

Carcinoma escamoso epicraneal metastásico con invasión parenquimatosa cerebral, a propósito de un caso

Metastatic epicranial squamous carcinoma with parenchymal brain invasion, apropos of a case

Dr. Enrique Marcos Sierra Benítez^{1*,**}  <https://orcid.org/0000-0001-6321-6413>

Dr. Abel Álvarez Armas^{1,***}  <https://orcid.org/0000-0002-1090-6696>

Dra. Mairianny Quianella León Pérez^{1,****}  <https://orcid.org/0000-0003-2808-4122>

Dra. Patricia Díaz Fiallo^{1,*****}  <https://orcid.org/0000-0003-0447-816X>

Dra. Ana María Castro Moreno^{1,*****}  <https://orcid.org/0000-0001-9837-2942>

¹ Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Provincial Comandante Faustino Pérez Hernández. Matanzas, Cuba.

* Autor para la correspondencia: enriquem.mtz@infomed.sld.cu

RESUMEN

A nivel mundial se estiman que cada año se diagnostican aproximadamente 650 000 nuevos casos de cáncer escamoso de cabeza y cuello. Ocasionan 300 000 muertes y dos tercios de estos casos se originan en países en vías de desarrollo. Se presentó un caso de un paciente atendido en consulta a causa de crecimiento acelerado de la región frontotemporoparietal derecha, acompañado de sintomatología neurológica correspondiente a una afección funcional de los lóbulos parietal y temporal derecho. Se le realizó exámenes imagenológicos y biopsia por punción de la lesión, lo que arrojó un carcinoma escamoso como variedad histológica de la tumoración.

Palabras clave: carcinoma escamoso epicraneal; metástasis; cáncer.

ABSTRACT

It is thought that around 650 000 new cases of head and neck squamous tumors are diagnosed in the world every year. They cause 300 000 deaths and two thirds of these cases are originated in developing countries. We presented the case of a patient who assisted the consultation due to the fast growth of the right frontotemporal parietal region, accompanied with neurological symptomatology corresponding to a functional disorder of the right parietal and temporal lobes. Imaging studies and a biopsy by lesion puncture were performed. It showed a squamous carcinoma as histological variant of the tumor.

Key words: epicranial squamous carcinoma; metastasis; cancer.

Recibido: 09/10/2018.

Aceptado: 19/02/2019.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. Se prevé que el número de nuevos casos aumente en aproximadamente un 70 % en los próximos 20 años, de 14 millones en el año 2012, a 22 millones en las próximas dos décadas.^(1,4)

Mundialmente se estiman en aproximadamente 650 000 nuevos casos diagnosticados cada año, de cáncer escamoso de cabeza y cuello (CECyC), y 300 000 muertes por CECyC. Dos tercios de estos casos originados en países en vías de desarrollo. La incidencia de CECyC es, en general, tres veces mayor en hombres que en mujeres, y en particular, varía de 2:1 hasta 15:1 dependiendo del sitio del cáncer.⁽¹⁾

En los Estados Unidos de norteamérica, el CECyC representa el 3,2 % de la incidencia de todos los cánceres, y el 2,2 % de la mortalidad por cáncer.

En Europa, se estima en aproximadamente 130 000 nuevos casos cada año. A nivel mundial, el cáncer de cavidad oral y orofaringe corresponde al décimo cáncer más incidente, pero es la séptima causa de mortalidad producida por cáncer.

La incidencia de CECyC en general ha disminuido desde 1980 en hombres, pero ha aumentado en mujeres. Respecto a la histología, más del 90 % de los CECyC son de tipo escamoso.^(1,2)

Su extensión se produce en superficie a través de la mucosa, por compromiso de planos profundos y por metástasis a ganglios linfáticos cervicales, mucho antes de provocar metástasis a distancia. Las metástasis ganglionares cervicales son frecuentes al momento del diagnóstico en la mayoría de las ubicaciones del carcinoma escamoso de cabeza y cuello debido al frecuente diagnóstico tardío de la enfermedad.^(3,5,6)

Por otro lado, no es raro que una neoplasia maligna se manifieste por primera vez por metástasis viscerales o ganglionares en las valoraciones de diferentes casos clínicos. Se denomina entonces a estos pacientes como que tienen cáncer primario oculto (CPO), un cáncer metastásico de sitio primario desconocido o metástasis de origen desconocido.

