

Carcinoma epidermoide subungueal: reporte de un caso

Subungual squamous cell carcinoma: a case report

**Angie Ciriani-Alarco,¹ Eva Garagorri-Reyes,² Jorge Heracles-Jiménez,³
María Huaroto Yosa-Pérez,³ Ebert Torres-Reyes⁴**

RESUMEN

El carcinoma epidermoide subungueal es considerado una patología poco frecuente, a pesar de ser la neoplasia maligna primaria más común en dicha topografía. Habitualmente el diagnóstico se retrasa debido a que la tumoración adopta características morfológicas parecidas a varias dermatosis benignas (verrugas virales, onicomicosis, distrofia ungueal, exostosis subungueal, entre otros). Se presenta el caso de un varón mestizo de 76 años de edad, que presenta una lesión tumoral blanda en área de lecho ungueal del segundo orjejo del pie izquierdo. Por estudios de extensión, se evidenció invasión tumoral ósea y el diagnóstico histopatológico fue carcinoma escamoso medianamente diferenciado ulcerado e infiltrante.

PALABRAS CLAVE. Carcinoma epidermoide subungueal. Neoplasia maligna primaria. Invasión tumoral.

ABSTRACT

Subungual squamous cell carcinoma is considered a rare condition, despite being the most common primary malignancy in this topography. Usually the diagnosis is delayed because the tumor adopts morphological characteristics similar to several benign dermatoses (viral warts, onychomycosis, nail dystrophy, subungual exostosis, etc.). This article presents the case of a 76 years old male patient, who presents a soft tumoral lesion in the nail bed area, on the second toe of the left foot, where, by extension studies, bone tumor invasion was evidenced and histopathological study showed a squamous cell carcinoma moderately differentiated, ulcerated and infiltrating.

KEY WORDS. Subungual squamous cell carcinoma. Primary malignancy. Viral warts. Tumoral invasion.

INTRODUCCIÓN

Los cánceres tipo no melanoma son las neoplasias malignas de piel más frecuentes en la población mundial.¹ El carcinoma epidermoide (CE) del lecho ungueal es una entidad rara, hecho que genera muchas veces retraso en su diagnóstico, llevando al médico a pensar en otras posibilidades más frecuentes y de similar expresión.¹

El presente trabajo es el reporte de un caso de CE de lecho ungueal que recibió tratamiento prolongado por onicomicosis, sin obtener mejoría. Buscamos resaltar esta patología poco frecuente, con el fin de tenerla en cuenta como diagnóstico diferencial, especialmente si no obtenemos mejoría con los tratamientos convencionales.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un varón de 76 años, natural de Tacna y procedente de Lima, militar en retiro, quien acude a consultorio externo del servicio de Dermatología del HCFAP refiriendo un tiempo de enfermedad de aproximadamente 3 años de evolución, inicio insidioso y curso progresivo, caracterizado por engrosamiento y cambio de coloración

1. Médico residente del servicio de Dermatología, Hospital Central Fuerza Aérea del Perú (HCFAP)
2. Jefe del servicio de Dermatología, HCFAP
3. Médico asistente del servicio de Traumatología, HCFAP.
4. Jefe del servicio de Patología, Clínica Vesalio.



Figura 1. Lesión tumoral con zonas ulceradas y onicólisis en segundo orjejo del pie izquierdo.

en la segunda uña del pie izquierdo. Tres años antes de su ingreso fue diagnosticado de onicomycosis, recibiendo tratamiento en reiteradas oportunidades sin presentar mejoría; un año y medio antes de su ingreso presenta un episodio de sangrado en segundo orjejo del pie izquierdo luego de una contusión leve, por lo que acude al servicio de Emergencia de Cirugía le diagnostican uña encarnada infectada y le realizan onicoexéresis; en el lecho ungueal observan una lesión granulomatosa que califican de granuloma piógeno, indicándole tratamiento antibiótico durante siete días. Durante el año anterior a su ingreso, el paciente se automedica de forma irregular con antimicóticos por vía oral. Dos meses antes de su ingreso el paciente acude al servicio de Dermatología, al examen se observa destrucción de la lámina ungueal con una lesión tumoral, blanda, no dolorosa en mitad distal del lecho ungueal del segundo dedo de pie izquierdo.

