

# 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](mailto:revistaorl@revistaorl.com)  
web: [www.revistaorl.com](http://www.revistaorl.com)

## Caso clínico

### **Carcinoma fusocelular de orofaringe: una variante poco frecuente de carcinoma epidermoide**

Spindle cell carcinoma of the oropharynx: a rare variant of squamous cell carcinoma

Rebeca de la Fuente-Cañibano(1), Miguel Ángel Alañón-Fernández(1), Cristina María Murillo-Lázaro(2), Manuel Ruiz-González (1), Jorge Crespo del Hierro (1), Manuel Morales-Puebla (1), Eduardo García del Castillo (1) y Juan Crespo-Serrano (1).

*Hospital General Universitario de Ciudad Real. (1). Servicio de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial. (2.) Servicio de Anatomía Patológica*  
[rbkfue@yahoo.es](mailto:rbkfue@yahoo.es)

Recibido: 23/10/2012

Aceptado: 24/11/2012

Publicado: 10/12/2012

**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:

Fuente-Cañibano R, Alañón-Fernández MA, Murillo-Lázaro CR, Ruiz-González M, Crespo-Hierro J, Morales-Puebla M, García-Castillo E, Crespo-Serrano J. Carcinoma fusocelular de orofaringe: una variante poco frecuente de carcinoma epidermoide. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012. 3 (34): 277-282

<b>Resumen</b>	El carcinoma fusocelular es una variedad maligna y poco frecuente del carcinoma de células escamosas. Es una tumoración constituida por una doble proliferación celular: una sarcomatosa de células fusocelulares y otra carcinomatosa de células epiteliales. Aunque puede afectar a cualquier parte del organismo, es más frecuente encontrarla en vías aerodigestivas superiores. Afecta con mayor frecuencia a varones entre la 6ª y 7ª décadas de la vida. Tiene un comportamiento agresivo con tendencia a la recurrencia. El alcohol y tabaco han sido identificados como los factores de riesgo más importantes. Su diagnóstico histológico es complicado y muchas veces es necesario recurrir a técnicas de inmunohistoquímica y al uso del microscopio electrónico. En la actualidad, se le atribuye un origen epitelial.
<b>Palabras clave</b>	carcinoma fusocelular, tabaco, alcohol, inmunohistoquímica
<b>Summary</b>	Spindle cell carcinoma is a malignant and rare squamous cell carcinoma. It's a double examination showed a cell proliferation: a cell sarcomatous spindle cell and a carcinomatous epithelial cells. Although it can affect any part of the body, is found more commonly in the upper aerodigestive tract. It occurs more frequently in males between the 6th and 7th decades of life. Its behavior is aggressive with a tendency to relapse. Alcohol and smoking have been identified as the most important risk factors. The histological diagnosis is difficult and is often necessary to use immunohistochemistry and electron microscopy. At present, it is believed that origin is epithelial.
<b>Keywords</b>	spindle cell carcinoma, smoking, alcohol, immunohistochemistry

### Introducción

El carcinoma fusocelular es una variante maligna y muy poco frecuente del carcinoma epidermoide. Se caracteriza por una proliferación simultánea de células epiteliales malignas y células fusiformes de tipo sarcomatoso, por lo que se considera un tumor bifásico [1-6].

Este tipo de crecimiento ha generado diversas hipótesis sobre su origen y comportamiento, lo que se refleja en la variada terminología utilizada para designarlo: carcinoma fusocelular, pseudosarcoma, carcinosarcoma, carcinoma de células escamosas pseudosarcomatoso, carcinoma sarcomatoso, carcinoma metaplásico, carcinoma fusocelular, carcinoma pleomórfico, carcinoma epidermoide – variedad de células fusiformes [7,8].

En la actualidad se le atribuye un origen epitelial, aunque algunos autores siguen dudando de ello [9].

Puede localizarse en cualquier epitelio corporal, aunque las vías aerodigestivas superiores, laringe y cavidad oral, son su lugar de asiento más frecuente, siendo la piel, el esófago y los senos paranasales localizaciones menos frecuentes [10,11].

### Descripción

Mujer de 82 años cuyo antecedente destacable es amigdalectomía a los 20 años, sin hábitos tóxicos, que presentaba odinodisfagia y sensación de cuerpo extraño faríngeo de un mes de evolución.

A la exploración se comprobó la existencia de una tumoración vegetante con fondo úlcero-necrótico situada en surco amígdalógico derecho de 2 cm de diámetro. Mediante nasofibroscopia visualizamos mínima extensión hacia la hemibase de lengua derecha, que se constató mediante palpación. El tamaño

de la lesión era de 2 cm de diámetro (T1N0M0). En la exploración cervical no se palpaban adenopatías.

Se biopsió la lesión, y el resultado fue carcinoma de células fusocelulares. Se realizó estudio anatomopatológico mediante tinción con hematoxilina-eosina (Fig. 1 y 2).