El cáncer primario oculto se define como: la enfermedad neoplásica maligna diseminada, demostrada mediante estudio anatomopatológico de una de sus metástasis, sin que se consiga identificar el origen del tumor primario, a pesar de un estudio que se considere óptimo, en vida del paciente. Los CPO representan, según varias series, del 0,5 al 7 % de todos los cánceres que se diagnostican y la edad media de presentación es 60 años. Solo se identifica el primario en la necropsia entre el 12 y el 25 %.^(7,8,9,10)

Se presenta un caso para describir la forma de presentación, cuadro clínico, complementarios imagenológicos, así como la histología de la variedad histológica de un paciente con un carcinoma escamoso epicraneal metastásico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trató de un paciente de 75 años, con antecedentes de hipertensión arterial controlada y tabaquismo. Acude a consulta de Neurocirugía a causa de crecimiento acelerado de la región frontotemporoparietal derecha de la cabeza, en un mes aproximadamente, ha crecido 11 cm la tumoración epicraneal. Acompañado de cefalea hemicránea derecha que aumenta la intensidad progresivamente e incapacidad para recordar eventos recientes, además de pérdida de 15 libras en los últimos 3 meses y pérdida del apetito. ([Fig. 1](#)).



Fig. 1. Lesión epicraneal tumoral frontotemporoparietal derecha.

Examen Físico (positivo)

- Tumoración epicraneal frontoparietotemporal derecha.
- Escala Coma de Glasgow. 15 ptos.
- Cuadranopsia homónima izquierda.
- Amnesia anterógrada.
- Ligeramente hemiparesia izquierda.
- Hipoestesia exteroceptiva del hemicuerpo izquierdo.
- Trastornos para juzgar relaciones espaciales.
- Hipermetamorfopsia.

Ante la presencia de signos clínicos correspondientes a alteración funcional de lóbulos temporal y parietal derecho, se decidió realizar Resonancia Magnética Nuclear de cráneo para determinar el posible grado de invasión tumoral al parénquima cerebral. Este examen imagenológico arrojó una gran lesión epicraneal acompañado de un segmento de osteólisis parietal posterior, con invasión parenquimatosa cerebral a los lóbulos temporal y parietal derecho, en los cuales se observó una imagen compleja de 3,49 cm X 2,47 cm X 3,25 cm con edema peritumoral. ([Fig. 2](#) y [3](#)).

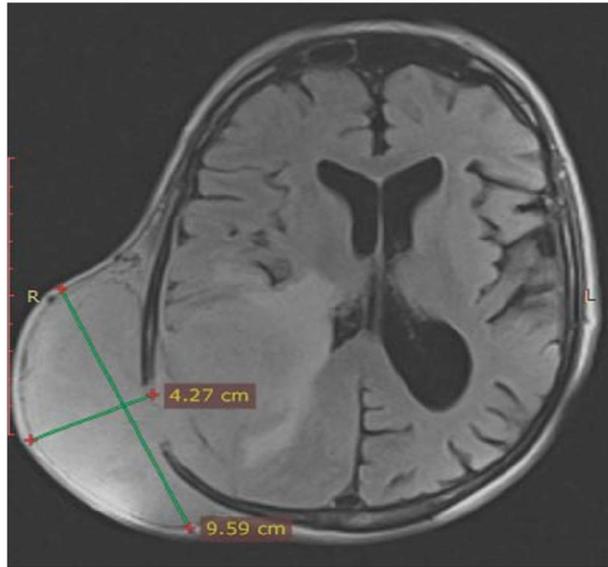


Fig. 2. RMN craneal. Corte axial. Ponderación T1.

