



Carcinoma Epidermoide sobre Acrodermatitis Crónica Atrófica

Alfonso González Morán*, Rocío Martín López**, M^a Luz Ramos Nieto*, Pilar Escalonilla García-Patos*, M^a Paz González Asensio***

* Sección de Dermatología Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles Ávila. España ESPAÑA

** Sección de Anatomía Patológica Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles. Ávila. España ESPAÑA

*** Sección de Dermatología. Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles. Ávila. España ESPAÑA

Resumen

INTRODUCCIÓN:

La Acrodermatitis Crónica Atrófica (ACA) constituye una manifestación infrecuente de la borreliosis. Según datos epidemiológicos del Centro para su Prevención y Control en EEUU, esta zoonosis se incrementa anualmente en un 40 %. Esta tendencia creciente también ha sido señalada en Europa. La ACA corresponde con una manifestación tardía e infrecuente (10%) de la enfermedad de Lyme (estadio III).

Hasta donde nosotros conocemos esta entidad ha sido asociada a carcinoma basocelular¹ y otras neoplasias no epiteliales²⁻⁵. Presentamos un caso de ACA de larga evolución sobre la que se desarrolló un carcinoma epidermoide.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 63 años de edad, natural de Colombia y residente en España desde hacía unos meses. Consultó por una lesión situada en el codo izquierdo. Esta lesión, de carácter atrófico y asintomática, tenía un tamaño de 15 x 15 cm. Su tiempo de evolución era de 20 años, y desde entonces había permanecido sin cambios ostensibles. Sobre ella, y desde hace dos años se inició el crecimiento de lesión exofítica, de 6 x 5 cm. de base, aspecto carnososo y sangrante. Su estudio histológico reveló un carcinoma epidermoide. Las biopsias obtenidas de diferentes zonas del área atrófica mostraba una infiltrado en banda, linfocitario que oscurecía la unión dermoepidérmica. La epidermis mostraba abundantes queratinocitos necróticos y focos de espongirosis. En la capa córnea existían cúmulos de neutrófilos y focos de paraqueratosis.

COMENTARIO:

La enfermedad de Lyme tiene una amplia distribución mundial y aunque es endémica en ciertos países del hemisferio norte también se ha demostrado en el hemisferio sur. Han sido descritos casos esporádicos en algunos países de Sudamérica, entre ellos Colombia⁶.

Nos llama la atención que una dermatosis eminentemente atrofiante y de larga evolución no se vea complicada más veces con la presencia de carcinomas, de forma análoga a lo que ocurre en el liquen escleroso y atrófico, úlcera de Marjolin, etc.

BIBLIOGRAFIA:

1. Lagerholm B, Molin L, Gip L. Basal cell carcinoma in association with acrodermatitis chronica atrophicans Herxheimer. Acta Derm Venereol. 1970; 50::218-20.
2. Grassner H, Janner M. Acrodermatitis chronica atrophicans Herxheimer in combination with cutaneous lymphoma. Hautarzt. 1974; 25:: 453-6.
3. Goos M. Acrodermatitis chronica atrophicans and malignant lymphoma. Acta Derm Venereol. 1971; 51:457-9
4. Braun-Falco O, Puppim D. Multicentric malignant reticulosis associated with acrodermatitis chronica atrophicans. Dermatol Monatsschr. 1971 Oct; 157(10):740-8.
5. Geiger HG, Hagedorn M, Petres J. Reticulum cell sarcoma in chronic atrophicans acrodermatitis of Herxheimer. Z Hautkr. 1974; 49: 359-65
6. R Palacios, LE Osorio, LE Giraldo, AJ Torres, MT Philipp, MT Ochoa. Positive IgG Western Blot for Borrelia burgdorferi in Colombia.

Mem Inst Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 1999; 94: 499-503.

Introducción

La Acrodermatitis Crónica Atrófica (ACA) constituye una manifestación infrecuente de la borreliosis. Según datos epidemiológicos del Centro para su Prevención y Control en EEUU, esta zoonosis se incrementa anualmente en un 40 %. Esta tendencia creciente también ha sido señalada en Europa. La ACA corresponde con una manifestación tardía e infrecuente (10%) de la enfermedad de Lyme (estadio III).

