

CASOS CLÍNICOS

Carcinoma verrugoso plantar

Plantar verrucous carcinoma

María F. Belocopitow¹, Carolina Ugarte², Carolina Marcucci², María Luján Ortellado³ y Gladys Merola⁴

RESUMEN

El carcinoma verrugoso es una variante infrecuente, bien diferenciada y de bajo grado, del carcinoma escamoso. Se presenta como un tumor exofítico de superficie verrugosa. La forma plantar se destaca por su crecimiento lento y bajo potencial metastásico; no obstante, es localmente agresiva. Muchos autores la consideran sinónimo de carcinoma *cuniculatum*, pero otros sostienen que son dos entidades separadas

que se diferencian por su clínica y su histopatología. Se presenta el caso de un paciente con un carcinoma verrugoso plantar.

Palabras clave: carcinoma verrugoso, carcinoma escamoso, carcinoma *cuniculatum*, plantar.

Dermatol. Argent. 2022; 28(4): 176-179

ABSTRACT

Verrucous carcinoma is an unusual, well-differentiated, low-grade variant of squamous cell carcinoma. It presents as a large, exophytic, verrucous tumoral mass. The plantar type is characterized by its slow growth and low metastatic potential; nonetheless, it is locally aggressive. Many authors consider it a synonym of carcinoma cuniculatum, while others argue that they are two separate entities that can be distinguished

by their clinical and histopathological features. We present the case of a patient with a plantar verrucous carcinoma.

Key words: verrucous carcinoma, squamous cell carcinoma, carcinoma *cuniculatum*, plantar.

Dermatol. Argent. 2022; 28(4): 176-179

¹ Médica Residente de Tercer Año de Dermatología y de la Carrera de Especialista en Dermatología, Universidad de Buenos Aires, Servicio de Dermatología

² Médica de Planta, Servicio de Dermatología

³ Médica de Planta, Servicio de Anatomía Patológica

⁴ Jefa de División, Servicio de Dermatología Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: María Florencia Belocopitow

E-mail: florbelocopitow@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 15/11/2021

Fecha de trabajo aceptado: 17/10/2022

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLÍNICO

Varón de 51 años, con antecedentes personales de VIH en tratamiento antirretroviral, hepatitis C, diabetes *mellitus* tipo 2 insulino-requiere, tabaquismo, alcoholismo y abuso de sustancias, acudió a la consulta en el Servicio de Dermatología de nuestro hospital por presentar una lesión de crecimiento progresivo, localizada en la planta del pie izquierdo, de alrededor de 3 años de evolución. Refería haber realizado numerosos tratamientos tópicos, sin mejoría aparente.

En el examen físico dermatológico, se observó una lesión tumoral redondeada, de aspecto verrugoso y queratósico, con límites bien definidos, de aproximadamente 3 × 3 cm, dolorosa (Foto 1).

Se planteó como diagnóstico presuntivo carcinoma escamoso, por lo que se decidió efectuar una toma de biopsia con sacabocados de la lesión. Los cortes histológicos con bajo aumento (Foto 2) mos-

traron una epidermis con marcada acantopapilomatosis e hiperplasia, a expensas de una proliferación de queratinocitos atípicos de bordes netos, redondeados o bulbosos, que “empujaban” la dermis. A mayor aumento, las células atípicas presentaban citoplasmas claros vidriosos, moderado pleomorfismo nuclear y escasas mitosis (Foto 3).

Se arribó al diagnóstico de carcinoma verrugoso de localización plantar. El paciente no presentaba adenopatías inguinales en los exámenes físico ni ecográfico. Se indicó la extirpación completa de la lesión con márgenes de 5-10 mm por el Servicio de Traumatología. La histopatología de la pieza quirúrgica informó que los márgenes estaban libres de tumor.

En los controles sucesivos en el Sector de Tumores del servicio, el paciente presentó muy buena evolución, con cicatrización por segunda intención (Foto 4).



FOTO 1: Lesión tumoral redondeada, de aspecto verrugoso y queratósico, con límites bien definidos, de aproximadamente 3 x 3 cm.

