

CASO CLÍNICO

Carcinoma verrugoso sobre injerto poscirugía de melanoma: Reporte de caso

Camila Félix,* Lesly López,** María Santofimio,*** Yadira Aguilar,**** Rosa Pacheco*****

* Posgrado de Dermatología, Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Quito – Ecuador.
** Posgrado de Dermatología, Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Quito – Ecuador.
*** Dermatóloga, Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Quito – Ecuador.
**** Dermatóloga, Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Quito – Ecuador
***** Patóloga, Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Quito – Ecuador

Correspondencia:

Camila Félix

camila_felix95@hotmail.com

0998007075

Palabras clave: carcinoma verrugoso, melanoma, injerto

Cómo citar este artículo: Félix C, López L, Santofimio MV, Aguilar Y, Pacheco R. Carcinoma verrugoso sobre injerto poscirugía de melanoma: Reporte de caso. *Rev Dermatol Cent Úraga*. 2025;7(1).

Fecha de recepción: 02/11/2024

Fecha de aceptación: 20/02/2025

RESUMEN

El carcinoma verrugoso cutáneo es una variante poco frecuente y bien diferenciada del carcinoma de células escamosas, el mismo que se caracteriza por un crecimiento lento y un bajo potencial metastásico, pero que puede ser localmente agresivo y cuya recurrencia no es infrecuente. Los tumores suelen desarrollarse en adultos mayores, generalmente pacientes de 50 a 70 años de edad y predominantemente en hombres caucásicos. Puede surgir en condiciones inflamatorias crónicas. Se manifiesta como un tumor exófitico de superficie verrugosa y la forma plantar se destaca por su crecimiento lento y bajo potencial metastásico; sin embargo, es localmente agresivo. Se presenta el caso de una paciente femenina de 69 años, con antecedente de melanoma en talón izquierdo reconstruido con un injerto hace 10 años, que acude por una placa verrugosa amarillenta, mal definida, de 2 meses de evolución, asintomática, por lo que se realiza una biopsia de piel que reportó carcinoma verrugoso.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma verrugoso cutáneo es una variante poco frecuente y bien diferenciada del carcinoma de células escamosas, que se caracteriza por un crecimiento lento y un bajo potencial metastásico.¹ Sin embargo, puede ser localmente agresivo y la recurrencia no es infrecuente.² Los tumores suelen desarrollarse en adultos mayores, generalmente pacientes de 50 a 70 años de edad, predominantemente en hombres caucásicos.³ Este carcinoma puede aparecer asociado a condiciones inflamatorias crónicas, como liquen escleroso, cicatrices de quemaduras, úlceras crónicas o leishmaniasis y VPH de bajo riesgo. Se han visto afectadas diferentes regiones anatómicas como palmo-plantar, mucosa oral y anogenital, pero fuera de éstas, el carcinoma verrugoso aparece infrecuentemente. Puede confundirse fácilmente con

afecciones benignas o más malignas, como condiloma acuminado gigante, queratoacantoma, hiperplasia tipo pseudoepitelioma o carcinoma de células escamosas, lo que da como resultado un tratamiento inadecuado.⁴

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 69 años con antecedentes de melanoma en talón izquierdo, que fue tratada con exéresis completa más reconstrucción con injerto de espesor total hace 10 años, con episodios de dehiscencia de sutura. Refiere que desde hace 2 meses, una placa amarillenta mal definida de aproximadamente 2 cm, de aspecto papilomatoso, macerado con exudación de material serohemático ocasional, que se asienta sobre cicatriz de in-



Figura 1. A y B: Placa amarillenta mal definida de 2 cm, de aspecto papilomatoso, macerado, sobre injerto en talón izquierdo.

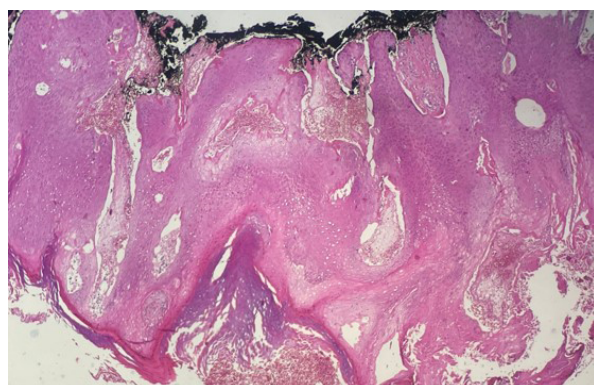


Figura 2: Marcada papilomatosis, epidermis acantósica con hiperplasia irregular y seuodoepiteliomatosa, hiperqueratosis y paraqueratosis; en la base se observa leve atipia de queratinocitos.

jerto previa (Figura 1 A y B), no presenta sintomatología acompañante ni ha realizado ningún tratamiento. Con la sospecha de que pueda tratarse de una recidiva por su antecedente de melanoma, se decidió realizar una biopsia incisional de la lesión, la misma que reportó lesión epidérmica exofítica, caracterizada por marcada papilomatosis, epidermis acantósica con hiperplasia irregular y seuodoepiteliomatosa, hiperqueratosis y paraqueratosis, en la base se observa leve atipia de queratinocitos, compatible con carcinoma verrugoso (Figura 2). Debido al tamaño de la lesión, se refirió a la paciente al servicio de cirugía oncológica para su tratamiento correspondiente.