Hasta donde nosotros conocemos esta entidad ha sido asociada a carcinoma basocelular¹ y otras neoplasias no epiteliales²⁻⁵; sin embargo, no sabemos de ningún caso de ACA complicada con un carcinoma epidermoide, del que presentamos un caso

Material y Métodos

Hemos estudiado los datos de la historia clínica de nuestra paciente. Se realizó estudio histológico tanto de la zona atrófica como de la masa tumoral. Las muestras fueron procesadas de forma convencional y teñidas con H&E. La búsqueda bibliográfica se realizó usando los buscadores Medline y Google.

Resultados

Datos clínicos: Paciente de 63 años de edad, natural de Colombia y residente en España desde hacía unos meses. Consultó por una lesión situada en el brazo y el codo izquierdo (Fig. 1 y 2). Esta lesión, de carácter atrófico y asintomática, tenía un tamaño de 15 x 15 cm. Su tiempo de evolución era de 20 años, y desde entonces había permanecido sin cambios ostensibles. Sobre ella, y desde hacía dos años se inició el crecimiento de lesión exofítica, de 6 x 5 cm. de base, aspecto carnoso y sangrante (Fig. 3 y 4).

Datos histológicos: El estudio histológico incluyó: el área atrófica de la Fig. 1, el área atrófica de la Fig. 2 y la masa tumoral (Fig. 3 y 4). La primera mostraba un infiltrado linfocitario en banda que borraba los límites de la unión dermoepidérmica (Fig. 5). Eran abundantes los queratinocitos necróticos que se entremezclaban en la dermis papilar con linfocitos, histiocitos y melanófagos (Fig. 6). La epidermis era atrófica en algunas áreas, mientras que en otras presentaba crestas alargadas y de vértice redondeado, existían además focos de espongirosis. La capa córnea era paraqueratósica y podían observarse en ella cúmulos de neutrófilos. Por el contrario, este componente inflamatorio, no podía verse en la piel atrófica correspondiente a la Fig. 2, observándose una dermis papilar "peinada" donde existía un colágeno dispuesto paralelamente a la epidermis, expresión de un proceso inflamatorio residual (Fig. 7). La masa tumoral estaba constituida por una proliferación epitelial ordenada en gruesos cordones (Fig. 8). Su citología estaba constituida por queratinocitos de citoplasma amplio y eosinófilo con núcleos hipercromáticos, anisocariosis y abundantísimas figuras mitóticas (Fig. 9). Eran frecuentes los focos de queratinización y microabscesos de neutrófilos en el seno del tumor (Fig. 10). Debajo de la masa tumoral existía un infiltrado inflamatorio constituido por linfocitos, histiocitos y células plasmáticas.

Datos analíticos: El hemograma, la bioquímica general, así como la serología para la *Borrelia Burgdorferi* se encontraban dentro de los límites de la normalidad o eran negativos.



Fig. 1: Lesión blanquecina, brillante, plegada, de límites netos, atrófica, localizada en el brazo.



Fig. 2: Lesión blanquecina, brillante, plegada, con pérdida de las marcas normales de la piel localizada en el codo, atrófica en el 1/3 superior del antebrazo



Fig. 3: Lesión exofítica, mamelonada, carnosa, sangrante (carcinoma epidermoide) sobre una amplia área de piel atrófica (acrodermatitis crónica atrófica).



Fig. 4: En la cara anterior del brazo y la fosa antecubital los límites del área atrófica no mostraba límites netos. Obsérvese el carcinoma epidermoide asentando sobre la amplia zona atrófica.

