

CASO CLÍNICO

Carcinoma epidermoide subungueal. A propósito de un caso

Subungual squamous cell carcinoma. Apropos of a case

Adeliza Manrique¹, Angélica Contreras¹, Juan Cavero², Víctor Delgado³

RESUMEN

Presentamos el caso de un paciente de 72 años, con una lesión tipo placa vegetante, exudativa y dolorosa, en el lecho ungueal del primer dedo de la mano derecha. La radiografía mostró osteólisis distal de la falange y la biopsia de piel fue compatible con carcinoma epidermoide infiltrante. Se reporta el caso y revisa la literatura.

Palabras clave: Carcinoma epidermoide, Tumor ungueal, Osteolisis.

SUMMARY

We present the case of a 72 years-old male patient, with a vegetant plaque on the right thumb nail bed, which was exudative and painful. Finger X-ray showed distal osteolysis and the skin biopsy was compatible with invasive squamous cell carcinoma. We report the case and review the literature.

Keywords: Squamous cell carcinoma, Nail tumor, Osteolysis.

INTRODUCCIÓN

Los cánceres de piel tipo no melanoma (carcinoma basocelular y epidermoide) son las neoplasias malignas más frecuentes en la población mundial¹. El carcinoma epidermoide del lecho ungueal es una entidad rara², hecho que genera muchas veces retraso en su diagnóstico, llevando al clínico a pensar en otras posibilidades más frecuentes y de similar expresión.

El presente trabajo es un reporte de caso de carcinoma epidermoide de lecho ungueal, que recibió múltiples tratamientos sin obtener mejoría; buscamos llamar la atención sobre esta condición, a ser considerada en el diagnóstico diferencial de otras dermatosis del aparato ungueal, en especial si no se obtiene buena respuesta al tratamiento convencional.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente varón de 72 años, natural y procedente de Lima, contador, quien refiere una historia de ocho

meses de enfermedad caracterizada por dolor en falange distal del primer dedo de la mano derecha, con subsecuente secreción seropurulenta y ocasionalmente hemática subungueal. Cuatro meses antes de su ingreso fue diagnosticado de onicomicosis, recibiendo tratamiento como tal sin mejoría alguna, por lo que un mes antes de la consulta se realiza exéresis de uña y biopsia de lecho ungueal, recibiendo además antibioticoterapia.

Entre los antecedentes de importancia refería infarto agudo de miocardio siete años antes del ingreso, habiendo sido sometido a tres operaciones de puente coronario. Recibía como medicación habitual: enalapril, hidroclorotiazida, pravastatina, aspirina, atenolol e isorbide. No refería hábitos nocivos y los antecedentes familiares no fueron contributivos.

El paciente presentaba, al examen físico, funciones vitales estables y en lecho ungueal de primer dedo de mano derecha onicolisis total y lesión tipo placa irregular vegetante con zonas costrosas, otras erosionadas y secretantes (**Fotografías 1 y 2**), no se evidenció linfadenopatías a la palpación y el resto del examen no contribuía al cuadro.

¹ Médico residente de Dermatología. Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Callao-Perú.

² Médico dermatólogo asistente del Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Callao-Perú.

³ Médico asistente del Servicio de Patología. Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Callao-Perú.

Correspondencia: Dra. Adeliza Manrique Vera a ade_manrique@hotmail.com



Fotografía 1. Placa queratósica en lecho ungueal de primera uña de mano derecha.



Fotografía 3. Radiografía comparativa de manos, se observa imagen osteolítica en falange distal de primer dedo de mano derecha.



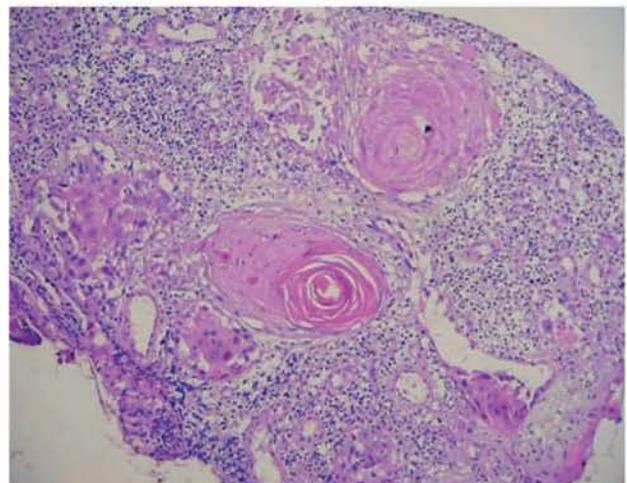
Fotografía 2. Primera uña de mano derecha con algunas áreas costrosas y erosionadas.



