

Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

ISSN 2171-9381

Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios.
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada
Edita: Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Correspondencia: revistaorl@revistaorl.com
web: www.revistaorl.com

Caso clínico

Carcinoma basaloide escamoso de laringe. Descripción de un caso

Squamous basaloid carcinoma larynx. A case report

*José Javier Martínez-Subías**, *Francisco Javier Del Rey-Tomás-Biosca**,
*María Tejero-Cavero**, *Rubén Martín-Hernández**, *Agustín Vaillo-Vinagre***,
*Dolores Hernández-Caballero**

Complejo Asistencial de Soria. Hospital Santa Bárbara. *Servicio de Otorrinolaringología. **Servicio de Anatomía Patológica. Soria. España

jmartinezs@hotmaill.com

Recibido: 17/08/2015

Aceptado: 31/08/2015

Publicado: 17/09/2015

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Referencia del artículo:

Martínez-Subías JJ, Del Rey-Tomás Biosca FJ, Tejero-Cavero M, Martín-Hernández R, Vaillo-Vinagre A, Hernández-Caballero D. Carcinoma basaloide escamoso de laringe. Descripción de un caso. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2015 Sep. 6 (22): 177-184.

Resumen	Introducción y objetivo: el carcinoma basaloide escamoso representa menos del 1% de los carcinomas epidermoides de cabeza y cuello. Desde que fue descrito en la década de los años ochenta, se han publicado alrededor de unos 200 casos por todo el mundo. En los diferentes artículos médicos se describe como una forma muy agresiva de carcinoma epidermoide, debido a que se diagnostica habitualmente en estadios avanzados. Presentamos un nuevo caso de carcinoma basaloide laríngeo. Descripción del caso: varón fumador, con una lesión exofítica en seno piriforme izquierdo cuya anatomía patológica fue de carcinoma basaloide. Clasificado como T1N0M0 de supraglotis. Libre de enfermedad a los tres años tras realizarse faringectomía lateral y vaciamiento cervical izquierdo. Discusión: revisamos la literatura médica al respecto sobre su pronóstico, afectación de ganglios regionales, supervivencia, anatomía patológica, diagnóstico diferencial y tratamientos efectuados. Conclusiones: existen controversias en cuanto a su pronóstico. En general se considera un tumor agresivo con un alto porcentaje de metástasis regionales en el momento del diagnóstico. No existe un consenso para su tratamiento.
Palabras clave	Carcinoma basaloide escamoso; pronóstico; laringe; cáncer
Summary	Introduction and objective: basaloid squamous carcinoma comprises less than 1% of squamous cell carcinomas of the head and neck. Since it was described in the early eighties, it has been published around 200 cases worldwide. In various medical articles its reported as a very aggressive form of squamous cell carcinoma, because it is usually diagnosed in advanced stages. We present a new case of carcinoma basaloid of the larynx. Case description: male smoker with an exophytic lesion in the left piriform sinus whose pathology was basaloid carcinoma, T1N0M0 of supraglottis. Our patient is disease free after three years. Our surgery was left neck dissection and pharyngectomy. Discussion: We reviewed the medical literature about prognosis, involvement of regional lymph nodes, survival, pathology, differential diagnosis and treatment. Conclusions: There are controversies regarding its prognostic. It is generally considered an aggressive tumor with a high percentage of regional metástasis at the time of diagnosis. There is no consensus for treatment.
Keywords	Basaloid squamous cell carcinoma; prognosis; larynx; cancer

Introducción

Más del 90% de los tumores de cabeza y cuello son carcinomas epidermoides. Un pequeño porcentaje de estos corresponden a subtipos no habituales como el carcinoma fusocelular, el carcinoma verrucoso y el carcinoma basaloide. En el año 1986, Wain et al [1] describieron por primera vez esta variante histológica de carcinoma epidermoide y desde entonces se han publicado aproximadamente 200 casos por todo el mundo, siendo poco más de un centenar los localizados a nivel de la laringe [2,3]. El carcinoma basaloide es considerado una variante clínica agresiva de carcinoma epidermoide y con unos índices más altos de mortalidad. El objetivo de este trabajo es presentar un nuevo caso de carcinoma basaloide, comentar sus aspectos clínicos e histopatológicos, y revisar la bibliográfica relacionada con estos tumores.