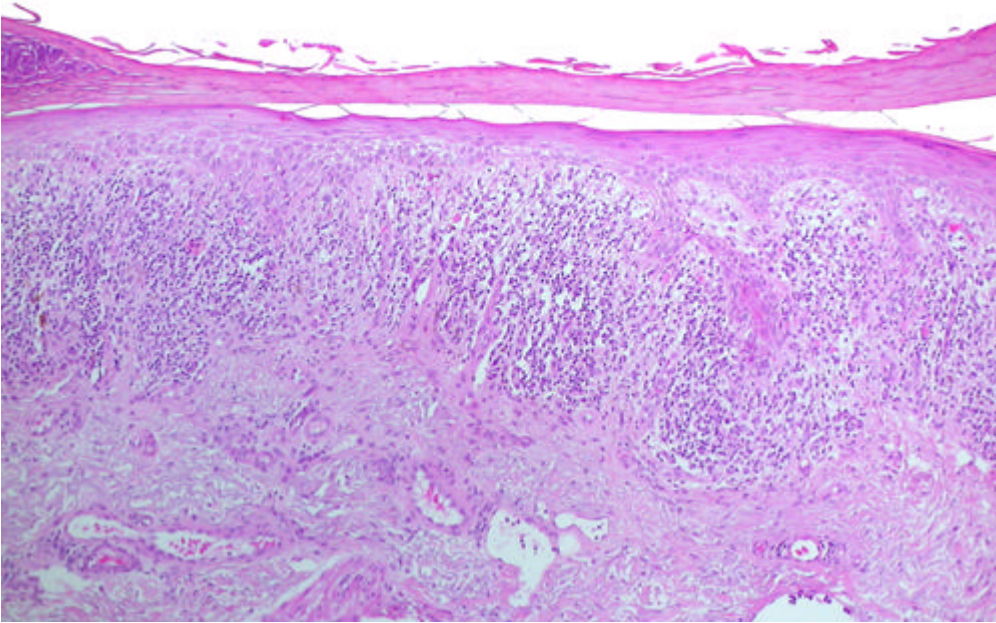


Fig. 5: Infiltrado liquenoide, en banda de linfocitos, histiocitos. Algunas crestas en dientes de sierra, otras alargadas y redondeadas. Focos de espongirosis en epidermis. Capa córnea paraqueratósica y cúmulos de neutrófilos. H&E 40x.

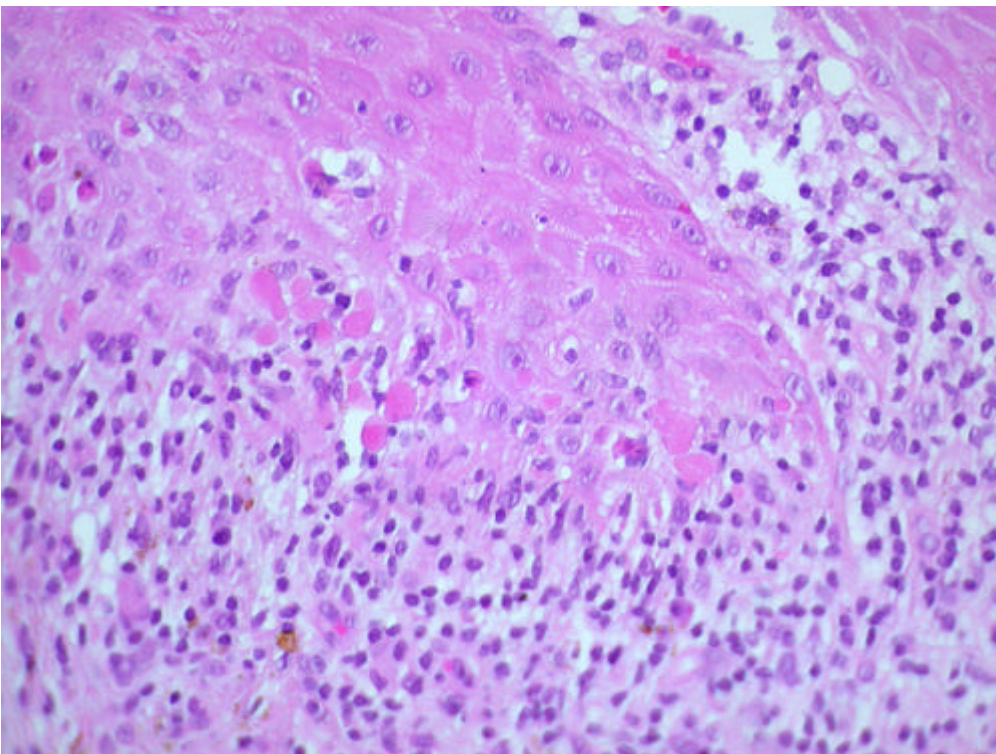


Fig. 6: Abundantes queratinocitos necróticos en la unión dermoepidérmica entremezclados con linfocitos, histiocitos y melanófagos. H&E 100x.

