

Hospital General Docente «Iván Portuondo», San Antonio de los Baños (Provincia La Habana)

## Carcinoma epidermoide en el escroto

Dr. Emilio Simón Barroso de la Cruz<sup>1</sup> y Dra. Odalis Sandoval Jiménez<sup>2</sup>

---

### RESUMEN

Se presentó un caso de un paciente de 61 años de edad que acudió a Consulta Externa de Urología por presentar gran aumento de volumen de forma ulcerada y con secreción fétida en la región escrotal. Se orientó el ingreso y se diagnosticó un tumor de gran volumen ( $\pm$  10 cm de diámetro). Se estudió y se decidió aplicar tratamiento quirúrgico, específicamente la exéresis amplia hasta bordes de sección sanos. Se dejó drenaje y se cerró por planos. El paciente mostró buena evolución en el estudio histopatológico y se demostró que la tumoración era un carcinoma epidermoide con bordes de sección sanos. Se realizó interconsulta con el servicio de dermatología y oncología y se orientó seguir la evolución del paciente.

*Palabras clave:* Carcinoma epidermoide, escroto.

---

El carcinoma epidermoide es un tumor con origen aparente en la propia epidermis desde donde se infiltran hacia la profundidad tractos irregulares de células espinosas atípicas anaplásicas. Tras esta fase de infiltración y destrucción local se disemina por metástasis primero a los ganglios inguinales, luego en fase final por vía hematógena a las diferentes vísceras. Esta es la segunda neoplasia más frecuente de la piel, después del carcinoma basocelular. Al igual que en el caso de este, su mortalidad es escasa (aunque mayor), pero las destrucciones y mutilaciones son grandes.<sup>1-3</sup>

La mayoría de los carcinomas epidermoides parece estar inducida por la luz solar. Su incidencia es mayor en los hombres que en las mujeres, sobre todo en los de la raza blanca y es más común después de los 50 años de edad.

Existen otros agentes distintos a las radiaciones solares que son capaces de producir carcinomas epidermoides, como las radiaciones ultravioletas artificiales que se utilizan para tratar determinadas enfermedades cutáneas, el arsénico, carcinógenos industriales

como la brea, el petróleo, los aceites lubricantes, el uso tópico de mostaza nitrogenada para el tratamiento de micosis fungoide, entre otros. El virus del papiloma humano (VPH) induce el carcinoma epidermoide del área anogenital y la piel periungueal y también la inmunosupresión en pacientes con transplantes renal.

Los carcinomas epidermoides pueden aparecer sobre la piel aparentemente sana o sobre piel dañada. Es decir que antes de desarrollarse el carcinoma había en el lugar otras dermatosis precancerosas como cicatrices, quemaduras, úlceras, queratosis actínica y leucoplasias.<sup>4-6</sup>

### **Clasificación**

Muchas y variadas son las clasificaciones de los carcinomas epidermoides según los diversos autores:

- § *Carcinoma intraepitelial* (in situ). Lesiones precancerosas epiteliales: queratosis solar, queratosis inducidas por radiaciones ionizantes, queratosis arsenicales, queratosis por hidrocarburos.
- § *Carcinoma de células escamosas*: enfermedad de Bowen, eritroplasia de Queyrat.
- § *Carcinoma epidermoide inducido por virus del papiloma humano* (in situ): orofaringe, laringe, ano y perineo, vulva, cervix y pene.
- § *Carcinoma epidermoide invasivo*. Por lo general se desarrolla a partir de una lesión precancerosa o carcinoma in situ, frecuentemente en los labios u otras zonas expuestas a la luz solar y tiene la capacidad de metatizar. Pueden distinguirse dos tipos:
  - Carcinoma epidermoide diferenciado. Son duros y firmes a la palpación y muestran signos de queratización (dentro o en la superficie del tumor).
  - Carcinoma epidermoide indiferenciado. Son suaves a la palpación, no muestran signos de queratización; aparecen sangrantes y granulomatosos.<sup>7-10</sup>

### **Localización**

Los carcinomas epidermoides se pueden localizar en cualquier parte del cuerpo, pero como la mayoría de ellos se relacionan con la luz solar, tenemos que el 75 % se localiza en las partes expuestas como el cuello y el cuero cabelludo; el 20 % aparece en el dorso de las manos, las semimucosas, los labios, glande y las uniones mucocutáneas. Como norma los carcinomas epidermoides con localización en mucosa son más agresivos.

En el escroto se puede dar el cáncer de los deshollinadores, en las piernas se puede dar como una complicación de cicatrices o úlceras.

### **Tratamiento**

En el tratamiento del carcinoma epidermoide lo fundamental es la erradicación del tumor antes de que de metastise. Varios son los métodos a utilizar en dependencia de la localización del tumor, el tamaño, si ha dado o no metástasis. Por lo que se puede mencionar: cirugía convencional, cirugía micrográfica de Mohs (incisión quirúrgica

controlada con microscopio), electrocirugía, radioterapia, rayos láser, aplicación en la lesión de interferón ALFA 2B.<sup>11,12</sup>

El objetivo de este trabajo es ampliar nuestros conocimientos teórico-prácticos sobre el diagnóstico, tratamiento y evolución del carcinoma epidermoide.

