

CASOS CLÍNICOS

Carcinoma Escamoso Perianal: una complicación grave en hidradenitis supurativa crónica

Daniela Uribe¹, Miranda Iñigo¹, Manuel Rodríguez², Claudia Ramis³

RESUMEN

Una complicación poco común pero grave que se desarrolla en áreas crónicamente afectadas por hidradenitis supurativa (HS) es el carcinoma de células escamosas (CCE). Se observa con mayor frecuencia en hombres y en lesiones localizadas en las zonas glúteas, perianales y genitales. Se caracteriza por un diagnóstico tardío, lo que conlleva a una alta tasa de mortalidad. Se presenta un caso clínico que ilustra esta asociación poco común, resaltando el impacto del retraso en el diagnóstico en el acceso a opciones terapéuticas, así como las consecuencias en la calidad de vida y el pronóstico. Esto subraya la importancia de mantener un alto índice de sospecha en la evaluación de pacientes con hidradenitis supurativa para detectar tempranamente este tipo de complicación.

Key words: Hidradenitis supurativa; Carcinoma espinocelular; úlcera de Marjolin; tumor glúteo.

ABSTRACT

A rare but serious complication that can develop in chronically affected areas of hidradenitis suppurativa (HS) is squamous cell carcinoma (SCC). It is most commonly observed in men and in lesions located in the gluteal, perianal, and genital regions. This condition is characterized by delayed diagnosis, which leads to a high mortality rate. We present a clinical case that illustrates this uncommon association, highlighting the impact of diagnostic delays on access to therapeutic options, as well as the consequences for quality of life and prognosis. This underscores the importance of maintaining a high index of suspicion when evaluating patients with hidradenitis suppurativa in order to detect this type of complication early.

Palabras claves: Hidradenitis suppurativa; Squamous cell carcinoma; Marjolin ulcer; buttock tumor.

¹Departamento de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

²Departamento de Dermatología, Hospital San José, Santiago, Chile

³Departamento de Patología, Hospital San José, Santiago, Chile

Trabajo no recibió financiamiento. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido: 29 de abril de 2024
Aceptado: 13 de junio de 2024

Correspondencia autor:
Miranda Iñigo Valderrama
Email: Miranda.ivalde@gmail.com

La hidradenitis supurativa (HS) es un trastorno inflamatorio crónico recurrente del epitelio folicular terminal que se manifiesta con la formación de nódulos, abscesos, túneles y cicatrices en zonas intertriginosas, lo cual afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes, ya sea debido al dolor o a las consecuencias estéticas de la enfermedad. Suele aparecer principalmente en la tercera y cuarta década de la vida, siendo su prevalencia entre 2 y 5 veces mayor en mujeres que en hombres^{1,2}.

El desarrollo de carcinoma de células escamosas (CEC) sobre lesiones de HS es poco frecuente, con una prevalencia reportada del 0,5% al 4,6%¹. Se considera la complicación más grave que puede ocurrir en pacientes con lesiones de hidradenitis supurativa de larga data, con una alta mortalidad (alrededor del 40%), asociada principalmente a sepsis o metástasis, lo que refleja un comportamiento más agresivo en el CEC que surge sobre lesiones crónicas de HS¹.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente masculino de 64 años con antecedentes de cáncer de próstata en etapa IV. Consulta debido a una historia prolongada de nódulos, abscesos y fístulas recurrentes en la zona glútea, acompañados de supuración e inflamación. Posteriormente, desarrolla úlceras persistentes y dolorosas en dicha área. Por lo cual fue inicialmente derivado desde atención primaria a coloproctología, evaluado y remitido a dermatología, donde finalmente, con una demora de 6 años desde la evaluación inicial, se estableció el diagnóstico de hidradenitis supurativa.

