

## CÁNCER ESCAMOSO DE LA PIEL DE CABEZA Y CUELLO. MANEJO DEL CUELLO

SAÚL SISO, JUAN F LIUZZI, MARIBEL DACUNHA, RONALD AROCHA, EDGAR BRITO,  
ELEAZAR TIRADO

SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO IVSS, CARACAS, VENEZUELA

### RESUMEN

El cáncer escamoso de piel es un tumor maligno de los queratinocitos de la piel, responsable de la mayoría de las muertes por cáncer de piel distinto al melanoma. Actualmente es el segundo tumor de piel más frecuente en el mundo, mostrando un incremento en su incidencia de forma progresiva en las últimas décadas, sobre todo en la región de cabeza y cuello por la exposición solar. El riesgo de metástasis a distancia es bajo, sin embargo, el de metástasis regional es variable, según la localización y las características del tumor. Actualmente se considera que el tratamiento óptimo es una resección oncológica de la lesión primaria y el tratamiento del cuello solo si presenta metástasis regional. Presentamos 2 casos de carcinoma escamoso de piel de cabeza y cuello con metástasis regional en los cuales se realizaron disecciones de cuello. Asimismo, se evalúan las distintas opciones de tratamiento del cuello.

**PALABRAS CLAVE:** Carcinoma, escamoso, piel, cuero cabelludo, metástasis, ganglionar, parotidectomía.

### SUMMARY

Squamous cell skin cancer is a malignant tumor of the skin keratinocytes, is responsible for most deaths from skin cancers different from melanoma. Currently is the second more frequently skin tumor in the worldwide, presenting an increase in their incidence progressively in the recent decades, especially in the head and neck region by exposure to sun light. The risk of distant metastases is low, however the regional metastases is variable, depending on the location and characteristics of the tumor. The larger and deeper the tumor, greater the risk of metastasis, currently considered the optimal treatment consists of the oncological resection of the primary lesion and neck treatment only if you have regional metastases. We present 2 cases of skin squamous cell carcinoma of head and neck with regional metastases which were performed neck dissections. We are also evaluated different treatment options of the neck in squamous cell carcinoma of skin.

**KEY WORDS:** Carcinoma, squamous, skin, scalp, metastases, lymph node, parotidectomy.

### INTRODUCCIÓN

**E**l cáncer escamoso de piel (CE) supone un 20 % de los casos de carcinoma de piel distinto al melanoma (CPDM) <sup>(1-3)</sup>. Es más frecuente en varones. Existen muchos factores de riesgo para desarrollar CE, siendo el de mayor impacto la radiación solar. La incidencia está aumentando, se cree que se correlaciona con la exposición

---

Recibido: 14/11/2012 Revisado:13/04/2013

Aceptado para publicación:22/08/2013

Correspondencia: Dr. Saúl Siso. Servicio Oncológico Hospitalario, Servicio de Cabeza y Cuello, piso 1. IVSS, Caracas, Venezuela. Tel: 0212-4224554-04265191645.  
E- mail: saulsiso@hotmail.com

---

solar crónica reciente (en los 10 años previos al diagnóstico) y también con la exposición solar acumulada<sup>(4,5)</sup>. Otros factores de riesgo son la piel clara, el pelo rojo, el albinismo y el origen celta. Los factores de riesgo no solares incluyen la exposición a sustancias químicas (insecticidas o herbicidas), arsénico, hidrocarburos orgánicos, lesiones térmicas crónicas y las cicatrices. El riesgo de CE aumenta 18-36 veces en los receptores de trasplantes<sup>(3)</sup>. El virus de papiloma humano ha sido relacionado con las enfermedades epiteliales malignas, sobre todo con CE, siendo especialmente alto en pacientes con una epidermodisplasia verruciforme, que tienen una inmunodeficiencia de base.

Se sabe que la radiación ultra violeta (UV), sobre todo la UV-B, produce mutaciones en el ADN de los queratinocitos. La reparación de estas mutaciones es importante para prevenir el CE. Se cree que los pacientes con CPDM tienen una alteración en la capacidad de reparar el ADN, lo que los hace más susceptibles a los efectos de la radiación UV<sup>(1,2)</sup>. El CE se localiza sobre todo en la región de cabeza y cuello de pacientes de raza blanca, mientras que en los de raza negra no muestra predilección por áreas expuestas del cuerpo<sup>(1)</sup>. El CE infiltrante se puede originar en una piel con queratosis actínica así como también se puede originar en una piel normal. Debuta como un nódulo pequeño, firme, rojizo, que se puede ulcerar en el centro. En ocasiones el CE se origina sobre una queratosis solar, de forma que se reconoce una costra queratósica adyacente. Si no se diagnostica, la lesión crece en sentido horizontal y vertical y acaba fijándose al tejido subyacente. La superficie se puede ulcerar y sangrar, o asociarse a un exudado fétido o formación de costras. Los bordes suelen ser elevados y firmes.