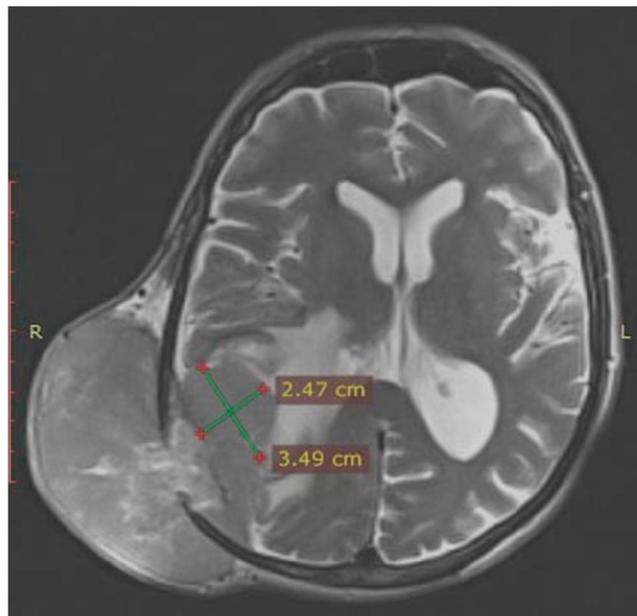


Fig. 3. RMN craneal. Corte axial. Ponderación T2.

Se observó lesión tumoral epicraneal frontoparietotemporal de 9,59 cm X 10,31 cm X 4,27 cm, con lesión tumoral de lóbulos temporal y parietal derecho en los cuales se

observa una imagen compleja de 3.49 cm X 2.47 cm X 3.25 cm con edema peritumoral.

Ante la presencia de un síndrome general asociado a un crecimiento acelerado de una tumoración epicraneal con osteolisis e invasión tumoral al parénquima cerebral (lóbulos parietal y temporal derecho) se decidió realizar biopsia de la lesión mediante la punción de la misma.

La cual arrojó una metástasis de alto grado con diferenciación escamosa, un tipo histológico infrecuente para dicha tumoración epicraneal. Las [figuras 4](#) y [5](#) muestran imágenes microscópicas de dicha biopsia.

Se realizaron otros complementarios como rayos X y tomografía axial computada de tórax en busca de la neoplasia primaria, constituye el pulmón el órgano con mayor frecuencia de aparición de esta variedad tumoral, pero estos últimos fueron negativos.

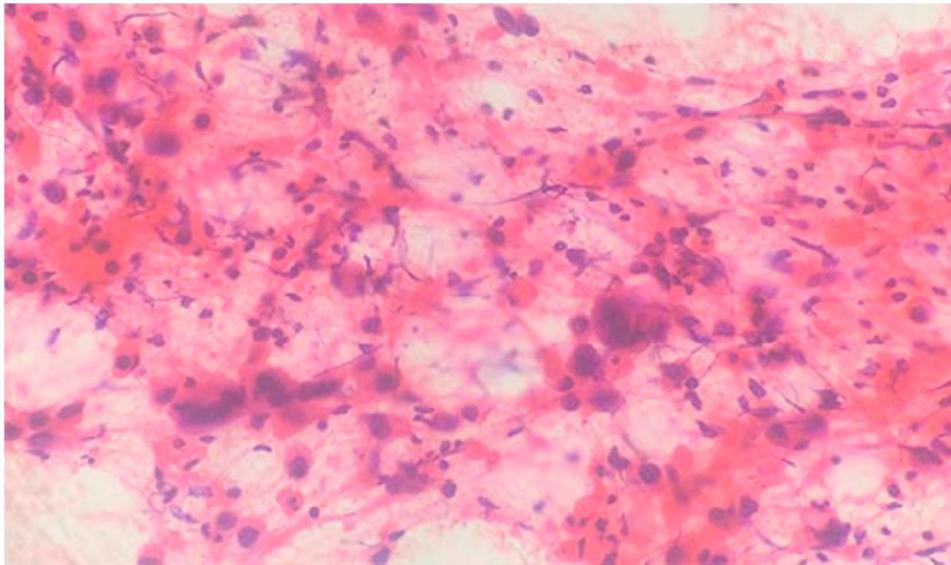


Fig. 4. Imagen microscópica de la biopsia realizada al paciente.