En el examen físico, se observan dos tumores ulcerados, el más grande de 50 x 40 mm en el glúteo derecho, con una cavitación central profunda, y el segundo de 30 x 25 mm en el glúteo izquierdo con extensión hacia el pliegue interglúteo. Ambos tumores presentan bordes eritematosos mal definidos, elevados, de consistencia empastada y secreción purulenta de mal olor. La piel circundante muestra hiperpigmentación, múltiples cicatrices atróficas adyacentes, algunas de tipo cribiforme, y pseudocomedones en glúteos, ingle y axilas.



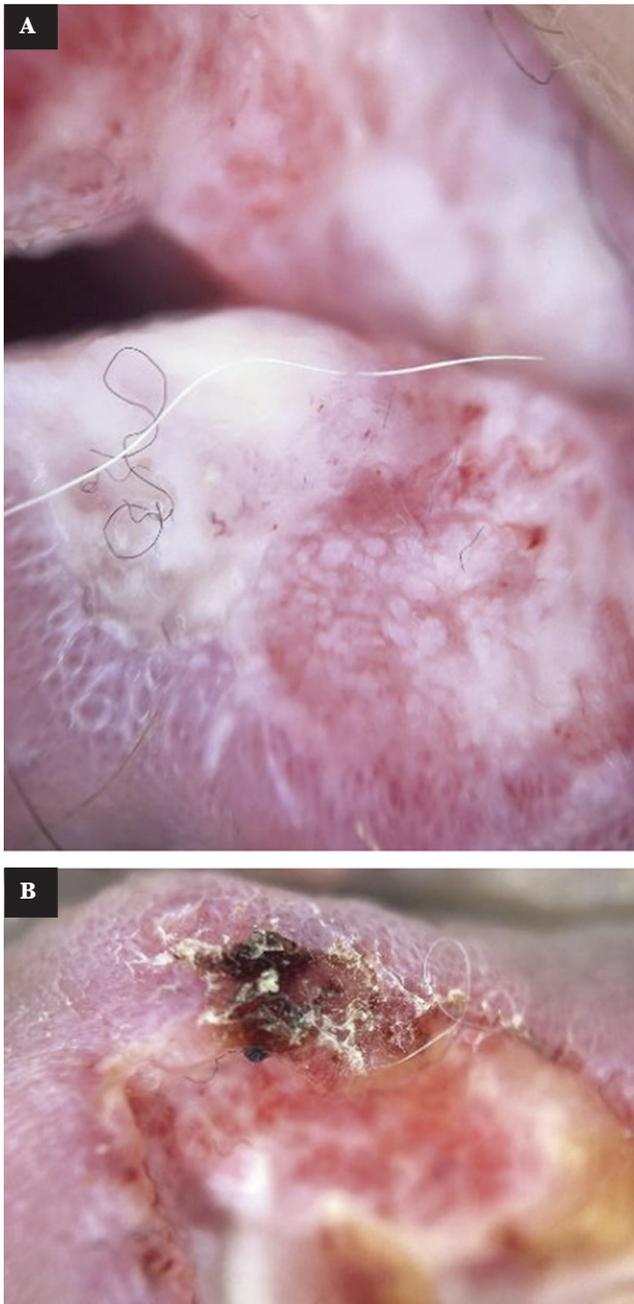
Figura 1
Lesiones glúteas,



Figuras 2
Tumor glúteo izquierdo.



Figuras 3
Tumor glúteo derecho.



Figuras 4 A y B
Dermatoscopia tumor glúteo derecho. (Vasos polimorfos, áreas blanquecinas desestructuradas y zonas ulceradas).

Debido a la sospecha de úlcera de Marjolin sobre las lesiones de hidradenitis supurativa, se realiza una biopsia incisional que confirma el diagnóstico de carcinoma escamoso moderadamente diferenciado e infiltrante. Se deriva a Hospital Oncológico para su evaluación. En un comité multidisciplinario se decide iniciar tratamiento con radioterapia.

