

CARCINOMAS

48 EPITELIOMA ESPINOCELULAR SOBRE QUERATOSIS SEBORREICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. F. Lafuente, J. Rodero, A. L. Morales, P. Zaballo, L. Charro, M. P. Grasa, F. J. Carapeto

Hospital Central Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción: La queratosis seborreica (QS) es el tumor epitelial benigno más frecuente. Se origina a partir del folículo del pelo; consiste en una proliferación de queratinocitos basaloideos formando pápulas o placas bien definidas, elevadas y superficie rugosa. Es una lesión muy común en el anciano.

Se han descrito asociaciones a cáncer cutáneo, aunque raramente. Parece tratarse, en la mayoría de los casos, de una asociación fortuita. No obstante, algunos autores señalan la posibilidad de una verdadera transformación maligna.

Caso clínico: Mujer de 94 años de edad, sin antecedentes familiares de interés. Entre cuyos antecedentes personales destaca la presencia de queratosis actínicas múltiples y carcinomas basocelulares que han precisado tratamiento mediante crioterapia y cirugía, osteosíntesis por fractura supraintertendílea de fémur izquierdo y diabetes mellitus no insulinodependiente. Consulta por presentar lesión cutánea hiperpigmentada, asintomática de 2 años de evolución que ha presentado proliferación y crecimiento a nivel de la zona inferior de la misma a lo largo del último año.

A la exploración física se aprecia además de múltiples queratosis actínicas localizadas en punta y dorso nasal, mejillas y frente, una placa sobre elevada, hiperpigmentada, de color marrónáceo, de límites irregulares pero bien definidos, de 5 x 10 cm de diámetro, localizada en hemiabdomen derecho. A nivel de la zona inferior de la misma se aprecia lesión tumoral, excrecente, mamelonada, erosionada, de base infiltrada, ligeramente pediculada.

Con el diagnóstico de epiteloma espinocelular sobre verruga seborreica se decide extirpación quirúrgica de la lesión con suficientes márgenes de seguridad. El estudio histopatológico confirma el diagnóstico clínico.

Comentario: Los tumores cutáneos raramente aparecen asociados a las QS a pesar de su elevada frecuencia. El cambio maligno más frecuente en QS es la aparición de carcinoma basocelular; también se han descrito casos de epiteloma espinocelular, enfermedad de Bowen, queratoacantoma, melanoma maligno y porocarcinoma ecino. Estos datos sugieren que la transformación maligna de las queratosis seborreicas ocurre con más frecuencia de lo que se pensaba en un principio.

Se considera que no todas las QS tienen potencial maligno, por lo que el estudio patológico y tratamiento no es necesario en todos los casos. Sólo las QS que presentan una apariencia atípica deberían ser biopsiadas o tratadas.

Determinadas características clínicas sugieren la coexistencia de cambios malignos. En nuestro caso el hecho del crecimiento tumoral en la zona inferior de la lesión es el dato que nos sugiere malignidad.

Por tanto aportamos un nuevo caso de epiteloma espinocelular sobre queratosis seborreica.

49 QUERATOACANTOMAS MÚLTIPLES ERUPTIVOS DE GRZYBOWSKI

C. Mancera, P. Iranzo, J. M. Mascaró, M. Vera

Servei de Dermatologia. Hospital Clínic i Provincial. Universitat de Barcelona. BCN.

Introducción: Los queratoacantomas múltiples constituyen una entidad poco frecuente de causa desconocida; son enfermedades heredadas o adquiridas en las cuales los queratoacantomas varían en número y tamaño, se desarrollan con un patrón localizado o generalizado y ocasionalmente se ven asociados con malignidad o inmunosupresión.

Caso clínico: Presentamos el caso de un hombre de 42 años con antecedentes de hipertensión arterial y glomerulonefritis membranosa en espera de iniciar tratamiento con diálisis que consultó por lesiones asintomáticas de 3 meses de evolución localizadas en antebrazos que se extendieron progresivamente a miembros inferiores y tronco.

A la exploración física se apreciaban en tronco, antebrazos y muslos, placas eritematosas, hiperqueratósicas con dilatación de los orificios foliculares cuyo tamaño variaba entre 1 y 3 cm de diámetro y su número sobrepasaba los 50.