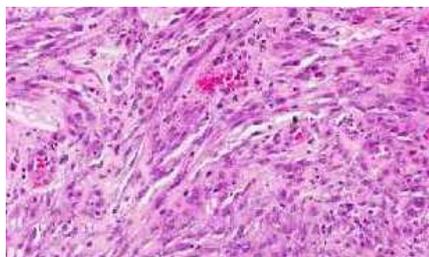


Figura 1 Microscopía: tinción Hematoxilina- Eosina

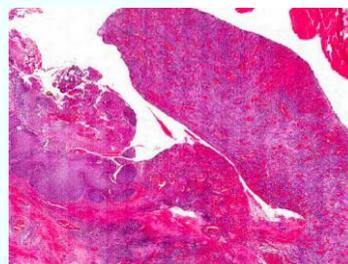


Figura 2 Hematoxilina-Eosina: Pieza de extirpación

Mediante técnicas de inmunohistoquímica se obtuvieron marcadores epiteliales positivos (pancitoqueratinas AE1-AE3 y citoqueratina 18) (Fig.3). Resultaron negativas la actina, la desmina, bcl-2 y CD-99.

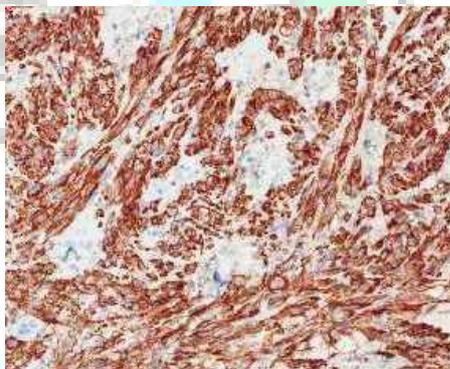


Figura 3: Inmunohistoquímica: AE1 y AE3 +

Se realizó un TAC cérvico-torácico-abdomino-pélvico que descartó metástasis locorreionales y a distancia, que mostraba engrosamiento a nivel de pilar amigdalino y aire en su interior sin que se apreciara relación con la luz faríngea (Fig. 4).

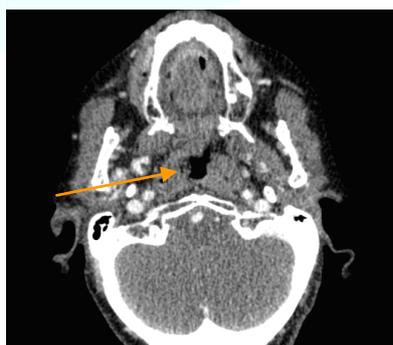


Figura 4 TAC cérvico-facial

Se realizó tratamiento quirúrgico con resección de la lesión (Fig.5) mediante bisturí eléctrico con márgenes amplios y vaciamiento ganglionar funcional derecho. No se administraron tratamientos complementarios.

El resultado anatomopatológico del vaciamiento fue negativo para adenopatías patológicas y los márgenes de resección del tumor estaban libres de tumor.



Figura 5 Tumoración surco amigdalino-glosa

## Discusión

El carcinoma fusocelular es una neoplasia maligna rara, variante del carcinoma epidermoide, que afecta fundamentalmente a varones en relación 10:1 respecto a las mujeres. Son más frecuentes entre la 6ª y 7ª década de la vida. Su localización más frecuente son las vías aerodigestivas superiores [1]. Los factores predisponentes más importantes son el tabaco, el alcohol, la mala higiene oral, las radiaciones y los traumatismos previos [1,2]. Se considera también relevante el hecho de no haber encontrado ningún factor de riesgo. Su diagnóstico histológico es complicado y muchas veces es necesario utilizar técnicas de inmunohistoquímica [3].

Se caracteriza por la proliferación simultánea de dos tipos celulares: células epiteliales (componente minoritario) y células sarcomatosas (componente principal), pudiendo identificarse elementos heterólogos, osteo, condro o rhabdomyosarcomatoso, que parecen estar asociados a radioterapia previa [3,4]. Existen diversos términos para su designación: carcinosarcoma, pseudosarcoma, carcinoma sarcomatoso, carcinoma metaplásico y carcinoma fusocelular.

Los factores pronósticos implicados incluyen la invasión en profundidad del tumor, localización, metástasis ganglionares cervicales, tamaño tumoral, grado de diferenciación, positividad para queratina, estadio y morfología tumoral, invasión vascular y metástasis a distancia [4].

Su forma de presentación habitual es una masa exofítica, ulcerada, de crecimiento rápido, siendo menos frecuente la forma de presentación infiltrante. Su comportamiento es más agresivo cuando se localiza en la cavidad oral [4,5].

Presenta un alto grado de recurrencia local y frecuentemente producen metástasis locoregionales siendo raras las metástasis a distancia. Se recogen una tasa de metástasis linfáticas del 24% -50% según las series. Estas metástasis pueden ser epiteliales, sarcomatosas o mixtas [5,6].

Existen varias teorías sobre su génesis [5,6,7]. La primera, defendida por Lane, cree que se trata de una respuesta benigna a un carcinoma epidermoide

subyacente.

