



Presentación agresiva de carcinoma escamocelular de ombligo

Aggressive presentation of squamous cell carcinoma of the umbilicus

Pablo Salomón Montes-Arcón¹, Camilo Andrés Pérez-Montiel¹,
Katherine Tatiana Redondo de Oro²

1 Médico, residente de Patología, Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias, Colombia.

2 Médica, especialista en Patología, Hospital Universitario del Caribe; docente de Patología, Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias, Colombia.

Introducción

El ombligo puede ser afectado por diversas patologías, que van desde procesos inflamatorios, infecciosos, defectos congénitos, neoplasias de origen primario y secundario¹. Los tumores malignos más frecuentes de localización umbilical son las metástasis, que usualmente son de origen gastrointestinal (35-65 %), genitourinario (12-35 %), de sitios no específicos (15-30 %) y de origen pulmonar y mamario (3-6 %). No obstante, las neoplasias primarias son un diagnóstico que considerar en el paciente con patología neoplásica de origen umbilical, dentro de las cuales la presentación del carcinoma escamocelular es excepcional².

Reporte de caso

Paciente de 45 años, que consultó por cuadro de 4 meses caracterizado por síndrome constitucional, asociado a dolor abdominal difuso de poca intensi-

dad. Al examen físico se palpó en mesogastrio una masa indurada, que generaba dolor a la manipulación. La tomografía computarizada reveló un tumor mixto a nivel del mesogastrio, que comprometía la región subfascial y el tejido celular subcutáneo, con captación del medio de contraste. En la resonancia magnética nuclear se visualizó un tumor que involucraba el tejido celular subcutáneo y la región muscular, asociado a congestión linfática (Figura 1). Se postuló la posibilidad de un sarcoma de pared abdominal, por lo cual se realizó biopsia con aguja gruesa. El reporte de patología informó un carcinoma escamocelular moderadamente diferenciado con queratinización.

Se llevó la paciente a cirugía, donde se resecó en bloque la lesión tumoral de la pared abdominal y un segmento de intestino delgado; se reconocieron múltiples implantes tumorales a nivel hepático y adenomegalias. Macroscópicamente la pieza quirúrgica estaba compuesta por tres partes (Figura 2): de anterior a posterior, la primera

Palabras clave: Ombligo; carcinoma de células escamosas; neoplasias; patología; metástasis.

Keywords: Umbilicus; squamous cell carcinoma; neoplasms; pathology; metastasis.

Fecha de recibido: 5/11/2021 - Fecha de aceptación: 27/02/2022 - Publicación en línea: 07/06/2022

Correspondencia: Camilo Andrés Pérez-Montiel, Laboratorio de Patología, Hospital Universitario del Caribe, Barrio Zaragocilla, Cartagena de Indias, Colombia. Teléfono: + 57 316578153. Dirección electrónica: capm2908@gmail.com

Citar como: Montes-Arcón PS, Pérez-Montiel CA, Redondo de Oro KT. Presentación agresiva de carcinoma escamocelular de ombligo. Rev Colomb Cir. 2022;37:494-8. <https://doi.org/10.30944/20117582.2022>

Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

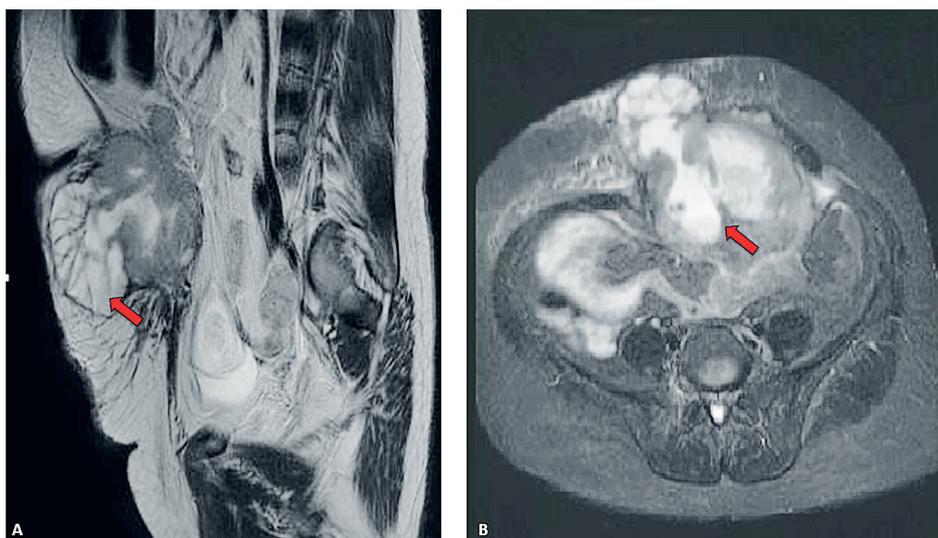


Figura 1. Se muestra corte sagital (A) y corte axial (B) de resonancia magnética nuclear en la región abdominopélvica de la paciente, donde se observa una masa tumoral que compromete el tejido celular subcutáneo y los tejidos blandos (flecha roja).

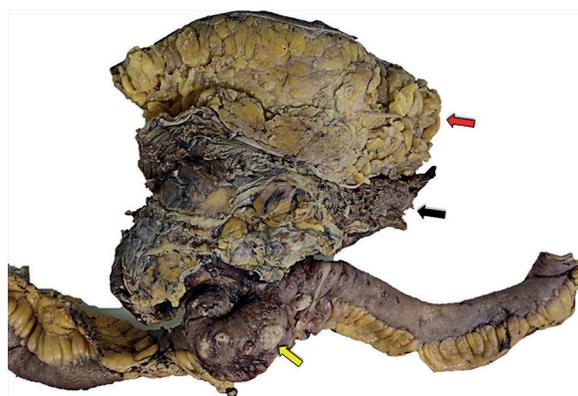


Figura 2. Especimen de resección quirúrgica. De anterior a posterior, la flecha roja señala la piel y el tejido celular subcutáneo. La flecha negra muestra la masa tumoral adherida al tejido celular subcutáneo, músculo estriado esquelético y a la pared del intestino delgado. La flecha amarilla revela los implantes tumorales localizados en la serosa de la pared del intestino delgado.

correspondía a una elipse de piel que midió 20 x 11 cm en sus dimensiones mayores, la piel era de color pardo oscuro y el ombligo era indurado. Subyacente a la elipse de piel, se halló un tumor que midió 18 x 12 cm en sus dimensiones mayores, multilobulado, de consistencia firme y de color pardo oscuro. El tumor estaba en contacto

con la pared del intestino delgado. A los cortes del espécimen quirúrgico, el tumor se extendía desde el ombligo, pasando por el tejido celular subcutáneo hasta llegar a la pared del intestino delgado, asociado a múltiples implantes tumorales en la serosa (Figura 3).

Microscópicamente la neoplasia exhibía células poligonales con citoplasmas eosinofílicos y núcleos moderadamente pleomórficos. Las células tumorales se organizaban en nidos y trabéculas con formación de borlas de queratina. Estos nidos comprometían hasta la submucosa del intestino delgado (Figura 4). Los ganglios linfáticos estuvieron comprometidos por tumor. El diagnóstico histopatológico fue un carcinoma escamocelular moderadamente diferenciado y queratinizante.

Discusión

La presentación del carcinoma escamocelular como neoplasia primaria en el ombligo es infrecuente. En la búsqueda bibliográfica que comprendió las bases de datos SCOPUS, PubMed, SciELO, Sciencedirect y Redalyc, sólo se hallaron 7 casos de esta entidad a la fecha (Tabla 1), siendo nuestro caso la quinta publicación. La afectación por género en los casos fue predominantemente en pacientes masculinos, el grupo etario más frecuente fue a partir de la

