

ORIGINALES

Las células claras en el carcinoma espinocelular cutáneo*

R. Corbalán-Vélez^a, J.A. Ruiz-Macia^b, C. Brufau^c, J.M. López-Lozano^d, E. Martínez-Barba^e y F.J. Carapeto^d

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Vega Baja. Orihuela. Alicante. España.

^cServicio de Dermatología. Hospital General Reina Sofía. Murcia. España.

^dServicio de Medicina Preventiva. Hospital Vega Baja. Orihuela. Alicante. España.

^eServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

^fServicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Resumen. *Introducción.* Se han publicado pocos casos de carcinoma espinocelular (CE) de células claras, aunque creemos que es frecuente observar células claras en los CE.

Material y métodos. Hemos estudiado 249 CE. Analizamos distintas variables clínicas e histológicas. Hemos usado diversas técnicas de inmunohistoquímica (método de inmunoperoxidasa) para valorar si existía diferenciación anexial.

Resultados. Observamos 96 CE con más de un 25% de células claras. Existe más cantidad de células claras en los CE desarrollados o «no incipientes» y en los derivados de enfermedad de Bowen (EB). Describimos dos patrones histológicos: a) células claras alrededor de las perlas córneas del CE, que se asocia a la existencia de queratosis actínica como lesión previa y a signos indirectos de virus del papiloma humano (VPH) en infundíbulos pilosos, y b) células claras que simulan diferenciación anexial, relacionado con EB como lesión previa. También hemos encontrado 19 carcinomas con verdadera diferenciación anexial.

Conclusiones. Es frecuente observar células claras en los CE, aunque solo algunos presentan una gran cantidad. El desarrollo de células claras en los CE sería progresivo y solo aparecería en los CE más desarrollados. Cuando se observan células claras en los CE, se tiende a pensar que existe diferenciación anexial, sin embargo, en la mayoría de casos se trataría solo de EB de células claras que infiltra estructuras anexiales normales. En un pequeño porcentaje de casos (7,6% en nuestro estudio) sí existe verdadera diferenciación anexial. Por otra parte, el patrón histológico descrito como células claras alrededor de perlas córneas prácticamente nos descartaría dicha diferenciación.

Palabras clave: células claras, carcinoma espinocelular, piel, dermatopatología.

CLEAR CELLS IN CUTANEOUS SQUAMOUS CELL CARCINOMA

Abstract. *Introduction.* Although few cases of squamous cell carcinoma (SCC) with clear cells have been published, we believe that these cells are often present in SCC.

Material and methods. We studied 249 SCCs, analyzing a number of clinical and histological variables. Various immunohistochemical techniques (immunoperoxidase method) were used to determine whether adnexal differentiation was present.

Results. There were 96 SCCs with a proportion of clear cells of over 25%. Advanced or established SCCs and SCCs associated with Bowen disease contained a larger proportion of clear cells. We defined 2 histological patterns: a) clear cells around the keratin pearls of SCCs arising from pre-existing actinic keratosis and with indirect signs of human papilloma virus infection in hair follicles; and b) clear cells that simulate adnexal differentiation in lesions arising on pre-existing Bowen disease lesions. There were also 19 carcinomas with true adnexal differentiation.

Discussion. Clear cells are frequently observed in SCC, though large numbers of clear cells are present only in certain SCCs. The appearance of clear cells in SCCs is progressive and they are only present in more advanced SCC. The presence of clear cells is suggestive of adnexal differentiation; however, in the majority of cases, their presence is due

to infiltration of normal adnexal structures by the cells of pagetoid Bowen disease. True adnexal differentiation exists only in a small percentage of cases (7.6% in our study). The histological pattern described as clear cells around keratin pearls practically rules out this differentiation.

Key words: clear cells, squamous cell carcinoma, skin, dermatopathology.

*Este trabajo recibió el Premio de investigación «August C. Stiefel» 2007-2008

Correspondencia:

Raúl Corbalán Vélez.

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Ctra. Murcia-Cartagena, s/n.

30120 El Palmar. Murcia. España.

raulcorb@gmail.com

Introducción

Kuo¹ describió 6 casos de carcinoma espinocelular (CE) de células claras como un subtipo de CE que simula un carcinoma sebáceo. El número de casos publicados de CE de células claras (CEccl) es muy escaso, apenas 12 o 14 casos²⁻⁸; nuestra opinión es que probablemente este subtipo de CE esté infradiagnosticado y sea más frecuente de lo que refleja la literatura.

