

E P I T E L I O M A S

Dr. A. CASTELLS ESCUDER

ANTES de entrar de lleno en la descripción y relación de los epitelomas, fijaremos el concepto que debe tenerse de las neoplasias malignas y de los límites y alcance de los vocablos *cáncer*, *carcinoma* y *cancroide* variable según las escuelas que los emplean. Incluso precisa afirmar el término *epitelioma* que se ha empleado y se emplea para dermatosis que no tienen malignidad.

Un *tumor* o *neoplasia* se la califica *maligna* cuando al crecer y desarrollarse excesivamente infiltra y destruye los tejidos y órganos vecinos, se difunde por vía linfática y sanguínea y produce metástasis.

Cierto que otros tumores pueden revestir malignidad por tener alguno de estos caracteres. Así una angioma cavernoso o un linfangioma puede crecer hasta inutilizar toda una extremidad con la atrofia muscular y ósea consecuente. Pero tan sólo deben denominarse malignas las neoplasias cuando además de portarse como un tumor son infiltrantes, destructivas, se propagan siguiendo los vasos linfáticos y sanguíneos y metastizan.

La palabra *cáncer* es preferible emplearla vulgarmente para aplicarla a toda neoplasia maligna, ya sea epitelioma, sarcoma o melanoma y precisamente cuando empieza a portarse como tal. Al menos hay que proceder así cuando de epitelomas se trata, pues no es justo llamar *cáncer* a una perla epiteliomatosa aislada o a un queratoma senil de primer grado. Un epitelioma será *cáncer* cuando ya destruye, infiltra o metastiza.

Con el nombre de *carcinoma* comprendemos a toda neoformación caracterizada por producciones alveolares conjuntivas, cuyo contenido es de células epiteliales: en definitiva se trata de un epitelioma alveolar.

Los franceses han propuesto el nombre de *cancroide* para designar el epitelioma espinocelular; como en sí significa «falso *cáncer*» creemos que es mejor desterrarlo de nuestro vocabulario.

Si el tumor maligno procede del tejido epitelial se constituye el epitelioma; si del conjuntivo, el sarcoma; si de los nervios pigmentarios, el melanoma.

EPI TEL I O M A es una *neoformación epitelial distinta de la hiperacantosis de los papilomas, verrugas y disqueratosis, caracterizada por una activa formación de células epiteliales no diferenciadas que se multiplican rápidamente e invaden los espacios linfáticos entre las mallas fibrosas del corión, de crecimiento ilimitado, infiltrante y destructivo de los tejidos normales.* (PEYRÍ).

Etiología. — Lo difícil de explicar en la aparición de las neoplasias malignas es el por qué en un momento dado una célula o grupo de células empiezan a reproducirse y desarrollarse desordenadamente. Con el fin de dilucidar en lo que motiva la proliferación atípica celular se han ideado múltiples teorías que se han agrupado en teorías infecciosas, celulares y diastásicas. De las segundas, conserva todavía su valor la teoría de las inclusiones embrionarias de CONHEIM, que explica los casos en que no se observa previa preparación de los tejidos hacia la evolución atípica, y el desarrollo de los nevocarcinomas.

En los demás casos, en la mayoría, existe algo que ha preparado la aparición del epitelioma que según el doctor Peyrí y su escuela puede explicarse por un proceso de *senilización de la piel*.

Esta atrofodermia, no es sólo *dependiente de la edad*, sino que puede ser *congénita*, constituyendo el xeroderma pigmentoso que junto con otros preepiteliomas ya ha descrito el doctor Capdevila, o *adquirida* en las röntgenodermis crónicas, dermatitis senil de los marinos y labradores, craurosis, leucoqueratosis, dermoatrofias cicatrizales, etc. La piel senil se va estableciendo debido a un proceso de *elastorrexis, atrofia grasosa y arterioesclerosis*.

La *elastorrexis* o atrofia de las fibras elásticas, origina las arrugas. Es el pri-

mer signo de vejez fisiológica que se manifiesta en la mujer ya a los veinticinco años en la reveladora pata de ganso. La *atrofia grasosa* se traduce por la flacura de la piel.