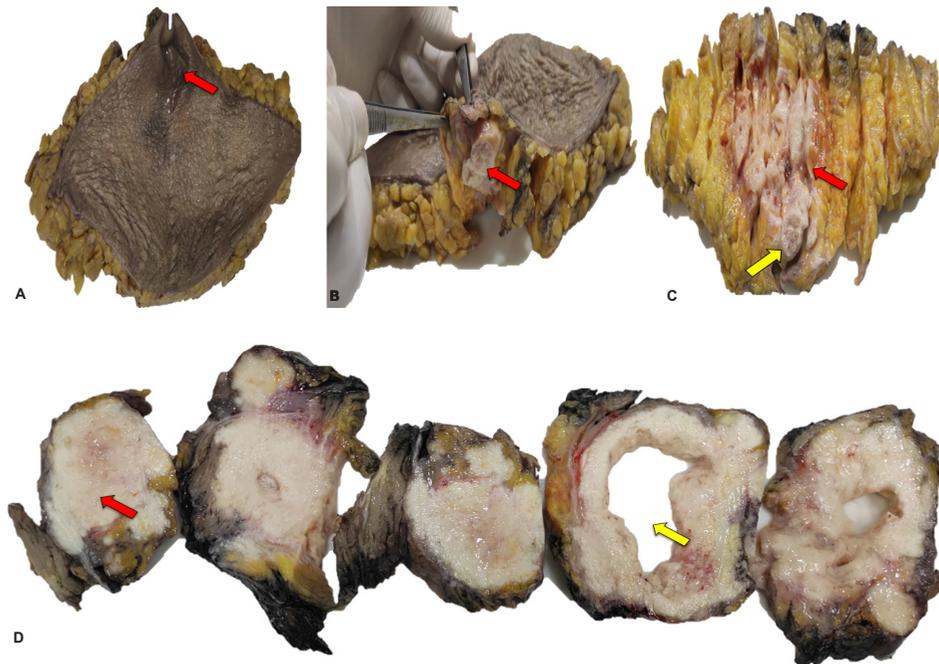


Figura 3. **A.** Elipse de piel de la pieza quirúrgica. La flecha roja señala el ombligo. **B.** Se expone el ombligo a nivel subcutáneo, el cual presenta una lesión neoplásica de color pardo claro. **C.** Elipse de piel con múltiples cortes seriados, la flecha amarilla muestra el ombligo, y de él se propaga la lesión tumoral, la cual compromete gran parte del tejido adiposo (flecha roja). **D.** Cortes seriados de la masa tumoral, la cual era de color pardo claro, con áreas sólidas (flecha roja) y áreas de degeneración quística (flecha amarilla).

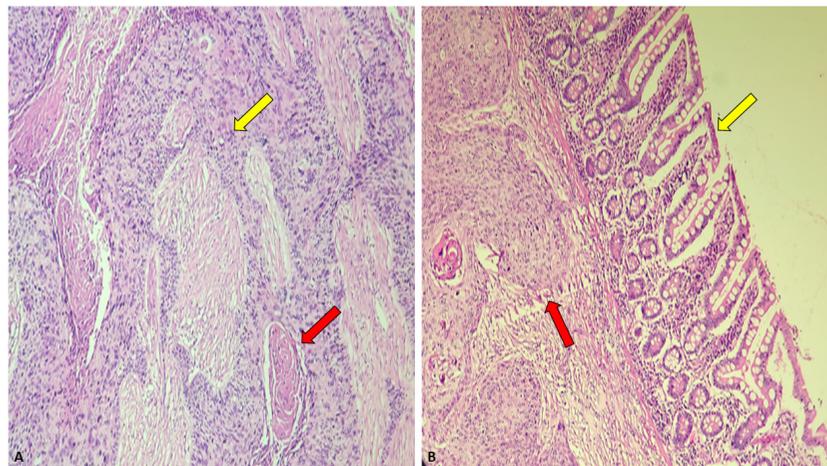


Figura 4. **A.** Fotomicrografía que muestran una neoplasia maligna compuesta por nidos de células escamosas (flecha amarilla) asociado a borlas de queratina (flecha roja). Hematoxilina y Eosina, 20x. **B.** Fotomicrografía que muestra representación de la mucosa del intestino delgado (flecha amarilla), la cual no está comprometida por tumor. En la submucosa se observan nidos tumorales de células escamosas con borlas de queratina (flecha roja).

Tabla 1. Casos de carcinoma escamocelular primario de ombligo publicados previamente.