El estudio histopatológico reportó hallazgos compatibles con queratoacantomas en regresión.

La evolución del paciente ha sido satisfactoria con progresiva autorresolución de las lesiones.

Comentario: El caso que presentamos corresponde al tipo queratoacantomas múltiples eruptivos de Grzybowski, considerando la sintomatología, características clinicopatológicas y evolución.

Bibliografía

- López M, Gómez S, Ceñera J. Queratoacantomas múltiples. *Actas Dermosifiliogr* 1999;90:245-9.
- Lloyd KM, Madsen DK, Lin PY. Grzybowski's eruptive keraoacanthoma. *J Am Acad Dermatol* 1.989;21:1023-4.
- Stavrianeas NG, Katoulis AC, Stratigeas NP. Eruptive Derm Venereol 1998;78(3): 228-9.

50 CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA EN NUESTRA ÁREA GEOGRÁFICA

F. J. Miquel, C. Ortega, R. Ibáñez, R. Tamarit, V. Pont

Servei de Dermatologia. Hospital de la Ribera. Alzira (Valencia).

Introducción: Nuestro hospital abarca un área sanitaria de aproximadamente 230.000 habitantes. Intentamos con este estudio aproximarnos a la incidencia y prevalencia del cáncer cutáneo no melanoma en dicha población.

Material y métodos: En el período de tiempo comprendido entre enero de 1999, en que abrió sus puertas el hospital a la actividad asistencial, y febrero de 2001 hemos recogido todos los casos de carcinomas basocelulares y carcinomas epidermoides diagnosticados y tratados en nuestro Servicio.

Resultados y conclusiones: Los parámetros analizados han sido los siguientes: con respecto a datos globales, el número to-

tal de pacientes, con su distribución por sexo y edad; el número total de carcinomas basocelulares, epidermoides y porcentajes relativos de los mismos. Para cada paciente se valoraron los siguientes datos extraídos de la historia clínica: sexo, edad en el momento del diagnóstico, antecedentes de otros tumores cutáneos tratados previamente, número, tamaño y localización anatómica del/los tumor/es, tratamiento empleado (cirugía, otros), estudio anatomopatológico con referencia a límites quirúrgicos y seguimiento durante el período del estudio.

Revisamos la literatura comparando nuestros datos con otros estudios similares sobre el tema.

51 CARCINOMAS BASOCELULARES DEL CANTO INTERNO DEL OJO. UNA LOCALIZACIÓN DE ESPECIAL RIESGO

E. Nagore*, B. Llobart**, A. Compañ*, O. Sanmartín*, R. Botella*, A. Sevilla*, C. Guillén*

*Instituto Valenciano de Oncología.

**Hospital Clínic Univesitari. Valencia.

Introducción: Los carcinomas basocelulares (CB) localizados en zonas periorificiales y de fusión embrionario se consideran de alto riesgo. Hemos observado que de estas localizaciones el canto interno del ojo parece tener unas características que dan lugar a un manejo especialmente complicado de los CB.

Material y métodos: Se seleccionaron como casos 31 carcinomas basocelulares del canto interno del ojo (CBCIO) correspondientes a 27 pacientes y como controles 37 carcinomas basocelulares de la frente, mejillas y sien (CBOL) de 35 pacientes, todos ellos intervenidos con cirugía micrográfica de Mohs. Se evaluaron mediante estudio uni y multivariado las diferencias existentes en los siguientes datos: 1) clínicos del paciente: edad y sexo; 2) clínicos del tumor: tratamientos previos, tamaño tumoral, tiempo de evolución; 3) histología del tumor: tipo, ulceración; 4) cirugía: número de estadios, la diferencia entre el defecto inicial y el resultante, cierre del defecto, y 5) seguimiento: existencia o no de recidiva.

Resultados: Los CBCIO tenían un mayor número de estadios, una mayor diferencia entre el defecto inicial y el resultante, reconstrucciones más complejas y recurrieron con más frecuencia que los CBOL. Estas diferencias alcanzaron significación estadística y fueron independientes de las demás características clínicas e histológicas consideradas.