A pesar del tratamiento, el paciente presentó un aumento en el tamaño de las úlceras glúteas y continuó con dolor severo. Se realizó una tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis, la cual evidenció la progresión del cáncer de próstata, sin posibilidad de abordaje terapéutico. En consecuencia, se remitió al paciente a manejo paliativo, falleciendo posteriormente.

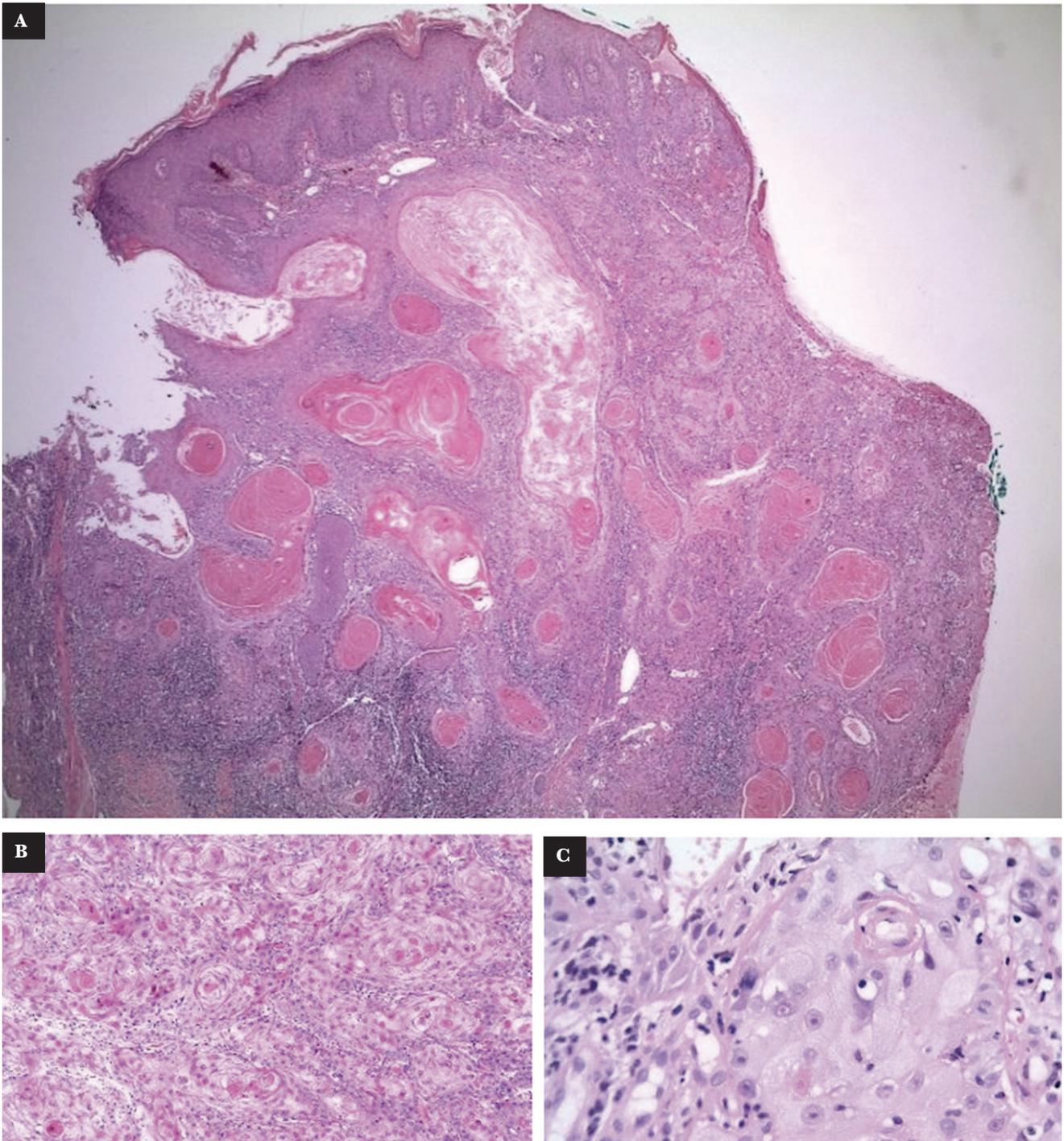
DISCUSIÓN

Se ha reportado que la inflamación crónica asociada a la hidradenitis supurativa puede desencadenar complicaciones graves, incluido el desarrollo de carcinoma de células escamosas. El tiempo medio desde el inicio de la HS hasta el desarrollo de CEC se sitúa en al menos 25 años. La edad media de presentación es a los 52 años, siendo la incidencia de 3 a 4 veces mayor en hombres. En general, las lesiones afectan principalmente los glúteos, seguidas por la región perianal³⁻⁶. Una revisión de 95 casos mostró que el 47,5% de los casos se localizaban en los glúteos, el 18,9% en la zona perianal y el 13,9% en los genitales⁵.

Se debe sospechar esta entidad ante la presencia de una úlcera vegetante crónica y dolorosa de crecimiento lento, que no siga el curso esperado de la HS. Debido a la dificultad de detección en un entorno de HS crónica, a menudo existe un diagnóstico tardío con un estadio avanzado lo que conduce a altas tasas de mortalidad asociada⁵. Diferentes series muestran una mortalidad elevada (entre 40% y 58,7%), asociada principalmente a sepsis o metástasis, que da cuenta de una naturaleza más agresiva en carcinomas escamosos que surgen sobre lesiones crónicas de HS⁴⁻⁶. En series de casos que reportan presencia o no de eventos metastásicos, se informa que estos ocurrieron en un 34,1 a 37,2% de los casos^{5,6}. Un 43,1% experimentó recurrencias de CEC. Las razones documentadas más comunes de muerte incluyeron metástasis (34,1%) y sepsis (13,6%)⁷.