Descripción

Varón de 65 años de edad con antecedentes médicos de hipertensión arterial que acudió a nuestra consulta por presentar sensación de cuerpo extraño y

discreta odinofagia izquierda de varios días de evolución. Como hábitos tóxicos destacan fumador de 3 puros al día. No bebedor. En la exploración clínica endoscópica se observó una tumoración exofítica de seno piriforme izquierdo de aproximadamente 1,5 centímetros de diámetro mayor, que asienta en su pared anterior laríngea, ocluyendo parcialmente este seno (figura 1). La movilidad de las cuerdas vocales estaba conservada. La exploración fue normal en el resto de estructuras. En la tomografía computerizada realizada destaca el carácter exofítico de la lesión y la presencia en cuello de pequeñas adenopatías (figura 2) Posteriormente realizamos una exploración faringolaríngea endoscópica para determinar la extensión inferior de la lesión y toma de biopsia con confirmación de diagnóstico de carcinoma epidermoide basaloide. Se clasificó como T1N0M0 de supraglotis, estadio I. El paciente fue intervenido de faringectomía parcial izquierda mediante un abordaje abierto, con vaciamiento ganglionar cervical homolateral. La anatomía patológica de la pieza resecada confirmó el diagnóstico previo y la ausencia de enfermedad microscópica en los ganglios cervicales resecados. En el postoperatorio el paciente tuvo una evolución clínica favorable. En la actualidad el paciente tras 36 meses de seguimiento está libre de enfermedad.

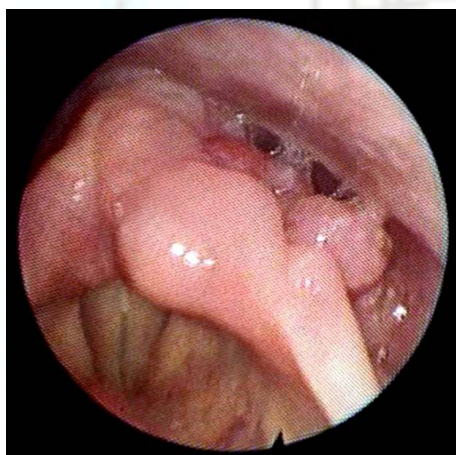


Figura 1. Imagen endoscópica del tumor afectando al seno piriforme izquierdo.



Figura 2. TAC cervical de la tumoración: lesión exofítica en seno piriforme izquierdo y pequeñas adenopatías cervicales homolaterales.

Discusión

El carcinoma basaloide representa menos del 1% del cáncer de laringe [4]. Se trata de una variante agresiva de carcinoma de células escamosas. Está compuesto por dos componentes celulares, basaloides y escamosas.

Entre sus factores de riesgo, la mayoría de los trabajos publicados resaltan la importante asociación entre la presencia de estos tumores y el elevado consumo de tabaco y/o abuso de alcohol. En las revisiones de Ereño et al [5] y Soriano et al [6] se apreciaba que el consumo de tabaco y alcohol se

encontraba en más del 80% de los casos, mientras que en otros trabajos como el de Wieneke et al [7] no encontraron esta asociación.

Afecta principalmente a sujetos varones al igual que el carcinoma epidermoide y suele presentarse aproximadamente en la sexta década de la vida [8]

Existen diversos sinónimos en la literatura sobre el nombre de este tumor y así se puede encontrar como carcinoma basaloide, carcinoma basoescomoso, carcinoma acinoide de células basales, carcinoma con diferenciación adenoide-quística, y carcinoma "parecido" al adenoide-quístico (adenoid-cystic-like carcinoma). Probablemente esta gran cantidad de sinónimos se deba a la similitud en su organización con otros tipos de tumores con anatomía estructural claramente glandular [9].

La laringe es el segundo lugar más común de presentación después de la orofaringe y con predilección por la zona de supraglotis [3]. Otros lugares en cuanto a su localización pueden ser el tracto nasosinusal, tráquea, pulmón, el ano, cuello del útero, el pene y la vejiga urinaria [10].

La histogénesis de este tumor es controvertida. Se sugiere que el tumor se origina a partir de células pluripotenciales en la capa basal del epitelio escamoso o en los conductos de las glándulas salivales próximas. Caracterizado por áreas de carcinoma in situ y / o carcinoma escamoso invasivo asociado con nidos de células pequeñas y apretadas. Estas células tienen típicamente núcleos hipercromáticos, citoplasma escaso, con pequeños espacios quísticos, necrosis, hialinización [11] y prominente empalizada periférica (figuras 3 y 4). Estas células son también precursoras de carcinoma escamoso, adenocarcinoma, carcinoma de células en avena.

