PIEL
FORMACION CONTINUADA EN DERMATOLOGIA
www.elsevier.es/piel

Caso clínico

Carcinoma escamoso ungueal

Ungual squamous cell carcinoma

Mónica García-Arpa [a,*], *Claudia Ramos Rodríguez* [b], *Ana María Puig Rullán* [b], *María Rodríguez-Vázquez* [c], *Evelina J. de La Cruz Gómez* [a] y *Guillermo Romero Aguilera* [a]

[a] *Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España*
[b] *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España*
[c] *Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Albacete, Albacete, España*

El carcinoma escamoso (CE) del aparato ungueal *in situ* o invasivo, aunque es raro, es uno de los tumores malignos más frecuentes de esta localización con más de 250 casos descritos en la literatura desde 1850. Preferentemente afecta a varones adultos de edad media, y suele presentarse como una lesión verrucosa principalmente en los dedos de las manos. Esta entidad está asociada al virus papiloma humano (VPH) de alto riesgo oncogénico, en especial al VPH 16, sobre todo cuando afecta a los dedos de las manos, habiéndose postulado la transmisión dígito-genital. Presentamos el caso de un varón positivo para el VIH con afectación del primer dedo del pie por un CE infiltrante en el seno de una enfermedad de Bowen del aparato ungueal donde se demostró infección por VPH 16.

Caso clínico

Varón de 44 años con antecedentes de ex-adicción a drogas por vía parenteral, positivo para el VIH en tratamiento con triple terapia antirretroviral (carga viral indetectable, CD4 468 células/μl, CD 4/CD8 0,40 [< 1]) y hepatopatía por VHC genotipo 1a (carga viral 757.673 UI/ml). Consultaba por una lesión dolorosa desde hacía 2,5 meses en la uña del primer dedo del pie derecho, sin antecedentes de traumatismo previo. En la exploración se observaba una placa hiperqueratósica que afectaba toda la región periungueal lateral y el pliegue proximal con destrucción de la mitad de la lámina ungueal (fig. 1). No presentaba adenopatías inguinales ni poplíteas. La biopsia de la matriz ungueal mostró hiperqueratosis paraqueratósica, células escamosas con núcleos hipercromáticos y anisocitósicos, nucleolos prominentes, mitosis en estratos altos y células disqueratósicas, compatible con enfermedad de Bowen, sin poder descartar infiltración de la dermis (fig. 2). Se realizó una radiografía del dedo que no mostró alteraciones, por lo que bajo anestesia local se extirpó en bloque el aparato ungueal con posterior cierre mediante injerto de piel total. El estudio histológico de la pieza completa mostró un CE microinfiltrante de 1,5 mm de grosor, con márgenes libres (fig. 3). La técnica de PCR para VPH mostró la presencia de VPH 16. No se realizó seguimiento porque el paciente no acudió a revisiones.

Comentario

El CE ungueal es, junto con el melanoma, una de las neoplasias malignas más frecuentes en esta localización. Según una revisión de tumores de la unidad ungueal la mayoría son benignos representando el CE ungueal un 4,70% de los casos y el melanoma un 9,82%[1], aunque en otros estudios el CE es más frecuente que el melanoma. Otros tumores que pueden aparecer son el queratoacatoma, raramente el carcinoma basocelular y las metástasis, sobre todo de pulmón y mama.

Recientemente se ha publicado una serie de casos de CE ungueal que incluye 51 pacientes[2]. Coincidiendo con revisiones previas la mayoría son varones (72,5%), con un pico de incidencia entre 50 y 69 años (60 años de media), aunque excepcionalmente se ha descrito en niños[1]. El 98% se localiza en los dedos de las manos, más en la derecha (62,3%) que en la izquierda, afectando sobre todo el índice y tercer dedo (20,8%

* *Autor para correspondencia.*
Correo electrónico: mgarciaa73@yahoo.es (M. García-Arpa).
0213-9251/$ – see front matter © 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
http://dx.doi.org/10.1016/j.piel.2013.10.012

Figura 1 – Placa verrucosa en la región periungueal lateral y pliegue proximal de la uña del primer dedo del pie derecho con destrucción de la lámina ungueal y hematoma subungueal adyacente.