Si bien el manejo no está estandarizado, su comportamiento agresivo, la rápida progresión, recurrencia, metástasis y mortalidad sugieren la necesidad de un abordaje intensivo⁸.

Mientras sea posible, se recomienda la resección quirúrgica primaria de todo CEC cutáneo invasivo, con una escisión local amplia, con márgenes de al menos



Figuras 5 A, B y C

Histopatología con tinción H&E aumento 2,5x, 10x y 20x respectivamente.

En el plano profundo se observa infiltración por proliferación neoplásica escamosa dispuesta en cordones y brotes sólidos que se anastomosan, mitosis atípicas, cornificación individual y formación de perlas córneas junto a infiltrado inflamatorio crónico linfocitario moderado a intenso con abundantes angiectasias.

2 cm, asegurando márgenes negativos en la biopsia, para minimizar persistencia de focos tumorales 4-8. Si bien el abordaje convencional pudiera disminuir las tasas de recurrencia, lo hace a expensas de un aumento en el tamaño del defecto y de potenciales complicaciones post operatorias⁹. En la actualidad ningún estudio ha realizado comparaciones entre el uso de cirugía con control de margen versus la escisión local amplia para CEC en heridas por HS 5.. En la literatura se reporta un caso 7 de CEC tratado exitosamente con Cirugía de Mohs lento y que no presentó recurrencias luego de 2 años de seguimiento.

Otras alternativas terapéuticas utilizadas son la radioterapia y quimioterapia. La primera generalmente se reserva para pacientes que no pueden someterse a una escisión quirúrgica. Mientras que la quimioterapia no ha demostrado ser eficaz⁹. Recientemente se ha descrito el uso satisfactorio de inmunoterapia con Cemiplimab¹⁰, que se encuentra aprobado para tratamiento del carcinoma de células escamosas localmente avanzado o del carcinoma de células escamosas metastásico, en pacientes no candidatos a cirugía curativa o radioterapia.