Conclusiones: Los carcinomas basocelulares del canto interno del ojo merecen una especial consideración en cuanto a su tratamiento. La cirugía de Mohs debería considerarse como el tratamiento de elección tras la primera recurrencia e incluso se podría considerar como procedimiento del tumor primario.

52 SÍNDROME DE MUIR-TORRE

M. Casellas, A. López, M. E. Iglesias, M. Gállego, A. Valcayo, R. Vives, T. Tuñón*, R. Guarch**

Servicios de Dermatología y *Anatomía Patológica.

Hospital de Navarra. **Servicio de Anatomía Patológica.

Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción: El síndrome de Muir-Torre se caracteriza por la presencia de tumores sebáceos cutáneos, con queratoacantomas o sin ellos, asociados con neoplasias viscerales. Los cánceres de colon son particularmente comunes.

Caso clínico: Varón de 46 años de edad. En sus antecedentes personales presenta extirpación de un queratoacantoma gigante en párpado inferior izquierdo hace 8 años, hemicolectomía derecha por adenocarcinoma de colon (estadio II) hace 4 años y extirpación de un adenoma sebáceo hace 1 año. Entre los antecedentes familiares destacan padre y hermano intervenidos de

adenocarcinoma de colon y una hermana con adenocarcinoma de ovario.

Consulta por la aparición, en los últimos meses de tres lesiones nodulares excrecentes (cuero cabelludo, región malar izquierda y columna) que aumentan progresivamente de tamaño. Se realiza extirpación de las tres lesiones con diagnósticos histológicos de adenocarcinoma sebáceo, adenoma sebáceo y fragmento de piel con glándulas sebáceas de tipo hipertrófico e hiperplásico con reacción granulomatosa de tipo cuerpo extraño a material lipídico.

Comentario: Presentamos un caso clínico en el que se asocian múltiples neoplasias sebáceas y queratoacantomas, con un adenocarcinoma de colon, así como una predisposición familiar a desarrollar cáncer visceral.

53 CARCINOMA ESPINOCELULAR DE LABIO INFERIOR. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

M. T. Dachary, C. Ros, J. Rodero, G. Martínez, M. A. Grasa, F. J. Carapeto

Departamento de Dermatología. Hospital Clínic Universitario. Zaragoza.

Introducción: El carcinoma espinocelular cutáneo es un tumor epitelial maligno procedente de los queratinocitos del estrato espinoso, con capacidad infiltrante y destructiva, que tiene posibilidad de diseminación por continuidad, vía linfática y hemática. Su especial predilección por zonas fotoexpuestas hace que la mayoría se desarrollen sobre piel con daño actínico crónico.

Caso clínico: Varón de 72 años de edad con antecedentes personales de artrosis de cadera y hernia inguinal derecha que acude a nuestro Servicio por presentar una lesión tumoral, excrecente, mamelonada, de 5 x 3 cm de tamaño, que ocupa todo el hemilabio inferior izquierdo, incluyendo la mucosa. No se palpan adenopatías y la lesión tiene una evolución de 2 años. Tras realizar el estudio preoperatorio se realiza la extirpación de la lesión mediante la técnica de Webster modificada. El estudio histológico muestra una neoformación epitelial atípica constituida por islotes de células con aspecto espumoso, con intenso pleomorfismo, moderada tendencia a la diferenciación queratósica e índice mitótico elevado.

Comentario: Queremos destacar este carcinoma espinocelular de labio inferior por presentar grandes dimensiones y por su buen resultado funcional y estético tras la intervención quirúrgica.

54 LA PIRÁMIDE NASAL COMO DIANA DE PATOLOGÍA TUMORAL CUTÁNEA

M. V. de Gálvez, P. Sánchez, R. Castillo, G. Ruiz del Portal, R. J. Bosch, E. Herrera

Cátedra y Servicio de Dermatología. Facultad de Medicina. Hospital Clínic Universitario. Málaga.

Introducción: La localización topográfica de las lesiones es un elemento importante en el diagnóstico de los distintos procesos dermatológicos. Sin embargo, es obvio que para llegar al mismo es necesario valorar otros muchos aspectos.

