

REPORTE DE CASO

Como referenciar éste artículo | How to reference this article:

Cano LF, Hanano LY, Fariña LF, Cano F. Carcinoma Escamoso Escrotal. Reporte de un caso. An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción), 2021; 54(1): 143-146.

Carcinoma Escamoso Escrotal. Reporte de un caso Squamous scrotal carcinoma. Report of a case

⁽¹⁾ Cano, Luís Fernando¹; Hanano, Luis Yuichi¹; Fariña, Luís Fernando¹; Cano, Federico¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Urología. Asunción, Paraguay.

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 47 años quien consultó por cuadro de cicatrización tórpida de una lesión cutánea superficial única en hemi-escroto izquierdo. Se procedió a resección biópsica de la lesión con resultado de la anatomía patológica de un Carcinoma Escamoso del tipo Condilomatoso (Warty) el cual confirma su relación con el HPV 16 mediante estudio de inmunohistoquímica. Por ser un caso infrecuente no existe actualmente un consenso sobre el manejo del carcinoma del escroto motivo el cual se realiza una revisión de la literatura y se expone los resultados.

Palabras Clave: Carcinoma Escamoso, Escroto, HPV, Papiloma Virus Humano.

ABSTRACT

A case of a 47-year-old patient who consulted for torpid healing of skin lesion in left hemi-scrotum is presented. We proceed to resection-biopsy of the lesion and the pathology report informed a warty squamous cell carcinoma (Warty type) and the relationship with HPV 16 is confirmed by immunohistochemical study. As a rare case there is currently no consensus on the management of carcinoma of the scrotum reason that we do a review of the literature and the results are exposed.

Keywords: Squamous Carcinoma, Scrotum, HPV, Human Papilloma Virus.

Autor correspondiente: Dr. Luís Fernando Cano, Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Urología. Asunción, Paraguay. E-mail: lfcano@rieder.net.py.

Fecha de recepción el 30 de Octubre del 2020; aceptado el 24 de Marzo del 2021.

INTRODUCCION

El Carcinoma Escamoso en escroto fue descrito por primera vez por Bassius en 1731 y luego en 1775, Sir Percival Pott lo relacionó con los jóvenes limpiadores de chimenea del Viejo Londres motivo por el cual se lo denominó “Cáncer de Pott” o “Cáncer de los deshollinadores”. (1).

También fueron publicados casos en otros trabajadores, como trabajadores de asfalto, mecánicos industriales y, de los telares de teñido de lana, esto sugirió el potencial carcinogénico de sustancias como los aceites industriales y asfaltos. Posteriormente se encontraron diferentes asociaciones: los trabajadores con parafina y aceite, los trabajadores de algodón (hidrocarburos aromáticos), actualmente la asociación a la exposición a rayos ultravioleta para el tratamiento de la psoriasis y se han identificado otros agentes como el benzopireno, como agente causal.

Adicionalmente hay factores predisponentes como los pacientes inmunocomprometidos, la irritación crónica y falta de higiene.

Burmer y colaboradores describieron la primera asociación de cáncer de escroto con el serotipo 18 del virus del papiloma humano, y posteriormente se asoció la displasia con los serotipos 6,11,16 y 18 (5,10).

Recientemente se han descrito en pacientes con problemas dermatológicos crónicos y otros procesos como vitíligo, gangrena de Fournier previa, cicatrices de vasectomía, pacientes con condilomas y psoriasis tratados con sales de arsénico.

Los carcinomas escamosos pueden aparecer sobre la piel aparentemente sana o sobre piel dañada por dermatosis precancerosas como cicatrices, quemaduras, úlceras, queratosis actínica y leucoplasias (12).

