

Notas Clínicas

Metástasis inguinal de carcinoma escamoso de primario desconocido

Inguinal Lymph Node Squamous Cell Carcinoma of Unknown Primary Site

Pina L¹, Sinagra D¹, Paradedá ME², Juárez MA², Montesinos M¹

¹División oncología quirúrgica. Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires. Argentina.

²Departamento de Patología. Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires. Argentina.

RESUMEN

El carcinoma escamoso de piel y mucosas presenta un riesgo potencial de metástasis ganglionares, con la posibilidad de que este suceso preceda la presentación clínica del tumor primario. El objetivo del presente trabajo es describir un caso de linfadenectomía inguinal por metástasis de carcinoma escamoso de origen primario desconocido y realizar una revisión bibliográfica de los casos presentados en la literatura médica.

Se describió el caso de un hombre de 84 años con una tumoración inguinal correspondiente a una neoplasia escamosa, se le realizó una evaluación multidisciplinaria con dermatología, urología y

coloproctología, sin encontrar el tumor primario. Se efectuó un vaciamiento inguinal con radioterapia postoperatoria. En la base de datos de Medline informaron solo 49 casos en los últimos 10 años.

Las metástasis inguinales de carcinomas escamosos representan un grupo heterogéneo de neoplasias que pueden originarse a partir de la región anogenital o de territorios cutáneos de la zona perineal, miembros inferiores o parte baja del tronco. El manejo diagnóstico y terapéutico de estas lesiones continúa siendo un desafío al que se debe enfrentar con todas las herramientas disponibles y de forma multidisciplinaria.

Palabras clave: carcinoma escamoso, metástasis inguinales, cáncer de sitio primario desconocido.

CORRESPONDENCIA

Lucas Pina
Hospital de Clínicas José de San Martín
2351 Buenos Aires, Argentina
lucasnpina@gmail.com

XREF

Fecha de recepción: 22-12-19

Fecha de aceptación: 08-06-21

ABSTRACT

Squamous cell carcinoma of the skin and mucous membranes presents a potential risk of lymph node metastasis, with the possibility to precede the clinical presentation of the primary tumor. The aim

CITA ESTE TRABAJO

Pina L, Sinagra D, Montesinos M, Paradedá ME, Juárez MA. Metástasis inguinal de carcinoma escamoso de primario desconocido. Cir Andal. 2021;32(3):411-14. DOI: 10.37351/2021323.14

of this study is to describe a case of inguinal lymphadenectomy due to metastasis of squamous carcinoma of unknown primary origin and to perform a review of medical literature. We present the case of an 84-year-old man with inguinal squamous cell carcinoma. A multidisciplinary evaluation with dermatology, urology and coloproctology was carried out, without finding the primary tumor. An inguinal lymphadenectomy was performed and the patient underwent postoperative radiotherapy. In the last 10 years of the Medline database, only 49 cases were reported.

Inguinal metastasis of squamous carcinomas represent a heterogeneous group of neoplasms that can originate from the anogenital region or from cutaneous territories of the perineal area, lower limbs or lower trunk. The diagnosis and management of these tumors continues to be a clinical challenge in oncology.

Key words: squamous cell carcinoma, metastatic inguinal nodes, cancer of unknown primary site.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances de métodos diagnósticos en el área de Oncología, existen aún situaciones médicas especiales que obligan a ejecutar tratamientos radicales sin conocer con claridad el origen de la enfermedad subyacente¹. Un paradigma de estos casos, es la presentación de metástasis como manifestación de tumores primarios desconocidos. En este contexto se destacan las metástasis ganglionares de carcinomas de piel y mucosas²⁻³.

El cáncer de piel no melanoma representa la neoplasia maligna más frecuente, y el carcinoma escamoso es la variante más agresiva y con mayor potencial de metástasis⁴. Se trata de un tumor maligno que se origina de los queratinocitos epiteliales por lo que no sólo afecta la piel sino que puede comprometer mucosas (oral, genital, anorectal, etc). Se estima que el riesgo de diseminación a distancia se acerca al 1,9%, y puede incrementarse hasta en un 40% de acuerdo a diferentes factores de riesgo, como la ubicación topográfica, la profundidad de invasión, la afectación linfovascular o perineural y el subtipo histológico. La diseminación a distancia suele involucrar primariamente los ganglios linfáticos regionales, constituyendo un importante factor pronóstico. Sin embargo, en raras ocasiones el compromiso ganglionar parece preceder a la presentación clínica del tumor primario⁵.

