

CARCINOMA METATÍPICO DE PIEL EN COLGAJO CÉRVICO-FACIAL PREVIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

SUSAN ROJAS-RIVAS¹ 

DELIA BUITRAGO² 

JOSÉ ESCALONA¹ 

AGUASANTA GONZÁLEZ-DELATORRE³ 

GUILLERMO TERÁN-ÁNGEL³ 

METATYPICAL CARCINOMA OF THE SKIN IN A PREVIOUS CERVICOFACIAL FLAP. A CASE REPORT

RESUMEN

El carcinoma basoescamoso (CBE) o metatípico, es considerado un subtipo de carcinoma basocelular (CBC). Con frecuencia es infradiagnosticado ya que no posee características clínicas ni histológicas definidas, por lo que se suele diagnosticar erróneamente como un carcinoma basocelular o espinocelular (CEC). En este artículo se presenta el caso de un paciente masculino de 86 años con un CBE que se expresó en un colgajo cérvico-facial previo. Se ha descrito un alto riesgo de recurrencia y metástasis, lo que supone un pronóstico desfavorable para los pacientes. No existen protocolos terapéuticos estandarizados para esta entidad, sin embargo, el manejo es fundamentalmente quirúrgico. No se encontraron en la literatura reportes previos de carcinoma metatípico en injertos autólogos de piel.

Palabras clave: Cirugía de cara, carcinoma metatípico, colgajo cérvico-facial

ABSTRACT

Metatypical or basosquamous carcinoma (BSC) is considered a subtype of basal cell carcinoma (BCC). It is often underdiagnosed due to the lack of defined clinical and histological characteristics, leading to misdiagnosis as either BCC or squamous cell carcinoma (SCC). This article presents a case of an 86-year-old male patient with metatypical carcinoma that manifested in a previous cervicofacial flap. There is a high risk of recurrence and metastasis associated with this condition, leading to an unfavorable prognosis for patients. Although there are no standardized therapeutic protocols for this entity, surgical management is the primary approach. No previous reports of metatypical carcinoma in autologous skin grafts were found in the literature.

Key words: Facial surgery, metatypical carcinoma, cervicofacial flap

1. Servicio de Cirugía Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, Venezuela. Correo-e: rojas7susan@gmail.com
2. Servicio de Cirugía General Hospital Sor Juana Inés de La Cruz, Mérida, Venezuela
3. Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela

Recepción: 25/07/2023
Aprobación: 08/10/2023
DOI: [10.48104/RVC.2023.76.2.7](https://doi.org/10.48104/RVC.2023.76.2.7)
www.revistavenezolanadecirugia.com

INTRODUCCIÓN

El carcinoma metatípico, también conocido como carcinoma basoescamoso (CBE), es considerado un subtipo controvertido de carcinoma basocelular (CBC); sin embargo, debido a su curso clínico agresivo y su mayor tendencia a recurrencia y metástasis, la Red Nacional Integral del Cáncer (NCCN) lo clasifica como carcinoma de células escamosas⁽¹⁾. Esta neoplasia posee características intermedias entre el carcinoma basocelular y el carcinoma de células escamosas o espinocelular (CEC); se compone por áreas tanto de células basaloides como de células escamosas presentando una zona de transición que representa la diferenciación de una estirpe celular a otra. Esta neoplasia es frecuentemente infradiagnosticada debido a que no posee características clínicas ni histológicas definidas, por lo que se suele diagnosticar erróneamente como un CBC o CEC. Asimismo, no existen protocolos de tratamiento estandarizados para dicha variante⁽²⁾.

Representa un reto diagnóstico debido a sus diferentes formas de presentación clínica y su baja incidencia dentro de la casuística de cáncer de piel. En este artículo se presenta el caso de un varón de 86 años con un CBE que se expresó en un colgajo cérvico-facial previo.

Presentación del caso

Información del Paciente

Paciente masculino de 86 años de edad, de profesión agricultor, con antecedente de diabetes mellitus; quien ha presentado lesiones neoplásicas en piel de tipo espinocelular y basocelular en región máxilo-auricular, tórax y manos, ameritando intervenciones quirúrgicas en varias oportunidades. La última cirugía se realizó en el año 2020, en el Instituto Hospital Universitario de Los Andes (IHULA), donde fue sometido a: Resección local amplia con márgenes oncológicos + Disección radical modificada de hemicuello izquierdo + Reconstrucción con colgajo cérvico-facial (Figura 1).



