

Carcinosarcoma

Sarcomatoid carcinoma

Rita Leitner,* Virginia González,** Gabriel Casas,*** Margarita Larralde****

RESUMEN

El carcinosarcoma es un tumor poco frecuente, bifásico, que ha sido comunicado en diferentes sitios del organismo. Está compuesto por un componente maligno epitelial íntimamente asociado con un componente epitelial sarcomatoide que puede ser homólogo y heterólogo. Existen carcinosarcomas cutáneos y extracutáneos. Los carcinosarcomas extracutáneos muestran un pronóstico pobre.

Presentamos un paciente de 75 años, fototipo II, que consulta por presentar un tumor exofítico angiomatoidesangrante de 8 mm, de aspecto botriomicoide, de 2 meses de evolución en piel frontal derecha. Se confirma con biopsia y técnicas de inmunohistoquímica la existencia de 2 morfologías celulares típicas del carcinosarcoma. El tumor fue extirpado con un centímetro de margen de seguridad. El paciente, al año de su intervención, está libre de recurrencias y metástasis. El componente sarcomatoso del tumor es comprendido como una transformación metaplásica del componente carcinomatoso. Estos tumores son potencialmente agresivos (*Dermatol. Argent.* 2011; 17(1):70-73).

Palabras clave:

*carcinosarcoma,
carcinoma espinocelular.*

ABSTRACT

Carcinosarcoma is an uncommon biphasic neoplasm that has been reported in diverse anatomical sites. This tumor is composed of two malignant epithelial components: one typical and the other atypical, this one resembling mesenchymal tissue. Both are intimately associated. The latter may be homologous or heterologous. When these tumors are located at extracutaneous sites, they are characteristically aggressive.

We report a 75-year-old man who developed a solitary reddish bleeding nodule that quickly grew in a two-months period. It resembled a pyogenic granuloma and was located on his right frontal skin. Clinical, histological and immunohistochemical features were evaluated. The tumor was completely excised with a one-centimeter safety margin, and after a lapse of one year he is free of local relapses or metastases.

The sarcomatous component of the tumor is considered to be a metaplastic transformation of the carcinomatous component. These tumors are potentially aggressive if partially removed, thus complete excision is mandatory (*Dermatol. Argent.* 2011; 17(1):70-73).

Key words:

*sarcomatoid carcinoma,
squamous cell carcinoma.*

Fecha de recepción: 29/8/2010 | **Fecha de aprobación:** 21/10/2010

* Médica asistente. Docente adscripta a la UBA

** Médica asistente

*** Médico asistente

**** Jefe del Servicio

Servicio de Dermatología del Hospital Alemán

Correspondencia: Dra. Leitner Rita: leitnerrita@yahoo.com.ar, Hospital Alemán, Av. Pueyrredón1640, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Caso clínico

Paciente de 75 años con fototipo II, que consultó por un tumor exofítico, en piel frontal derecha de 2 meses de evolución; medía 8 mm y era botriomicroide, rojo, sangrante y asentaba en piel con intenso fotodaño (foto 1 y 2). El estudio histopatológico informó: carcinoma sarcomatoide (foto 2 y 3). Se indicó cirugía con un margen de seguridad de 1 cm. Antecedentes personales: carcinoma espinocelular facial; antecedentes familiares: un hijo con linfoma.

Comentarios

En 1943 McLeod Brooks^{citado por 1} comunicó una serie de 110 carcinomas con grupos celulares sarcomatoides, de diversos órganos. De esta serie, 28 eran de piel. Underwood, Montgomery y Broders^{citado por 2} comunicaron en 1951 un grupo de 40 casos de la Clínica Mayo, en los cuales el diagnóstico fue de carcinoma espinocelular con características de sarcoma, simulando en la mayoría de ellos un fibrosarcoma; dos tumores simulaban un fibromixosarcoma.¹ El tumor tiene varios nombres: carcinosarcoma, carcinoma metaplásico, carcinoma sarcomatoide,² tumor mixto maligno.³ Su etiología es multifactorial,² edad,^{2,3} fototipo, estatus, factores genéticos (xeroderma pigmentoso),² mutaciones del gen supresor de tumores p53,¹ radiación solar,² radiación X, arsénico, otros hidrocarburos, HPV.¹ La interacción entre radiación ultravioleta y radiación ionizante juega una importante función en la aparición del cáncer de piel.⁴ Se trata de tumores rojizos noduloides de superficie lisa o ulcerada, solitarios, que aparecen en piel expuesta de pacientes añosos. Se observan también en tracto genital femenino, donde son muy frecuentes (útero y ovario³) y órganos como mama,^{2,5} pulmón,² riñón,^{2,6} páncreas,² tiroides, laringe² y vejiga.³ Los primarios cutáneos son raros. Los diagnósticos diferenciales clínicos son: granuloma piógeno, carcinoma espinocelular, carcinoma de células fusiformes, melanoma desmoplásico, fibroxantoma atípico⁷ y consideramos que debería incluirse también el tumor de Merkel. La evaluación histológica de los tumores de células fusiformes (fibroxantoma atípico, melanoma desmoplásico, angiosarcoma, dermatofibrosarcoma protuberans) constituye un reto.⁷ El carcinosarcoma estaría relacionado con el carcinoma espinocelular de células fusiformes.² En 1997, Wick^{citado por 7} dividió los carcinosarcomas del pulmón en 2 tipos: monofásico y bifásico. El tipo bifásico (con ambos componentes epiteliales) se divide en homólogo y heterólogo.² El subtipo heterólogo presenta áreas de diferenciación de cartílago, hueso y músculo. El subtipo homólogo no presenta áreas de diferenciación de cartílago, músculo y hueso. Remeda el órgano al cual pertenece. El tipo monofásico se caracteriza por la ausencia de un componente epitelial evidente y “parece” estar compuesto por células sarcomatoides

