

Carcinoma verrugoso facial. Descripción de dos casos

R. González-Pérez^a, I. Trébol^a, A. Arregui^a, I. García-Río^a, L. Carnero^a, I. Arrue^a, B. Catón^b y R. Soloeta^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz. Álava. España.

Sr. Director:

El carcinoma verrugoso es una variante anátomo-clínica de carcinoma escamoso de bajo grado de malignidad, que puede afectar a la piel, a la mucosa ano-genital y a la mucosa orofaríngea. A continuación se describen dos casos de carcinoma verrugoso facial, región anatómica donde este tumor asienta excepcionalmente¹⁻⁷.

El caso 1 se trata de un paciente de 45 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que consultó en 1996 por una tumoración asintomática de 2 cm localizada en la región mentoniana izquierda, que había crecido progresivamente en los últimos 6 meses (fig. 1). Se realizaron dos biopsias cuyos resultados no fueron concluyentes, pro-



Figura 1. Paciente del caso 1: tumoración verrugosa, crateriforme, cercana a la comisura bucal izquierda.

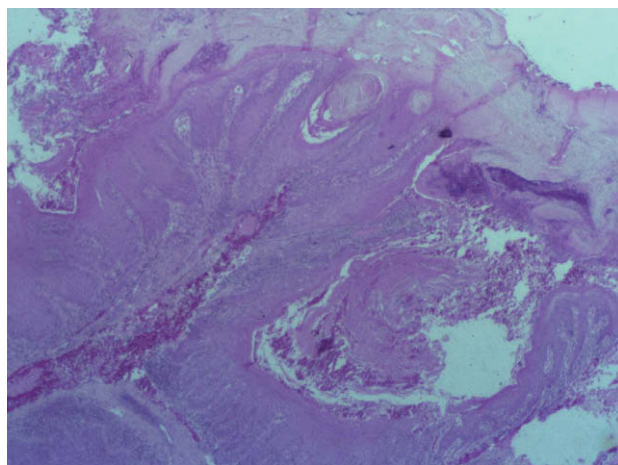


Figura 2. Paciente del caso 1: proliferación epitelial exo-endofítica con hiper y paraqueratosis junto a formaciones quísticas rellenas de queratina. Hematoxilina-eosina, $\times 10$.

cediéndose finalmente a la extirpación del tumor. En el estudio histológico de la pieza de exéresis se evidenciaron hallazgos característicos del carcinoma verrugoso (fig. 2). Se realizó la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para la identificación del virus del papiloma humano (VPH) 6, 11, 16, 18, 31 y 33, resultando negativa. No se observó recidiva del tumor a los 2 años de la extirpación.

El caso 2 se trata de un paciente de 74 años de edad que acudió a nuestras consultas en 2001 por una lesión verrucosa de más de 2 años de evolución localizada en la región temporal derecha, de 4 cm de diámetro mayor (fig. 3). Se tomaron dos biopsias con diagnósticos histológicos no concordantes con el aspecto clínico de la lesión. Teniendo en cuenta el delicado estado basal del paciente y los resultados microscópicos no concluyentes, se decidió extirpar el tumor realizándose una electrosección con posterior curetaje y electrocoagulación de su base. El estudio anatómopatológico de la pieza reveló cambios histológicos propios del carcinoma verrugoso (fig. 4). La detección mediante PCR de los genotipos del VPH 6, 11, 16, 18, 31 y 33 fue negativa. El paciente fue revisado periódicamente durante 3 años, sin observarse signos de recidiva locorregional.

En 1948 Ackerman acuñó el término «carcinoma verrugoso», estableciendo los criterios clínico-histológicos para su diagnóstico después de estudiar 31 casos que afectaban a la cavidad oral. Previamente, en 1896, Buschke y Löwenstein habían observado 2 pacientes con lesiones similares que afectaban a la región genital; y con posterioridad, Aird et al describieron en 1954 el epiteloma *cuniculatum* plantar^{1,2}. Fuera de estas regiones anatómicas –palmo-plantar, mucosa oral y anogenital– el carcinoma verrugoso aparece infrecuentemente, y en concreto, la afectación facial es excepcional¹⁻⁷.

Histológicamente, los carcinomas verrugosos muestran unos hallazgos microscópicos similares independientemente de su localización, caracterizándose por la asociación en una misma lesión de un componente exofítico y otro endofítico. El primero consiste en una acantosis y papilomatosis que muestra generalmente una hiperqueratosis masiva y frecuentemente paraqueratosis. El componente endofítico está constituido por un epitelio escamoso bien diferenciado, formando proyecciones o procesos «bulbosos», romos, que crecen «empujando» la dermis, extendiéndose hasta la dermis reticular e incluso el tejido subcutáneo, sin mostrar un patrón de crecimiento infiltrativo. Otras características incluyen la formación de quistes de queratina y la presencia de un infiltrado inflamatorio variable^{1,2}. Los principales diagnósticos diferenciales clínicos e histológi-

cos deberán realizarse con otras variantes de carcinomas escamosos, con las verrugas vulgares, con los queratoacantomas y con las hiperplasias epidérmicas reactivas. Menos frecuentemente pueden confundirse con ciertos tumores anexiales benignos, con queratosis seborreicas gigantes, con melanomas verrugosos, con xantomas verruciformes e incluso con las iododermas y bromodermas². En aquellos casos que planteen dudas diagnósticas se requerirá la extirpación completa del tumor para llegar a la correcta filiación del mismo, ya que mediante las biopsias no podremos visualizar el patrón de crecimiento «exo-endofítico» característico del carcinoma verrugoso. En los dos pacientes presentados las lesiones habían sido biopsiadas en varias ocasiones con resultados dispares. En uno de ellos, se sumaba como dificultad diagnóstica adicional el aspecto clínico tipo queratoacantoma de la lesión. En ambos se precisó la extirpación completa del tumor para su diagnóstico definitivo.