Figura 1. Cirugía Previa (2020). Resección local Amplia con márgenes oncológicos, disección radical modificada de hemicuello izquierdo, reconstrucción con colgajo cervicofacial

Paciente refirió inicio de enfermedad actual 6 meses previo a la consulta, dado por neoformación eritematosa, en región facial izquierda, de 0,5 cm de diámetro, blanda, indolora, que aumentaba progresivamente de tamaño; motivo por el cual acudió a servicio de Cirugía General del Hospital II San José de Tovar en el Estado Mérida, donde se evidenció lesión eritematosa, de bordes definidos, sobreelevada, de consistencia blanda, indolora, unilateral, asimétrica y exofítica, de 1,7 x 1,0 cm de diámetro, localizada en piel del colgajo de región cigomática izquierda. Se procedió a realizar toma de biopsia incisional.

Reporte histopatológico de biopsia incisional: Carcinoma metatípico o mixto (carcinoma epidermoide en un 70% y carcinoma basocelular en un 30%). Bordes de resección quirúrgica laterales y profundo: comprometidos por la lesión. Infiltración nerviosa: negativo.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

Transcurridos 2 meses, se evidenció evolución de dicha lesión, presentándose ulcerada, de coloración blanco amarillenta, con bordes eritematosos, no dolorosa a la palpación, con salida de secreción serosa no fétida, de aproximadamente 2,0 x 1,5 cm de diámetro. No se realizó estudio de imagen (TC) pese a haberse solicitado.

En vista del diagnóstico previo de carcinoma metatípico, se llevó a mesa operatoria con plan quirúrgico de: Resección local amplia con márgenes oncológicos + Reconstrucción inmediata con injerto libre; sin embargo, en el transoperatorio se decide: Resección local amplia con márgenes oncológicos + Reconstrucción inmediata con colgajo miocutáneo cérvico-facial.

Reporte histopatológico de biopsia escisional: Carcinoma metatípico (diferenciación a carcinoma basocelular y focos de diferenciación escamosa o epidermoide). Tamaño de la muestra: 4,5 x 4,0 cm. Tamaño de la lesión: 4,2 x 4,0 cm. Borde de resección quirúrgica lateral más cercano: localizado a 0,4 cm. Borde de resección quirúrgica profundo: libre de lesión. Infiltración nerviosa: negativo. Desmoplasia: severa. Embolización tumoral a vasos sanguíneos: negativo (Figura 2).

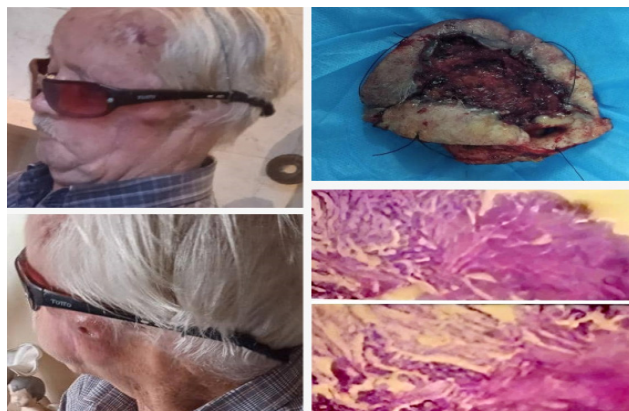


Figura 2. Neoformación eritematosa, 1,7 x 1,0 cm de diámetro, localizada en piel del colgajo de región cigomática izquierda

El estudio histológico evidenció la presencia de dos tipos de células: basales basofílicas con escaso citoplasma, núcleos hiper cromáticos con empalizada periférica y retracción peritumoral; y alrededor, células de mayor tamaño, claras, con moderado citoplasma y queratinización focal. En vista de lo cual, se concluyó el diagnóstico de: carcinoma basoescamoso o metatípico, con bordes de resección negativos para malignidad; sin infiltración nerviosa ni embolización tumoral a vasos sanguíneos.

Actualmente, el paciente lleva estrecho seguimiento por el servicio de Cirugía General del Hospital II San José de Tovar, con evolución satisfactoria de la enfermedad, sin aparición de lesiones recurrentes (Figura 3).