La *arterioesclerosis* es el origen de trastornos circulatorios que, como en los demás tejidos y órganos, produce en la piel, conjuntamente, zonas de mayor irrigación y otras de menor. En las zonas excesivamente irrigadas la dermis se hipertrofia, las papilas se engruesan y se alargan (*papilosis*); en la epidermis, debido al exceso de oxígeno e hidratación, el cuerpo mucoso de Malpighi se desarrolla en altura (*hiperacantosis*) y se produce aumento de la pigmentación (*hipercromia*). En las zonas débilmente irrigadas, anémicas, la dermis se atrofia y la epidermis sometida a reducción y deshidratación se queratiniza en exceso (*hiperqueratosis*) y se producen zonas de piel débilmente pigmentadas (*acromias*). Como los procesos de atrofia e hipertrofia se desarrollan simultáneamente se comprende que el cuerpo mucoso hiperacantoso tienda a reparar, a substituir la dermis atrofiada y, que rompiendo la membrana basal, la invada: es en este momento que se ha iniciado el *epitelioma*.

En la piel y mucosas senilizadas fisiológicamente por la edad o precozmente por causas congénitas o adquiridas, pueden presentarse los siguientes trastornos patológicos que son su consecuencia, los cuales constituyen los *preepiteliomas* que resumimos y agrupamos como sigue, y cuya terminación es el *epitelioma* si previamente no se interviene con una terapéutica eficaz.

Preepiteliomas	En la piel	Manchas acrómicas e hipercrómicas.
		Telangiectasias
		Esclerosis
		Queratosis. Queratoma senil de primer grado.
		Verrugas seniles
	En las mucosas	Disqueratosis precancerosas
		Leucoplasia. Eritroplasia
		Craurosia
		Queratosis
		Formaciones verrugosas y papilomatosas
		Nódulos residuales embrionarios

Causas locales. — Obran como irritantes, senilizando la piel. *Irritantes químicos* son las breas, con la que se provoca el cáncer experimental en la oreja del conejo; el hollín que canceriza el escroto de los deshollinadores; el salitre lo causa en los mineros que trabajan en las minas de dicha substancia; puede desarrollarse sobre las hiperqueratosis producidas por el arsénico y las erupciones debidas a la administración de sales de bromo (*brómides*). Los *irritantes físicos* son la causa del cáncer que puede aparecer sobre las *röntgenodermitis* crónicas, *actinodermatitis* crónicas de los marinos y labradores, cicatrices de quemaduras antiguas, *dermitis traumáticas* por ejemplo el que puede presentarse en el sitio de presión de los anteojos o de la pipa en los fumadores. El humo del tabaco canceriza a manera del cáncer experimental, debido a los productos reductores que contiene. Además, en los fumadores contribuye a la cancerización la acción traumatizante de las boquillas y pipas. Obran como *irritantes infecciosos* los diversos agentes vivos que se han supuesto parásitos del cáncer y vehiculadores del virus cancerígeno. A tener en cuenta la *epiteliomización* de las cicatrices de *granulomas* infecciosos: sífilis, lupus, lepra.

Causas generales. — La existencia de *epiteliomas* de evolución rápida unos, lenta otros; la regresión y curación de *queratomas* y *epiteliomas* espontáneamente o después de infecciones agudas, tifoidea por ejemplo; la evolución de *epiteliomas* que como el plano cicatrizal cura por un extremo y avanza por otro, son factores que nos advierten y prueban de que además de las causas influyen en la aparición y desarrollo de estos tumores, causas generales. Así hay que tener en cuenta el influjo de la herencia, el estado hemático (aumento de glucosa, de fosfatos, acidosis, alcalosis, etc.), la concomitancia de otras enfermedades discrásicas o infecciosas, intoxicaciones, etc.



