

Metástasis cervical de carcinoma basaloide escamoso de origen desconocido: A propósito de un caso

Neck metastasis of basaloid squamous carcinoma with unknown cause: Report of one case.

RESUMEN

En este artículo hablamos acerca de un caso de metástasis cervical de carcinoma basaloide escamoso de origen desconocido y del manejo de dicho paciente tras el diagnóstico de esta patología. El carcinoma basaloide escamoso de cabeza y cuello es una variante infrecuente de carcinoma epidermoide que se ha descrito recientemente, y que se caracteriza por que posee mayor agresividad y capacidad metastásica que el tipo convencional. La dificultad en nuestro caso la entraña la existencia de adenopatías cervicales metastásicas con ausencia de tumor primario, la negativa de la paciente a someterse a una intervención quirúrgica, y decidir el tipo de tratamiento administrado en estos casos, ya que existen escasas comunicaciones a este respecto.

PALABRAS CLAVE:

Carcinoma basaloide escamoso. Metástasis cervical. Origen desconocido. Manejo clínico.

SUMMARY

In this article we speak about a case of neck metastasis of basaloid squamous carcinoma with unknown cause and the therapeutic management of this case before the diagnosis of this pathology. Basaloid squamous cell carcinoma is an uncommon and recently described variant of squamous cell carcinoma with distinctive histological and immunohistochemical characteristics and aggressive behaviour involving predominantly the upper aerodigestive tract. The problem in our case is generated because exist neck metastasis adenopathies without primary tumour, the patient refused the surgery, and the therapeutic management in this cases, because exist few communications about it.

KEY WORDS:

Basaloid squamous cell carcinoma. Neck metastasis. Unknown cause. Management.

Introducción

El carcinoma basaloide escamoso ha sido descrito muy recientemente (1986 por Wain y colaboradores)¹, lo cual, asociado a que es un tumor relativamente infrecuente, hace que no estemos acostumbrados ni clínicos ni patólogos a su hallazgo.

Existen diversos sinónimos en la literatura sobre el nombre de este tumor y así se puede encontrar como carcinoma basaloide, carcinoma basoescomoso, carcinoma acinoide de células basales, carcinoma con diferenciación adenoide-quística, y carcinoma "parecido" al adenoide-quístico. Probablemente esta gran cantidad de sinónimos, se deba a la similitud en su organización con otros tipos de tumores con anatomía estructural claramente glandular².

Aunque en la actualidad su histopatología esta bien individualizada de otros tumores que como hemos comentado anteriormente pueden parecerse, como cistoadenocarcinomas sólidos, epitelomas basocelulares y carcinomas adenoescamosos^{1,3,4}. Descrito en diferentes localizaciones como región anogenital, cérvix uterino, esófago, timo, etc., el carcinoma escamoso basaloide es individualizado como entidad tumoral independiente de cabeza y cuello en 1991 por la O.M.S.⁵.

Desde entonces se han publicado hasta la actualidad más de 181 casos en la literatura anglosajona, siendo la localización mas frecuente la hipofaringe, base de la lengua y laringe principalmente supraglótica. Pero se ha descrito en cavidad oral, nasal y amígdalas⁵.

Este tipo de tumor se desarrolla en pacientes de edad media, quizás algo superior a los pacientes afectos de carcinoma epidermoide "clásico", donde más del 60% tiene más de 60 años². El carcinoma basaloide escamoso es un tumor con una alta agresividad debida fundamentalmente a la asociación de metástasis en los ganglios linfáticos cervicales, y a la presencia de metástasis a distancia con alta frecuencia. De igual forma se asocia en muchas ocasiones con neoplasias de otras localizaciones, lo que contribuye a ensombrecer el pronóstico. Se ha publicado que en algunos casos puede debutar como metástasis de primario desconocido y que en estos pacientes se detecta una alta incidencia de segundos primarios asociados tanto metacrónicos como sincrónicos⁶.

En el siguiente artículo realizamos una descripción del tratamiento y evolución de un caso de metástasis cervicales de carcinoma basaloide de origen desconocido que rehusó el tratamiento quirúrgico.