El algoritmo diagnóstico y terapéutico en casos de metástasis ganglionares cervicales o axilares sin primario conocido integra la práctica habitual del especialista, sin embargo el manejo de la presentación ganglionar inguinal es menos frecuente⁶.

El objetivo del trabajo fue describir un caso de linfadenectomía inguinal por metástasis de carcinoma escamoso de origen primario desconocido.

La presentación del informe fue aprobada por el Departamento de Bioética de la Institución en base a los principios éticos de la declaración de Helsinki. A su vez, se realizó una revisión bibliográfica en PubMed de los últimos 10 años con los encabezados de búsqueda: "Carcinoma of unknown primary" y "inguinal lymph node", utilizando como conector el operador booleano "AND".

CASO CLÍNICO

Hombre de 84 años con antecedentes de tabaquismo e hiperplasia prostática benigna, concurrió al consultorio de oncología quirúrgica por tumoración inguinal izquierda de crecimiento progresivo de seis meses de evolución, sin otra sintomatología asociada. En el examen físico se distinguía una tumoración dura pétreo de 6 cm, ulcerada, dolorosa y adherida a planos profundos (Figura 1).



Figura 1 Tumoración inguinal izquierda ulcerada.

Los marcadores tumorales plasmáticos -alfa fetoproteína, antígeno carbohidratado 19.9 y el antígeno carcinoembrionario-, resultaron negativos. Los estudios por imágenes, ecografía y tomografía, demostraron una formación sólida de aspecto ganglionar de 69x52mm que comprimía el cayado de la vena safena interna, con adenomegalias en relación a vasos ilíacos externos homolaterales, la mayor de 17 mm en diámetro antero-posterior (Figura 2).

Paralelamente se realizó una punción con aguja fina. Esta informó, "células epiteliales neoplásicas con hipercromía y moderado citoplasma eosinófilo bien delimitados compatible carcinoma epidermoide" (Figura 3).

Se realizó evaluación multidisciplinaria con dermatología, urología y coloproctología, sin poder comprobar tumor primario. El estudio videocolonoscopio reveló como único dato objetivo la presencia de un pólipo solitario en recto, cuyo informe histopatológico post resección reveló una displasia de bajo grado.

La interpretación diagnóstica fue de metástasis inguinal de carcinoma escamoso con tumor primario desconocido. Previo consentimiento informado, se procedió a realizar la resección del tumor inguinal con linfadenectomía ganglionar regional y reconstrucción de defecto de partes blandas con un colgajo miocutáneo vertical de músculo recto del abdomen (Figuras 4-6).

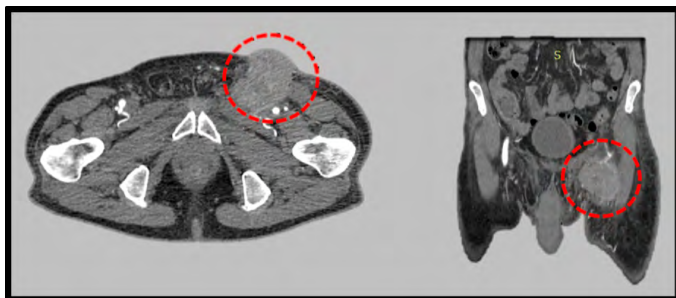


Figura 2

Tomografía computada. Corte axial (izquierdo) y corte coronal (derecha). Obsérvese tumoración inguinal izquierda sin plano definido de clivaje con estructuras vasculares adyacentes.

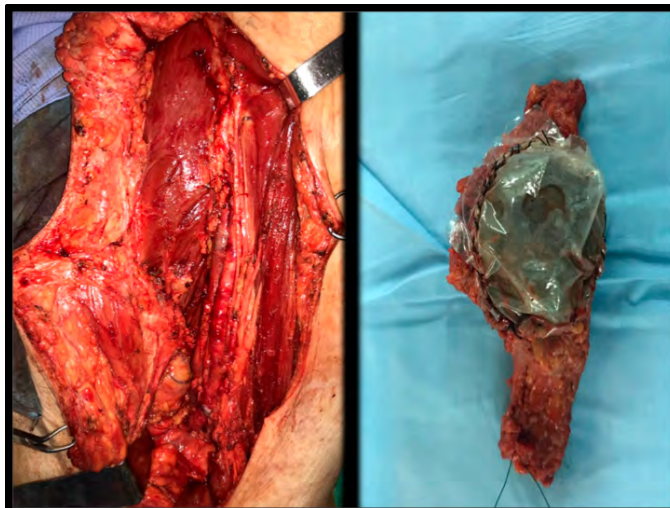


Figura 5

Linfadenectomía inguinal izquierda completa (izquierda). Pieza quirúrgica ex-vivo (derecha).