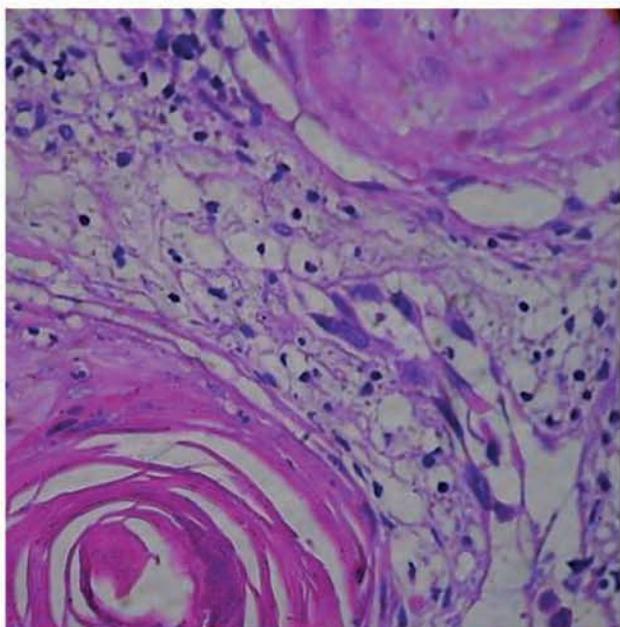
Fotografía 4. Osteolisis en falange distal de primer dedo de mano derecha.

Los exámenes auxiliares mostraron hemoglobina en 14.7g/dl, leucocitos en 7 830/mm³, fórmula normal, plaquetas en 197 000/mm³, pruebas de función hepática normal, lípidos ligeramente elevados con colesterol total en 225mg/dl y triglicéridos en 244mg/dl, glucosa 75mg/dl, úrea 33mg/dl y creatinina 1.14mg/dl. El sedimento urinario se encontraba dentro de rangos normales, la radiografía de tórax mostraba botón aórtico con discreta prominencia y campos pulmonares sin alteración, la ecografía abdominal también se encontraba dentro de lo normal. En la radiografía de manos se indicaba disminución de la mineralización ósea y osteolisis de la falange distal del primer dedo mano derecha (**Fotografías 3 y 4**).

Se realizó biopsia de lecho ungueal en la cual se apreció lesión ulcerada del lecho ungueal, proliferación de células neoplásicas que infiltraban la dermis, atipia, pleomorfismo nuclear y focos de disqueratosis. Se evidenció también formación de perlas córneas y mitosis atípicas (**Fotografías 5 y 6**).



Fotografía 5. Proliferación de queratinocitos neoplásicos con formación de perlas córneas HE10X.



Fotografía 6. Detalle de las perlas corneas y queratinocitos malignos infiltrando la dermis. HE40X

Con toda esta información se realizó el diagnóstico de carcinoma epidermoide infiltrante queratinizante bien diferenciado. El paciente fue referido al servicio de cirugía de mano y sometido a amputación de falange distal del dedo afectado. Oncología clínica realiza su seguimiento hasta el momento del presente reporte.

DISCUSIÓN

Las lesiones a nivel del aparato ungueal son múltiples y variadas, involucrando una vasta gama de diagnósticos diferenciales que incluyen: verrugas, queratoacantomas, onicomatricomas, fibroqueratomas y osteocondromas entre otros tumores, además de enfermedad de Bowen y cáncer epidermoide³.

El carcinoma epidermoide de piel es una neoplasia maligna que afecta a los queratinocitos no basales y muestra una fuerte asociación con el daño actínico, por lo que se presenta más frecuentemente en zonas fotoexpuestas, así como en mucosas y anexos cutáneos, entre ellos el aparato ungueal. Tiene como lesión precursora típica a la queratosis actínica⁴.

Su forma *in situ* es denominada enfermedad de Bowen, la cual se presenta como una mácula o placa eritematosa ligeramente elevada y descamativa, pero existen otras formas de presentación *in situ* dependiendo de su localización.

La presentación clínica de su forma invasiva es la de una pápula o nódulo eritematoso y queratósico, que aparece en el contexto de una piel con daño solar y que puede tener un crecimiento endo y exofítico, adoptando en las zonas acrales una morfología hipertrófica o verrucosa.