puras.⁷ Existe evidencia genética molecular de monoclonalidad: estudios de los patrones de inactivación cromosómica X y demostraciones de idénticas mutaciones de p53 y de K-ras en ambos componentes. Es decir es una neoplasia epitelial que adquiere antígenos mesenquimales. Ésta es la teoría aceptada de la histogénesis de este tumor: todas las células derivan de una sola “progenitora”. El componente sarcomatoso es reconocido como una transformación metaplásica del componente carcinomatoso.² Cuanto más se acentúa la metaplasia sarcomatoide, existe una pérdida pro-



Foto 1: Tumor rojo sangrante exofítico.



Foto 2: Aspecto botriomicroide con anillo de constricción queratósico.

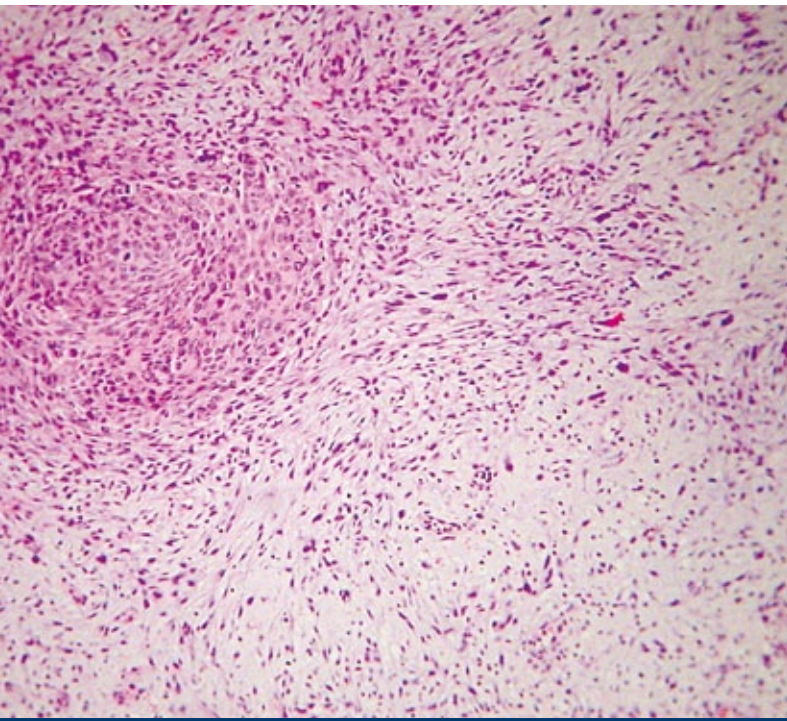


Foto 3: Histopatología panorámica.