Las células claras es un término descriptivo que hace referencia a la apariencia clara del citoplasma en las tinciones con hematoxilina/eosina (H/E). Algunos autores refieren que las células claras se deberían a depósitos de glucógeno²; otros, basándose en estudios con microscopía electrónica, concluyen que estas células serían el resultado de cambios degenerativos del citoplasma («degeneración hidrópica»^{1,5}, confluencia de vacuolas⁵, o bien degeneración de los lisosomas^{9,10}).

Son muchos los tumores cutáneos que pueden presentar células claras, tanto benignos (acantoma de células claras, tricolemoma, hidradenoma de células claras, siringoma de células claras, dermatofibroma de células claras, etc.) como malignos (carcinoma basocelular de células claras, carcinoma sebáceo, hidroadenocarcinoma de células claras, carcinoma tricolemal, porocarcinoma ecrino de células claras, fibroxantoma atípico de células claras, carcinoma mioepitelial de células claras, melanoma de células balonizantes, las metástasis del carcinoma renal, etc.)²⁻⁵.

Respecto a la etiopatogenia del CEccl, algunos trabajos^{1,8,11} refieren que podría tratarse de diferenciación anexial; 3 de los 6 casos descritos por Kuo¹ habían sido diagnosticados previamente de carcinoma sebáceo. Lee et al¹¹ describen un tumor, indistinguible de un CEccl, pero que en realidad se trataba de un carcinoma tricolemal. Igualmente, Liegl et al⁸, tras estudiar con microscopía electrónica sus 5 casos de CEccl localizados en el pene, concluyen que se trata de carcinomas con diferenciación glandular.

Por otro lado, la infección por el virus del papiloma humano (VPH) puede provocar vacuolización citoplasmática y cambios similares a los coilocitos, dando un aspecto de célula clara^{12,13}. También se ha descrito que el VPH podría provocar «pseudoqueratinización tricolemal», dando una falsa apariencia de queratinización tricolemal en algunas lesiones^{12,14}.

Material y método

Hemos analizado 248 CE extirpados en el Hospital Vega Baja (Orihuela, Alicante) durante un periodo de 5 años.

Aunque a un mismo paciente se le extirparan varios CE, para nuestro estudio hemos considerado cada uno de ellos como un caso individual. Definimos como células claras

aquellas que presentaban un citoplasma amplio, de aspecto «vacío» o «espumoso» con la tinción de H/E. No consideramos como células claras aquellas que únicamente presentaban una tinción citoplasmática eosinófila o anfófila más débil, ni tampoco las células vidriosas del queratoacantoma. Incluimos como CEccl los CE con más de un 25 % de células claras, especificando si presentaban entre un 25-50%, un 50-75% o más de un 75 %.

No se incluyeron en el estudio: los CE que podían ser recidivas de CE extirpados previamente, aquellos en los que no se observó relación con la epidermis, los CE localizados en labio, en región ano-genital o en mucosas, ni aquellos CE en que no era posible un buen análisis de la preparación histológica (borde libre tumoral muy escaso, biopsias parciales, curetaje y electrocoagulación, etc.).

Hemos analizado distintas variables clínicas e histológicas para su posterior estudio estadístico. Las variables clínicas analizadas fueron:

1. Edad.
2. Sexo.
3. Localización y localización fotoexpuesta.
4. Pacientes con inmunodepresión conocida.

Obtuvimos las variables histológicas del análisis del tumor y de la zona adyacente al mismo, determinando:

1. Porcentaje de células claras: medición semi-cuantitativa de la cantidad de células claras observada (casos sin células claras, menos de un 25 %, entre un 26 y un 50%, de un 51 a un 75 %, más de un 75 %). Posteriormente esta variable se reagrupó en CE sin células claras o con menos de un 25 % por un lado, y en más de un 26 % de células claras por otro.
2. Si las células claras se disponían siguiendo algún patrón histológico de distribución (para esta variable consideramos todos los CE con células claras, incluyendo también el intervalo de 0 a 25 % de células claras).
3. Posible lesión preexistente (queratosis actínica, enfermedad de Bowen, queratoacantoma, otros).
4. Presencia de elastosis solar (degeneración basófila del colágeno) y si esta alcanzaba hasta dermis reticular superficial, media o profunda.
5. Tumor incipiente o «poco desarrollado»: consideramos como tumores incipientes los CE que no se «alejan» de la epidermis o de la lesión preexistente y aquellos en que el CE invasor era más pequeño que la lesión preexistente.
6. Signos histológicos indirectos de VPH: existencia de granos de queratohialina más grandes y numerosos (localizados en citoplasma y núcleo), papilomatosis, pseudoparaqueratosis (núcleos redondeados en capa córnea) y/o coilocitosis^{12,15}. También determinamos si estos signos indirectos de VPH se localizaban en los infundíbu-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3181362>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3181362>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)