Los hallazgos histopatológicos son diagnósticos y consisten en la presencia de nidos o grupos de células escamosas atípicas, figuras mitóticas aberrantes e incrementadas, hiper cromasia nuclear y pérdida de los puentes intercelulares. La diferenciación escamosa es vista como focos de queratinización en anillos concéntricos llamados perlas córneas, desde este punto de vista se describen tres tipos: adenoide, productor de mucina y verrucoso⁵.

A nivel del aparato ungueal es más frecuente su presentación subungueal, asociado a onicolisis e hiperqueratosis extensa del lecho ungueal. La presencia de ulceración, sangrado o nódulo indica que la neoplasia se ha vuelto invasiva⁶. Dichos signos se presentaron en nuestro paciente, lo que orientó nuestra conducta terapéutica, al igual que la presencia de erosión ósea subungueal, hecho reportado hasta en el 20% de casos³, pero que también puede estar presente en condiciones benignas como verruga vulgar⁷.

Se tiene evidencia de que la infección por papiloma virus humano (HPV por sus siglas en inglés) es el factor más importante para el desarrollo de carcinoma epidermoide. Se ha encontrado genoma de HPV-16 en cinco de siete carcinomas epidermoides periungueales⁸, así mismo se ha probado esta asociación en más de 50 casos de enfermedad de Bowen periungueal³. Al parecer habría un modo de transmisión digital-genital, lo cual podría inferirse al revisar el caso reportado de un paciente en el que se demostró lesiones periungueales y papulosis bowenoide genital producidas por HPV-35⁹.

Es de gran importancia clasificar al paciente de acuerdo a ciertas características para definir el riesgo de enfermedad avanzada. Aquellos que tienen alto riesgo presentan diámetro mayor de 2cm, profundidad mayor a 4mm, extensión ósea, muscular o neural, localización en labio, pabellón auricular o sobre cicatriz previa, gradación de Broders tres o cuatro, inmunosupresión y ausencia de infiltrado inflamatorio¹.

La clasificación previa orientará las medidas terapéuticas subsiguientes, entre las cuales se mencionan: escisión quirúrgica convencional con hasta 6mm de margen, microcirugía de Mohs, criocirugía, radioterapia, terapia fotodinámica, terapia médica con 5-fluoro-uracilo oral y combinación de las mismas¹⁰.

Se presenta el caso debido a lo infrecuente de su presentación y por su utilidad como ejercicio diagnóstico en la revisión de las diversas patologías tumorales que asientan sobre el aparato ungueal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WOLF K, GOLDSMITH L, KATZ S, GILCHREST B, PALLER A, LEFFELL D. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 7ª ed. United States of America: McGraw-Hill; c2008. Capítulo 114, Squamous cell carcinoma; p. 1028-35.
2. ÇELİK A, ÇETİN R, PAK I, ÇETİN A. Subungual epidermoid carcinoma. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2006;59(4):179-81.
3. BARAN R, RICHERT B. Common nail tumors. Dermatol Clin. 2006;24(3):297-311.
4. ARORA A, ATTWOOD J. Common skin cancers and their precursors. Surg Clin N Am. 2009;89(3):703-12.
5. ELDER D, ELENITSAS R, JOHNSON B JR., MURPHY G, XU X. Lever's histopathology of the skin. 10ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. Capítulo 29, Tumors and cysts of the epidermis; p. 817-21.
6. GUITART J, BERGFELD WF, TUTHILL RJ, TUBBS RR, ZIENOWICZ R, FLEEGLER EJ. Squamous cell carcinoma of the nail bed: a clinicopathological study of 12 cases. Br J Dermatol. 1990;123(2):215-22.
7. KUMAR B, SHARMA CS, KAUR S. Phalangeal erosion with subungual warts. Indian J Dermatol Venereol. 1980;46(3):166-8.
8. ASHINOFF R, LI JJ, JACOBSON M, FRIEDMAN-KIEN AE, GERONEMUS RG. Detection of human papillomavirus DNA in squamous cell carcinoma of the nail bed and finger determined by polymerase chain reaction. Arch Dermatol. 1991;127(12):1813-8.
9. RÜDLINGER R, GROB R, YU YX, SCHNYDER UW. Human papillomavirus-35-positive bowenoid papulosis of the anogenital area and concurrent human papillomavirus-35-positive verruca with bowenoid dysplasia of the periungual area. Arch Dermatol. 1989;125(5):655-9.
10. BOLOGNIA JL, JORIZZO JL, RAPINI RP. Dermatology. Spain: Mosby; 2003. Capítulo 109, Actinic keratosis, basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma; p. 1681-6.