Las metástasis a distancia son infrecuentes y el riesgo de metástasis regional es variable, según la localización y las características del tumor<sup>(5)</sup>. Los tumores recidivantes se asocian al mayor riesgo de metástasis. La frecuencia

de metástasis llega al 35 % en pacientes con invasión perineural. De los distintos tipos histológicos, el CE desmoplásico es el que más riesgo conlleva. El riesgo de que un CE sobre queratosis haga metástasis es bajo (0,5 % - 3,7 %) frente al CE originado por radiación o sobre una osteomielitis crónica (20 % y 30 % respectivamente). Las regiones de mayor riesgo de metástasis son los labios y orejas. El tamaño de la lesión es la característica más influyente en estos pacientes, tanto el diámetro como la profundidad o espesor de invasión influyen el potencial para recurrencia y metástasis. Lesiones mayores de 2 cm tienen una mayor tasa de recurrencia (15,2 % vs. 7,4 %) y metástasis (30,3 % vs. 9,1 %) que aquellas menores de 2 cm. Asimismo, cuando la profundidad es mayor de 6 mm tienen 45 % de diseminación metastásica vs. 6,7 % para aquellas menores de 5 mm. Otras características que influyen son el grado histológico (mayor riesgo mientras menor diferenciación), invasión perineural e invasión angiolinfática. El riesgo global de que el CE de cabeza y cuello haga metástasis es de 5 %<sup>(6,7)</sup>.

La resección de la lesión primaria con margen de 0,5 cm a 1 cm es lo más aceptado, sin embargo, en aquellas lesiones de bajo riesgo se considera que el margen puede ser menor (4 mm), asimismo, la cirugía micrográfica de Mohs ha mostrado su utilidad en especial para conservar tejido en zonas con importancia estética o funcional, en ambos tipos de cirugía ha de incluirse la grasa subcutánea. El CE que infiltra estructuras adyacentes, como el hueso o el cartílago, se debe resear. Se han descrito otras formas de tratamiento de la lesión primaria tales como la crioterapia, escisión con láser, quimioterapia tópica con 5-fluoruracilo, imiquimod, dermo-abrasión y uso de fototerapia (terapias que tienen en común la no precisión de márgenes adecuados). La radioterapia puede ser el tratamiento de elección en pacientes con alto riesgo de complicaciones quirúrgicas o en otros pacientes con contraindicaciones para la anestesia o la cirugía.

Si el paciente tiene metástasis ganglionares, el tratamiento será una resección quirúrgica amplia del tumor con disección ganglionar asociada o no a radioterapia adyuvante. Sin embargo, la disección ganglionar programada no se suele hacer en ausencia de diseminación regional evidente. Se puede plantear la biopsia de ganglio centinela <sup>(8,9)</sup>.

En pacientes con enfermedad avanzada se ha empleado con éxito la quimioterapia con isotretinoína sola o combinada con interferón alfa. La supervivencia general a los 5 años para pacientes sin enfermedad regional a distancia es del 90 % y en aquellos con enfermedad regional al momento del diagnóstico o después del tratamiento es del 28 % al 46 %.

## MÉTODO

### CASO CLÍNICO 1

Paciente masculino de 72 años con diagnóstico de cáncer escamoso de piel moderadamente diferenciado de 6 meses de evolución, ubicado en el cuero cabelludo, región parietal, línea media, de 2 cm de diámetro, ulcerado, sin infiltrar la tabla externa. Se realizó resección oncológica con margen de 1 cm de diámetro, más reconstrucción inmediata con injerto de piel (márgenes negativos). A los 10 meses presentó recaída regional en el nivel II-III derecho de 4 cm de diámetro, se le realizó disección radical de cuello + parotidectomía derecha, seguida de radioterapia adyuvante (6 000 cGy). A los 6 meses recaída en el nivel II A izquierdo de 2 cm de diámetro. Se realizó disección radical izquierda con conservación de la vena yugular interna + parotidectomía izquierda.