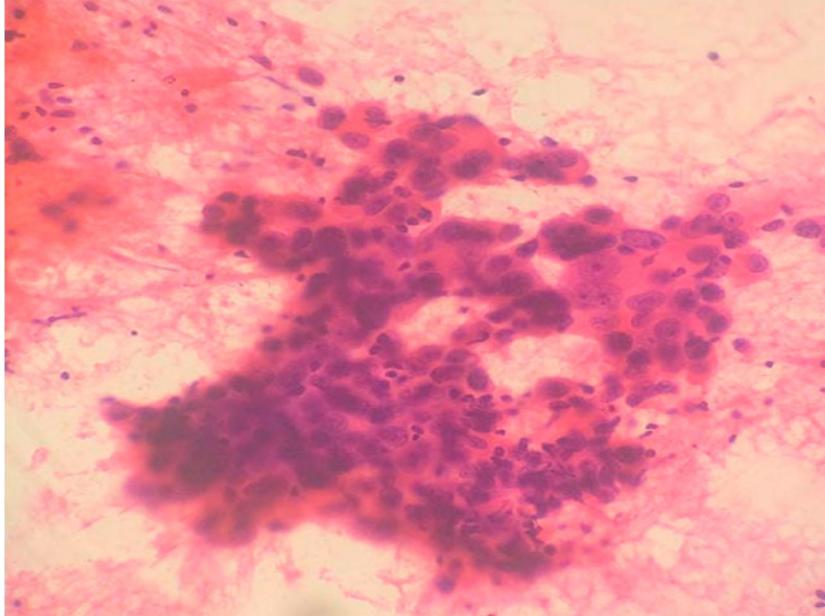


Fig. 5. Presencia de células carcinomatosas escamosas.

Después de discutir el caso en colectivo y teniendo en cuenta aspectos como el estado de deterioro físico del paciente, y la agresividad de la variedad histológica de la tumoración presentada con un crecimiento acelerado. Se determinó no ofrecerle tratamiento quirúrgico y remitirlo hacia la consulta de Oncología como una metástasis de variedad carcinomatosa escamosa con la lesión primaria desconocida, para aplicar tratamiento con radioterapia.

DISCUSIÓN

El carcinoma de células escamosas se trata de una malignidad primaria pulmonar que evidencia usualmente metaplasia escamosa como lesión pre-invasiva, la cual progresa a displasia, carcinoma in situ y carcinoma invasivo. Tiene una asociación muy fuerte con el tabaquismo: más del 50 % de los tumores de este tipo aparecen en fumadores y están relacionados directamente con el número de cigarrillos/ año. Por consiguiente, dejar de fumar es la medida más eficaz para reducir el riesgo de cáncer de células escamosas en el mundo.⁽¹¹⁾

Las metástasis sin tumor primario identificado es un reto para los profesionales que se dedican a la práctica clínica. Ante la falta de un tumor primario conocido, el establecer planes de tratamiento representa un verdadero desafío.⁽¹²⁾

La tasa de diagnósticos positivos actuales con los estudios de imágenes, anatomopatológicos y de inmunohistoquímica es de aproximadamente 20 a 30 % en

pacientes con COP. La valoración anatomopatológica típica consiste en la aplicación de hematoxilina, de eosina y estudios inmunohistoquímicos. En la actualidad raras veces se utiliza el examen con microscopio electrónico, aunque puede utilizarse en forma selectiva para tomar decisiones de tratamiento.⁽¹³⁾

El empleo de estudios de expresión génica mantiene la promesa de incrementar en grado sustancial esta tasa de diagnósticos positivos. Los perfiles de expresión génica son generados más comúnmente al utilizar reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) cuantitativa o micro disposición de ácido desoxirribonucleico. Es indispensable un examen anatomopatológico detallado de la muestra de tejido de biopsia más accesible.^(14,15)