Sherwin, piensa que es una combinación de una reacción benigna reactiva y una variante del carcinoma epidermoide. Minckler apoya la teoría de que se trata de un verdadero sarcoma. Años más tarde, Leventon y Zarbo, consideran que el origen del tumor se encuentra en una célula madre pluripotencial que podría exhibir la diferenciación tanto mesenquimal como epitelial, llegando a exponer que el componente sarcomatoso podía suponer una metaplasia del componente epitelial. Posteriormente Ellis y cols creen que el tumor se origina de una célula epitelial que pierde la expresión de queratina. Slootweg y cols (1989) relacionan la expresión de queratina con el fenotipo celular [7]. Al respecto, observaron que en dos casos de carcinoma epidermoide que recidivaron como carcinomas fusocelulares había una menor expresión de esta proteína, mientras que en un caso de carcinoma fusocelular que recidivó como carcinoma epidermoide había una mayor expresión de la misma. En el año 1996, Thompson demuestra que en ambos tipos celulares existe una alteración común en el gen supresor de tumores p53 y en la ciclina D1 [8,9]. En la actualidad la teoría más aceptada es que el tumor procede de una célula epitelial, que sufre una transición hacia células de tipo mesenquimal [10].

Las células epiteliales expresan citoqueratinas, e-caderina, alfa y beta cateninas y EMA, mientras que en las fusocelulares, expresan vimentina y disminuyen la expresión de citoqueratinas y e-caderinas. La disminución de las e-caderinas, provoca una disminución en la adhesión intercelular y explican el cambio de morfología de epitelial a fusocelular, permitiendo el crecimiento más difuso, justificando así la agresividad y metástasis del tumor [10,11].

Lauwers y cols (1998) encuentran que el componente sarcomatoso presenta áreas más aneuploides que el carcinomatoso, y una mayor actividad biológica midiendo el TPI (Índice de proliferación tumoral) mediante inmunorreactividad [12].

Aunque la tasa de supervivencia y respuesta al tratamiento son todavía controvertidas, el carcinoma fusocelular ha sido descrito como más agresivo que el carcinoma Espinocelular. Ellis y Corio publicaron 59 casos de carcinoma fusocelular con una tasa de supervivencia del 36% [13]. Olsen y colaboradores publicaron 34 pacientes con carcinoma fusocelular de laringe e hipofaringe con una tasa de supervivencia media a los 3 años del 56,8% [7].

El tratamiento de elección es el quirúrgico con escasa respuesta al tratamiento complementario con radioterapia.

## Bibliografía

1. Rizzardi C, Frezzini C, Maglione M, Tirelli G, Melato M. A look at the biology of spindle cell squamous carcinoma of the oral cavity: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 2003;61:264-8.
2. Marioni G, Bottin R, Staffieri A, Altavilla G. Spindle-cell tumours of the larynx: diagnostic pitfalls. A case report and review of the literature. *Acta Otolaryngol* 2003;123:86-90.
3. Guillen DR, Martin HL, Cockerell CJ. Cellular spindle cell proliferations of skin. *Adv Dermatol* 2001;17:339-84.
4. Handra-Luca A, Terris B, Couvelard A, Molas G, Degott C, Flejou JF.

Spindle cell squamous carcinoma of the oesophagus: an analysis of 17 cases, with new immunohistochemical evidence for a clonal origin. *Histopathology* 2001;39:125-32

5. Ansari-Lari MA, Hoque MO, Califano J, Westra WH. Immunohistochemical p53 expression patterns in sarcomatoid carcinomas of the upper respiratory tract. *Am J Surg Pathol* 2002;26:1024-31.

6. Ballo MT, Garden AS, El-Naggar AK, Gillenwater AM, Morrison WH, Goepfert H, Ang KK. Radiation therapy for early stage (T1-T2) sarcomatoid carcinoma of true vocal cords: outcomes and patterns of failure. *Laryngoscope* 1998;108:760-3.

7. Slootweg P, Roholl P, Müller H, Lubsen H. Spindle-cell carcinoma of the oral cavity and larynx. Immunohistochemical aspects. *J Cranio-Max-Fac Surg.* 1989;17:234-6.

8. Olsen KD, Lewis JE, Suman VJ. Spindle cell carcinoma of the larynx and hypopharynx. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997;116:47-52.

9. Ferreras J, Junquera LM, Lopez JS, González M, Villarreal P, Cerrato E. Spindle cell carcinoma of the oral cavity. Report of a case. *Med Oral* 2000;5:47-53.

10. Kriskovich M, Harnsberger H, Haller J. Spindle cell carcinoma of the larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1998;107:436-8.

11. Sigel JE, Skacel M, Bergfeld WF, House NS, Rabkin MS, Goldblum JR. The utility of cytokeratin 5/6 in the recognition of cutaneous spindle cell squamous cell carcinoma. *J Cutan Pathol* 2001;28:520-4.

12. Lauwers G, Grant L, Scott G, Carr N, Sobin L. Spindle cell squamous carcinoma of the esophagus: analysis of ploidy and tumor proliferative activity in a series of 13 cases. *Human Pathology* 1998;29:863-8

13. Ellis GL, Corio RL. Spindle cell carcinoma of the oral cavity. A clinicopathologic assessment of fifty-nine cases. *Oral Surg.* 1980; 50(6): 523-34