Macroscópicamente se trata de una tumoración exofítica o polipoidea de color blanco-amarillento, de consistencia firme y que en ocasiones presenta zona central ulcerada.

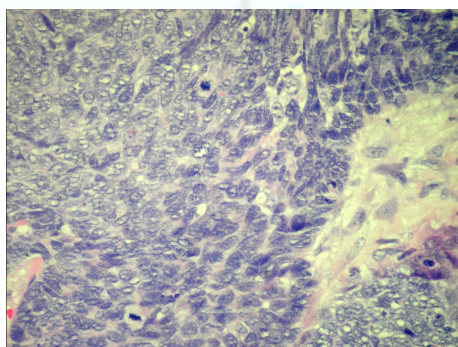


Figura 3. Anatomía patológica: núcleos hipercromáticos, hialinización y células en empalizada.

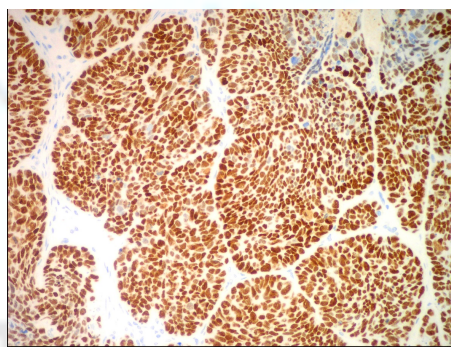


Figura 4. Inmunohistoquímica

Los límites del tumor son imprecisos, indefinidos, apreciándose infiltración por debajo de la superficie del epitelio, característica que le da su carácter multifocal o metastásico, incluso en la presentación inicial.

En la microscopia electrónica es frecuente observar comedonecrosis, permeación linfovascular, invasión perineural y disposición según patrón en empalizada.

Su diagnóstico diferencial debe incluir principalmente con el carcinoma de células escamosas, de células pequeñas y carcinoma neuroendocrino, carcinoma adenoide quístico, adenocarcinoma de células basales, el carcinoma adenoescamoso, carcinoma de células fusiformes escamosas, carcinoma mucoepidermoide [10,12].

Inmunoquímicamente, la mayoría de los casos son negativos con los marcadores neuroendocrinos y con proteína S-100 [13]. Algunos autores proponen la queratina de alto peso molecular 34bE12 como el marcador más útil para este tumor [14]. Emanuel et al. [15] han puesto de relieve el valor de p63 en hacer una distinción entre carcinoma basaloide y carcinoma adenoide quístico de la cabeza y el cuello. Estos autores muestran que p63 positividad es difusa en el carcinoma basaloide y parcial en el carcinoma adenoide quístico.

A nivel genético en el carcinoma basaloide ambos brazos del cromosoma 8 pueden estar sobrerrepresentados [16]

La posible relación del carcinoma basaloide y virus es un tema de debate y se ha informado en algunos lugares, como la nasofaringe [17] y el pene. Kleist B et al aprecian una relación epidemiológica entre DNA viral (HPV y HSV) y carcinoma basaloide [18].

Existen algunas discrepancias en relación con el pronóstico. En un principio se pensó que era peor que la clasificación de carcinoma de células escamosas, con alta incidencia de metástasis regionales y a distancia (pulmón, hígado, hueso, cerebro y piel) en las primeras etapas.

Así Soprani et al [19] encuentran una supervivencia de un 17,15% a los 5 años, Winzenburg et al [20] lo sitúan en un 38,5% a los 5 años y en el grupo de Fritsch et al [8] se sitúa en un 55,7%.

Otros estudios, en los que los casos se diagnostican en una etapa temprana de la enfermedad, muestran similares pronóstico para el carcinoma de células escamosas clásico [4, 9, 21, 22]. Sin embargo, debido a su presentación en etapas avanzadas, el pronóstico global de este tipo de tumor tiende a ser más pobre. Contrariamente a todo lo dicho anteriormente, otros estudios recientes sugieren un comportamiento clínico en cuanto a pronóstico, supervivencia e índice de metástasis ganglionar, peor que el carcinoma epidermoide independientemente del asentamiento del tumor, estadio clínico y tratamiento [8].