Casos clínicos: Se presentan los datos clínicos e histopatológicos de seis pacientes con tumoraciones cutáneas localizadas en la pirámide nasal. Tras su examen el observador podrá contrastar sus conocimientos en oncología cutánea con los diagnósticos suministrados.

Comentario: Aunque las lesiones tumorales tienen una localización topográfica preferente, es evidente que en una misma zona pueden aparecer tumores de significación y pronóstico muy diversos. Son necesarios otros datos clínicos y evolutivos, y especialmente el estudio histopatológico para su diagnóstico correcto.

55 ¿BALANITIS MICÁCEA O CARCINOMA VERRUCOSO?

M. L. Soguero, J. A. Páez, C. Arjona, S. Vidal, P. Moratinos*, A. Sanz, L. Requena**

Servicios de Dermatología y * Anatomía Patológica. Hospital Militar Central Gómez Ulla. Madrid.

** Servicio de Dermatología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Paciente varón de 82 años de edad que presenta placa blanquecina y dura en meato y glande de 9 meses de evolución, asintomático y sin adenopatías regionales asociadas. El paciente carecía de antecedentes familiares de interés y como personales, destacaban DMNID en tratamiento con antidiabéticos orales, dilataciones uretrales de repetición en el último año y circuncisión por fimosos adquirida en edad adulta hacía 5 años. Se realizó una primera biopsia informada anatomopatológicamente como carcinoma epidermoide *in situ*, basada en la existencia de disqueratosis aislada y moderado número de mitosis.

Ante la sospecha de encontrarnos clínicamente ante una balanitis pseudoepiteliomatosa queratósica y micácea de Lortat-Jacob y Civatte, se decidió adoptar una actitud conservadora, tratándole con corticoides tópicos y repitiéndole la biopsia 4 meses después, siendo informada en este caso de balanitis micácea con sobreinfección por *Candida*. Se añadió tratamiento con acitretina oral y antifúngicos sistémicos, mejorando notablemente las lesiones aunque sin la desaparición total de las mismas.

Presentamos un caso de balanitis micácea frente a carcinoma epidermoide *in situ* que responde favorablemente a la acitretina oral aunque sin remisión completa de las lesiones. En el momento actual esperamos la evolución de las mismas.

56 TUMORES MALIGNOS CUTÁNEOS DONDE LA CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS (CMM) NO ES RESOLUTIVA

P. Umbert*, **

* Hospital Sagrado Corazón. Universidad de Barcelona.

** Instituto Dermatológico P. I. Umbert. Clínica Corachán. Barcelona.

Introducción: Desde 1981 utilizamos la CMM como tratamiento preferente de los tumores malignos cutáneos de mal pronóstico. Debido por la localización de alto riesgo por su patrón histológico agresivo o por su conducta biológica agresiva realizamos dicha técnica con la finalidad de obtener un índice de curación mayor y preservar al máximo de tejido sano disminuyendo la morbilidad quirúrgica.

Material y métodos: Incluimos 10 pacientes: ocho carcinomas de la cara con invasión perineural (PI), un tumor de Merkel (MT) y un angiosarcoma (AS) del cuero cabelludo de la anciana.

Resultados: La invasión perineural es un hallazgo de mal pronóstico, en cinco de ocho pacientes la CMM no fue curativa y tres fallecieron por invasión intracraneal. El tumor de Merkel de más de 2 cm de la cara se escapa de los límites de la cirugía controlada microscópica de Mohs por su carácter multifocal en una paciente de 93 años de edad que fue necesario asociar una radioterapia, falleciendo el paciente 1 año después por otra razón. El angiosarcoma de la anciana afectaba todo el cuero cabelludo que contrastaba con una mínima afectación clínica; la CMM tuvo que interrumpirse al persistir la positividad en el área de la nuca. A pesar de la radioterapia asociada la paciente recidivó, falleciendo a los pocos meses.

Conclusiones: La CMM no es resolutive en un alto porcentaje de los carcinomas con invasión perineural de la cara. Asimismo en los tumores de Merkel de más de 2 cm localizados en la cara y en los angiosarcomas del anciano requiriendo otros tratamientos complementarios.