El tejido adecuado obtenido mediante biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) deberá teñirse primero con hematoxilina y con eosina para después someterse a examen con microscopio de luz. En el examen con microscopio de luz, 60 % de los COP resultan ser un adenocarcinoma, y 5 % son carcinomas de células escamosas. Un pequeño porcentaje de las lesiones se diagnostican como neoplasias malignas neuroendocrinas, tumores mixtos (carcinomas adenoescamosos o sarcomatoides) o neoplasias indiferenciadas.⁽¹⁶⁾

Las tinciones inmunohistoquímicas son anticuerpos marcados con peroxidasa contra antígenos de tumores específicos que se utilizan para definir la naturaleza del tumor. Cada vez es mayor el número de tinciones inmunohistoquímicas disponibles (inmunoperoxidasas para diferentes antígenos tumorales). También estudios de reordenación genética. Sin embargo, son métodos costosos y no disponibles en todos los centros hospitalarios del país.⁽¹⁷⁾

Son muchas las localizaciones del carcinoma escamoso o epidermoides a veces hasta difícil de pensar por su rareza. La mayor parte de los autores revisados señalan que en los casos con carcinomas metastásicos de origen primario desconocido deben realizarse una anamnesis y una exploración física detalladas, además se debe prestar atención especial a los signos y síntomas que sugieran la existencia de alguna localización.

Las pruebas de laboratorio deben incluir hemograma completo, la velocidad de sedimentación globular (VSG) análisis de orina, examen de heces en busca de sangre oculta y bioquímica sérica (incluido análisis de antígenos específicos en algunos casos). La exploración radiológica debe limitarse a una radiografía torácica, la TAC y una mamografía. No debe realizarse tránsito intestinal ni enema opaco de forma rutinaria. La forma metastásica ganglionar de los carcinomas primarios escamosos son descritas como la más frecuente en la mayor parte de la literatura.⁽¹⁸⁾

El tema del cáncer metastásico primario de origen desconocido sigue siendo algo desalentador para la práctica clínica, a pesar de los esfuerzos que se realizan para seguir los protocolos de limitaciones diagnósticas en algunas instituciones y a pesar de contar con tecnologías avanzadas, en otras.

Se puede concluir que el carcinoma escamoso es una variedad histológica tumoral extremadamente agresiva, con diversas localizaciones. Presenta una alta incidencia de metástasis, también una alta mortalidad; la localización epicraneal es extremadamente rara, no se encontró caso parecido en la literatura revisada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cardemil F. Epidemiología del carcinoma escamoso de cabeza y cuello. Rev Chil Cir [Internet]. 2014[citado 12/09/18]; 66 (6). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262014000600017&lng=en&nrm=iso&tlng=en
2. Sánchez G. Factores de riesgo de carcinoma espinocelular, un estudio del Centro Nacional de Dermatología de Colombia. Actas Dermo-Sifiliográficas[Internet]. 2013[citado 12/09/18]; 104 (8): 672-8. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0001731013000604?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0001731013000604%3Fshowall%3Dtrue&referrer=>
3. Ortega P. Actualización en metástasis ganglionar de carcinoma escamoso de cabeza y cuello: Disección ganglionar, ganglio centinela y técnicas de biología molecular. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello[Internet]. 2008[citado 12/09/18]; 68 (1) . Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-48162008000100010&lng=es&nrm=iso
4. Pacheco Gutiérrez I, López Vergara JM, Ríos Hidalgo N, et al. Diagnóstico citológico pulmonar en lesiones estudiadas por broncoscopia. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Miguel Enrique. 2011-2015. Panorama Cuba y Salud[Internet]. 20172008[citado 12/09/18]; 12(3): 30-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=76159>
5. Oberreuter G, Oliva C, Contreras JM, et al. Análisis de tiempos de espera en pacientes con cáncer de cabeza y cuello en el Hospital San Juan de Dios. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello[Internet]. 2017[citado 12/09/18]; 77 (2) Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162017000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
6. Serra Valdés MA, *Delgado Almanza R*. Carcinoma escamoso metastásico primario de origen desconocido. Presentación de un caso. Rev Finlay[Internet]. 2012[citado 12/09/18]; 2(4). Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/153>
7. Hernández Piñero L. Carcinoma de células escamosas de pene. Rev Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta[Internet]. 2015[citado 12/09/18]; 40(11). Disponible en: http://evzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/360/html_117
8. Medrano-Leos G, Álvarez-Mejía H, Magos-Aquino N, et al. Carcinoma de células escamosas del Escroto. Rev Mex Urol[Internet]. 2017 May[citado 12/09/18]; 77(3): 219-24. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2017/ur173h.pdf>