Una enfermedad avanzada podría limitar el acceso a terapia de primera línea y con ello afectar el pronóstico y calidad de vida de los pacientes. Lo anterior da cuenta de la importancia de lograr un diagnóstico oportuno que permita acceder a tratamientos curativos.

CONCLUSIÓN

Los pacientes con lesiones crónicas de HS pueden desarrollar CEC con mayor posibilidad de metástasis y mortalidad. Se debe prestar especial atención en el seguimiento y control estrecho de pacientes que presenten lesiones de larga data de HS, especialmente si se localizan en regiones glútea, perianal y genital. Es importante realizar exámenes completos que incluyan estas zonas anatómicas, como también mantener un alto índice de sospecha de malignidad, incluso a pesar de las biopsias negativas, especialmente en presencia de los factores de riesgo anteriormente descritos y clínica sugerente.

Un diagnóstico y tratamiento oportuno podría mejorar expectativas pronósticas y minimizar el compromiso en la calidad de vida.

Por la complejidad en su abordaje, es recomendable decidir el manejo más apropiado de cada caso en un Comité Oncológico.

REFERENCIAS

1. Lavogiez C, Delaporte E, Darras-Vercambre S, Martin De, Castillo C, Mirabel X, et al. Clinicopathological study of 13 cases of squamous cell carcinoma complicating hidradenitis suppurativa. *Dermatology*. 2010;220:147–153.
2. Nguyen TV, Damiani G, Orenstein LAV, Hamzavi I, Jemec GB. Hidradenitis suppurativa: an update on epidemiology, phenotypes, diagnosis, pathogenesis, comorbidities and quality of life. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021; 35 (1): 50-61.
3. Maclean GM, Coleman DJ. Three fatal cases of squamous cell carcinoma arising in chronic perineal hidradenitis suppurativa. *Ann R Coll Surg Engl*. 2007;89(7):709-12. 65.
4. Kohorst JJ, Shah KK, Hallemeier CL, Baum CL, Davis MDP. Squamous Cell Carcinoma in Perineal, Perianal, and Gluteal Hidradenitis Suppurativa: Experience in 12 Patients. *Dermatol Surg*. 2019;45(4):519-526.
5. Sachdeva M, Mufti A, Zaaroura H, Abduelmula A, Lansang RP, Bagit A, Alhusayen R. Squamous cell carcinoma arising within hidradenitis suppurativa: a literature review. *Int J Dermatol*. 2021;60(11):e459-e4
6. Gierek M, Niemiec P, Szyluk K, Ochala-Gierek G, Bergler-Czop B. Hidradenitis suppurativa and squamous cell carcinoma: a systematic review of the literature. *Postepy Dermatol Alergol*. 2023;40(3):350-354.
7. Lee SJ, Lim JM, Lee SH, Chung KY, Roh MR. Invasive Cutaneous Squamous Cell Carcinoma Arising from Chronic Hidradenitis Suppurativa: A Case Report of Treatment by Slow Mohs Micrographic Surgery. *Ann Dermatol*. 2021;33(1):68-72.
8. Jourabchi N, Fischer AH, Cimino-Mathews A, Waters KM, Okoye GA. Squamous cell carcinoma complicating a chronic lesion of hidradenitis suppurativa: a case report and review of the literature. *Int Wound J*. 2017;14(2):435-438.
9. Huang C, Lai Z, He M, Zhai B, Zhou L, Long X. Successful surgical treatment for squamous cell carcinoma arising from hidradenitis suppurativa: A case report and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(3):e5857.
10. Ruggiero A, Lauro W, Miano C, Villani A, Fabbrocini G, Marasca C. Advanced Squamous Cell Carcinoma Developed on Chronic Hidradenitis Suppurativa, Successfully Treated with Cemiplimab: A Case Report. *Case Rep Dermatol*. 2023;14(1):35-39.