Entre los antecedentes de importancia, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 e hiperplasia benigna de próstata. Medicación habitual candesartán, 16 mg/d; atorvastatina, 20 mg/d; metformina, 850 mg/d; ácido acetilsalicílico, 100 mg/d. No refiere hábitos nocivos y los antecedentes familiares no fueron contributivos.

Al examen físico, el paciente presenta funciones vitales estables y el examen por órganos y sistemas es normal. En el examen preferencial se observa que en el segundo orjejo del pie izquierdo presenta onicólisis y una lesión tumoral de superficie irregular con áreas costrosas y otras ulceradas, que se encuentra ocupando los dos tercios distales del lecho ungueal (Figura 1), no se palpan adenopatías poplíteas ni inguinales de la pierna ipsilateral.

Exámenes auxiliares; hemoglobina de 13,5 g/dL; leucocitos, $4,78 \times 10^3/uL$; plaquetas, $174 \times 10^3/uL$; pruebas de función hepática y perfil lipídico dentro de rangos de normalidad; glucosa, 122 mg/dL. El examen de orina dentro de rangos normales. RPR no reactivo.

Se realizó biopsia en sacabocados (4 mm) de la lesión tumoral del lecho ungueal, en la que se evidencia presencia de células atípicas infiltrando la dermis, pleomorfismo nuclear, mitosis atípicas, proliferación de tejido de granulación y la presencia de neovasos. Se evidenció, también, la presencia de perlas córneas (Figura 2).

Con esta información, el servicio de Anatomía Patológica realiza el diagnóstico de CE medianamente diferenciado ulcerado e infiltrante.

El paciente fue derivado al servicio de Traumatología donde, se solicita radiografía de pie izquierdo, en la que se observa desmineralización de falange distal y aumento de partes blandas de segundo orjejo del pie izquierdo; para mayor precisión, se le realiza una resonancia magnética contrastada, en la que se observa la falange distal hiperintensa y lesión tumoral en lecho ungueal de segundo orjejo del pie izquierdo (Figura 3).

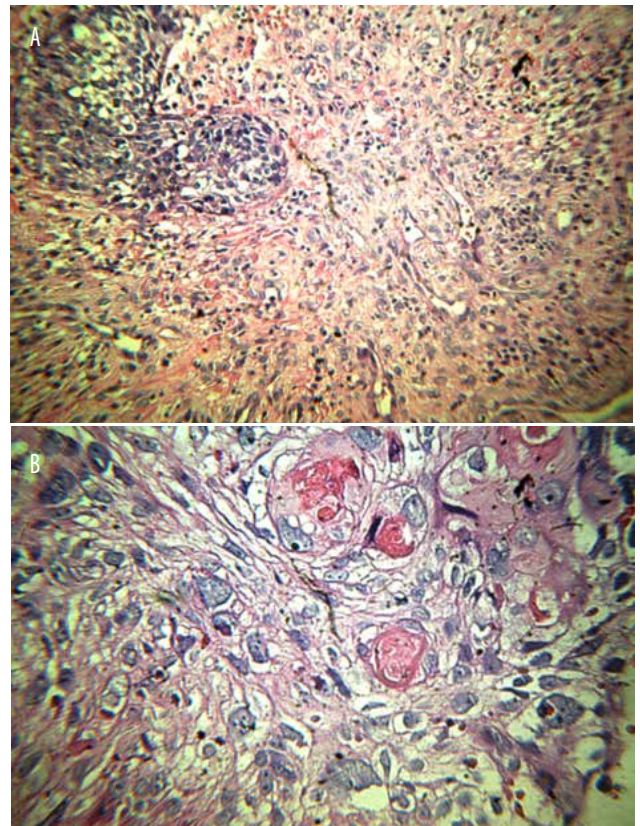


Figura 2. A) Proliferación de células neoplásicas, tejido de granulación y neovasos. HE 20x. B) Queratinocitos neoplásicos y formación de perlas córneas. HE 40x.