Fig. 1 - Epitelioma espinocelular



Fig. 2 Epitelioma basocelular

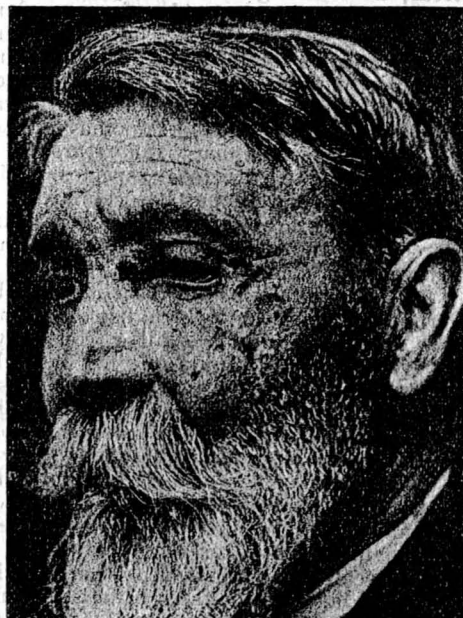


Fig. 3 - Epitelioma plano eczematoide de AZÚA

División histológica. — Según Darier y Krompecher los *epiteliomas* se dividen en *espinocelulares*, *basocelulares* y *espinobasocelulares*. Hay además los *epiteliomas melánicos*, y los derivados de las glándulas de la piel: los *epiteliomas sudoríparos* y los *epiteliomas sebáceos*.

a) Los *epiteliomas espinocelulares* están formados de gruesos cordones formando columnas interpapilares alargadas y anchas, lóbulos como se decía antes, de aquí el nombre *epiteliomas lobulados* como se les conocía antiguamente. Estos cordones procedentes del cuerpo mucoso contienen células poligonales, de tamaño y formas variables (atipia celular) con abundantes mitosis y con epiteliofibrillas (*epiteliomas inoéticos de Río Ortega y Alvarez Cascos*). Las células de los centros de los cordones se disponen en capas concéntricas y como siguen la evolución semejante a la normal, si bien con gran desorden arquitectónico, forman conglomerados lamíneos dispuestos como en bulbo de cebolla llamados *globos córneos* o *globos paraqueratósicos* según que las células que los constituyen hayan perdido o no el núcleo. (Fig. 1).

b) Los *epiteliomas basocelulares* están formados de columnas interpapilares estrechas y afiladas que se ramifican y entrelazan, las cuales por su aspecto glandular hizo que se llamara a esta variedad *epiteliomas tubulados*. Las células de estos cordones, que Krompecher compara a las de la capa basal, son fusiforme y dispuestas, las que limitan los cordones, en empalizada. Estas células no tienen tendencia a la queratinización y carecen de epiteliofibrillas (*variedad aquerato-blástica de los epitheliomas aninocíticos de Río Ortega y Alvarez Cascos*). (Fig. 2)

c) Los *epiteliomas espinobasocelulares* corresponden a la *variedad oligoinocíticos de Río Ortega y Alvarez Cascos* y se caracterizan por ser *mixtos* o *intermediarios* con relación a las dos variedades anteriores.

d) Los *epiteliomas melánicos* o *nevocánceres* corresponden a la *variedad melanósica de los epitheliomas aninocíticos de Río Ortega y Alvarez Cascos*. Proceden de los nevos melánicos o de los nevocelulares de Darier (nevus pigmentarios tuberosos) (1) que contienen las llamadas células de nevos dispuestas en nidos o tecas, de forma globulosa o poliédrica, cargadas o no de pigmento y situadas en la profundidad de la epidermis o en plena dermis. Este dispositivo histológico hace que estos nevos deban considerarse como verdaderos epitheliomas en potencia, cuya transformación maligna es raro no ocurra con mayor frecuencia (Peyri). Cuando el tumor maligno está constituido las células se caracterizan por su polimorfismo y es discutible asegurar su naturaleza epitelial o conjuntiva. Por este motivo Virchow dividió a los melanomas en nevocarcinomas y nevosarcomas.

e) Los *epiteliomas sudoríparos* y los *epiteliomas sebáceos* pueden revestir histológicamente diversos aspectos. Clínicamente casi siempre reproducen el aspecto de los epitheliomas basocelulares.

A la clasificación histológica que hemos resumido, la mayoría de dermatólogos corresponden las variedades clínicas. Esta correspondencia nosotros la esquematzaremos como sigue:

1) El *epitelioma espinocelular* se desarrolla encima de una cicatriz, o de una dermatitis crónica de origen físico, químico o infeccioso; es la última fase evolutiva de un queratoma senil y constituye el cáncer de los orificios naturales. Son de evolución más rápida que los basocelulares.

Incluimos las siguientes variedades que describiremos más adelante:

Epitelioma papilar córneo de Darier (papilomatoso y córneo).

Queratoma senil con el cuerno cutáneo.

Epitelioma profundo desde un principio (d'emblée).

Epiteliomas de los orificios naturales.