Caso Clínico

Mujer de 22 años sin alergias medicamentosas conocidas, sin hábitos tóxicos y con antecedentes familiares sin relevancia médica que acude a urgencias de nuestro hospital aquejada de tumoración laterocervical derecha asociada a odinofagia sin fiebre de un mes de evolución que no responde a tratamiento médico. Presenta conglomerado adenopático cervical derecho de 4x3 cm, no rodadero, no doloroso y adherido a planos profundos. La exploración ORL de orofaringe, fosas nasales, otoscopia y laringoscopia son normales; mientras que la nasofibrolaringoscopia flexible presenta una ligera hipertrofia del rodete tubárico derecho. Ante esta clínica se decide realizar ecografía cervical y PAAF del conglomerado adenopático. En la ECO (Figura 1) se observa una adenopatía de gran tamaño en la región cervical anterior derecha y la

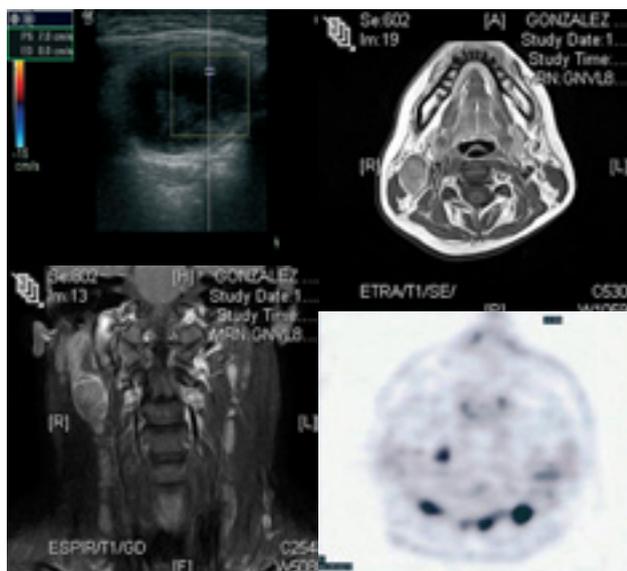


Figura 1: Imágenes de la ECO, TAC, RMN y PET-TC de cuello donde se observan múltiples adenopatías, con una adenopatía de mayor tamaño con 2x2 cm en región laterocervical alta derecha.

PAAF se informa como abundantes células malignas con escaso citoplasma y escasas mitosis que se disponen sueltas y en pequeños grupos compatible con tumor maligno a estudiar histológicamente. Con estos resultados se le realiza una TAC cervical (Figura 1) en la cual se evidencian múltiples adenopatías cervicales, de tamaño más significativo en el lado derecho sugestivas de infiltración tumoral. Posteriormente para el diagnóstico de extensión se le practica una RMN de cuello (Figura 1) y tórax con contraste que se informa como múltiples adenopatías cervicales, de tamaño más significativo en el lado derecho que captan contraste sugestivas de infiltración tumoral, no evidenciándose adenopatías a nivel torácico. Se realiza biopsia cervical por cervicotomía lateral derecha y biopsia endoscópica de hipertrofia tubárica derecha para verificación de estudio anatomopatológico. La pieza cervical se informa como metástasis de carcinoma basaloide de células escamosas a nivel ganglionar tras estudio inmunohistoquímico con AE3/AE1 (Figura 2), y la biopsia de mucosa tubárica informa ausencia de elementos neoplásicos malignos. Seguidamente se decide cumplimentar el estudio de extensión para intentar objetivar el tumor primario mediante la realización de un

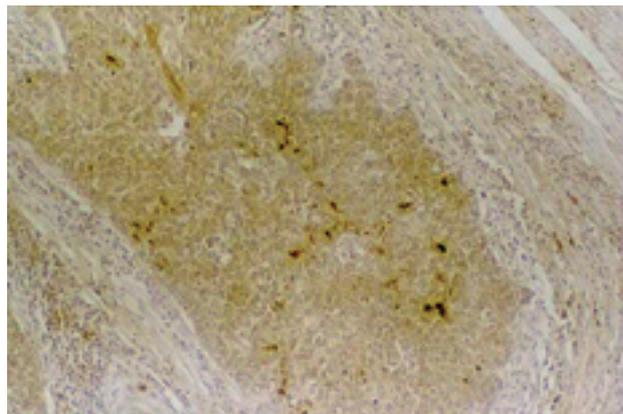
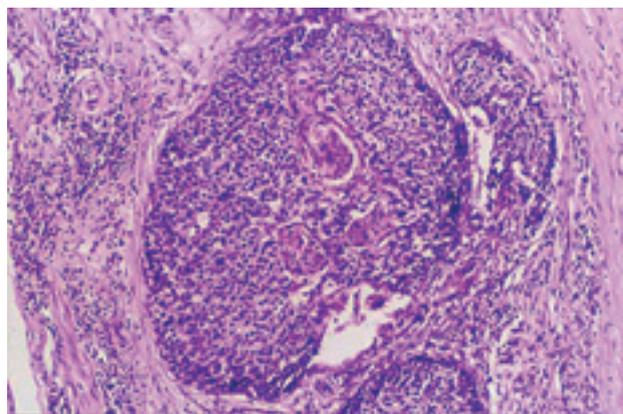


Figura 2: Imágenes de la anatomía patológica de la pieza.