DISCUSIÓN

El carcinoma metatípico fue descrito por primera vez en 1894 por Beadles, quien reportó un caso de un carcinoma con características basaloides y escamosas adyacentes, sin separación evidente, en una úlcera de un roedor. En 1910, MacCormac describió estas mismas características tumorales entremezcladas en úlceras de un conjunto de roedores. En 1928, Montgomery identificó células de transición entre el carcinoma de células basales y escamosas que denominó "epitelioma basal de células escamosas"⁽³⁾.

En el año 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) proporcionó una descripción del CBE, que fue discutida por García y cols. en 2009, definiéndose como un "tumor de crecimiento infiltrativo, con áreas de queratinización y/o formación de puentes intercelulares, en el contexto de una reacción estromal proliferativa prototípica". A pesar del reconocimiento de estas características histopatológicas, aún existe una controversia sobre cómo debe clasificarse^(3,4). La clasificación de los tumores de piel de la OMS, lo describe como CBC con diferenciación escamosa⁽⁵⁾.

Se estima que la incidencia del CBE oscila entre el 1,2% al 2,7% de todos los carcinomas cutáneos. Se evidencia un predominio en el sexo masculino y un pico de mayor incidencia en la séptima década de la vida⁽²⁾. Se presenta predominante en personas con piel clara (fototipo 1 y 2 según Fitzpatrick). La mayoría de las lesiones se localizan en áreas con gran exposición a la radiación

ultravioleta, tales como cabeza y cuello, en un 82 a 92% con predilección por la región perinasal y centrofacial, aunque también puede aparecer en párpados, tronco y extremidades⁽³⁾. El paciente del caso presentado cumple con todas las características previamente descritas.

Existen algunos factores causales implicados en la etiopatogénesis del CBE, tales como: exposición a la radiación ultravioleta (UV), a rayos X, a carcinógenos como arsénico inorgánico, a humo de cigarrillo; no obstante, grosso modo es el resultado de una predisposición local, asociada a fotodaño, y alteraciones sistémicas como inmunosupresión⁽⁶⁾. Es importante tomar en consideración que la profesión de nuestro paciente, conlleva a exposición solar sostenida en el tiempo, quien además, habita una zona geográfica en Los Andes venezolanos, con una altitud de 1400 m.s.n.m; lo que supone un factor de riesgo adicional, ya que es bien sabido que a mayor altitud, la atmósfera se hace más delgada por lo que absorbe una menor proporción de radiación UV; teniéndose que por cada 1000 m.s.n.m. la intensidad de dicha radiación que penetra la superficie terrestre aumenta hasta en un 12 %^(7,8). En el mismo orden de ideas, existe evidencia que demuestra que agentes agroquímicos como el glifosato (muy empleado en la región) y los herbicidas a base de este, exhiben efectos citotóxicos y genotóxicos, además de aumentar el estrés oxidativo, y presuntamente condicionar algunos tipos de cáncer⁽⁹⁾.

Lo llamativo del caso clínico abordado, es que la neoplasia se expresó en piel de un injerto autólogo previo, sin relación con las áreas de cicatrización, proveniente de una zona con menor grado de fotoexposición. Mougel *et al.*, reportó una incidencia de CBE en receptores de trasplantes de órganos baja (0,34%), comparable con la de los linfomas cutáneos y melanoma. Describió el desarrollo de CBE en 12 individuos (0,34%) receptores de órganos (9 injertos de riñón, 2 de corazón y 1 de pulmón), a una edad media de $58,4 \pm 6,9$ años⁽¹⁰⁾. No se encontraron en la literatura reportes previos de carcinoma metatípico expresado en injertos autólogos de piel.

Clinicamente se describe como una neoformación, de coloración rojiza, pigmentada, de superficie escamosa o queratósica, de consistencia sólida y de rápido crecimiento. Predominan las formas ulceradas con bordes elevados y evertidos,



Figura 3. Resección local amplia con márgenes oncológicos más reconstrucción inmediata con colgajo cérvico facial.

sobre un fondo de aspecto infiltrado. Sin embargo, posee una gran variabilidad de presentación clínica, pudiendo confundirse con un gran número de patologías como CBC, CEC, enfermedad de Bowen, queratosis actínica, entre otras ⁽¹¹⁾. El comportamiento biológico agresivo y el curso clínico distinguen al CBE de otras formas de CBC. La descripción anterior se correlaciona con el caso reportado, puesto que la lesión se manifestó como una neoformación eritematosa, ulcerada, con bordes sobreelevados, que presentó crecimiento rápido.