57 CARCINOMA MUCINOSO CUTÁNEO PRIMARIO DEL PÁRPADO

M. Velasco, P. Navarro*, F. Millán, C. Pujol, E. Gimeno

Servicios de Dermatología y * Anatomía Patológica. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

Introducción: El carcinoma mucinoso primario cutáneo es una neoplasia maligna de origen anexial del que se han publicado unos 125 casos en la literatura. Aportamos un nuevo caso en la localización más característica, el párpado inferior.

Caso clínico: Una mujer de 68 años consultó por una tumoración localizada en el párpado inferior del ojo derecho, de crecimiento lento en los últimos 3 años. La tumoración ocupaba la totalidad del párpado inferior, provocando ectropion moderado. Con los diagnósticos clínicos de carcinoma basocelular o carcinoma sebáceo se practicó una biopsia que mostró la presencia de islotes de células tumorales con escasa atipia embebidas en un estroma mucinoso dividido en compartimentos por septos fibrosos finos. Con el diagnóstico de carcinoma mucinoso se practicó un estudio de extensión de cara a descartar la presencia de un adenocarcinoma en otras localizaciones, resultando negativo. La paciente fue remitida a cirugía plástica para extirpación.

Comentario: El carcinoma mucinoso, descrito por Lennox en 1952, es un neoplasia anexial, maligna, de diferenciación sudoral, si bien no está claro si presenta en todos los casos rasgos de diferenciación ecrina o también en algunos al menos, apocrina. Su histología es muy característica, si bien no sirve para distinguir un carcinoma mucinoso primario de la piel de una metástasis de adenocarcinoma mucinoso de otro origen, principalmente mama, tracto gastrointestinal, pulmón, próstata y ovario. Por ello es obligatorio realizar un estudio para descartar la presencia de otro tumor en alguna de estas localizaciones. Desde el punto de vista clínico, el carcinoma mucinoso predomina en los hombres con una relación 2:1 respecta a las mujeres. Suele aparecer en un paciente de unos 61 años de edad, como un nódulo de crecimiento lento (media de 3 años de evolución), de unos 2 cm de diámetro, localizado preferentemente en la cabeza (80%) y típicamente en el párpado (44%). En cuanto al comportamiento biológico, el 30% de los casos recurren tras una extirpación aparentemente completa y el 10% dan metástasis a distancia, casi exclusivamente a nivel ganglionar. Por tanto, el tratamiento recomendado es una extirpación amplia y un seguimiento de posibles adenopatías locorreregionales.

Bibliografía

Karimipour DJ, Johnson TM, Kang S, y cols. Mucinous carcinoma of the skin. J Am Acad Dermatol 1997;36:323-6.

58 CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA EN EL TRASPLANTADO RENAL. INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS

M. J. Fuente, C. Ferrándiz, J. M. Carrascosa, J. Roca*, R. Lauzurica**

Servicios de Dermatología, *Epidemiología y **Nefrología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Universitat Autònoma de Barcelona. Badalona (Barcelona).

Introducción: Los pacientes receptores de un trasplante presentan una elevada incidencia de complicaciones cutáneas, entre las que destaca el cáncer cutáneo no melanoma (CCNM). El objetivo de nuestro estudio es investigar la incidencia de CCNM en los trasplantados renales de nuestro medio, identificar los posibles factores de riesgo relacionados en su desarrollo y comparar los datos obtenidos con los de un primer estudio realizado tres 3 años de seguimiento.

Material y métodos: Se estudiaron de forma prospectiva todos los pacientes receptores de un trasplante renal en nuestro centro entre los años 1990 y 1999. A todos ellos se les realizó

una primera visita en los 3 primeros meses tras el trasplante y posteriormente cada 6 meses. En la primera visita se recogían los datos clínicos del paciente (edad, fototipo, enfermedad renal, inmunosupresión, tiempo de diálisis y grado de exposición solar ocupacional) y en las visitas de control se detectaban, anotaban, biopsiaban y trataban las lesiones cutáneas aparecidas.