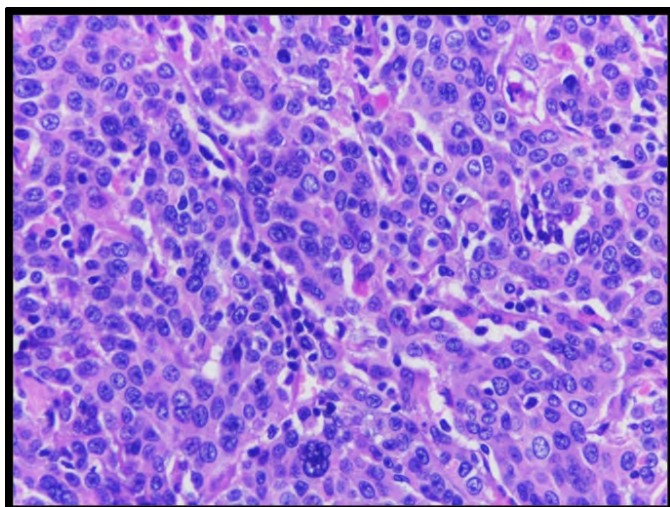


Figura 3

Citología de punción aspiración con aguja fina de tumoración inguinal.



Figura 6

Reconstrucción de defecto inguinal con colgajo miocutáneo vertical de músculo recto del abdomen.

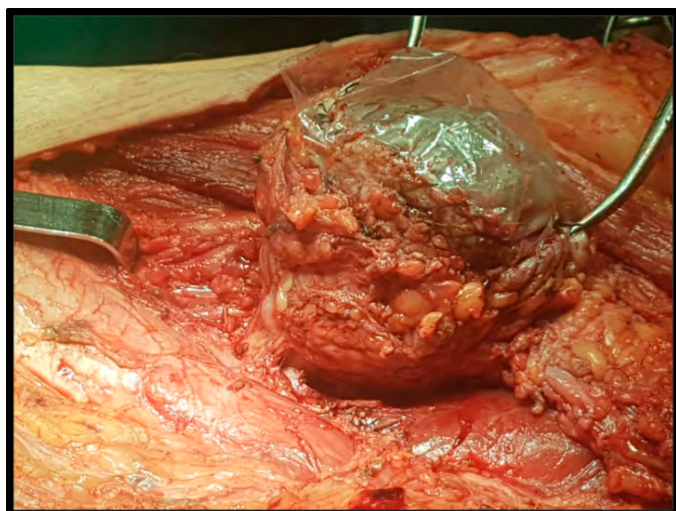


Figura 4

Tumoración inguinal adherida a partes blandas adyacentes.

El informe patológico diferido informó: "carcinoma escamoso pobremente diferenciado (G3) con sectores basaloides y márgenes de resección libres; metástasis ganglionar de carcinoma escamoso (1/11); margen arterial libre de lesión; margen de vena safena interna con infiltración neoplásica" (Figura 7).

El paciente recibió tratamiento con radioterapia adyuvante, encontrándose libre de enfermedad a 6 meses de seguimiento, sin objetivar el sitio de tumor primario hasta el momento.

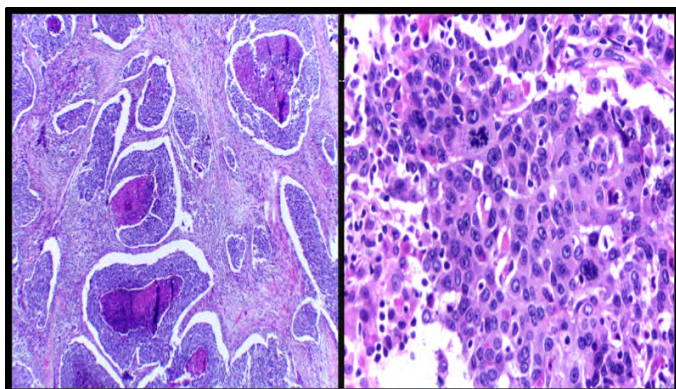


Figura 7 Histología de Carcinoma escamoso pobremente diferenciado.

En cuanto a la revisión de la literatura médica en la base de datos Medline, se encontraron 32 publicaciones de metástasis linfática de primario desconocido en los últimos 10 años, de los cuales sólo 10 artículos correspondían a carcinomas escamosos. La totalidad de casos informados en estos últimos fue de 49 pacientes con discrepancias en el manejo terapéutico como expone la **Tabla 1**.

