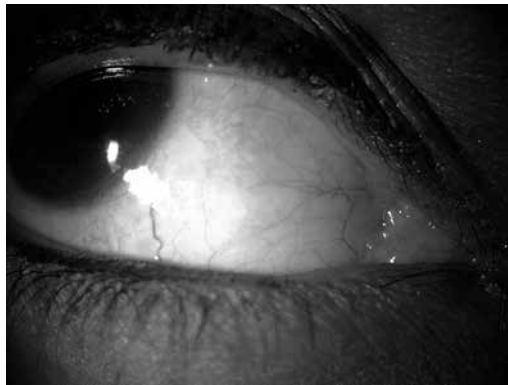


Fig. 4. Aspecto de la conjuntiva bulbar a los seis meses de la intervención.

Entre los factores predictivos de recurrencia están, el tamaño del tumor (> 5 mm), la afectación corneal (> 2 mm), invasión local, características histopatológicas de malignidad y un inadecuado tratamiento quirúrgico primario. Las recurrencias no están relacionadas significativamente con la edad, el género, la apariencia clínica, o la focalidad del tumor en el momento de presentación (5).

Yousef y Finger (5) encontraron en su serie una tasa de recidiva para los carcinomas escamosos de un 22,2% después de una escisión quirúrgica. Cuando se combina la escisión quirúrgica con crioterapia adyuvante, la tasa de recurrencia disminuye, situándose entre un 7-20%. En esta misma serie se observó que del 12,9% que había presentado fracaso del control local (escisión con o sin crioterapia) un 77% había sido tratado previamente en otro centro, observándose que un tratamiento primario inadecuado era un factor de riesgo significativo para la recurrencia tras la segunda intervención. Para Pizzarello y Jakobiec (8) cuando, se añadía al tratamiento quirúrgico la crioterapia, las tasas de recidiva se redujeron, variando entre un 7-22%.

Pizzarello y Jakobiec (8) encontraron también que estadíos más avanzados de car-

cinoma escamoso tienen tasas más altas de recurrencia, mostrando su serie una recurrencia global del 12,9%, del 12,8% para el carcinoma en situ, del 22,2% para el carcinoma escamoso y del 0% para los casos de displasia leve o moderada. También encontraron que si existía displasia en el margen quirúrgico, había una tasa de recurrencia del 69%.

En el caso de nuestra paciente, el hecho de haberse realizado una primera cirugía inadecuada o sin tratamiento adyuvante, provocó la recidiva agresiva de la lesión. No en vano la segunda intervención, bien realizada, ha dado el resultado esperado a medio plazo, sin aparición de nuevas lesiones ni extensión tumoral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carol L. Shields, MD, and Jerry A. Shield . Tumors of the Conjunctiva and Cornea. *Ophthalmology* 2004; vol 49; (1).
2. Shields, C. L., Demirci, H., Karatza, E., & Shields, J. A. Clinical survey of 1643 melanocytic and nonmelanocytic conjunctival tumors. *Opht* 2004. 111(9), 1747-1754.
3. Lee GA HL. Ocular surface squamous neoplasia. *Surv Ophthalmol.* 1995;39: 429-450.
4. Mehta, M., & Fay, A. Squamous cell carcinoma of the eyelid and conjunctiva. *Int Ophthalmol Clin* 2009; 49(1), 111-121.
5. Yousef, Y. A., & Finger, P. T. Squamous carcinoma and dysplasia of the conjunctiva and cornea: an analysis of 101 cases. *Ophthalmology* 2012; 119(2), 233-240
6. Teng CC, Chin KJ, Finger PT. Subconjunctival ranibizumab for squamous cell carcinoma for the conjunctiva with corneal extension. *Br J Ophthalmol* 2009; 93:837.
7. Finger PT. Radiation therapy for orbital tumors: concepts, current use and ophthalmic radiation side effects. *Surv Ophthalmol* 2009; 54: 545-68.
8. Pizzarello LD, Jakobiec FA. Bowen's disease of the conjunctiva: a misnomer. In: Jakobiec FA, ed. *Ocular and Adnexal Tumors*. Birmingham, AL: Aesculapius; 1978:553-71.