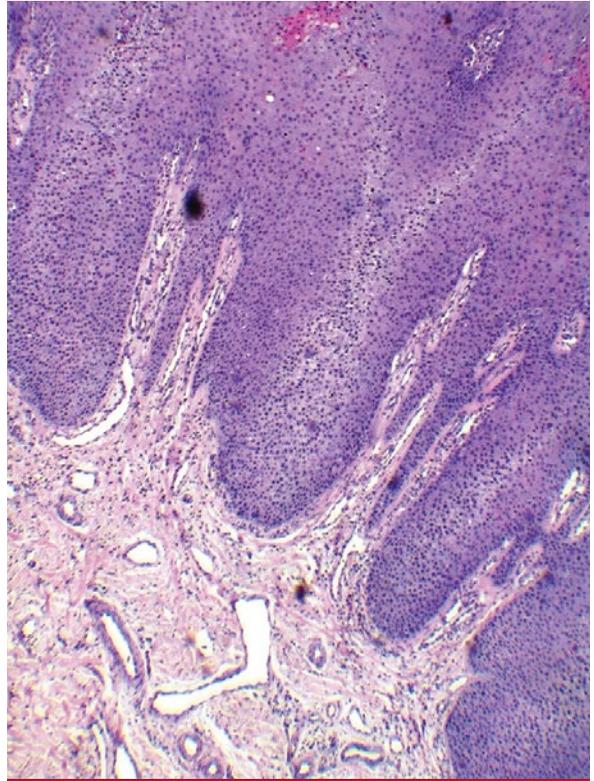


FOTO 2: Epidermis con marcada acantopapilomatosis e hiperplasia a expensas de una proliferación de queratinocitos atípicos de bordes netos, redondeados o bulbosos, que “empujan” la dermis (HyE, 40X).

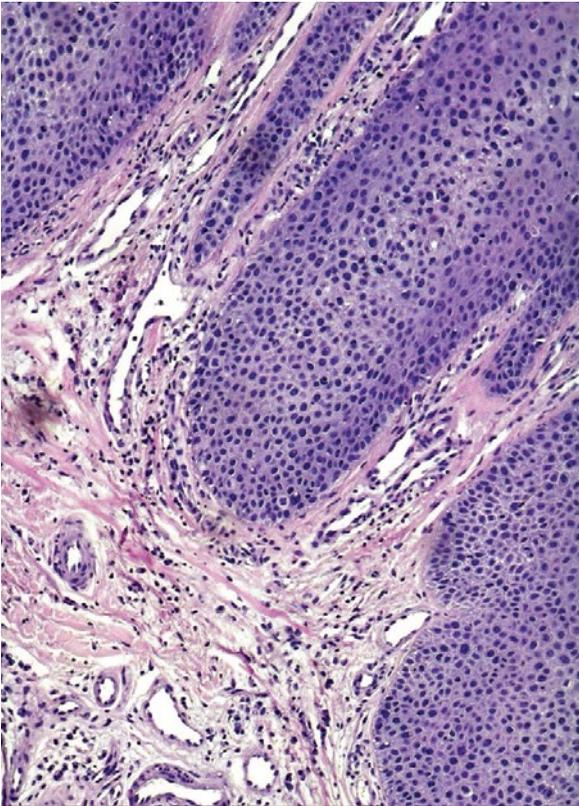


FOTO 3: Células atípicas con citoplasmas claros “vidriosos”, moderado pleomorfismo nuclear y escasas mitosis (HyE, 100X).



FOTO 4: Aspecto clínico posoperatorio: úlcera con fondo granulante de bordes ligeramente macerados.

COMENTARIOS

El carcinoma verrugoso es una variante infrecuente, bien diferenciada y de bajo grado, del carcinoma escamoso o espinocelular, descrita por Lauren V. Ackerman en 1948¹. Si bien su etiología se desconoce, se lo ha relacionado con ciertos factores de riesgo, entre los que se destacan la inmunosupresión (como en el caso presentado), los traumatismos reiterados y la inflamación crónica². El papel del HPV es incierto, ya que su presencia en las lesiones de carcinoma verrugoso es inconstante. Puede afectar a ambos sexos y a todos los grupos etarios, con mayor incidencia en los varones adultos, entre la quinta y la sexta década de la vida³.

Clínicamente, se presenta como una lesión tumoral exofítica, casi siempre única, de límites netos y superficie verrugosa, que puede alcanzar gran tamaño^{4,5}. Las localizaciones más frecuentes incluyen la superficie plantar, la orofaríngea y la región anogenital, pero puede afectar la piel y las mucosas en cualquier ubicación⁴. En la planta, suele situarse en los sitios de apoyo: la almohadilla, las falanges y en el talón⁵.

La variante plantar del carcinoma verrugoso se destaca por su crecimiento lento y su bajo potencial metastásico, aunque puede tener un comportamiento localmente agresivo al penetrar y destruir los tejidos subyacentes, incluido el hueso. Los diagnósticos diferenciales se plantean con la verruga plantar, el heloma, el mal perforante plantar y otras variantes del carcinoma escamoso⁶.

Debido a su importante capacidad de invasión, el retraso en el diagnóstico puede dar lugar a amputaciones y deformidades prevenibles¹. Por esta razón, ante la sospecha, siempre se debe realizar una biopsia profunda⁴.