DISCUSIÓN

El caso presentado contribuye a la baja experiencia publicada sobre carcinoma escamoso de origen primario desconocido de la región inguinal.

Las metástasis inguinales de carcinomas escamosos representan un grupo heterogéneo que pueden originarse a partir de la región anogenital o de territorios cutáneos de la zona perineal, miembros inferiores o parte baja del tronco. Su frecuencia oscila del 1 al 5%. Es fundamental para su diagnóstico un examen clínico exhaustivo asociado al complemento imagenológico (TC o PET-TC)¹⁶. En el caso

presentado se empleó la tomografía computada como estudio de imagen. Por otro lado, la inmunohistoquímica ha cobrado vital importancia para ayudar a detectar la ubicación de la lesión primaria¹⁷. Gunia y colaboradores publicaron que la marcación de CDX2 con anticuerpos permitiría ubicar la lesión primaria a nivel anal, por sobre el origen peneano o vulvar¹⁸. En el caso expuesto no hubo disponibilidad de este recurso para estimar el origen.

En cuanto al tratamiento, este está orientado al control locoregional de la enfermedad; sin embargo el rol de la cirugía y la quimiorradiación es controvertido según la bibliografía. El manejo terapéutico no se encuentra completamente desarrollado como sucede en el carcinoma de origen desconocido cervical.

Los grupos de Guarischi y Pavlidis recomiendan el manejo quirúrgico asociado o no a radioterapia^{17,19}. Kelly y colaboradores sostienen que la radiación terapéutica regional es siempre necesaria porque debe entenderse a esta patología como una enfermedad localmente avanzada²⁰. La revisión bibliográfica de los últimos 10 años, reflejada en la **Tabla 1**, demuestra que la elección del tratamiento continúa dependiendo del grupo profesional tratante. La cirugía debe ser la conducta apropiada siempre que el estado clínico del paciente lo permita, asociado con radioterapia adyuvante. A pesar de los tratamientos propuestos la supervivencia a 5 años es baja: 65% para metástasis de origen desconocido y de 26-49% para metástasis de origen cutáneo^{5,21,22}.

Finalmente, el manejo diagnóstico y terapéutico de las metástasis inguinales de origen primario desconocido es un desafío que se debe enfrentar con todas las herramientas disponibles y de forma multidisciplinaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Issing, W., Teleban, B., & Tauber, S. Diagnosis and management of carcinoma of unknown primary in the head and neck. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2003; 260(8): 436-443. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12684829>

Tabla 1. Número de casos de carcinoma escamoso inguinal de origen primario desconocido de los últimos 10 años según Medline. (QRT: quimiorradioterapia; N/E: no específica)

Autor	Procedencia	Revista	Casos	Cirugía	QRT
Wach, 2018	USA	Am J Surg	8	SI	SI
Goyal, 2017	USA	Proc (Bayl Univ Med Cent)	1	NO	SI
Kurnit, 2016	USA	J Reprod Med	1	N/E	N/E
Nakamura, 2016	Japón	Ann Vasc Dis	1	NO	SI
Gulvin, 2016	USA	J Int Assoc Provid AIDS Care	1	NO	SI
Joseph, 2014	Canadá	Pract Radiat Oncol	9	NO	SI
Hammer, 2014	Dinamarca	Scand J Urol	1	NO	SI
Pichard, 2014	USA	J Am Acad Dermatol	1	NO	SI
Hemminki, 2012	Alemania	Ann Oncol	25	N/E	N/E
Sveistrup, 2011	Dinamarca	Rare Tumors	1	SI	SI