Resultados: Se incluyeron 174 pacientes (118 hombres y 56 mujeres) con una edad media en el momento del trasplante de 46 años. Tras una mediana de seguimiento de 72 meses (6 años), 38 pacientes (28 hombres y 10 mujeres) desarrollaron 129 tumores, 57 carcinomas escamosos (CE) y 72 carcinomas basocelulares (CB). El 53% de los pacientes desarrollaron más de un tumor. La incidencia acumulativa de CCNM fue de un 10% a los 3 años, un 16,5% a los 5 años y un 34% a los 10 años. Las variables que implicaban un mayor riesgo de CCNM fueron la edad en el momento del trasplante y la elevada exposición solar ocupacional.

Comentario: De los resultados merece la pena destacar:

- La elevada incidencia de CCNM, a pesar de que aparentemente es más baja que la obtenida en un estudio previo realizado por nosotros (1), en el que encontramos una incidencia del 18% a los 3 años.
- El cambio en la ratio de CE/CB, que en los primeros 3 años era de 1/3 (1) y en este estudio es de 1/2 (2) debido al aumento de CE observado al aumentar el tiempo de inmunosupresión.
- Los factores de riesgo relacionados con el aumento de cáncer cutáneo son la edad y la elevada exposición solar ocupacional.

Bibliografía

1. Ferrándiz C, Fuente MJ, Ribera M, y cols. Epidermal dysplasia and neoplasia in kidney transplant recipients. *J Am Acad Dermatol* 1995;33:590-6.

59 CARCINOMA BASOCELULAR SARCOMATOSO

J. Matarredona, M. E. Giménez, J. P. Devesa, A. Teruel, E. Andrada

Hospital General de Elche. Alicante

Introducción: Los carcinomas basocelulares son probablemente la neoplasia cutánea más frecuente; es bien sabido que el estroma de estos tumores es muy variable. A continuación describimos los hallazgos histológicos de una lesión clínicamente que correspondía a un carcinoma basocelular.

Caso clínico: Paciente varón de 65 años con antecedentes personales de cardiopatía, HTA y úlcera péptica en tratamiento, sin antecedentes cutáneos de interés. Consulta por dos lesiones clínicamente sugerente de carcinoma basocelular. Los hallazgos histológicos de una de ellas mostraba un carcinoma de células basales cordonal habitual, un estroma fusiforme y pleomórfico, con numerosas células gigantes tipo osteoclastos, atipia citológica y mitosis atípicas.

Comentario: Los tumores cutáneos con componente epitelial y sarcomatoso son muy poco frecuentes, con muy pocos casos reportados en la literatura. Se les ha aplicado diferentes nombres como carcinoma de células basales con células gigantes pleomórficas o carcinoma de células basales pleomórfico. La naturaleza exacta de estas lesiones se desconoce.

60 QUERATOACANTOMAS MÚLTIPLES AUTORRESOLUTIVOS

M. Bergón, E. Vera, R. de Lucas, C. Vidaurrázaga, S. Aso*, N. Hernández-Cano, M. Casado

Servicios de Dermatología y *Anatomía Patológica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: El queratoacantoma es un tumor frecuente derivado del folículo piloso. Sus características clínicas e histológicas comunes con el epitelioma espinocelular plantean problemas diagnósticos, siendo la autorresolución el criterio más importante a favor del queratoacantoma. Se han descrito varias formas clínicas que se engloban básicamente en dos grupos: solitarios y múltiples; dentro de estos últimos se encuentran las formas eruptivas, autorresolutiva familiar y autorresolutiva esporádica.

Caso clínico: Paciente varón de 51 años sin antecedentes de interés que presenta lesiones pápulonodulares, crateriformes, de crecimiento rápido en hombro, mejilla y región frontal. Las lesiones remiten de forma espontánea.

Discusión: Presentamos un caso de queratoacantomas múltiples autorresolutivos en su variedad no familiar. Destacamos la edad temprana de inicio, la localización en algunos casos en zonas donde no existe daño solar y la ausencia de factores predisponentes, a excepción de la fotoexposición. Aunque el tratamiento de primera elección en estos procesos es la extirpación quirúrgica, en este caso parece preferible la simple observación dado que la historia clínica del enfermo ofrece pocas dudas en el diagnóstico y la resolución espontánea es estéticamente aceptable.