Si bien no existen protocolos terapéuticos estandarizados para esta entidad, el manejo es fundamentalmente quirúrgico. Según algunas literaturas, se recomienda un margen de resección de 4 a 6 mm para lesiones <2 cm de diámetro, y mayor de 6 mm para las ubicadas en áreas con gran fotoexposición. En caso de lesiones >2 cm, se debería realizar cirugía micrográfica de Mohs ⁽¹²⁾. Skaria informó una tasa de recurrencia de 8,9% para CBE con la cirugía de Mohs ⁽¹³⁾, inferior al 12-45% que se reporta después de la cirugía clásica ⁽¹⁴⁾. La intervención en nuestro paciente consistió en una resección local amplia con márgenes oncológicos; siendo la cirugía tradicional la técnica más frecuentemente empleada ⁽¹²⁾.

Como ya se mencionó, no hay características clínicas específicas para distinguir el CBE de otros tipos de CBC y el diagnóstico se realiza únicamente a través de una biopsia. Existen varias definiciones histológicas de CBE que van desde una combinación característica de CBC y CEC con o sin zona de transición, hasta cualquier CBC con evidencia de queratinización ⁽⁴⁾. Histológicamente, se describen dos variedades o subtipos: el intermedio y el mixto; siendo la variedad intermedia la más frecuente (80%). En ésta se evidencian zonas de transición, islotes tumorales bien definidos combinando características de CBC y CEC. Mientras que la variedad mixta representa 20% de los casos, y se caracteriza por presentar células basales y escamosas en iguales proporciones ⁽¹⁵⁾. El paciente de nuestro caso clínico, expresó el subtipo intermedio.

Betti *et al.*, describió una estrecha relación entre el subtipo histológico intermedio y los márgenes positivos del tumor posterior a la cirugía escisional, característica que indica mayor agresividad ($p=0.016$) así como la necesidad de un tratamiento más radical ⁽¹²⁾.

Dentro de las características microscópicas del CBE se describe la presencia de nidos y cordones de células basaloides dispuestas en empalizada, con escaso citoplasma basofílico y núcleo uniforme e hiperromático; observándose numerosas mitosis. En relación a los anteriores se encuentran cúmulos de células escamosas, con abundante citoplasma eosinofílico, con puentes intercelulares ⁽⁶⁾. Esta descripción es bastante similar a la reportada en la biopsia del caso presentado.

Se ha descrito un alto riesgo de recurrencia y metástasis, incluso mayor que los CBC y CEC respectivamente, lo que supone un pronóstico desfavorable para los pacientes con esta variedad. Se han reportado tasas de recurrencia que oscilan entre 12% y 50% para los CBE de cabeza y cuello, con tasas de metástasis entre 5% y 7,4% en seguimientos de hasta 20 años ⁽⁴⁾. Específicamente, para el CBE metastásico se estima una supervivencia libre de

enfermedad de 1,1 años en estadios avanzados; siendo los principales órganos afectados pulmón, hueso y cerebro, después de la afectación ganglionar locoregional ^(1, 6). La presencia de márgenes positivos posteriores a la resección quirúrgica, la invasión ganglionar linfática y perineural y el sexo masculino se describen como indicadores de mal pronóstico; por lo que se recomienda realizar estudios de extensión y seguimiento a largo plazo.

CONCLUSIÓN

El CBE es un tumor relativamente raro, sin embargo, dado su curso clínico agresivo y su gran potencial de recurrencia y metástasis, cobra relevancia el diagnóstico oportuno. No existe todavía un consenso sobre sus características histológicas ni clínicas, lo que dificulta su caracterización y adecuado manejo. Por ende, es importante tener presente esta entidad como diagnóstico diferencial en casos de CBC refractarios a tratamiento. Pese a no haber un protocolo terapéutico estandarizado, el abordaje en general, consiste en la resección temprana con márgenes libres, descartando la presencia de metástasis ganglionares o a distancia.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

RRS: Manejo clínico quirúrgico, concepción y revisión del caso clínico. BD: Manejo clínico quirúrgico, concepción y revisión del caso clínico. EJ: Manejo clínico del caso, concepción y revisión del caso clínico. GDA: Manejo clínico del caso, concepción y elaboración del manuscrito. TAG: Concepción, elaboración del manuscrito, revisión de literatura. Todos los autores participaron en la revisión crítica del artículo y en la aprobación de la versión final del manuscrito.