Como se refleja desde las primeras series [1,21] el estado de los ganglios linfáticos es un factor clave en la supervivencia. Winzenburg et al. [20] mostró diferencias significativas en la supervivencia de este tumor con y sin metástasis en los ganglios linfáticos, con una supervivencia de 18,6 meses y 47,6, respectivamente. En series más recientes y con una diferencia significativa existe, un mayor porcentaje de N+ en los carcinomas basaloide que en las comparaciones con carcinomas epidermoides (49,22% frente a un 21,47%) [8]. El grupo de Ereño et al [5] no encontró sin embargo una correlación estadística entre la histología del tumor (basaloide/epidermoide) y la presencia de metástasis en los ganglios linfáticos o recurrencias locales. La mayoría se sitúan en los niveles II y III de la disección cervical.

En la mayoría de los trabajos publicados se reflejan casos clínicos en estadios avanzados (III o IV) de enfermedad, con afectación de los ganglios cervicales. De ahí que en la mayoría de los casos publicados se ha realizado como

tratamiento inicial cirugía sobre el tumor primario y sobre el cuello seguido de radioterapia [4]. Las etapas más tempranas pueden ser tratadas más conservadoramente [22] Una etapa precoz junto con cuellos N0 tienen un buen pronóstico [9, 22]. Frente a los de estadios más avanzados con cuellos N+ que tienen mal pronóstico a pesar del uso de tratamientos combinados.

Soriano et al [6] prefieren el uso de quimioterapia seguido de radioterapia para preservación del órgano debido al alto riesgo de metástasis a distancia y de la morbilidad de la cirugía. La combinación más usada es el cisplatino junto con el 5FU. Las metástasis a distancia oscilan desde aproximadamente un 11% [8] a un 44% [23], siendo sobre todo en pulmón, hueso e hígado.

Igualmente segundos tumores primarios metacrónicos se pueden detectar en un 15% de los casos, ubicados fundamentalmente en el tracto aerodigestivo superior, bronquios y colon. Las recurrencias locales pueden llegar al 27,5% de los casos [5].

3. Existen trabajos en los que se asocia el carcinoma basaloide con un peor pronóstico que el carcinoma escamoso, independientemente de la localización en la laringe, estadio de la enfermedad o estrategia terapéutica [8], existiendo otros con una supervivencia estadísticamente significativa entre los estadios precoces y avanzados [3].y otros con supervivencia estadísticamente similar entre el cáncer basaloide y carcinoma escamoso bien y pobremente diferenciado [24,25].

Conclusiones

1. El carcinoma basaloide escamoso es un tumor poco frecuente, que afecta sobre todo a varones, generalmente entre la quinta y sexta década de la vida, con una predominancia supraglótica
2. La localización supraglótica de estos tumores puede retrasar el diagnóstico. La disfonía o parestesias faríngeas producidas por el tabaco o alcohol pueden enmascarar el dolor inicial retrasando acudir al especialista que cuando se produce se hace ya en estadios avanzados de la enfermedad.
4. No hay estudios clínicos que determinen una estrategia de tratamiento específica para el carcinoma basaloide. Para entender el comportamiento clínico de este tumor y diseñar protocolos de tratamiento adecuados, sería importante en un futuro poder llevar a cabo un mayor número de estudios que comparen estos tumores con el carcinoma epidermoide convencional.

Bibliografía

1. Wain SL, Kier R, Volimer RT, Bossen EH. Basaloid squamous carcinoma of the tongue, hypopharynx, and larynx. Report of 10 cases. Hum Pathol 1986; 17:1158-66.
2. Bahar G, Feinmesser R, Popovtzer A, Ulanovsky D, Nageris B, Marshak G, et al. Basaloid squamous carcinoma of the larynx. Am J Otolaryngol. 2003;24:204-8.
3. Thankappan K. Basaloid squamous cell carcinoma of the larynx. A systematic review. Auris Nasus Larynx 2012;39:397-401.
4. Alkan S, Coskun BU, Ugur S, Başak T, Dadas B. Basaloid squamous cell carcinoma of the larynx. Auris Nasus Larynx. 2006;33:71-4.

