



Carcinoma pobremente diferenciado en región esternal: un desafío diagnóstico. Reporte de caso

Jesús Rafael Vitulli Romero ¹. ORCID: 0000-0003-3233-4147

Andrea Cecilia Parra Orta ². ORCID:0009-0000-9923-6424

Marifrancis Bárbara Marcano Mac Gregor ³. ORCID:0009-0004-1116-7671

Sthefanny Victoria Marin García ⁴. ORCID:0009-0005-9281-6289

Camila Luz Zamora Cabrera Zamora Cabrera ⁵. ORCID:0009-0003-2433-470X

¹Especialista en Cirugía General y Laparoscópica. Especialidad en Cirujano Mastólogo, Universidad Central de Venezuela

²Cuarto año de Pregrado, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela

³Cuarto año de Pregrado, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela

⁴Cuarto año de Pregrado, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, Venezuela

⁵Cuarto año de Pregrado, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina - Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 19 de Marzo del 2025 a la Revista Vitae Academia Biomédica Digital.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente femenina de 84 años con una lesión cutánea caracterizada

inicialmente como una placa eritematosa sobreelevada sugestiva de dermatofitosis. Luego de un exhaustivo proceso diagnóstico, se identificó como un carcinoma pobremente diferenciado de grado histológico 3, lo que demuestra la complejidad inherente a las lesiones cutáneas atípicas en esta región anatómica tan poco común. El abordaje diagnóstico implicó una evolución desde una sospecha inicial de dermatofitosis a consideraciones como dermatofibroma y dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP), hasta llegar al diagnóstico definitivo de un carcinoma pobremente diferenciado de alto grado. La evaluación multidisciplinaria fue crucial, incluyendo estudios de imagen avanzados y técnicas de inmunohistoquímica. La positividad para citoqueratina AE1/AE3 y la negatividad para Melan-A confirmaron el origen epitelial del tumor, descartando otras entidades como dermatofibroma y DFSP. El tratamiento consistió en una biopsia excisional con márgenes oncológicos, que reveló una masa infiltrante que se extendía a los planos profundos y alcanzaba la superficie anterior del esternón. Aunque la paciente presentó una recuperación postoperatoria inmediata favorable, la falta de seguimiento limitó la caracterización integral del tumor. Este caso pone de relieve la necesidad de mantener un alto índice de sospecha clínica en presentaciones atípicas y subraya el papel esencial de las técnicas diagnósticas avanzadas y la colaboración interdisciplinaria. También destaca la importancia de refinar los algoritmos diagnósticos y desarrollar terapias específicas para carcinomas poco diferenciados en localizaciones no convencionales.

PALABRAS CLAVE: Lesiones atípicas, Biopsia, Carcinoma, Dermatofibrosarcoma protuberans, Inmunohistoquímica.

DIFFERENTIATED CARCINOMA OF THE STERNAL REGION: A DIAGNOSTIC CHALLENGE. CASE REPORT

SUMMARY

We present the case of an 84-year-old female patient with a skin lesion initially characterized as a raised erythematous plaque suggestive of dermatophytosis. After an exhaustive diagnostic process, it was identified as a histological grade 3 poorly differentiated carcinoma, demonstrating the inherent complexity of atypical skin lesions in this rare anatomical region. The diagnostic approach involved an evolution from an initial suspicion of dermatophytosis to considerations such as dermatofibroma and dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP), until arriving at a definitive diagnosis of high-grade poorly differentiated carcinoma. A multidisciplinary evaluation was crucial, including advanced imaging studies and immunohistochemical techniques. Positive cytokeratin AE1/AE3 and negative Melan-A staining confirmed the tumor's epithelial origin, ruling out other entities such as dermatofibroma and DFSP. Treatment consisted of an excisional biopsy with oncological margins, which revealed an infiltrating mass extending into the deep layers and reaching the anterior surface of the sternum. Although the patient had a favorable immediate postoperative recovery, the lack of follow-up limited comprehensive tumor characterization. This case alleviates the need to maintain a high index of clinical suspicion in atypical presentations and underscores the essential role of advanced diagnostic techniques and interdisciplinary collaboration. It also highlights the importance of refining diagnostic algorithms and developing targeted therapies for poorly differentiated carcinomas in unconventional locations.

KEY WORDS: Atypical Lesions, Biopsy, Carcinoma, Dermatofibrosarcoma protuberans, immunohistochemistry

CARCINOMA POBREMENTE DIFERENCIADO EN REGIÓN ESTERNAL: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO. REPORTE DE CASO

INTRODUCCIÓN

Las lesiones cutáneas ubicadas en la región esternal presentan un desafío clínico, especialmente cuando se manifiestan con presentaciones atípicas o agresivas. La incidencia de los carcinomas indiferenciados ha disminuido aproximadamente a cuatro casos por cada millón de diagnósticos en el último siglo, variando su distribución significativamente según la región anatómica: cabeza y cuello 70 % - 80 %, extremidades superiores 5 % -10 %, extremidades inferiores 5 %. En cuanto a la región esternal, la prevalencia de carcinomas indiferenciados es extremadamente baja, hasta el punto de ser casi nula. Sin embargo, los tumores de la pared torácica a nivel general representan aproximadamente el 5 % de todas las neoplasias torácicas, presentando así un espectro numeroso que abarca desde lesiones benignas hasta malignas altamente agresivas (1).