### CASO CLÍNICO 2

Paciente de 74 años con diagnóstico de cáncer escamoso de piel moderadamente diferenciado de 18 meses de evolución, ubicado en el cuero cabelludo, región frontoparietal, línea media, de

5 cm de diámetro, ulcerado, con exudado fétido, fijo a plano profundos, tumor de 2 cm por 1 cm en la región parotídea derecha y tumor de 1 cm de diámetro en la región parotídea izquierda, ambas aumentadas de consistencia. Se realizó PAAF de ambas lesiones parotídeas que se informaron como carcinoma metastásico. Se realizó resección oncológica de tumor de piel frontoparietal más reconstrucción inmediata más disección radical modificada bilateral extendida a parótida.

## DISCUSIÓN

En nuestro medio muchos de los pacientes que se presentan con CE de piel de cabeza y cuello, lo hacen con lesiones mayores de 2 cm o algunos de los factores que predisponen a un mayor riesgo de metástasis ganglionar. Existe consenso en cuanto el tratamiento de la lesión primaria, ya sea con la resección local amplia o con la cirugía micrográfica de Mohs con márgenes de entre 0,5 cm a 1 cm <sup>(6)</sup>. Sin embargo, en vista de lo variable del riesgo de metástasis regional, el cual dependerá del tamaño, ubicación, grado histológico, invasión perineural e invasión linfovascular, merece revisar el manejo adecuado del cuello en estos pacientes. Se acepta que dado a la baja incidencia global de metástasis regional (5 %), no se justifica la disección electiva en estos pacientes, así como también se acepta la disección de cuello en aquellos pacientes con ganglios palpables <sup>(2,3)</sup>.

Ahora bien, preguntas como que tipo de disección de cuello ha de realizarse, utilidad del ganglio centinela en pacientes seleccionados y necesidad de parotidectomía se ha de realizar.

En vistas a trabajos históricos, entre ellos la descripción del drenaje linfático, realizado por el Shah <sup>(3)</sup>, son de mucha ayuda, con lo cual se puede responder la primera de estas preguntas; en aquellas lesiones que se encuentren por delante de una línea imaginaria que transcurre verticalmente por delante del conducto auditivo externo, se

debe realizar una disección radical de cuello (la preservación del nervio espinal, vena yugular y músculo esternocleidomastoideo dependerá de su eventual infiltración) a lo cual a de sumarse parotidectomía, siempre y cuando forme parte del drenaje linfático. En aquellas lesiones que se encuentren posteriores a la línea descrita y presenten ganglios positivos en el cuello ha

de realizársele disección del compartimiento posterior y lateral del cuello <sup>(7)</sup>.

Si bien la incidencia descrita de metástasis ganglionares en pacientes con factores desfavorables y con cuello clínicamente negativos pudiera justificar la utilidad del ganglio centinela, no es lo que está establecido o en todo caso pudiera ser motivo de investigación.

---



---

## REFERENCIAS

1. Altman A, Rosen T, Tschen JA, Hoffmann T, Bruce S, Siegel DM, et al. Basal cell epithelioma in black patients. *J Am Acad Dermatol.* 1987;17(5 Pt 1):741-745.
2. Miller DL, Weinstock MA. Nonmelanoma skin cancer in the United States: Incidence. *J Am Acad Dermatol.* 1994;30:774-778.
3. Berg D, Otley CC. Skin cancer in organ transplant recipients: Epidemiology, pathogenesis and management. *J Am Acad Dermatol.* 2002;47(1):1-17.
4. Goepfert H, Dichtel WJ, Medina JE, Lindberg RD, Luna MD. Perineural invasion in squamous cell skin carcinoma of the head and neck. *Am J Surg.* 1984;148(4):542-547.
5. Brodland DG, Zitelli JA. Surgical margins for excision in primary cutaneous squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol.* 1992;27(2 Pt 1):241-248.
6. Neville J, Welch E, Leffell DJ. Management of non melanoma skin cancer in 2007. *Nat Clin Pract Oncol.* 2007;48:462-469.
7. Cochran AJ, Balda BR, Starz H, Bachter D, Krag DN, Cruse CW, et al. The Augsburg consensus techniques on lymphatic mapping, sentinel lymph node resection and completion lymph node resection in cutaneous malignancies. *Cancer.* 2000;89(2):236-241.
8. Cherpelis BS, Marcusen C, Lang PG. Prognosis factor for metastases in squamous cell carcinoma of the skin. *Dermatol Surg.* 2002;28(3):268-273.
9. Halpern AC, Altman A. Genetic predisposition to skin cancer. *Curr Opin Oncol.* 1999;11(2):132-138.