5. Ereño C, Gaafar A, Garmendia M, Etxezarraga C, Bilbao J, López JI. Basaloid Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck. A Clinicopathological and Follow-Up Study of 40 Cases and Review of the Literature. *Head and Neck Pathol* 2008; 2:83–91.
6. Soriano E, Faure C, Lantuejoul S, Reyt E, Bolla M, Brambilla E, et al. Course and prognosis of basaloid squamous cell carcinoma of the head and neck: a case control study of 62 patients. *Eur J Cancer* 2008;44:244-50.
7. Wieneke JA, Thompson LD, Wenig BM. Basaloid squamous cell carcinoma of the sinonasal tract. *Cancer*. 1999;85:841–54.
8. Fritsch VA, Lentsch EJ. Basaloid squamous cell carcinoma of the larynx: Analysis of 145 cases with comparison to conventional squamous cell carcinoma. *Head Neck* 2014;36:164-170.
9. Bracero F, Gámiz MJ, Soldado L, Conde JM, Redondo M, Gonzalez MA, et al. Carcinoma basaloide escamoso de laringe e hipofaringe: presentación de una serie de 6 casos. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2001; 52: 229-236.
10. Brambilla E, Moro D, Veale D, Brichon PY, Stoebner P, Paramelle B, et al. Basal cell (basaloid) carcinoma of the lung: A new morphologic and phenotypic entity with a separate prognostic significance. *Hum Pathol*. 1992;23:993–1003.
11. Khaldi L, Apostolidis TCh, Pappa DA, Apostolidis MT, Apostolidis TI. Basaloid squamous carcinoma of the larynx. A potential diagnostic pitfall. *Ann Diagn Pathol* 2006;10:297-300.
12. Chetty R, Serra S, Hsieh E. Basaloid squamous carcinoma of the anal canal with and adenoid cystic pattern. Histologic and immunohistochemical reappraisal of an unusual variant. *Am J Surg Pathol*. 2005;29:1668–72.
13. Hunt JL, Barnes L. Immunohistology of head and neck neoplasms. Basaloid squamous cell carcinoma. In: Dabbs DJ, editor. *Diagnostic immunohistochemistry*, 2nd ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2006. p. 229–30.
14. Morice WG, Ferreiro JA. Distinction of basaloid squamous cell carcinoma from adenoid cystic and small cell undifferentiated carcinoma by immunohistochemistry. *Hum Pathol*. 1998;29:609–12.
15. Emanuel P, Wang B, Wu M, Burstein DE.. p63 immunohistochemistry in the distinction of adenoid cystic carcinoma from basaloid squamous cell carcinoma. *Mod Pathol*. 2005;18:645–50.
16. Ecsedi S, László Tóth, Margit Balázs M. Array CGH analysis of the rare laryngeal basaloid squamous cell carcinoma: a case report. *Int J Clin Exp Pathol* 2012;5(8):834-839
17. Wan SK, Chan JK, Lau WH, Yip TT. Basaloid-squamous carcinoma of the nasopharynx. An Epstein-Barr virus-associated neoplasm compared with morphologically identical tumors occurring in other sites. *Cancer*. 1995;76:1689–93.
18. Kleist B, Bankau A, Lorenz G, Jäger B, Poetsch M. Different risk factors in basaloid and common squamous head and neck cancer.. *The Laryngoscope* 2004;114:1063-1068.
19. Soprani F, Armaroli V, Stefanelli A, Emiliani E, Padovani D, Casolino D. Basaloid squamous cell carcinoma of the larynx: report of a early laryngeal cancer. *Acta otorhinolaryngologica italica* 2011;31:181-185.
20. Winzenburg SM, Niehans GA, George E, et al. Basaloid squamous carcinoma: a clinical comparison of two histologic types with poorly

differentiated squamous cell carcinoma. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1998;119:471–5.

21. Banks ER, Frierson HF Jr, Mills SE, George E, Zarbo RJ, Swanson PE. Basaloid squamous cell carcinoma of the head and neck. A clinicopathologic and immunohistochemical study of 40 cases. *Am J Surg Pathol.* 1992;16:939-46.

22. Erisen LM, Coskun H, Ozuysal S, Basut O, Onart S, Hizalan I et al. Basaloid squamous cell carcinoma of the larynx: a report of four new cases. *Laryngoscope* 2004;114:1179-83.

23. Raslan WF, Barnes L, Krause JR, Contis L, Killeen R, Kapadia SB. Basaloid squamous cell carcinoma of the head and neck: a clinicopathologic and flow cytometric study of new cases with review of the English literature. *Am J Otolaryngol* 1994; 15: 204-11

24. Deniz K, Yüce I, Cagli S, Okten T, Güney E. Expression of PCNA and bcl-2 in basaloid squamous cell carcinoma of the larynx: a controlled study. *Ear Nose Throat J* 2008; 87:469-473.

25. Luna MA, el Naggat A, Parichatikanond P, Weber RS, Batsakis JG. Basaloid Squamous Carcinoma of the Upper Aerodigestive Tract. Clinicopathologic and DNA Flow Cytometric Analysis. *Cancer* 1990; 66: 537-42.