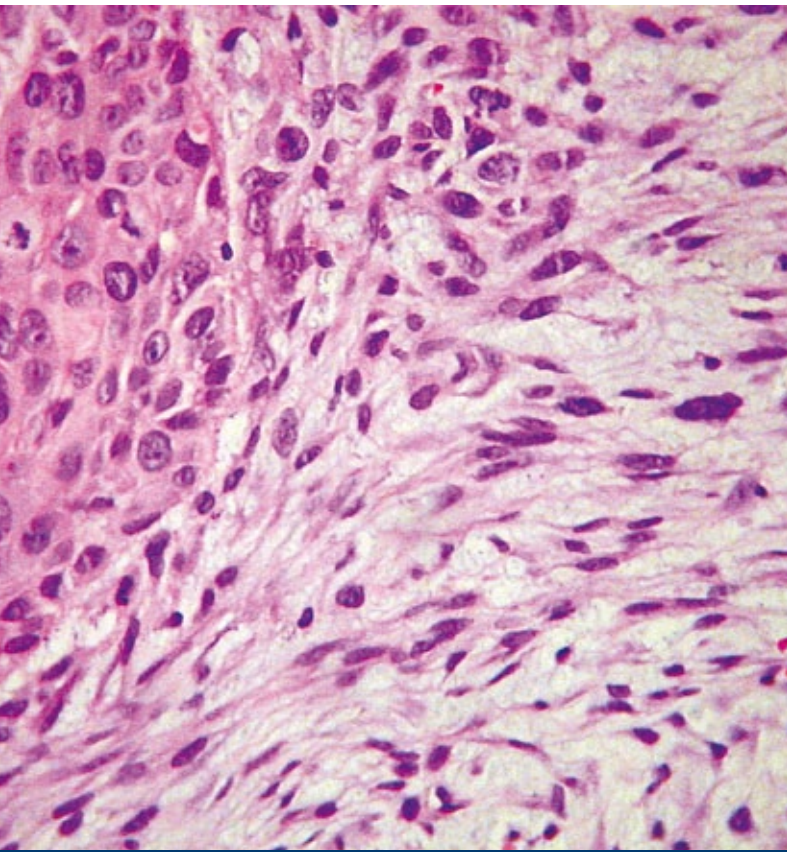


Foto 4: Células poligonales con cohesión epidérmica conservada en contacto con células fusiformes más indiferenciadas.

gresiva de la expresión de la citoqueratina.² Broders^{citado por 8} introdujo en 1921 un sistema de gradación para el carcinoma espinocelular. Este sistema reconoce cuatro grados de severidad de acuerdo con la proporción de células maduras o diferenciadas; en el grado 4, menos del 25% de las células son diferenciadas.⁸ En el carcinoma espinocelular de células fusiformes, las células son atípicas y carecen de puentes intercelulares; en algunos casos pueden mostrar esbozos de queratinización. Cuando no se detectan esbozos de queratinización se los denomina tumores sarcoma *like*. En ambos, el carcinoma de células fusiformes y el sarcoma *like*, las células fusiformes son marcadamente anaplásicas.⁸ El carcinosarcoma con componente sarcomatoso más frecuente es el fibroxantoma atípico, seguido de osteosarcoma, condrosarcoma y rhabdomiosarcoma.⁹ Desde el punto de vista histológico los sarcomas de cabeza y cuello deben diferenciarse de los carcinomas sarcomatoides que surgen en esta región. Estas neoplasias (los carcinosarcomas), aunque raras, son más frecuentes que los sarcomas.¹⁰ Los sarcomas de alto grado de tejidos blandos y hueso pueden dar metástasis a la piel, pero esto es tan raro que en un tumor cutáneo maligno con cartílago hay que buscar exhaustivamente el componente epitelial.³ Los diagnósticos diferenciales histológicos son: fibroxantoma atípico, carcinoma de células fusiformes, melanoma desmoplásico, angiosarcoma y dermatofibrosarcoma protuberans.⁷

La inmunomarcación es positiva para citoqueratinas: AE1/AE3, (foto 4) CK5/6, y 34BE12. Para los carcinosarcomas del tracto aerodigestivo, el 34BE12 es el mejor anticuerpo único para la detección de la citoqueratina.⁷ Los carcinosarcomas de la piel recurren en un 22%, las metástasis son del 22% y la mortalidad es del 11%.³ Los carcinomas sarcomatoides desarrollados en vísceras presentan una mortalidad del 50%.³ El tratamiento es quirúrgico. Definitivamente, los tumores cutáneos de 4 cm al momento de la escisión tuvieron mala evolución.² En nuestro caso pudimos comprobar la buena evolución del paciente al año de realizado el tratamiento de este tumor de apariencia similar a un botriomicoma pero relacionado con el carcinoma espinocelular. Debido a su parentesco con éste se aconseja la extirpación con un margen de seguridad no menor de 1 cm de diámetro.

Bibliografía

1. Reyes Jaimes O, Reyes Flores O, Sardi J. Carcinoma espinocelular con cambios de fibromixosarcoma, *Derm. Venez.*, 1994, 32:23-25.
2. Bigby S., Charlton A., Miller M., Zwi L., et al. Biphasic sarcomatoid basal cell carcinoma (carcinosarcoma): four cases with Immunohistochemistry and review of the literature, *J. Cutan. Pathol.*, 2005, 32:141-147.
3. Patel N., Mc Kee P, Smith N., Fletcher C. Primary metaplastic carcinoma (carcinosarcoma) of the skin. A clinicopathologic study of four cases and review of the literature, *Am. J. Dermatopathol.*, 1997, 19:363-372.