PET-CT (Figura 1), que es informado como engrosamiento en espacio pararetrofaríngeo derecho de características hipermetabólicas con un tamaño aproximado de 2 cm compatible con una adenopatía tumoral. En este momento se plantea a la paciente una panendoscopia de la región ORL y esófago y un vaciamiento radical modificado tipo III, procedimientos que son rechazados por la paciente. Concluidos estos estudios, y tras una reunión del comité de tumores de cabeza y cuello de nuestro hospital, se recomienda a la paciente iniciar tratamiento de radioquimioterapia con intención radical por lo que es remitida al servicio de oncología de nuestro centro.

Discusión

Es importante resaltar la dificultad que entraña el diagnóstico del carcinoma basaloide escamoso (CBE) tanto para el patólogo como para el clínico debido a la complejidad de la histología⁷ y a los pocos datos macroscópicos específicos que hacen que el otorrinolaringólogo tenga un bajo nivel de sospecha².

El caso que presentamos es atípico, puesto que aparece en una mujer muy joven; mientras que este tipo de tumores asienta principalmente en varones^{8,9} cuya edad media es de 52 años, según la serie de pacientes presentada por Coppola et al¹⁰. Asimismo, destaca la ausencia de hábitos tóxicos, mientras que en la bibliografía revisada existe una elevada relación con el consumo de alcohol y tabaco^{11,12}, y la ausencia de tumor primario y/o asociación con tumores secundarios^{6,13} hasta el momento actual.

Con respecto a las localizaciones de este tumor se conoce que el tumor primario se da fundamentalmente en las vías aerodigestivas superiores¹⁴ teniendo predilección por la región laríngea supraglótica, la hipofaringe, el seno piriforme y la base de la lengua.

Especial importancia adquieren las técnicas inmunohistoquímicas cuando se tiene que establecer el diagnóstico diferencial con otros tipos tumorales, fundamentalmente con el carcinoma adenoide quístico. Así pues, se han empleado anticuerpos monoclonales y citoqueratinas poniendo como ejemplos CAM5.2, AE1-AE3, CK5, E6, debiendo tener en cuenta la sensibilidad, especificidad y fiabilidad de los test de los diferentes laboratorios a la hora de valorar el resultado¹⁵. Nuestro servicio de anatomía patológica realizó un estudio inmunohistoquímico que resultó positivo en las células neoplásicas para CK de alto peso (34 E12 y AE1-AE3) y negativo para antígeno leucocitario común y marcadores neuroendocrinos (cronogranina y sinaptofisina).

Este tipo de tumores presenta mal pronóstico cuando existen metástasis ganglionares cervicales^{13,14}, pero debido a la peculiaridad de nuestro caso y a la escasez de publicaciones similares, no nos ha sido posible constatar qué valores pronósticos existen en los casos en los que no se realiza vaciamiento cervical y se opta por el tratamiento oncológico como primera opción terapéutica. En las comunicaciones en las que existen casos en los que el carcinoma basaloide escamoso se había manifestado en un primer momento como una metástasis cervical sin tumor primario el pronóstico curativo no es alentador², puesto que se presentan con frecuencia recidivas tumorales a nivel ganglionar y finalmente acaba dando la cara el tumor primario, pese al tratamiento quirúrgico y radioterápico aplicado.

La actitud terapéutica convencional hacia estos tumores se establece asociando habitualmente la cirugía sobre el tumor primario y las áreas ganglionares cervicales, y la radioterapia complementaria. Mientras que algunos autores preconizan el uso de la quimioterapia, basándose en el número tan alto de metástasis a distancia¹⁶. En nuestro caso se realizó una sesión interdisciplinar entre los servicios de otorrinolaringología, anatomía patológica, radioterapia y oncología de nuestro hospital para dilucidar cual sería el tratamiento más adecuado, llegando a la conclusión a partir de los antecedentes bibliográficos y el consenso de los tres servicios de administrar radioquimioterapia con carácter curativo, puesto que la paciente rechazaba la realización de cualquier tipo de intervención quirúrgica.