DISCUSIÓN

El carcinoma verrugoso es una variante inusual, bien diferenciada, de bajo grado del carcinoma escamoso que tiende a aparecer en adultos de mediana edad o mayores de 50-70 años.³ Es más frecuente en hombres caucásicos y generalmente evoluciona durante un período considerable de tiempo.⁴ Se clasifica en cuatro tipos según la ubicación de aparición, que incluyen 1) oral-gastrointestinal (papilomatosis oral florida y tumor de Ackerman), 2) anal-genital, condiloma acuminado gigante de los genitales, también conocido como tumor de Buschke-Löwenstein 3) pie, epiteloma cuniculatum en la superficie plantar del pie y 4) carcinoma verrugoso de otros sitios de la piel.⁵ Es controvertido si el tumor de Buschke-Löwenstein representa una variante del carcinoma verrugoso o si en realidad es un condiloma acuminado gigante.⁶

El carcinoma verrugoso cutáneo se presenta más comúnmente en la planta del pie, pero también se han documentado lesiones en una amplia variedad de sitios, incluidas las muñecas, dedos, lecho ungueal, oreja, nariz, párpado, cuero cabelludo, nalgas, hombro, axila, pared abdominal y labio.⁷ Los tumores rara vez son multicéntricos; se presentan en forma de tumores grandes y exofíticos con una superficie papilomatosa o verrugosa, hiperqueratósicos, a menudo asociados con el desarrollo de senos llenos de queratina, lo que conduce a la designación de epiteloma cuniculatum, por su semejanza con una madriguera de conejo. Las

lesiones anogenitales son clínicamente similares, pero el aspecto exofítico suele ser más pronunciado y a menudo parecen haber surgido de un condiloma acuminado preexistente.⁸

Se asocian con frecuencia a la infección por el VPH, y puede ser difícil distinguir entre un carcinoma verrugoso, verruga vulgar gigante o condiloma acuminado. En concreto, los VPH 6 y 11 se han relacionado característicamente con el carcinoma de Buschke–Lowenstein, mientras que otros VPH (VPH 16, 18 y 33) también se han demostrado en carcinomas verrugosos de otras localizaciones.^{9,10} La penetración gradual del carcinoma verrugoso en los tejidos subyacentes puede destruir el tejido subcutáneo, la fascia y el hueso. Estos tumores pueden surgir dentro de cicatrices y muñones de amputación, así como asociados a fístulas de osteomielitis y a la insuficiencia venosa crónica.¹¹

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.⁸ Se pueden observar otras características histológicas como la formación de quistes de queratina y la presencia de un infiltrado inflamatorio variable. Se puede realizar un diagnóstico diferencial clínico e histológico con otras variantes de carcinomas escamosos, verrugas vulgares, queratoacantomas e hiperplasias epidérmicas reactivas. Menos frecuentemente, pueden confundirse con ciertos tumores anexiales benignos, queratosis seborreicas gigantes, melanomas verrugosos, xantomas verruciformes e incluso con las iododermas y bromodermas.⁹ Se requiere la extirpación completa del tumor para llegar a la correcta filiación del mismo, ya que mediante las biopsias es difícil visualizar el patrón de crecimiento «exo-endofítico» característico del carcinoma verrugoso.¹¹

El carcinoma verrugoso se asocia a una morbilidad considerable. Tiene el potencial de metástasis, pero con más predilección por la destrucción localizada.¹³ La naturaleza localmente agresiva y metastásica ha llevado a la resección quirúrgica como el tratamiento recomendado. El tumor eventualmente podría extenderse a tejidos profundos, requiriendo la amputación del pie.¹² Se ha informado que la terapia fotodinámica y el láser de CO₂ se utilizan preoperatoriamente para reducir el tamaño del tumor. Otras modalidades de tratamiento incluyen quimioterapia, inmunoterapia, criocirugía e inyección intradérmica de interferón- α .³ La contribución de la radioterapia ha sido controvertida, debido al riesgo de transformación anaplásica.¹³ Los estudios han demostrado que los tumores con un diámetro mayor de 2 cm tienen un aumento de tres veces en su tasa metastásica.¹⁴ Cuando la profundidad de invasión del tumor es mayor de 6 mm, la tasa de metástasis es tan alta como 16%.¹⁵

CONCLUSIÓN

El carcinoma verrugoso cutáneo es un subtipo de carcinoma escamocelular de bajo grado, poco frecuente, de crecimiento lento y bajo potencial metastásico. La identificación de las características clinicopatológicas es esencial para realizar un diagnóstico temprano, ya que existen apariencias confusas en la etapa inicial que pueden llevar a su retraso. Independientemente de los métodos terapéuticos disponibles, la resección quirúrgica con márgenes de seguridad sigue siendo el tratamiento recomendado, debido a que puede ser localmente agresivo y ocasionar recidivas. Es por eso que este caso es importante, ya que nos enseña que la aparición de una nueva lesión en un lugar donde previamente existió algún tipo de cáncer no quiere decir que sea necesariamente una recidiva, sino que podría tratarse de una nueva patología, razón por la cual se debe realizar un diagnóstico y tratamiento adecuado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La paciente incluida en este estudio ha firmado el consentimiento informado, aprobando el uso de sus imágenes y datos clínicos exclusivamente con fines de investigación y publicación científica. Se garantiza que no se han proporcionado datos personales ni se han utilizado fotografías que permitan su identificación.