Caso #	Autor (año)	Edad (sexo)	Tamaño tumoral	Presentación clínica	Metástasis al momento del diagnóstico
1	Kolbusz et al. (1988) ³	56 (M)	Desconocido	Placa eritematosa escamosa	-
2	Lee et al. (1991) ⁷	24 (F)	3 x 3 cm	Masa gris	+
3	Papageorgiu et al. (1998) ³	25 (F)	0,5 x 0,4 cm	Parche con superficie verrugosa	-
4	Kurokawa et al. (2007) ³	66 (M)	0,5 cm	Nódulo verrugoso café	-
5	Macripò et al. (2011) ⁶	69 (M)	Desconocido	Nódulo subcutáneo	+
6	Yoshida et al. (2013) ³	86 (M)	1,9 x 0,8 cm	Parche rosado con superficie verrugosa	-
7	Loverno et al. (2016) ⁵	80 (M)	14 x 8 cm	Lesión ulcerada que se proyecta de la cicatriz umbilical	-
8	Presente caso (2021)	45 (F)	18 x 12 cm	Masa en mesogastrio	+

sexta década de la vida, las metástasis al momento del diagnóstico se reportaron en tres de los casos clínicos. El tamaño tumoral mayor previamente reportado corresponde al caso de Loverno et al, con dimensiones mayores de 14 x 8 cm. Comparado con los casos previos, nuestro caso sería el segundo en una mujer y con la edad más baja, además, tendría el tamaño tumoral mayor hasta la fecha (18 x 12 cm)²⁻⁴.

El manejo de estas lesiones se basa principalmente en la resección quirúrgica, procurando obtener márgenes libres de compromiso tumoral; el seguimiento y tratamiento posterior a la resección va a depender de las características del tumor, como márgenes de resección, tamaño tumoral y metástasis al momento diagnóstico^{5,6}. Se consideran como factores pronósticos el diámetro tumoral mayor a 2 cm, que duplica el riesgo de recurrencia y triplica las tasas de metástasis. La profundidad mayor de 0,2 cm incrementa el riesgo de recurrencia local 10 veces. La invasión más allá de la grasa subcutánea supone un riesgo 11 veces mayor de metástasis. La invasión perineural se relaciona con metástasis ganglionares, así como la invasión linfovascular. Una

mala diferenciación histológica indica un mal pronóstico. Son considerados sitios anatómicos de alto riesgo el cuero cabelludo, orejas, labios, nariz y párpados. La inmunosupresión aumenta la recurrencia hasta en un 13 % y el riesgo de metástasis es de 5-8 %³.

Cumplimiento de normas éticas

Consentimiento informado: Se cuenta con el consentimiento informado de los familiares de la paciente, en donde se autoriza la publicación de las imágenes de imagenología, pieza quirúrgica y fotomicrografías.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses.

Fuentes de financiación: Recursos propios de los autores. Este manuscrito no fue financiado por ninguna institución u organización.

Contribuciones de los autores

- Concepción y diseño del estudio: Pablo Salomón Montes-Arcón, Camilo Andrés Pérez-Montiel, Katherine Tatiana Redondo de Oro.
- Adquisición de datos: Pablo Salomón Montes-Arcón, Camilo Andrés Pérez-Montiel.

- Análisis e interpretación de datos: Pablo Salomón Montes-Arcón.
- Redacción del manuscrito: Pablo Salomón Montes-Arcón, Camilo Andrés Pérez-Montiel.
- Revisión crítica: Pablo Salomón Montes-Arcón, Camilo Andrés Pérez-Montiel, Katherine Tatiana Redondo de Oro.

Referencias

1. Das A. Umbilical lesions: A cluster of known unknowns and unknown unknowns. *Cureus*. 2019;11: e5309. <https://doi.org/10.7759/cureus.5309>
2. Yoshida M, Kawada A. Squamous cell carcinoma of the umbilicus. *Acta Med Kinki Univ*. 2013;38:65-7.
3. Waldman A, Schmults C. Cutaneous squamous cell carcinoma. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2019;33:1-12. <https://doi.org/10.1016/j.hoc.2018.08.001>
4. Loverno ML, Palmisano EM. Carcinoma espinocelular gigante de ombligo. *Rev Argent Cirug*. 2016;108:206-7.
5. Macripò G, Caliendo V, Grassi M, Lista P, Ribero S, Giaccone E, et al. Squamous cell carcinoma of the umbilicus: management of an unusual localization. *Tumori*. 2011;97:236-8. <https://doi.org/10.1700/667.7791>
6. Lee BT, Lefor AT, Didolkar MS. Squamous cell carcinoma of the umbilicus associated with acquired immune deficiency syndrome. *J Surg Oncol*. 1991;47:67-9. <https://doi.org/10.1002/jso.2930470114>