2. Vajdic, C., & Goldstein, D. Cancer of unknown primary site. *Aust Fam Physician*. 2015; 44(9): 640-643. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26488041>
3. Tomuleasa, C., Zaharie, F., Muresan, M., Pop, L., Fekete, Z., Dima, D., Zdrenghea, M. How to Diagnose and Treat a Cancer of Unknown Primary Site. *J Gastrointest Liver Dis*. 2017; 26(1): 69-79. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28338116>
4. Paolino, G., Donati, M., Didona, D., Mercuri, S., & Cantisani, C. Histology of Non-Melanoma Skin Cancers: An Update. *Biomedicines*. 2017; 5(4): 1-12. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29261131>
5. Wach, M., Van Beek, E., Ayabe, R., Ruff, S., Brown, Z., Goldman, D., Coit, D. Metastatic squamous cell carcinoma of known and unknown primary origin treated with axillary or inguinal lymphadenectomy. *Am J Surg*. 2018; 216(5): 963-968. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30143231>
6. Aslani M, Sultanem K, Voung T, Hier M, Niazi T, Shenouda G. Metastatic carcinoma to the cervical nodes from an unknown head and neck primary site: Is there a need for neck dissection? *Head Neck*. 2007; 29(6): 585-590. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17274051>
7. Goyal, P., Gandhi, D., Gupta, S., Li, S., Kumar, Y., Olsavsky, T., & Gupta, N. Elastofibroma dorsi. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2017; 30(3): 340-342. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5468038/>
8. Kurnit, K., Bean, L., Plaxe, S., Saenz, C., & McHale, M. Squamous cell carcinoma of the vulva presenting as an isolated inguinal lymph node metastasis: a case report. *J Reprod Med*. 2016; 61(11-12): 612-614. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30230291>
9. Nakamura, E., Oda, T., Yasunaga, H., & Aoyagi, S. A Case of Femoral Arterial Bleeding by an Unknown Origin Metastatic Groin Lymph Nodes Carcinoma. *Ann Vasc Dis*. 2016; 9(1): 62-65. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4807219/>
10. Gulvin, J., & Abouafia, D. Squamous Cell Cancer of Unknown Primary and Primary Breast Cancer in an HIV-Infected Woman: The Importance of Cancer Screening for People Living with HIV/AIDS. *J Int Assoc Provid AIDS Care*. 2016; 15(3): 194-200. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26864079>
11. Joseph, K., Sawyer, M., Amanie, J., Jones Thachuthara, J., Ghosh, S., & Tai, P. Carcinoma of unknown primary in the inguinal lymph node region of squamous cell origin: A case series. *Pract Radiat Oncol*. 2014; 4(6): 404-408. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25407862>
12. Hammer Hansen, N., Høyer, S., & Jensen, J. Occult distal urethral carcinoma presenting as metastatic carcinoma in the inguinal lymph nodes. *Scand J Urol*. 2014; 49(1): 79-80. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25313619>
13. Pichard, D., Hensley, J., Williams, E., Apolo, A., Klion, A., & DiGiovanna, J. Rapid development of migratory, linear, and serpiginous lesions in association with immunosuppression. *J Am Acad Dermatol*. 2014; 70(6): 1130-1134. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24831316>
14. Hemminki, K., Bevier, M., Hemminki, A., & Sundquist, J. Survival in cancer of unknown primary site: population-based analysis by site and histology. *Ann Oncol*. 2012; 23(7): 1854-1863. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22115926>
15. Sveistrup, J., Loft, A., & Engelholm, S. Anal Cancer debuting as Cancer of Unknown Primary. *Rare Tumors*. 2011; 3(2): e18. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21769317>
16. Pavlidis, N., & Fizazi, K. Carcinoma of unknown primary (CUP). *Crit Rev Oncol Haematol*. 2005; 54: 243-250. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18977667>
17. Guarischi, A., Keane, T., & Elhakim, T. Metastatic inguinal nodes from an unknown primary neoplasm. A review of 56 cases. *Cancer*. 1987; 59: 572-577. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3791166>
18. Gunia, S., Koch, S., & May, M. Is CDX2 anorectal from penile/vulvar squamous cancer in the setting of squamous cell carcinoma with clinically unknown primary site presenting with histologically confirmed inguinal lymph node metastasis? *J Clin Pathol*. 2013; 66: 109-112. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23105122>
19. Pavlidis, N., Brisasoulis, E., Hainsworth, J., & Greco, F. Diagnostic and therapeutic management of cancer of an unknown primary. *Eur J Cancer*. 2003; 39: 1990-2005. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12957453>
20. Kelly, P., Das, P., Varadhachary, G., Fontanilla, H., Krishnan, S., Delclos, M., Crane, C. Role of definitive radiation therapy in carcinoma of unknown primary in the abdomen and pelvis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2012; 82: 2012-2017. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21640510>
21. Takahashi, A., Imafuku, S., Nakayama, J., Nakaura, J., Ito, K., & Shibayama, Y. Sentinel node biopsy for high-risk cutaneous squamous cell carcinoma. *Eur J Surg Oncol*. 2014; 40(10): 1256-1262. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24953417>
22. Mullen, J., Feng, L., Xing, Y., Mansfield, P., Gershenw, J., Lee, J., Cormier, J. Invasive Squamous Cell Carcinoma of the Skin: Defining a High-Risk Group. *Ann Surg Oncol*. 2006; 13(7): 902-909. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16788750>