Figura 3. A) Radiografía. Desmineralización de falange distal. B) Resonancia magnética. Falange distal hiperintensa y neoformación en lecho ungueal.

El traumatólogo ortopeda realiza exéresis y amputación de la falange distal del segundo dedo izquierdo (Figura 4). El servicio de Oncología clínica realiza seguimiento hasta la fecha.

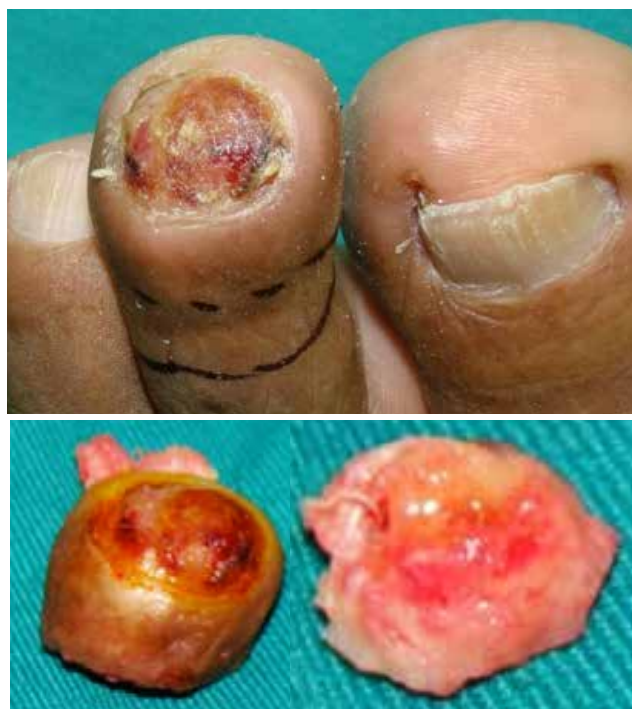


Figura 4. A) Lesión en lecho ungueal previa a amputación. B) Pieza operatoria luego de exéresis y desarticulación.

COMENTARIO

La localización subungueal del CE es considerada la neoplasia maligna de piel más frecuente de esta topografía, sin embargo, la mayoría de publicaciones coinciden en que esta localización es bastante excepcional.² Suele observarse en varones entre la quinta y séptima décadas de la vida y en las uñas de la mano, sobre todo en la uña del pulgar. La radiación ionizante en el área o el antecedente de displasia epidérmica congénita son factores predisponentes para este tipo de tumor, y además confieren un peor pronóstico.³ Algunas investigaciones han sugerido que un factor inductor de transformación maligna podría ser el virus del papiloma humano, sugiriendo, incluso, la posibilidad de transmisión genital-digital, aunque la mayoría de estos estudios se han realizado en enfermedad de Bowen periungueal y subungueal y en CE localizados en la mano.^{1,4} Otros factores relacionados son traumatismos, paroniquia e infecciones crónicas, así como la ingestión prolongada de arsénico.²

Su presentación clínica es muy variada. Puede presentar hemorragia subungueal, distrofia ungueal, bandas longitudinales pigmentadas, leuconiquia, eritroniquia. También puede simular patología benigna como verrugas, onicomicosis, queratosis seborreica y traumatismos, e incluso confundirse con otras patologías malignas más frecuentes como queratoacantoma o carcinoma basocelular.^{3,5} Esto explicaría el retraso diagnóstico que puede ser de varios años, en promedio seis años, incluso existe un estudio que refiere un retraso de 40 años en su diagnóstico.^{3,6} Además, es relativamente frecuente que estas lesiones se sobreinfecten con dermatofitos debido a la distrofia ungueal, y esto puede hacer el diagnóstico aún más difícil. Por esta razón, si los signos clínicos de una supuesta onicomicosis persisten tras un tratamiento antifúngico correcto, la biopsia del lecho ungueal está indicada.³