En su etiopatogenia se han implicado clásicamente factores químicos como mascar tabaco en el caso del tumor de Ackerman, y otros de diversa naturaleza como la inflamación crónica. Más recientemente, la identificación mediante técnicas de hidridación *in situ* o PCR del VPH en algunos de estos tumores, principalmente en localizaciones mucosas, ha motivado su consideración como agentes patógenos. En este sentido se han implicado tanto genotipos de bajo riesgo (VPH tipo 6 y 11) como de alto riesgo (VPH 16 y 18). En concreto, los VPH 6 y 11 se han relacionado característicamente con el carcinoma de Buschke-Löwenstein, mientras que otros VPH (VPH 16, 18 y 33) también se han demostrado en carcinomas verrugosos de otras localizaciones^{1,2,8,9}. En nuestros dos pacientes no se identificaron VPH mediante PCR, lo cual coincide con los resultados de otros autores cuyos trabajos confirman la rareza de hallar estos virus en carcinomas verrugosos localizados en regiones cutáneas distintas de las clásicamente afectadas^{2,8,10}.

En resumen, hemos descrito dos casos de carcinoma verrugoso facial, localización muy infrecuente si tenemos en cuenta que únicamente hemos encontrado 5 casos previamente publicados³⁻⁷. En ellos no se realizó PCR para la identificación de VPH. En nuestros pacientes no se demostró la presencia del VPH en los tumores mediante PCR, lo cual plantea la posibilidad de que en la aparición de carcinomas verrugosos de esta localización –fotoexpuesta– estén implicados otros factores patogénicos, principalmente la radiación ultravioleta como sucede en otros carcinomas escamosos cutáneos.

Agradecimientos

Agradecemos a los Dres. Luis Requena y Evaristo Sánchez Yus su valiosa colaboración en la revisión de las comparaciones histológicas del primer caso.



Figura 3. Paciente del caso 2: aspecto clínico del carcinoma verrugoso.

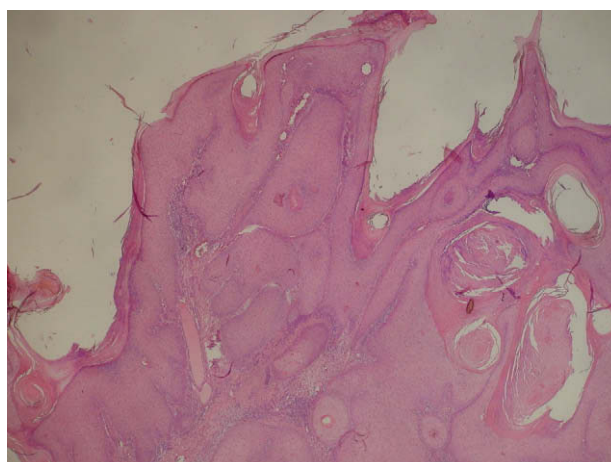


Figura 4. Paciente del caso 2: tumoración de naturaleza epitelial, de crecimiento mixto exofítico-verrugoso y endofítico, constituido por células escamosas sin atipia. Hematoxilina-eosina, $\times 10$.

Correspondencia:
Ricardo González Pérez.
Servicio de Dermatología.
Hospital Santiago Apóstol.
C/ Olaguibel 29.
01004 Vitoria-Gasteiz. Álava. España.
RICARDO.GONZALEZPEREZ@osakidetza.net

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. McKee PH, Calonje E, Granter RC. Pathology of the Skin with clinical correlations. 3th ed. London: Elsevier; 2005. p. 1218-20.
2. Schwartz RA. Verrucous carcinoma of the skin and mucosa. J Am Acad Dermatol. 1995;32:1-21.

3. Gallo A, Fiorella ML, Simonelli M, Rocca CD, Vincentiis M. Carcinoma cuniculatum: verrucous carcinoma of the skin of the face. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2005;133:1-2.
4. Nguyen KQ, McMarlin SL. Verrucous carcinoma of the face. *Arch Dermatol*. 1984;120:383-5.
5. Takematsu H, Watanabe M, Matsunaga J, Veno H, Tagami H. Verrucous carcinoma of the face with a massive neutrophil infiltrate. Analysis of leucocyte chemotactic activity in the tumour extract. *Clin Exp Dermatol*. 1994;19:26-30.
6. Shimizu A, Tamura A, Ishikawa O. Invasive squamous cell carcinoma arising from verrucous carcinoma. Recognition of verrucous carcinoma of skin as an in situ carcinoma. *Eur J Dermatol*. 2006;16:439-42.
7. Wilkinson JD, Martin M, Black MM. Carcinoma cuniculatum: A clinic-pathologic study of 21 cases. *Arch Dermatol*. 1980;116:1390.
8. Pattee S, Bordeaux J, Mahalingam M, Nitzan YB, Maloney ME. Verrucous carcinoma of the scalp. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56:506-7.
9. Corbalán-Vélez R, Ruiz-Maciá JA, Brufau C, Parapeto FJ. Carcinoma espinocelular cutáneo y papilomavirus (VPH). *Actas Dermosifiliogr*. 2007;98:583-93.
10. Murao K, Kubo Y, Fukumoto D, Matsumoto K, Arase S. Verrucous carcinoma of the scalp associated with human papillomavirus type 33. *Dermatol Surg*. 2005;31:1363-5.