

LA SANIDAD PENITENCIARIA EN IMÁGENES

Carcinoma espinocelular en cuero cabelludo

Gallego C, Puig A

Servicios Sanitarios del CP de Quatre Camins (CPQC). La Roca del Vallés. Barcelona

Fecha recepción: 16-01-2014

Fecha aceptación: 18-01-2014

INTRODUCCIÓN

Se estima que en la Unión Europea han muerto por cáncer aproximadamente 1.900.000 personas durante el año 2013¹. El cáncer de piel es la neoplasia maligna más frecuente en el mundo y su prevalencia se ha elevado en los últimos años. Sin embargo, se estima que hay un importante subregistro de este tipo de tumores, ya que a menudo sólo se incluye el melanoma en los Registros Nacionales de Cáncer, a pesar de que la incidencia del cáncer de piel no melanoma es 18-20 veces mayor que el melanoma maligno. En Estados Unidos, por ejemplo, los cánceres de piel no epiteliales representan el 7% de los cánceres de piel que no tienen seguimiento. Esas estadísticas no incluyen datos sobre carcinomas basocelulares (CB) ni carcinomas espinocelulares (CE), ya que los registros centrales del cáncer no les hacen seguimiento².

El CE también conocido como epitelioma espinocelular o espinalioma es una neoplasia epitelial derivada de los queratinocitos y es el segundo tumor cutáneo más frecuente después del basocelular. Su forma de presentación es enormemente variable, desde manchas rojas a nódulos cutáneos, aunque suele presentarse mediante úlceras de bordes indurados y elevados. El riesgo de metástasis varía desde el 1-5% hasta el 30-60% en localización perineal o ulcerosa³ y, por consiguiente, la precocidad del diagnóstico es relevante. A continuación, se presenta el caso de un CE diagnosticado en cuero cabelludo en un paciente que carecía de factores predisponentes.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Se trata de un paciente de 48 años, ex consumidor de cocaína nasal y fumador de 20 cigarros al día, que ingresó en mayo de 2013 en el centro penitenciario de *Quatre Camins* para cumplir una pena impuesta. Correspondía a un fototipo dermatológico de tipo

IV, que no manifestaba antecedentes de fotoexposición ni radiaciones previas ni presentaba ulceraciones, cicatrices u otras lesiones cutáneas. La serología del VIH y del VHC era negativa y no había otros antecedentes patológicos de interés.

En la consulta ordinaria se observó una lesión en el cuero cabelludo, de localización parietal, que se orientó como posible lipoma, derivándose para valoración quirúrgica al servicio de Cirugía. Visitado por el Cirujano consultor, este orientó la lesión como correspondiente a un quiste triquelimal, de 4-5 centímetros de diámetro, infectado tras aproximadamente un año de crecimiento (figura 1). Por ello, se desbridó, se insinuó un drenaje de evacuación y se prescribieron curas periódicas de seguimiento. Asimismo, se recogió una muestra para remisión al servicio de Anatomía Patológica. El informe de la biopsia, remitido unos días más tarde, relataba la presencia de "necrosis isquémica del colágeno denso, infiltrado linfoplasmocitario y un foco central de proliferación escamosa con formación de quistes y perlas corneas que parecía corresponder a un CE bien diferenciado. Junto a esta lesión, había una segunda tumoración de menor tamaño, de 1 centímetro de diámetro". Se programó intervención quirúrgica, que no pudo llevarse a cabo durante el internamiento, por excarcelación del paciente.

COMENTARIO

Como ya se ha citado, el CE es un tumor maligno, invasivo, con posibilidad de metastatizar que suele aparecer sobre queratosis solares o lesiones previas. Se localiza en más del 80% de los casos en áreas corporales expuestas a la luz solar, como la cabeza, la cara, el cuello, el dorso, las manos, y normalmente sobre queratosis actínicas⁴. Es un tumor típico de varones (2:1 con respecto a las mujeres), que suele aparecer en edades avanzadas en sujetos de fototipo



Figura 1

bajo (I y II preferentemente) que trabajan al aire libre. Su incidencia es muy alta (774 por 100.000 en la población general) y la posibilidad diagnóstica debe estar siempre presente ante lesiones de piel y mucosas, incluso cuando, como ha podido observarse en el caso presentado, su presentación no coincide con los factores etiopatogénicos o con los rasgos epidemiológicos habituales. De hecho, se ha destacado la existencia de formas clínicamente atípicas del carcinoma espinocelular y, sobre todo, se ha resaltado la necesidad de un diagnóstico y tratamiento precoces⁵.

Debe recordarse finalmente que el cáncer de piel es prevenible tanto mediante cambios en el modo de vida como mediante la detección de lesiones indicativas de transformación maligna a las que se conoce como lesiones precancerosas de la piel. Las medidas preventivas de los equipos de atención primaria son básicas y deben incluir: a) la educación para la salud sobre la exposición correcta a las radiaciones solares;

b) las medidas de protección e higiene en trabajos con riesgo cancerígeno; y c) la observación y sospecha ante lesiones en pacientes con cicatrices, úlceras cutáneas, liquen escleroso y atrófico, liquen plano de las mucosas, atrofia senil de la piel o infección por virus del papiloma humano.

CORRESPONDENCIA

Dr. Carlos Gallego Castellví
Servicios Médicos
Centro Penitenciario de Quatre Camins
La Roca del Vallés s/n
27929cgc@comb.cat

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Malvezzi M, Bertuccio P, Levi F, La Vecchia C, Negri E. European cancer mortality predictions for the year 2013. *Ann Oncol.* 2013; 24: 792-800.
2. Centros para el Control y la Prevención de enfermedades (CDC) [Internet]. Atlanta: CDC; c1995-2014 [actualizada 2013 Oct 23; citada 2014 En 14]. Estadísticas de cáncer de piel; [sobre 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/cancer/skin/statistics/>
3. Yu RC, Pryce DW, Macfarlane AW, Stewart TW. A histopathological study of 643 cutaneous horns. *Br J Dermatol.* 1991; 124: 449-52.
4. Diepgen TL, Mahler V. The epidemiology of skin cancer. *Br J Dermatol.* 2002; 146 Suppl 61: 1-6.
5. Muñoz MA, Escudero J, Camacho F, Vera I. Carcinoma espinocelular agresivo con presentación atípica. *Actas Dermosifiliogr.* 2001; 92: 39-40.