ORCID

Camila Félix  <https://orcid.org/0000-0002-9350-8860>

Lesly López  <https://orcid.org/0009-0000-7047-0962>

María Santofimio  <https://orcid.org/0009-0007-7179-7220>

BIBLIOGRAFÍA

1. Noel JC, Heenen M, Peny MO, Fayt I, Peny J, De Dobbelaar G, et al. Proliferating cell nuclear antigen distribution in verrucous carcinoma of the skin. *Br J Dermatol*. 1995 133(6):868–73. doi: 10.1111/j.1365-2133.1995.tb06918.x
2. Belocopitow, M, Ugarte, C, Marcucci, C, Ortellado, ML y Merola, G. Carcinoma verrugoso plantar. *Dermatol Arg*. 2022 28 (4): 176–79. doi: 10.47196/da.v28i4.2245.
3. Koch B, Trask D, Hoffman H, Karnell L, Robinson R, Zhen W, Menck H; Commission on Cancer, American College of Surgeons; American Cancer Society. National survey of head and neck verrucous carcinoma: patterns of presentation, care, and outcome. *Cancer*. 2001 92(1):110–20. doi: 10.1002/1097-0142(20010701)92:1<110::aid-cn-cr1298>3.0.co;2-k.
4. Ye Q, Hu L, Jia M, Deng LJ, Fang S. Cutaneous verrucous carcinoma: A clinicopathological study of 21 cases with long-term clinical follow-up. *Front Oncol*. 2022 Oct 13;12:953932. doi: 10.3389/fonc.2022.953932..
5. Assaf C, Steinhoff M, Petrov I, Geilen CC, de Villiers EM, Schultz-Ehrenburg U, et al. Verrucous carcinoma of the axilla: case report and review. *J Cutan Pathol*. 2004 31(2):199–204. doi: 10.1111/j.0303-6987.2004.00163.x
6. Orive-Ballesteros JM, Sánchez-López M, Palafox-Chávez M, Luna-Morales O. Condiloma acumínado gigante (tumor de Buschke-Löwenstein) de región anorrectal: radioterapia, una opción de tratamiento. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Gac. mex. oncol*. 2019 18(1):64–68. doi:10.24875/j.gamo.19000163.
7. Kurisu, Y., Tsuji, M., Yasuda, E., Fujiwara, M., Moriwaki, S. Immunohistochemical findings and differential diagnosis of papillary-type cutaneous verrucous carcinoma of the neck: A case report. *Oncol Lett*. 2015 10 (6): 3823–3825. doi:10.3892/ol.2015.3825
8. Calonje, J. Eduardo, et al. *McKee's Pathology of the Skin*. 5a ed., Elsevier Health Sciences, 2019.
9. González-Pérez, R., Trébol, I., Arregui, A., García-Río, I., Carnero, L., Arrue, I., et al. Carcinoma verrugoso facial. Descripción de dos casos. *Actas Dermosifiliogr*. 2009 100(2), 160–162. doi:10.1016/s0001-7310(09)70241-8
10. Floristán, M, Feltes, R, Sáenz, J y Herranz, P. Carcinoma verrugoso del pie asociado a virus papiloma humano tipo 18. *Actas Dermosifiliogr*. 2009 100 (5): 433–35. doi: 10.1016/s0001-7310(09)71264-5.
11. Costache M, Desa LT, Mitache LE, Pătrașcu OM, et al. Cutaneous verrucous carcinoma. Report of three cases with review of literature. *Rom J Morphol Embryol*. 2014 55:383–388
12. González Vilas, D., García Gavín, J., Rodríguez Pazos, L., & Toribio, J. Carcinoma verrucoso. *Piel*. 2010 25(2), 81–90. doi:10.1016/j.piel.2009.10.004
13. Nikkels AF, Thirion L, Quatresooz P, Piérard GE. Photodynamic therapy for cutaneous verrucous carcinoma. *J Am Acad Dermatol*. 2007 57(3):516–9. doi: 10.1016/j.jaad.2007.02.025
14. Chan MP. Verruciform and condyloma-like squamous proliferations in the anogenital region. *Arch Pathol Lab Med*. 2019 143(7):821–31. doi: 10.5858/arpa.2018-0039-RA
15. Que S, Zwald F, Schmults C. Cutaneous squamous cell carcinoma: Incidence, risk factors, diagnosis, and staging. *J Am Acad Dermatol*. 2018 78(2):237–47. doi: 10.1016/j.jaad.2017.08.059