La histopatología se caracteriza por una proliferación de queratinocitos bien diferenciados con mínima atipia nuclear, actividad mitótica y pleomorfismo celular, y disqueratinocitos aislados. Esta neoformación avanza en un frente amplio hacia la dermis subyacente y forma prolongaciones bulbosas que la empujan y no parecen infiltrarla. La epidermis suprayacente presenta hiperqueratosis, paraqueratosis y acantosis².

En los tumores de gran tamaño se recomienda la realización de estudios por imágenes para evaluar la invasión de los tejidos³.

En cuanto al tratamiento, la exéresis quirúrgica

con márgenes oncológicos de al menos 4 mm es el de elección⁶. Sin embargo, la tasa de recurrencia es de 30-50% a pesar de la extirpación adecuada⁷. Por este motivo, las publicaciones más recientes sugieren realizar una cirugía micrográfica de Mohs siempre que sea posible, además de un seguimiento estrecho a largo plazo^{5,7}. Al no contar con esta técnica quirúrgica especializada, al paciente se le realizó una resección amplia que mostró márgenes libres en la histología. Ante el compromiso extenso de los tejidos blandos y el hueso, se opta por la amputación. La radioterapia no es recomendable, ya que existe el riesgo de transformación en variantes más agresivas y de peor pronóstico, como el carcinoma espinocelular anaplásico⁵. Otras opciones de tratamiento incluyen criocirugía, electrocauterización, terapia fotodinámica, quimioterapia tópica o sistémica, e interferón alfa sistémico o intralesional².

En los últimos años se ha generado cierta controversia en torno a esta entidad, ya que muchos autores la consideran un sinónimo del carcinoma *cuniculatum*, y otros sostienen que su presentación clínica e histopatología los diferencia⁸. En cuanto a su presentación clínica, el carcinoma *cuniculatum* se caracteriza por una superficie lisa o abollonada, no verrugosa, ligeramente queratósica, y puede exhibir orificios que drenan una secreción sebiforme. Se ubica principalmente en las plantas, aunque también en otras localizaciones, como la eminencia tenar, los glúteos o las piernas⁹. La histopatología evidencia senos y trayectos interconectados que recuerdan las estructuras de las madrigueras de los conejos descendiendo desde una superficie plana, no verrugosa, con criptas profundas rellenas de queratina, y un estroma mixoide y edematoso^{9,10}.

Pese a las diferencias en la clínica y la histopatología de estas dos neoplasias, el carcinoma verrugoso plantar y el carcinoma *cuniculatum* son carcinomas escamosos infrecuentes, de bajo grado y bien diferenciados, con un pronóstico favorable y un tratamiento similar. Por consiguiente, la relevancia de la discrepancia entre ambas no sería, en principio, indispensable. No obstante, es necesario tener en cuenta estas entidades en el diagnóstico diferencial de las lesiones plantares queratósicas, en particular, las recalcitrantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. PENERA KE, MANJI KA, CRAIG AB, GROOTEGOED RA, *et ál.* Atypical presentation of verrucous carcinoma: a case study and review of the literature. *Foot Ankle Spec.* 2013;6:318-322.
2. PĂTRAȘCU V, ENACHE O, CIUREA R. Verrucous carcinoma. Observations on 4 cases. *Curr Health Sci J.* 2016;42:102-110.
3. GONZÁLEZ VILAS D, GARCÍA GAVÍN J, RODRÍGUEZ PAZOS L, TORIBIO J. Carcinoma verrucoso. *Piel.* 2010;25:81-90.
4. LIPOVETZKY J, ARIAS M, TRILA C, ABELDAÑO A. Carcinoma verrugoso en la palma. *Dermatol Argent.* 2017;23:86-88.
5. DE AGUINAGA INURRIAGA AE, XOSPA RÍOS VI, MESSINA ROBLES M, SIERRA DÍAZ CG. Carcinoma epidermoide verrugoso asociado con infección por virus del papiloma humano. *Dermatol Rev Mex.* 2018;62:137-143.
6. COSTACHE M, DESA LT, MITRACHE LE, PĂTRAȘCU OM, *et ál.* Cutaneous verrucous carcinoma. Report of three cases with review of literature. *Rom J Morphol Embryol.* 2014;55:383-388.
7. PĂTRAȘCU V, GEOLOAICA LG, CIUREA RN. Acral verrucous carcinoma. *Curr Health Sci J.* 2019;45:235-240.
8. KUBIK MJ, RHATIGAN RM. Carcinoma *cuniculatum*: not a verrucous carcinoma. *J Cutan Pathol.* 2012;39:1083-1087.
9. GARCÍA BRACAMONTE B. Carcinoma *cuniculatum*, un tumor infrecuente de localización habitualmente plantar. *Mas Dermatol.* 2020;21:4-11.
10. KUNC M, BIERNAT W. Carcinoma *cuniculatum* of the lower leg: a case report and proposed diagnostic criteria. *Am J Dermatopathol.* 2019;4:855-857.