9. Iribarren O, Muriel Ramírez M, Madariaga JA, et al. Carcinoma de células escamosas de piel. Serie de casos. Rev Chil Cir[Internet] 2018[citado 12/09/18];70 (4) . Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262018000400315
10. Pérez Escobar MM, García Rodríguez ME, Armas Moredo K, et al. Cáncer de pulmón de células no pequeñas: presentación de caso. AMC[Internet]. 2017[citado 12/09/18];21 (2) . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000200010
11. Fernanda Sua L, Fernández I. Carcinoma de células escamosas y patología molecular. Rev Colombiana de Neumología[Internet]. 2016[citado 12/09/18]; 28 (2). Disponible en: <https://revistas.asoneumocito.org/index.php/rcneumologia/article/viewFile/224/211>
12. Hainsworth JD, Greco FA. Cancer of unknown primary origin[Internet]. En: Goldman L, Ausiello D. Cecil Medicine. 23th ed. New York: Saunders; 2007[citado 12/09/18]. 787-90 p.
13. Greco FA, Orien K, Erlander M, et al. Cancer of unknow primary: progress in the search for improved and rapid diagnosis leading toward superior patient outcomes. Ann Oncol. 2012; 23(2): 298-304. Citado en PubMed; PMID: 21709138.
14. Tothill RW, Kowalczyk A, Rischin D. An expression based site of origin diagnostic method designed for clinical application to cancer of unknown origin. Cancer Res. 2005; 65(10): 4031-40. Citado en PubMed; PMID: 15899792.
15. Lobins R, Floyd J. Small cell carcinoma of Unknown primary. Semin Oncol. 2007; 34(1): 39-42. Citado en PubMed; PMID: 17270664.
16. Pentheroudakis G, Golfinopoulos V, Pavdilis N. Switching benchmarks in cancer of unknown primary: from autopsy to microarray. Eur J Cancer. 2007 Sep; 43(14): 2026-36. Citado en PubMed; PMID: 17698346.
17. Pardo H, Simkim DO, González Aguilar O, et al. Metástasis cervicales de primario desconocido, oculto o no hallado. Rev argent cir[Internet]. 2008[citado 12/09/18]; 94(5/6): 200-8. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=501386&indexSearch=ID>
18. Cantos Sánchez de Ibargüen B, Sánchez Ruiz A, Maximiano Alonso C, et al. Carcinoma de origen desconocido: diagnóstico y manejo terapéutico. Oncología[Internet]. 2006[citado 12/09/18]; 29(3): 95-106. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352006000300002

Conflictos de Intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

**El primer autor participó en el acto operatorio, dirigió la investigación elaborando el aspecto de presentación del caso.

***La segunda autora elaboró la introducción del trabajo.

****La tercera autora colaboró con la elaboración de la discusión del trabajo.

*****La cuarta y quinta autora hicieron la búsqueda de referencias bibliográficas y elaboraron este aspecto.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Sierra Benitez EM, Álvarez Armas A, León Pérez MQ, et-al. Carcinoma escamoso epicraneal metastásico con invasión parenquimatosa cerebral, a propósito de un caso. Rev Méd Electrón [Internet]. 2020 May.-Jun. [citado: fecha de acceso];42(3). Disponible en:
<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2948/4836>