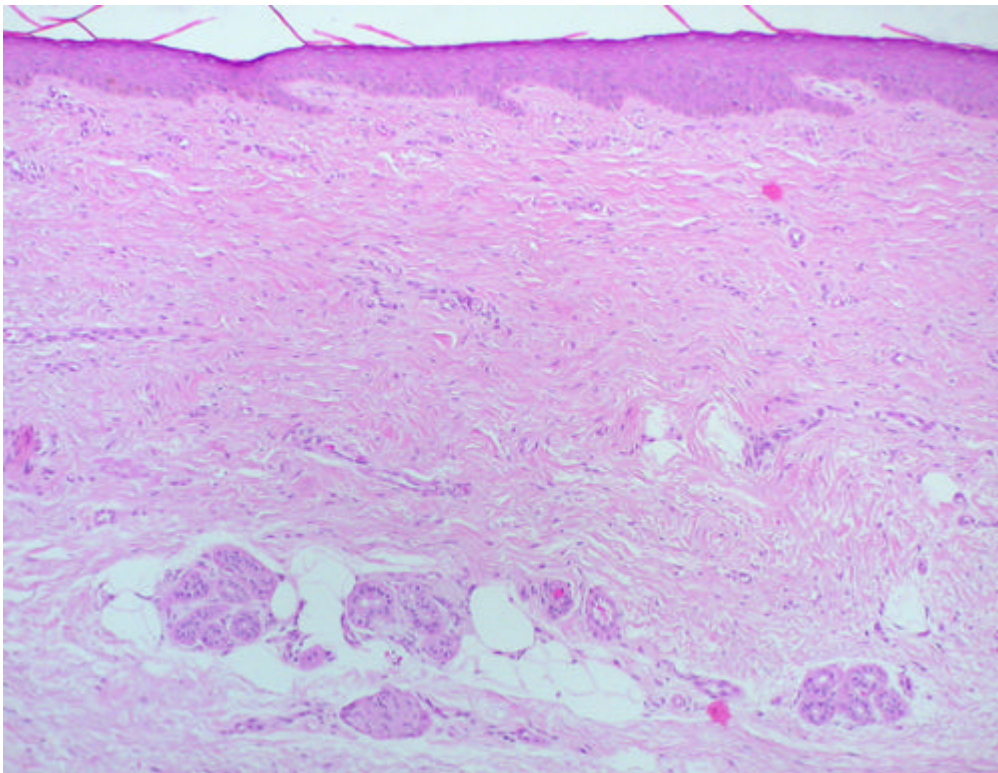


Fig.7: Dermis papilar "peinada", haces de colágenos apretados, y dispuestos paralelamente a la epidermis. Ausencia de infiltrado inflamatorio. Expresión de proceso inflamatorio sobrepasado. H&E 40x