El CE suele cursar con una fase larga de crecimiento *in situ*. La aparición de ulceración, sangrado o de un nódulo son signos de invasión en dermis.³ Histológicamente este tumor tiene una apariencia idéntica al CE en otras partes del tegumento, con proyecciones de epitelio displásico que invaden en profundidad y con un grado de diferenciación variable y la formación de perlas córneas.^{1,3}

Es de suma importancia clasificar ciertas características de la lesión, para definir el riesgo de enfermedad avanzada. Los pacientes de alto riesgo presentarán una lesión mayor de 2 cm de diámetro, profundidad mayor de 4 mm, infiltración ósea, muscular o neural, gradación de Broders 3 o 4, inmunosupresión y ausencia de infiltrado inflamatorio, entre otras.¹

El tratamiento indicado en tumores pequeños, en especial de localización lateral, es la cirugía micrográfica de Mohs. Cuando los tumores presenten invasión medial o lateral que involucren más de 50 % de la superficie de la uña, la recomendación es la avulsión total de la misma. El porcentaje de recaída con este procedimiento es de aproximadamente 5 % en contraste con la escisión quirúrgica con márgenes limitados, en donde se presenta una recurrencia de hasta 56 %. Es importante el seguimiento postoperatorio estrecho de los tumores con grosor mayor de 1 mm. En casos de evidencia preoperatoria y postoperatoria de infiltración ósea por la neoplasia, se prefiere la amputación del dedo afectado. Sin embargo, se ha observado que este procedimiento no previene la extensión de la enfermedad hacia los nódulos linfáticos y la muerte por metástasis. La radioterapia superficial es una alternativa a la amputación para los pacientes que no son candidatos a la cirugía o no la aceptan. Aunque, debido a la poca frecuencia de esta presentación, aún no hay consenso sobre el tratamiento ideal.^{1,2,6}

CONCLUSIONES

Entre las patologías malignas del aparato ungueal el carcinoma epidermoide es la neoplasia más frecuente. Sin embargo, la localización subungueal es una presentación muy rara y a menudo asintomática. Por este motivo, la sospecha diagnóstica debe crecer cuando el cuadro clínico no mejora con los tratamientos convencionales o la lesión aumenta su tamaño rápidamente. Es importante para el dermatólogo tenerla presente, para un diagnóstico temprano y para evitar las secuelas funcionales de la cirugía radical.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manrique A, Contreras A, Cavero J, Delgado V. Carcinoma epidermoide subungueal: a propósito de un caso. *Folia Dermatol Per.* 2009;20(3):149-152.
2. Vega M, Alcalá G, Castellanos D. Carcinoma espinocelular con invasión ósea. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Cent Dermatol Pascua.* 2012;21(1):12-15.
3. Martin B. Revisión histopatología de la uña. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104(7):564-578.
4. Nasca M, Innocenzi D, Micalli G. Subungual squamous cell carcinoma of the toe: report on three cases. *Dermatol Surg.* 2004;30:345-348.
5. Valero J, Gallart J, Gonzalez D, Deus J. Subungual squamous cell carcinoma and exostosis in third toe - case report and literature review. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2014;28:1292-1297.
6. Wong KY, Ching D, Gateley D. Case report: subungual squamous cell carcinoma. *BMJ Case Reports.* 2015; doi:10.1136/bcr-2014-207565.

Correspondencia: a.ciriani@cirianimed.com

Recibido: 3 de julio de 2015

Aceptado: 24 de octubre de 2015