El carcinoma de escroto es un tumor poco frecuente con una incidencia anual estimada

de 0.1-0.3/ 100.000 (1) siendo el tipo histológico escamoso, el más frecuente (2). Suele presentarse en la sexta década de la vida (1) como una lesión visible en la piel, de lento crecimiento o nódulo no doloroso (2) pudiendo invadir hacia la profundidad, en estos casos frecuentemente se ulcera, sin embargo, no compromete los testículos salvo en casos con tumores muy grandes. Actualmente no se encontraron casos publicados en el Paraguay.

Es más frecuente en pacientes de raza blanca y en pacientes de raza negra este carcinoma se presenta a más temprana edad, pero es mucho menos frecuente (9).

CASO CLINICO

Paciente de masculino de 47 años, de profesión Bioquímico, quien hace 1 mes presentó lesión traumática superficial en hemi-escroto izquierdo de 1 cm de diámetro, por cierre accidental de la cremallera metálica del pantalón. Presentó una cicatrización tórpida que le preocupó al paciente y decidió acudir a consultorio externo. En el momento de la consulta presentó una lesión rojiza sobreelevada de aproximadamente 1cm de diámetro, bordes netos, no doloroso y no adherido a planos profundos.

Se decidió resección con bisturí frío al borde de la lesión y, se envió para su estudio anatomopatológico, informando como resultado “Carcinoma escamoso del tipo condilomatoso (Warty) de piel escrotal, microinvasión de la lámina propia, márgenes laterales comprometidos, márgenes profundos libre y, se sugirió estudio de inmunohistoquímica para descartar HPV de alto riesgo”. El estudio de inmunohistoquímica resultó positivo para el tipo P16 por lo que se realizó una resección amplia de 2-3 cm para obtener márgenes libres.

Se realizaron controles periódicos durante 1 año sin observar recidiva.



Figura 1. Lesión escrotal en el momento de la consulta.

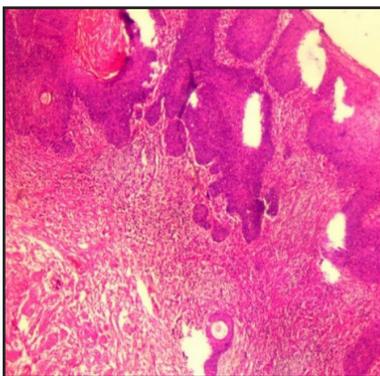


Figura 2. Carcinoma escamoso invadiendo la lámina propia.

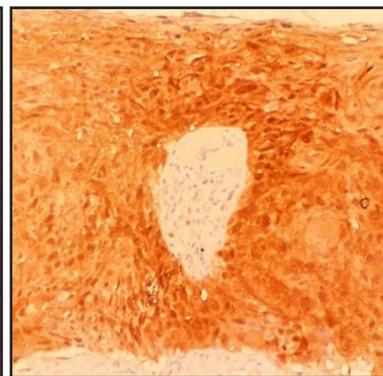


Figura 3. Inmunohistoquímica positiva.

DISCUSION

El carcinoma de células escamosas del escroto es una neoplasia poco frecuente. Veerhoeven y su grupo describió una incidencia de un 1.5% en 1 millón de sujetos en países occidentales (13).

El carcinoma de escroto tiene diferentes variantes histológicas, entre las más frecuentes se encuentran: carcinoma de células escamosas (32%), Enfermedad de extramamaria de Paget (21%), carcinoma de células basales (18%) y sarcoma (18%).

La excisión amplia de la lesión primaria es el tratamiento de elección en el carcinoma de escroto (2,3,9) con márgenes de 2-3 cm (4,6). Es controvertida la linfadenectomía uni o bilateral, inguinal o ileoinguinal. Sólo un 25 % de los nódulos inguinales en el momento del diagnóstico tienen metástasis (2). Si se palpan nódulos debe pautarse tratamiento antibiótico durante 4-6 semanas y reevaluar. Si persisten se aconseja linfadenectomía inguinal superficial y profunda; posteriormente si la patología de estos ganglios es positiva se hará necesaria una linfadenectomía pélvica (11).

También hay que tener en cuenta que se ha descrito recurrencia años después de la lesión inicial.