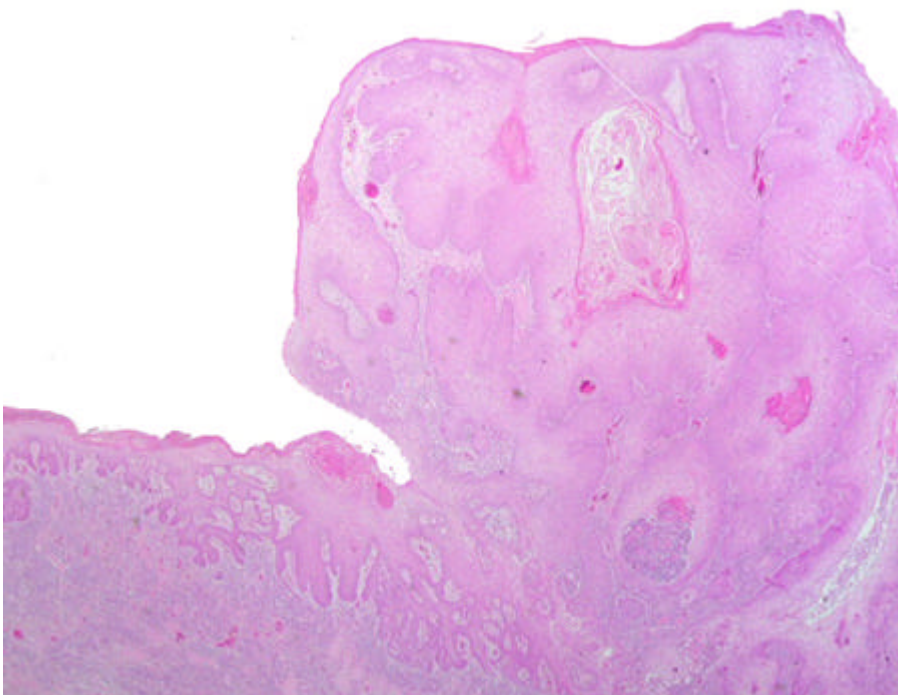


Fig. 8: Carcinoma epidermoide de aspecto exofítico. H&E 20x.

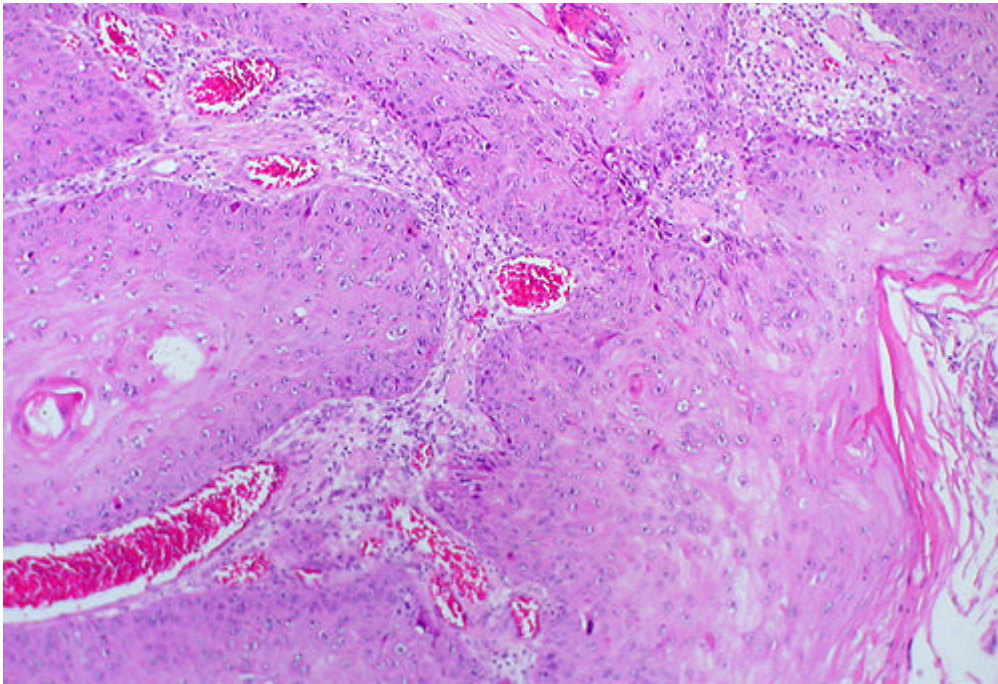


Fig. 9: Gruesos cordones anastomosados entre sí. Citoplasma amplio, eosinófilo. Núcleos irregulares, hiper Cromáticos. . H&E 100x

