



## FORO DE RESIDENTES

# FR-La importancia de la invasión linfovascular en el carcinoma escamoso cutáneo

## RF-The Significance of Lymphovascular Invasion in Cutaneous Squamous Cell Carcinoma

M. Luque-Luna\*, J. Gil-Lianes y A. Toll-Abelló

Servicio de Dermatología, Hospital Clínic de Barcelona, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

### PALABRAS CLAVE

Carcinoma escamoso cutáneo;  
BWH;  
AJCC;  
Invasión linfovascular

### KEYWORDS

Cutaneous squamous cell carcinoma;  
BWH;  
AJCC;  
Lymphovascular invasion

El carcinoma escamoso cutáneo (CEC) representa entre el 20 y 50% de los tumores malignos cutáneos. La mayoría curan con cirugía, presentando un subgrupo de ellos mal pronóstico a pesar del tratamiento quirúrgico, por recurrencia local (RL), metástasis en tránsito (MT), metástasis ganglionares (MG), metástasis a distancia (MD) o muerte específica por enfermedad (MEE). Los sistemas de estadificación estratifi-

can el pronóstico tumoral y optimizan su tratamiento (tabla 1).

La invasión linfovascular (ILV) se asocia con la MEE y la MD en el CEC, pero se excluye de los sistemas de estadificación porque no hay datos suficientes para su significado pronóstico independiente<sup>1</sup>. Algunos autores describen un riesgo incrementado de metástasis en el CEC ILV<sup>2-4</sup>. Otros autores no han mostrado una asociación estadísticamente significativa<sup>5</sup>.

Moore et al. (n=193) realizaron un estudio prospectivo concluyendo que casos del CEC de cabeza y cuello ILV<sup>+</sup> se asociaban de forma estadísticamente significativa con MG ( $p < 0,0001$ )<sup>2</sup>.

Gupta et al.<sup>4</sup> realizaron un estudio de cohortes retrospectivo multiinstitucional para definir factores de riesgo en el CEC de bajo riesgo (concretamente en el estadio T2a de la BWH) que se asocian con MG, MD y MEE. Concluyeron que un criterio mayor (diámetro tumoral  $\geq 40$  mm, pobre diferenciación, invasión más allá del tejido subcutánea, invasión perineural de gran calibre) y uno o más criterios menores (invasión de tejido graso subcutáneo, diferenciación moderada, invasión perineural de pequeño calibre o invasión linfovascular) era predictivo de peor pronóstico, con incidencia acumulada de eventos de mal pronóstico del 8% (IC 95%: 5,1-13,7) en los CEC T2a comparado con el 2,8% (IC 95%: 1,9-4,1) en otros tumores T2a.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mar.luqueluna@gmail.com](mailto:mar.luqueluna@gmail.com) (M. Luque-Luna).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.09.028>

0001-7310/© 2025 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de AEDV. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Tabla 1** Clasificación del CEC según BWH y AJCC

<i>BWH</i>	
T1	0 factores de riesgo alto
T2a	Un factor de riesgo alto
T2b	2-3 factores de riesgo alto
T3	4 factores de riesgo alto o invasión ósea
<i>AJCC octava edición</i>	
T1	< 2 cm en diámetro mayor
T2	≥ 2 cm, pero < 4 cm en diámetro mayor
T3	≥ 4 cm en diámetro mayor o invasión ósea menor o invasión perineural (células tumorales en la vaina nerviosa de un nervio que se encuentra más profundo que la dermis o que mide ≥ 0,1 mm en calibre o que se presenta con afectación clínica o radiográfica de nervios sin invasión o transgresión de la base del cráneo) o invasión profunda (invasión más allá de la grasa subcutánea o > 6 mm medido desde el estrato granular de la epidermis preservada hasta la base del tumor)
T4a	Tumor con invasión macroscópica del hueso cortical y/o de la médula
T4b	Tumor con invasión del hueso del cráneo y/o agujero de la base del cráneo intervención

Los factores de riesgo altos de la BWH son: diámetro del tumor ≥ 2 cm, pobre diferenciación histológica, invasión perineural de nervios de ≥ 0,1 mm de calibre, o invasión tumoral más allá de la grasa subcutánea (excluyendo invasión ósea, que directamente sería un estadio T3).