2) Los *epiteliomas basocelulares* comienzan generalmente por una perla epitheliomatosa que como indica su nombre tiene un aspecto perlado de las dimensiones de una lenteja aislada o formando grupos. Son de evolución lenta, de malignidad local, no metastizan y muy radiosensibles. Como el epithelioma basocelular conserva la propiedad de elaborar pigmento, si esta actividad está exagerada se constituye el *epitelioma basocelular pigmentado de Bloch*; si es muy intensa la degeneración hialina forma la variedad clínica e histológica llamada *cilindrroma*;

(1) Las manchas azules y las manchas mongólicas dan lugar, según DARIER, al melanosarcoma mesenquimatoso.

también por la clase de degeneración mencionaremos el *epitelioma basocelular quístico de Pautrier*.

Incluimos las siguientes variedades cuya descripción haremos al desarrollar la clasificación clínica:

Epiteliomas perlados: perlas epiteliomatosas aisladas, *epitelioma plano cicatrizal*, *ulcus rodens*.

Epitelioma pagetoide o epitelioma plano eczematoide de Azúa.

Epitelioma papilar blando.

Epitelioma basocelular tumoral.

División y descripción clínica. — La siguiente clasificación la debemos al doctor Peyrí. Tiene como base, sin alejarse de los caracteres anatomopatológicos, la benignidad o malignidad de los epitelomas y los divide en *superficiales*, *profundos corrosivos y metastizantes*. En cada grupo incluimos los siguientes epitelomas:

- | | | | |
|------------------------------|---|---|--|
| | 1 | { | Enfermedad de Bowen |
| | | | Disqueratosis { Eritroplasia de Queyrat o epitelioma papilar desnudo de Darier |
| Ep. superficiales . | { | { | Enfermedad de Paget en su primera fase |
| | | | Epitelioma pagetoide de Darier o epitelioma plano eczematoide de Azúa |
| | | | Epiteliomas perlados con el <i>ulcus Rodens</i> en su forma no corrosiva |
| | | | Epitelioma ulceroso no perlado |
| | | | Epitelioma vegetante: papilar superficial o blando |
| Ep. profundos corrosivos ... | 2 | { | Ulcus Rodens de tendencia corrosiva |
| | | | Epitelioma crateriforme |
| Ep. metastizantes | 3 | { | Epitelioma profundo desde un principio |
| | | | Epitelioma papilar córneo de Darier |
| | | | Epiteliomas de los orificios naturales |
| | | | Epitelioma melánico |
| | | | Ultima fase de la enfermedad de Paget |

1. *Epiteliomas superficiales*. Son de larga evolución y pueden permanecer durante muchos años sin corroer ni metastizar. Incluimos:

a) Las disqueratosis siguientes:

Enfermedad de Bowen o disqueratosis lenticular y en discos de Darier.

Eritroplasia de Queyrat o epitelioma papilar desnudo de Darier.

Enfermedad de Paget o eczema crónico del pezón en su primera fase.

b) *Epitelioma pagetoide de Darier o epitelioma plano eczematoide de Azúa*.

Se caracteriza por placas papiráceas, circunscritas, rojizas y recubiertas de escamocostras. (Fig. 3).

c) Las *perlas epiteliomatosas*, que ya describimos, pueden presentarse aisladas o caracterizando el *epitelioma plano cicatrizal* y el *ulcus rodens*. El *epitelioma plano cicatrizal* tiene un reborde perlado y a veces un aspecto sifilóide, con tendencia a la curación, pues cura a medida que avanza, pero rebelde al tratamiento. El *ulcus rodens* o *úlcerá corrosiva de Jakob*, también de rebordes perlados, puede permanecer muchos años sin tendencia corrosiva; nunca invade los ganglios vecinos. (Fig. 4).

d) *Epitelioma ulceroso no perlado*. Intermedio entre el *ulcus rodens* y el *eczematoide*. Formado por una placa eritrósica que se ulcera, pero sin tener los bordes perlados.

e) *Epitelioma papilar superficial o blando*. Es vegetante, recubierto de costras que al arrancarlas descubren una superficie sangrante, de base blanda.

2. *Epiteliomas profundos corrosivos*. Producen grandes destrucciones, pero no

llegan nunca a metastizar. Son de larga evolución y por si mismos no son caquecizantes. La muerte la ocasionan por hemorragia; por infección secundaria; meningitis por ejemplo, pues en su avance destructor pueden llegar a poner al descubierto las meninges, o por septicemia; también puede ser debida a depresión moral. (Fig. 5).