## PRESENTACIÓN DE UN CASO

Se trata de un paciente del sexo masculino, con 61 años de edad y antecedentes de buena salud anterior. Refirió que hace 10 meses, antes de que apareciera la lesión en escroto, tenía gran prurito y al rascado se lesionó la piel del escroto que posteriormente se le infectó. Hace tres meses apareció una lesión que tenía un aumento progresivo, no dolorosa, que al final de su evolución presentó secreción fétida. Por el aumento de volumen le dificultaba la deambulación, pero el paciente no asistió a consulta médica por miedo, hasta que es traído por un familiar a consulta externa y se decide el ingreso (figura 1).



Figura 1. Tumoración de gran volumen escrotal.

Antecedentes patológicos personales:

- § Hipertensión arterial
- § Lesión dérmica en escroto que se infectó hace 10 meses.

Examen físico: Tumoración de gran volumen  $\pm$  10 cm. de diámetro en escroto con abundante secreción fétida de forma ulcerada, papilomatosa, no dolorosa, no adenopatías inguinales (figura 2).



Figura 2. Tumoración de gran volumen escrotal ( $\pm 10$  cm) de diámetro, que ocupa ambas regiones escrútales. Es de forma ulcerada y presenta orificio fistuloso con secreción fétida.

Complementarios:

- § Hemoglobina 11,2 g/L
- § Eritrosedimentación 85 mm
- § Glicemia 4 mmol/L

Intervención quirúrgica: Se realiza exéresis amplia de la tumoración hasta encontrar bordes de sección libres. No se halló infiltración a planos profundos, es decir, en los testículos. Se deja drenaje y se cierra por planos.



Figura 3. Reparación de pared escrotal después de exéresis de la tumoración.

La evolución del paciente fue favorable. Los resultados del estudio de anatomía patológica confirmaron que se trataba de un carcinoma epidermoide de escroto con sus bordes de sección libres (bien extirpado).

Se remitió al paciente a interconsulta de dermatología y oncología.

## DISCUSIÓN

El carcinoma epidermoide es un tumor maligno de origen epitelial infiltrante y destructor que puede dar lugar a metástasis por vía linfática hemática. Es uno de los tumores frecuentes en la piel y puede estar asociado a lesiones previas de la piel o exposición a la luz solar. Se caracteriza por tumores de gran tamaño, ulcerados, papilomatosos, de gran fetidez. El pronóstico de estos tipos de tumores es favorable si no se ha extendido la metástasis por vía linfática o hemática. Se valoró el caso con los servicios de oncología y dermatología y se siguió su evolución.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Velázquez GAZ, Osorio MS, Báster ICM. Afecciones más frecuentes de la piel. En: Álvarez RS. Temas de Medicina General Integral (Volumen II). La Habana: ECIMED; 2001.
2. Garde A. Cáncer de Piel [En línea]. Boletín Oncológico 9/98. Hospital General “Obispo Rolono de Tenul” Citado 10/06/05. Disponible en: <http://www.opolanco.es/apat/Boletín9/piel>
3. Rodríguez GC, Villar MCC, Domínguez MPF, Pinedo FM, Alonso SC González BP. Validez del diagnóstico clínico del carcinoma epidermoide. Rev Esp Patol 2000, 33(3): 205 –210.
4. Cotran SR, Kumar V. Collins T. Robbins Patología Estructural y Funcional. 6ta. Ed. Madrid: Interamericana; 2000.
5. Larrondo RJM, Hernández LMG, Roca AA, Larrondo RPL. Consideraciones sobre la prevención del Cáncer de piel. Rev Cubana Med Gen Integr 1996; 12 (3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251996000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251996000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
6. Larrondo RJM, Hernández LMG, González ARA, Larrondo RPL. Lesiones en los genitales externos. Enfoque diagnóstico y conducta que debe seguir el Médico de la Familia. Rev Cubana Med Gen Interg 1998; 14 (1): 4–8.
7. Castillo MDM, Cabrera MJP, Díaz de Villega EA, Sabatés MM, Herrera DA. Correlación clínico Histológica de pacientes operados de cáncer de piel no melanocítico en la provincia de Cienfuegos Año 2001. Rev Cub Med Inter.. 2003, 42 (3). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol42\\_3\\_03/med06303.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol42_3_03/med06303.htm)
8. Manzur J, Almeida JD, Cortés M. Dermatología. La Habana: Ciencias Médicas; 2002.
9. Muñoz B, Villa L. Manual de Medicina Clínica Diagnóstico y Terapéutica. 2da Edición. Madrid. Díaz de Santos; 1993.

10. Betlloch, Pinazo 1, Mestre F. Úlcera vulvar aguda de Lipschutz. Actas Dermosifilográficas. 1991; 82 (6) : 417–21.
11. Carcinoma epidermoide. Thomas B. Patrik F. PAC Dermatología Parte Libro 3. [online]. 8va edición. [citado 10/6/2005]. Disponible en [www.discope.com/privados/pac/generales/dermatología/cáncer.htm](http://www.discope.com/privados/pac/generales/dermatología/cáncer.htm)
12. Carcinoma epidermoide. Thomas B. Patrik F. PAC Dermatología -1 Libro 9, [online]. 8va edición. [citado 10/06/2005]. Disponible en [www.galderma.com/mx/pac/pac9/d9\\_p40.htm](http://www.galderma.com/mx/pac/pac9/d9_p40.htm)

Recibido: 15 de enero de 2006. Aprobado: 23 de mayo de 2006.

*Dr. Emilio Simón Barroso de la Cruz. Avenida 78, No. 3310, San Antonio de los Baños. Provincia La Habana.*

Correo electrónico:[milbar@infomed.sld.cu](mailto:milbar@infomed.sld.cu)

1 Especialista de I Grado en Urología. Profesor Asistente.

2 Especialista de I Grado en Urología