4. Foti C., Filotico R., Bonamonte D., Conserva A. *et ál.* Long-term toxic effect of radiations: sarcomatoid carcinoma and multiple basal cell carcinoma of the limbs in chronic radiodermatitis, *Immunopharmacol Immunotoxicol*, 2005, 27:177-184.
5. Pérez-Mies B., Crespo Criado M., Echeverría Iturbe C., Claver Criado M. *et ál.* Carcinoma sarcomatoide monofásico de la mama "fibromatosis like". A propósito de un caso y revisión de la literatura, *Rev. Española Patol.*, 2004, 37:411-414.
6. Torres Gómez F.J., Torres Olivera F.J. Carcinoma sarcomatoide renal con elementos heterólogos malignos. A propósito de un caso, *Arch. Esp. Urol.*, 2006, 59:621-624.
7. Winfield H., Rosenberg A., Antonescu C., Weil M. *et ál.* Monophasic sarcomatoid carcinoma of the scalp: a case mimicking Inflammatory myofibroblastic tumor and review of cutaneous spindle cell tumor with myofibroblastic differentiation, *J. Cutan. Pathol.* 2003, 30:393-400.
8. Lever W. *Histopathology of the skin*, 6º Edition, J. B. Lippincott Company Philadelphia, 1983, 500-502.
9. Feng B., Rowe L., Zhang P., Khurana J. Cutaneous sarcomatoid carcinoma with features of giant cell tumor of soft parts. A case reports. *Am. J. Dermatopathol.*, 2008, 30:395-397.
10. Lazos Ochoa M., Ávila Toscano A., Hernández González M. Sarcoma de cabeza y cuello. Estudio clínico patológico de 29 casos, *Rev. Med. Hosp. Gen. Mex.*, 1999, 62:176-182.

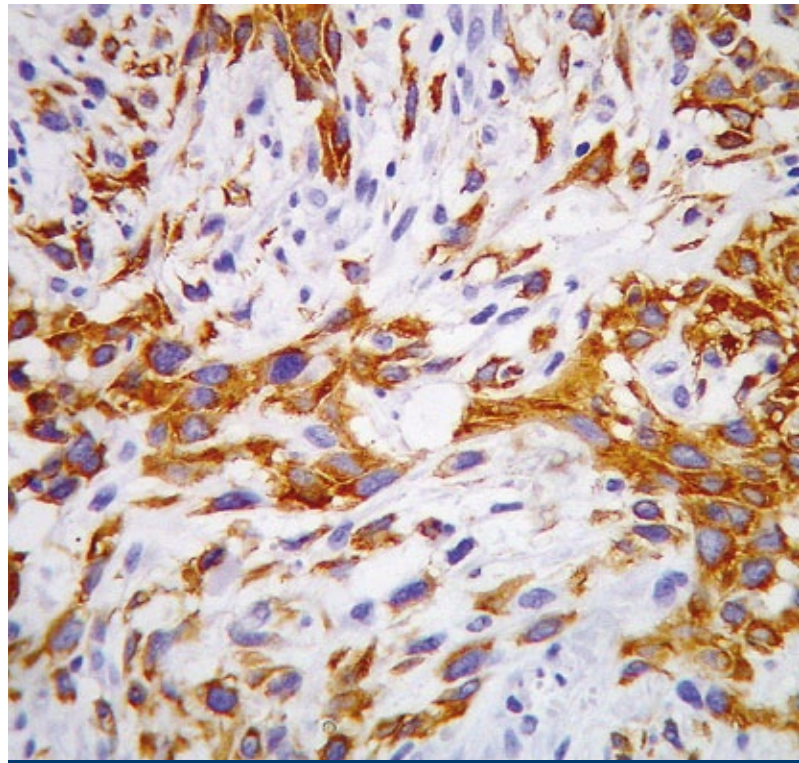
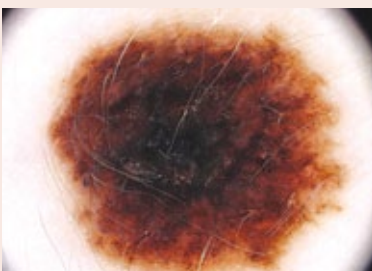


Foto 5: Inmunomarcación: es positivo para citoqueratinas AE1/AE3.

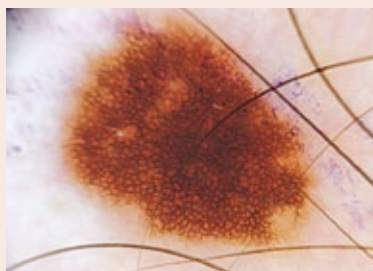
* PIENSE EN... MELANOMA y elija una opción

Mariel Santamarina, Ángeles Rothlin

» 1



» 2



» 3



La solución en la pág. 76