Fuentes de financiamiento: Esta investigación no recibió financiamiento de ningún ente público o privado

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de interés alguno sobre el presente estudio.

REFERENCIAS

1. Zhu GA, Danial C, Liu A, Li S, Su Chang AL. Overall and progression-free survival in metastatic basosquamous cancer: a case series. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2014;70(6):1145-6. Epub 2014/05/17. doi: 10.1016/j.jaad.2014.03.003. PubMed PMID: 24831322.
2. Hornillos de Villota M, Pozo Kreiling JJ, del Castillo Pardo de Vera JL, Cebrián Carretero JL. Carcinoma basoesquamoso diseminado. A propósito de un caso. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*. 2021;43:166-9.
3. Tan CZ, Rieger KE, Sarin KY. Basosquamous Carcinoma: Controversy,

- Advances, and Future Directions. *Dermatologic surgery: official publication for American Society for Dermatologic Surgery* [et al]. 2017;43(1):23-31. Epub 2016/06/25. doi: 10.1097/dss.0000000000000815. PubMed PMID: 27340741.
4. Garcia C, Poletti E, Crowson AN. Basosquamous carcinoma. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2009;60(1):137-43. Epub 2008/12/24. doi: 10.1016/j.jaad.2008.09.036. PubMed PMID: 19103364.
 5. Shukla S, Khachemoune A. Reappraising basosquamous carcinoma: a summary of histologic features, diagnosis, and treatment. *Archives of dermatological research*. 2020;312(9):605-9. Epub 2020/03/14. doi: 10.1007/s00403-020-02058-1. PubMed PMID: 32166375.
 6. Vences C, Torres G, Ramos G, Caballero A. Carcinoma basocelular metatípico en una paciente de 16 años. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2009;18(1):19-21.
 7. González-Delatorre A, Terán-Ángel G, Ortega-Moreno ME, Montilla-Calderón LE. Determinación de los hábitos de exposición solar y prácticas de fotoprotección, en individuos que se ejercitan al aire libre, en la región andina venezolana. *Iatreia*. 2022;36(2):197-209. doi: 10.17533/udea.iatreia.169.
 8. Organización Mundial de la Salud, Organización Meteorológica Mundial, Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, Comisión Internacional de Protección contra la Radiación no Ionizante. *Índice UV solar mundial, guía práctica*. Ginebra: OMS, 2003.
 9. Peillex C, Pelletier M. The impact and toxicity of glyphosate and glyphosate-based herbicides on health and immunity. *Journal of immunotoxicology*. 2020;17(1):163-74. doi: 10.1080/1547691x.2020.1804492. PubMed PMID: 32897110.
 10. Mougel F, Kanitakis J, Faure M, Euvrard S. Basosquamous cell carcinoma in organ transplant patients: a clinicopathologic study. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2012;66(5):e151-7. Epub 2011/06/24. doi: 10.1016/j.jaad.2010.11.045. PubMed PMID: 21696852.
 11. Barreda-Zaleta L, Pérez-Rojas D, de la Torre R. Carcinoma basoescamoso. A propósito de un caso y la importancia de la revisión clínica y dermatoscópica. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*. 2021;19(1):16-9.
 12. Betti R, Crosti C, Ghiozzi S, Cerri A, Moneghini L, Menni S. Basosquamous cell carcinoma: a survey of 76 patients and a comparative analysis of basal cell carcinomas and squamous cell carcinomas. *European journal of dermatology: EJD*. 2013;23(1):83-6. Epub 2012/12/15. doi: 10.1684/ejd.2012.1890. PubMed PMID: 23238332.
 13. Skaria AM. Recurrence of basosquamous carcinoma after Mohs micrographic surgery. *Dermatology (Basel, Switzerland)*. 2010;221(4):352-5. Epub 2010/10/07. doi: 10.1159/000320127. PubMed PMID: 20924160.
 14. Leibovitch I, Huilgol SC, Selva D, Richards S, Paver R. Basosquamous carcinoma: treatment with Mohs micrographic surgery. *Cancer*. 2005;104(1):170-5. Epub 2005/06/02. doi: 10.1002/cncr.21143. PubMed PMID: 15929123.
 15. Alcalá-Pérez D, Ramos-Garibay J, Martínez-Guerra E, Gonzalez J. Carcinoma basocelular metatípico: «el gran simulador». *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2017;26(3):100-3.