Incluimos el *ulcus rodens de tendencia corrosiva y la úlcera crateriforme*, cuyo nombre ya indica su aspecto.

3. *Epiteliomas metastizantes:*

a) El *epitelioma profundo desde un principio (d'emblée)* no tiene tendencia a hacerse vegetante, sino al contrario es rápidamente infiltrante y produce metástasis precozmente.

b) El *epitelioma papilar córneo de Darier* es la forma más corriente de manifestarse el epitelioma espino celular en la piel. Es vegetante, de aspecto papilomatoso con la cima cornificada. Son ejemplos de esta forma de epitelioma el queratoma senil de tercer grado, el cuerno cutáneo.

c) *Epitelioma de los orificios naturales*. Casi siempre son espinocelulares. En los labios es frecuente una formación vegetante que por expresión da lugar a la expulsión de filamentos gusanoides formados por globos córneos. (Fig. 6).

d) *Epitelioma melánico o melanoma*. Alrededor del tumor inicial de color negruzco aparecen tumoraciones hijas, que se van extendiendo. Metastiza por vía linfática y sanguínea. La terminación letal se produce por embolia en algún órgano importante o por caquexia melánica en la que la producción de melanina se ha generalizado a todos los órganos de la economía. (Fig. 7).

e) *Enfermedad de Paget*. Esta enfermedad en su fase final, pese a su larga duración, se comporta como los demás epiteliomas de la mama.

Pronóstico

1.º El primer elemento de pronóstico de los epiteliomas es el diagnóstico precoz, pues todos los epiteliomas cutáneos, incluso los corrosivos y metastizantes han tenido una fase local clínica en la que tratados debidamente se evita con toda seguridad la evolución maligna.

2.º La movilidad de la región en que asienta el epitelioma. La movilidad y la riqueza linfática facilitan las metástasis.

3.º Según esta tendencia, diremos que no metastizan los epiteliomas histológicamente basocelulares; por el aspecto clínico, los vegetantes y no infiltrantes, los epiteliomas superficiales ya descritos y los localizados en la órbita y en la nariz, que más bien son de propensión corrosiva. Metastizan con frecuencia los histológicamente espinocelulares; la observación clínica nos alerta antes los epiteliomas del labio, del pabellón de la oreja y los de las extremidades. Son prácticamente metastizantes los epiteliomas de la lengua, los de la piel y mucosas de los órganos genitales del hombre y de la mujer, el profundo desde un principio y el melanoma.

Diagnóstico

Es relativamente fácil en dermatología, pues la lesión la tenemos a la vista y al alcance de la mano y no es perdonable si no lo establecemos a tiempo. La biopsia afianza el diagnóstico y lo deslinda en caso de duda. Si el dictamen histopatológico es negativo y el criterio clínico incierto o inseguro, debe repetirse la biopsia, pues por varios motivos puede haber error en la interpretación microscópica o en la obtención y preparación del producto patológico a examinar. En el caso de los nevos pigmentarios la aserveración de iniciación de transformación maligna es principalmente clínica. Hay que recordar siempre los tres signos indicativos de Darier: crecimiento del nevo, molestias en forma de picazón o ardor a su nivel y presencia de una aréola congestiva en su base.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con la sífilis primaria y terciaria. La confusión con una po dermatitis vegetante, fácil clínicamente, puede conducir a la amputación de una extremidad que con toques de agua de Alibour se hubiera conservado. En la lengua puede confundirse con la úlcera dentaria que la ablación del diente mortificante curará. Si no sobreviene la curación a breve plazo hay que



Fig. 4 - Ulcus rodens



Fig. 5 - Epitelioma basocelular terefrante



Fig. 6 - Epitelioma vegetante espinocelular



Fig. 7 - Melanoma

sospechar la degeneración epiteliomatosa. Lo mismo puede ocurrir ante un terciarismo lingual, sobre el que se implanta con mucha frecuencia el epiteliooma. En todos los casos, dudosos o no, es de rigor practicar la biopsia.

Tratamiento

Al médico práctico lo que más interesa es, quizás, lo que no debe hacer. De lo que debe hacerse, sentado ya el diagnóstico, cuidará el especialista.