AJCC: American Joint Committee on Cancer; BWH: Brigham and Women's Hospital; CEC: carcinoma escamoso cutáneo

Fuente: adaptación de Ruiz et al.<sup>1</sup>.

Kus et al.<sup>3</sup> (n=10.707) realizan el primer estudio multicéntrico para evaluar el impacto que tiene la ILV en pronóstico del CEC. Incluyen cohortes retrospectivas de los

pacientes con CEC del Brigham and Women's Hospital (BWH) y la Fundación Cleveland Clinic, con CEC diagnosticados entre marzo 1999 y octubre 2020. El análisis estadístico se realiza separando los tumores de bajo riesgo (T1, T2a) y alto riesgo (T2b, T3) según la BWH. Analizaron 10.707 CEC: 78 presentaban ILV<sup>+</sup>. En estadios de bajo riesgo los autores constatan una mayor incidencia acumulada de RL (ILV<sup>+</sup>: 12,3%; ILV<sup>-</sup>: 1,1%; p < 0,01), metástasis, ya fueran en tránsito, nodales o a distancia (ILV<sup>+</sup>: 4,2%; ILV<sup>-</sup>: 0,4%; p < 0,01) y MEE (ILV<sup>+</sup>: 16,2%; ILV<sup>-</sup>: 0,4%; p < 0,01). En los de alto riesgo, los tumores ILV<sup>+</sup> presentaban mayor incidencia de metástasis a los 5 años (ILV<sup>+</sup>: 28,5%; ILV<sup>-</sup>: 16,8%; p=0,06) y de MEE (ILV<sup>+</sup>: 25,3%; ILV<sup>-</sup>: 13,9%; p=0,03), sin diferencias en la RL (ILV<sup>+</sup>: 16,3%; ILV<sup>-</sup>: 15,8%; p=0,11)<sup>3</sup>.

En el CEC de bajo riesgo cobra mayor importancia la ILV<sup>+</sup>, presentando 12, 10 y 41 veces más riesgo de RL, metástasis y MEE, respectivamente, en comparación con los CEC ILV<sup>-</sup>. Al presentar como máximo uno de los factores de riesgo establecidos en los sistemas de estadificación, en los ILV<sup>+</sup> con eventos de mal pronóstico, la ILV debería adquirir más importancia en estadificación en ausencia de otros factores.

Consideramos que los sistemas de estadificación deberían incluir la ILV como factor predictor de mal pronóstico en los CEC.

## Bibliografía

1. Ruiz ES, Karia PS, Besaw R, Schmults CD. Performance of the American Joint Committee on Cancer Staging Manual, 8th Edition vs the Brigham and Women's Hospital Tumor Classification System for Cutaneous Squamous Cell Carcinoma. *JAMA Dermatol.* 2019;155:819-25.
2. Moore BA, Weber RS, Prieto V, El-Naggar A, Holsinger FC, Zhou X, et al. Lymph node metastases from cutaneous squamous cell carcinoma of the head and neck. *Laryngoscope.* 2005;115:1561-7.
3. Kus KJB, Murad F, Smile TD, Chang M, Ashrafzadeh S, Zhou G, et al. Higher metastasis and death rates in cutaneous squamous cell carcinomas with lymphovascular invasion. *J Am Acad Dermatol.* 2022;86:766-73.
4. Gupta N, Weitzman RE, Murad F, Koefman SA, Smile TD, Chang MS, et al. Identifying Brigham and Women's Hospital stage T2a cutaneous squamous cell carcinomas at risk of poor outcomes. *J Am Acad Dermatol.* 2022;86:1301-8.
5. Brougham NDLS, Dennett ER, Cameron R, Tan ST. The incidence of metastasis from cutaneous squamous cell carcinoma and the impact of its risk factors. *J Surg Oncol.* 2012;106:811-5.