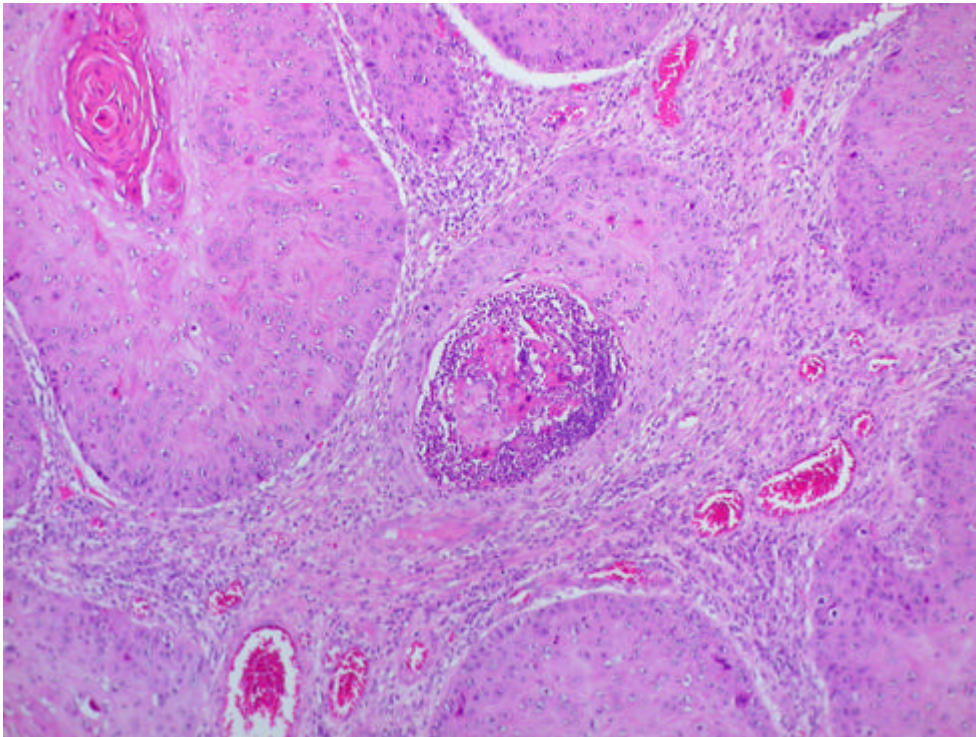


Fig. 10: Microabscesos de neutrófilos y 'perlas córneas' dentro de la masa tumoral. H&E 100x

Discusión

La enfermedad de Lyme tiene una amplia distribución mundial y aunque es endémica en ciertos países del hemisferio norte también se ha observado en el hemisferio sur. Han sido descritos casos esporádicos en algunos países de Sudamérica, entre ellos Colombia⁶. Es conocido que determinadas entidades de carácter cicatricial, atrofiante e inflamaciones crónicas (liquen escleroso y atrófico, lupus eritematoso, epidermolisis ampollosa distrófica, radiodermatitis crónica, fistulas crónicas, quemaduras cónicas) pueden ser complicadas con carcinomas, especialmente el epidermoide. Estos carcinomas parecen justificarse por la liberación de factores de crecimiento tisular crónicamente liberados⁷. Por otro lado, este tipo de carcinomas comporta un peor pronóstico ya que el porcentaje de metástasis se aproxima a un 40 %⁸, por ello nos llama la atención que una dermatosis eminentemente atrofiante y de larga evolución no se vea complicada más veces con la presencia de carcinomas. Nuestro caso vendría a incrementar aquellas entidades que teniendo una evolución crónica y un carácter fibrosante pueden malignizarse.

Bibliografía

1. Lagerholm B, Molin L, Gip L. Basal cell carcinoma in association with acrodermatitis chronica atrophicans Herxheimer. Acta Derm Venereol. 1970; 50::218-20.
2. Grassner H, Janner M. Acrodermatitis chronica atrophicans Herxheimer in combination with cutaneous lymphoma. Hautarzt. 1974; 25:: 453-6.
3. Goos M. Acrodermatitis chronica atrophicans and malignant lymphoma. Acta Derm Venereol. 1971; 51:457-9
4. Braun-Falco O, Puppim D. Multicentric malignant reticulosis associated with acrodermatitis chronica atrophicans. Dermatol Monatsschr. 1971 Oct; 157(10):740 -8.
5. Geiger HG, Hagedorn M, Petres J. Reticulum cell sarcoma in chronic atrophicans acrodermatitis of Herxheimer. Z Hautkr. 1974; 49: 359-65
6. R Palacios, LE Osorio, LE Giraldo, AJ Torres, MT Philipp, MT Ochoa. Positive IgG Western Blot for Borrelia burgdorferi in Colombia. Mem Inst Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 1999; 94: 499-503.
7. Smoller BA, McNutt NS, Carter DM, Gottlieb AB, Hsu A, Krueger J. Recessive dystrophic epidermolysis bullosa skin displays a chronic growth-activated immunophenotype. Implications for carcinogenesis. Arch Dermatol. 1990;126: 78-83.
8. Novick M, Gard DA, Hardy SB, Spira M. Burn scar carcinoma: a review and analysis of 46 cases. J Trauma 1977; 17:809.