1. — No debe hacerse :

a) Terapéutica irritante, y por lo tanto estimulante, con el empleo del cauterio, uso de cáusticos químicos o raspados intempestivos.

b) Dejar el enfermo en observación.

c) Ensayar tratamientos de prueba. El antilúético puede dar resultados engañosos, pues puede mejorar la lesión por tratarse de un epiteliooma al que la sífilis le sirve de lecho o por suprimir una infección sobreañadida, especialmente si es fusospirilar.

d) El empleo del yoduro potásico es contraproducente, pues el potasio es un metal débilmente radioactivo. Es necesario saber que las radiaciones a dosis excesivas son letales para todos los elementos vivos, normales y patológicos; a dosis electiva destruyen tan sólo los tejidos más sensibles; a dosis inhibitoria, retardan el poder reproductivo y a dosis débil estimulan la proliferación celular. Este es el caso del yoduro potásico.

2. — Tratamiento local :

a) *Quimioterapia*. — Es a base principalmente de arsenicales. Había sido muy usada la pasta de Hodara y la solución de Czernic-Truniceck a base de anhídrido arsenioso. Actualmente tan sólo pueden tener una indicación en el tratamiento de los menaloepiteliomas, especialmente de las extremidades. Los preparados arsenicales todavía están en boga en el arsenal terapéutico que usan los curanderos.

b) *Tratamiento quirúrgico*. — Habíamos dicho que los medios quirúrgicos se habían abandonado en el tratamiento de los epitelioomas cutáneos: «procesos que han muerto para la cirugía» (PEYRÍ-CASTELLS). Este concepto actualmente está totalmente cambiado. La electrocirugía en manos expertas consigue espléndidos resultados y casi milagrosos en casos desahuciados a todo procedimiento radioactivo. (Véase lección del Dr. TRIAS BERTRÁN.)

c) *Métodos físicos* :

a) *La electrolisis negativa*. — Está indicada en el tratamiento del queratoma senil y especialmente del epiteliooma melánico. Obra a manera de ventosa debido a la dirección de la corriente que va del electrodo indiferente al electrodo activo. Se produce una escara alcalina y blanda que tarda un mes en eliminarse. Es el tratamiento de elección en el cáncer melánico y superior a la misma electrocoagulación.

b) *La electrocoagulación* permite destruir definitivamente algunos epitelioomas basocelulares sin necesidad de recurrir a las radiaciones. Combinado con el bisturí eléctrico (electrocirugía) puede resolver, como ya hemos dicho, casos en que el proceso destructivo e invasor era tan avanzado que era imposible someterlos a los tratamientos radioactivos y quirúrgicos corrientes.

c) Las radiaciones se emplean en forma de rayos X y radium. Se utilizan placas con sales de radium o agujas y tubos con sales o emanación de radium.

En las aplicaciones de las radiaciones se plantean dos problemas que procuraremos resumir. En qué casos hay que irradiar las regiones ganglionares y linfáticas vecinas, y qué es conveniente irradiar primero, el tumor inicial o la región ganglionar, o ambas a la vez. Creemos que éstas deben irradiarse siempre, tanto si están clínicamente invadidas como si no, en los casos de epitelioomas prácticamente siempre metastizantes (véase pronóstico), o sean los de la lengua, piel y mucosas de las regiones genitales en ambos sexos y el epiteliooma profundo desde un principio. También en otras localizaciones que la experiencia lo indica. Por ejemplo, epitelioomas de origen traumático, epitelioomas de rápida evolución. En otras localizaciones depende de cada caso el criterio a seguir.

¿Qué debe irradiarse primero: el tumor inicial o las regiones ganglionares y

linfáticas circunvecinas, o ambas a la vez? Depende también de la topografía. En los epitelomas de lengua debe siempre comenzarse por la irradiación cervical por dos razones. La primera, porque se inicia la irradiación por la lengua, llegan a las regiones linfáticas y ganglionares circunvecinas dosis débiles de radiaciones que estimulan, como ya dijimos, la proliferación celular; la segunda, porque al finalizar la irradiación cervical el epiteloma lingual ha mejorado considerablemente, incluso en algunos casos de epiteloma muy radiosensibles da la impresión de curación, que es el momento que debe aprovecharse para proceder a la radium-puntura. En el labio, cuando se crea indicada la irradiación de la región cervical, es de aconsejar el mismo procedimiento. En otras regiones depende de cada caso y del criterio del radiólogo.