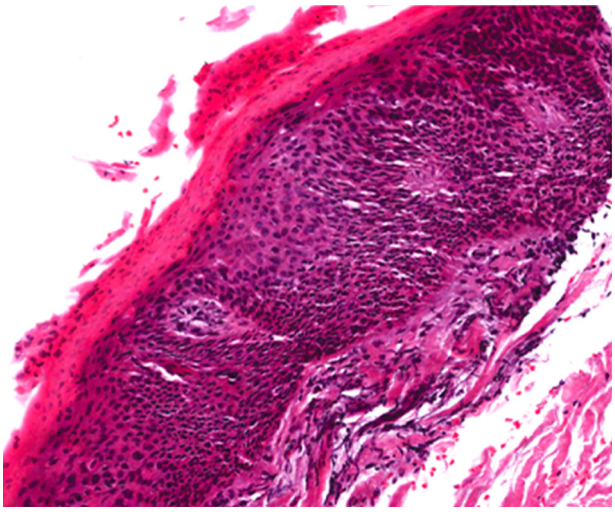

Figura 3 – Pieza de extirpación donde se aprecian escasos nidos escamosos displásicos infiltrando la dermis.

cada uno) o ambos pulgares (11,3%), siendo multifocal en un 3,9% de los casos. El CE ungueal en los dedos de los pies es mucho más raro (2% de los casos), aunque en otra serie representa el 20% y localizados todos en el primer dedo[3]. El lecho ungueal es la zona más afectada (57,4%). Clínicamente suele simular lesiones benignas, por lo que se retrasa el diagnóstico en unos 6 años y 4 meses de media, favoreciéndose así la invasión tumoral. Las manifestaciones más comunes por orden de frecuencia son la hiperqueratosis subungueal (47%), la onicolisis, la exudación y la destrucción de la lámina ungueal[2]. Pero se han descrito otras como paroniquia, ulceración, tejido de granulación o granuloma piogénico-*like*, leuconiquia, melanoniquia y eritroniquia longitudinal, fibroqueratoma y onicomatricoma-*like*, y en casos avanzados pérdida de la falange distal[4]. En un 9,8[2]-8,5%[3] de los

Figura 2 – Biopsia de lecho ungueal que muestra displasia severa, para e hiperqueratosis.

casos puede ser doloroso como en nuestro paciente. En el momento del diagnóstico la mayoría son CE *in situ* (63%), lo cual contrasta con estudios previos donde un 89% eran invasivos[3]. Hay que destacar que la biopsia puede revelar un CE *in situ* y luego la pieza de extirpación puede mostrar un CE invasivo. La histología del CE *in situ* es difícil de interpretar por la naturaleza tridimensional del lecho ungueal, y esto sugiere que la biopsia de un CE *in situ* deba ser tratada como si existiera un componente invasivo. La afectación ósea es rara (7%)[2], pero otros autores opinan que ocurre en el 18-60% de los casos de CE invasivo, por lo que siempre hay que hacer una radiografía y, si hay dudas, una resonancia.

El tratamiento es quirúrgico, aunque no está bien establecido qué técnica emplear. Si la falange no está afecta la cirugía ha de ser conservadora obteniendo márgenes libres, aconsejándose la extirpación en bloque del aparato ungueal y cierre mediante injerto de piel total. Si la falange está afecta se recomienda la amputación de la misma. Sin embargo, otros autores aconsejan la cirugía de Mohs en todos los casos, ya que la radiografía tiene falsos positivos y conlleva amputaciones innecesarias[5]. La radioterapia estaría reservada para aquellos casos inoperables. En casos de CE ungueal *in situ* también se han empleado tratamientos tópicos como el imiquimod, el 5-fluoracilo y la terapia fotodinámica. La tasa de recurrencias locales es alta, incluso tras amputación o cirugía de Mohs, con porcentajes variables entre el 20 y el 56%, lo cual se explicaría por la persistencia de la infección por el VPH, que aumentaría la agresividad local. Sin embargo, el CE ungueal no suele producir metástasis linfáticas o a distancia (2-3%) y solo excepcionalmente es mortal[6,7].

Los factores de riesgo descritos en el CE ungueal son traumatismos, radiaciones ionizantes, fotoexposición (los situados en las manos), exposición a tóxicos (arsénico, pesticidas, alquitrán), osteomielitis crónica, enfermedades dermatológicas congénitas (disqueratosis congénita, epidermólisis bullosa distrófica, displasia ectodérmica, enfermedad de Darier) y excepcionalmente inflamatorias (psoriasis, liquen

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3220923

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3220923

Daneshyari.com