El tratamiento oncológico con intención curativa fue realizado de manera concomitante con 4 ciclos de quimioterapia, administrando 5-fluorouracilo (5-FU: 750 mg/m²) y cisplatino (CDDP: 75 mg/m²), y radioterapia cervical a dosis de 5500 cGy en 20 sesiones.

Actualmente la paciente ha finalizado el tratamiento radioquimioterápico con resultados favorables, ya que se ha evidenciado una remisión clínica y radiológica de las adenopatías cervicales, no existiendo signos de recidiva tras año y medio de seguimiento.

Bibliografía

1. Wain SL, Keir R, Volmer RT, Bosen EH. Basaloid-squamous carcinoma of the tongue, hypopharynx, and larynx: report of 10 cases. *Hum Patol* 1986; 17:1158.

2. Bracero F, Gamiz M. J., Soldado L., Conde J. M., Redondo M., González M. A., López Garrido J., Esteban F. Carcinoma basaloide escamoso de laringe e hipofaringe: Presentación de una serie de 6 casos. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2001; 52: 229-236.
3. Klijanienko J, Naggar A, Ponzio-Prion A, Marandas P, Micheau D, Caillaud JM. Basaloid squamous carcinoma of the head and neck. Immunohistochemical whit adenoidcystic carcinoma and squamous cell carcinoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1993 Aug. 119 (8): 887-90.
4. Ferlito A, Devaney KO, Rinaldo A. Squamous neoplastic component in unconventional squamous cell carcinoma of the larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1996 Nov; 105 (11): 926-32.
5. Sancho Martín I, Álvarez Montero OL, Félix Muñoz J, Alonso Alonso L, Muñoz Colado M, Coca Menchero S. Carcinoma agresivo de suelo de boca. *O.R.L. Aragon.* 2000; 3(1): 17-20.
6. Seidman JD, Berman JJ, Yost BA, Iseri OA. Basaloid squamous carcinoma of the larynx associated whit second primary tumors. *Cancer* 1991; 68: 1545-9.
7. Raslan WF, Barnes L, Krause JR, Contis L, Killen R, Kapadia SB. Basaloid squamous cell carcinoma of the head and neck: a clinocopathologic and flow cytometric study of 10 new cases whit review of the English literature. *Am J Otolaryngol* 1994; 15(3): 204-11.
8. Banks ER, Frierson HF Jr, Mills SE, George E, Zarbo RJ, Swanson PE. Basaloid squamous cell carcinoma of the head and neck. A clinicopathologic and immunohistochemical study of 40 cases. *Am J Surg Pathol* 1992; 10: 939-46.
9. Coppola D, Catalano E, Tang CK, Elfenbein IB, Harwick R, Mohr R. Basaloid squamous cell carcinoma of floor of mouth. *Cancer* 1993; 72(8): 2299-305.
10. Raslan WF, Barnes L, Krause JR, Contis L, Killen R, Kapadia SB. Basaloid squamous cell carcinoma of the head and neck: a clinocopathologic and flow cytometric study of new cases whit reviw of the English literature. *Am J Otolaryngol* 1994; 15: 204-11.
11. Larner JM, Malcolm RH, Mills SE, Frierson HF Jr, Banks ER, Levine PA. Radiotherapy for basaloid squamous cell carcinoma of the head and neck. *Head Neck* 1993; 15(3): 249-52.
12. Campman SC, Gandour-Edwards RF, Sykes JM. Basaloid squamous carcinoma of the head and neck. Report of a case occurring in the anterior floor of the mouth. *Arch Pathol Lab Med* 1994; 118(12): 1229-32.
13. Ferry JA, Scully RE. "Adenoidcystic" carcinoma and adenoid basal carcinoma of the uterine cervix. A study of 28 cases. *Am J Surg Pathol* 1988; 12: 13444.
14. Grötz KZ, Kuffner HD, Mitze M, Reicher T, Wagner W. Basaloid squamous epithelial carcinoma of the mouth. *Arch Pathol Lab. Mund Kiefer Gesichtschir* 1997; 1(3): 137-45.
15. Barnes L, Ferlito A, Altavilla G, MacMillan C, Rinaldo A, Dogliani C. Basaloid squamous cell carcinoma of head and neck: clinocopathological features and differential diagnosis. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1996; 105(1): 75-82.

Correspondencia

Dr. Ramón Terré Falcón
Avda. de las Américas, 9. Primer Bloque, 4º D
06800 MÉRIDA (Badajoz)
ramonterre@hotmail.com