La radioterapia y quimioterapia a base de cisplatino tienen poco efecto en este tipo de cánceres y se utiliza únicamente en lesiones no reseables, aunque no existe algún estudio serio.

Debemos realizar el diagnóstico diferencial con el carcinoma de células basales (muy poco frecuente 5-10% de los carcinomas de escroto) y con otras enfermedades no neoplásicas (10).

Esta lesión tumoral debe diferenciarse del carcinoma escamoso verrucoso, ya que el enfoque terapéutico es diferente. La radicalidad de la cirugía, así como la linfadenectomía inguinal bilateral sistemática no están considerados en la variedad verrucosa (7), donde existen otras posibilidades terapéuticas (criocirugía, láser de Nd-Yag, etc.). Por otro lado, su pronóstico es mejor además de ser un tumor de crecimiento mucho más lento (8).

CONCLUSION

El carcinoma escamoso escrotal es una patología poco común y por ende poco estudiada. Debido a los pocos casos descritos no existe un consenso sobre el tratamiento y manejo de dicha patología. Pero no hay duda de la importancia manifestada en la literatura de un tratamiento quirúrgico precoz y una exéresis completa del tumor que permita estudiarlo y, en gran parte de los casos curarlo. Tampoco existe estudios amplios que fundamenten el tratamiento radio-quimioterapéutico, pero podría ser una opción válida en casos avanzados.

Este caso es una experiencia aislada, pero creemos que este trabajo sería de ayuda para los casos siguientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Parys BT, Hutton JL. Fifteen –year experience of Carcinoma of scrotum. *Brit J Urol*, 1991; 68:414-417.
2. Andrews PE, Farrow GM, Oesterling JE. Squamous cell carcinoma of scrotum: Long term followup of 14 patients. *J Urol*, 1991; 146: 1299-1304.
3. Arias F, Fernández E, Perales L, Jiménez M, Cruz N, García R. Carcinoma epidermoide de escroto. *Arch Esp de Urol*, 2000; 53:937-940.
4. Solis WA. Carcinoma de escroto. *Actas Urol Esp*, 1984; 8:63-67.
5. Carcinoma epidermoide de escroto y su asociación con virus del papilomahumano García P. Herney Andrés(1); Londoño Jorge Luis(2) y Carbonell G. *Jorge urol.colomb. Vol. XVII, No. 3: pp 91-96, 2008*
6. Fletcher C.D. *Diagnostic histopathology of tumors*. Toronto: Churchill livingstone; 2000.
7. Jimenez R., Martinez P., Aragón M., Solares M., Montiel D.M. Carcinoma Epidermoide de escroto. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista Mexicana de urología*. 2004;64(6):302-305.
8. Guilliland F., Key C. Male genital cancers. *Cancer* 1995; 75: 295 – 315
9. Kennaway E., Kennaway N. The social distribution of cancer of scrotum and cancer of the penis. *Cancer Res* 1946;6 : 49 – 53.
10. Burner GC, True LD, and JN Krieger: Squamous Cell Carcinoma of the Scrotum Associated With Human Papillomaviruses: *Journal of Urology*. 1993; 147: 374-377
11. Villa LL, Costa RLR, Petta CA, et al. High sustained efficacy of a prophylactic quadrivalent human papillomavirus types 6/11/16/18 L1 virus-like particle vaccine through 5 years of follow-up. *Br J Cancer* 2006;95:1459-66.
12. Rodríguez GC, Villar MCC, Domínguez MPF, Pinedo FM, Alonso SC González BP. Validez del diagnóstico clínico del carcinoma epidermoide. *Rev Esp Patol* 2000, 33(3): 205 –210.
13. Medrano-Leos, G., Álvarez-Mejía, H., Magos-Aquino, N., Alemán-Meza, L., & García-Gutiérrez, S. (2020). Carcinoma de células escamosas del escroto. *Revista Mexicana de Urología*.