Es por esto que, debido a la complejidad anatómica de la región esternal y su proximidad con estructuras vitales es sumamente completo tanto el diagnóstico como el manejo terapéutico. En este sentido, resulta fundamental contar con un conocimiento profundo de la anatomía regional y técnicas quirúrgicas de resección (2).

Este caso evidencia la importancia de una metodología sistemática y multidisciplinaria en la evaluación y tratamiento de lesiones esternales complejas, destacando el uso de técnicas avanzadas de inmunohistoquímica para diferenciar lesiones cutáneas atípicas cuando la presentación clínica e histológica es incierta. Asimismo, resalta la necesidad de considerar un amplio espectro diagnóstico, integrando hallazgos clínicos, histopatológicos e inmunohistoquímicos para un diagnóstico preciso y un manejo adecuado (3,4).

En pacientes de edad avanzada, la complejidad diagnóstica se incrementa de forma significativa, La presentación clínica en este grupo etario puede ser atípica, y el diagnóstico diferencial se amplía considerablemente debido a la mayor prevalencia de comorbilidades y a los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Además, la inmunosenescencia y los cambios en la respuesta inflamatoria pueden modificar la expresión tumoral y la respuesta al tratamiento, añadiendo capas adicionales de complejidad al manejo de casos como este (5).

La experiencia derivada de este caso clínico, no solo amplía el conocimiento sobre el diagnóstico y manejo de lesiones torácicas complejas, sino que también resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica frente a cuadros atípicos. Este reporte busca contribuir al entendimiento de las particularidades topográficas anatómicas y clínicas involucradas, además de subrayar la relevancia de un enfoque interdisciplinario que integre un diagnóstico oportuno y estrategias terapéuticas adecuadas, con el objetivo de mejorar los resultados clínicos y avanzar en la consolidación de mejores prácticas en este ámbito.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 84 años de edad, quien desarrolló una lesión esternal de crecimiento progresivo, inicialmente considerada como una posible dermatofitosis, pero cuya evolución clínica llevó a plantear diagnósticos diferenciales tales como dermatofibrosarcoma protuberans

(DFSP) y dermatofibroma. Sin embargo, el diagnóstico final, basado en estudios anatomopatológicos e inmunohistoquímicos, reveló un carcinoma pobremente diferenciado grado histológico 3. El objetivo de publicar este caso es destacar la dificultad diagnóstica de este tipo de lesiones, por sus características y su ubicación sumamente atípica, además de mostrar el conjunto de hechos que provocaron el descarte de cada diagnóstico considerado previamente.

Descripción

Se trata de paciente femenino de 84 años de edad, quien refiere inicio de enfermedad actual en abril de 2023; caracterizado por presentar cambios de coloración rosáceos en región esternal, concomitante aumento de volumen progresivo, motivo por el cual acude a este centro, se evalúa en consulta externa de cirugía general y se decide su ingreso.

Examen físico de ingreso. PA: 128/74 mmHg FC: 71 lpm FR: 22 rpm Sat O₂: 93 % A/A. Peso: 70 kg Talla: 1,62 cm, IMC: 26,717 kg/m². Aparentes condiciones clínicas estables, afebril al tacto, hidratada, eupneica. Se evidencia en región esternal, lesión tipo placa eritematosa, sobreelevada de aproximadamente 6 x 5 cm, de bordes irregulares, sin descarga y centro descamativo (Fig. 1a).

Exámenes complementarios. Ecosonograma mamario: presencia de adenopatías en región axilar izquierda y región supraclavicular izquierda, así como una lesión sospechosa de origen dérmico en región esternal izquierda. Mamografía bilateral: presencia de adenopatías en la prolongación axilar izquierda y calcificaciones benignas en mama bilateral, sin otros hallazgos relevantes.

Se realiza biopsia de la región esternal, que concluye lesión de la piel de la región esternal discretamente circunscrita con fibras colágenas gruesas con disposición desorganizada, células fusiformes de núcleos alargados delgados, citoplasma eosinofílico e histiocitos epitelioides con abundante citoplasma pálido. Se plantearon los diagnósticos diferenciales de dermatofibroma versus dermatofibrosarcoma.

Asimismo, se realizó tomografía axial computarizada de cuello, tórax, abdomen y pelvis, encontrándose adenopatías de probable etiología secundaria en región axilar izquierda y cambios degenerativos del esqueleto regional y ecosonograma de piel y partes blandas de la región esternal, que revela imagen heterogénea, predominantemente hipoeoica, irregular, que se extiende desde planos musculares hasta tegumentos, no vascularizada al efecto doppler color, medidas de 1,8 x 2,1 x 1,0 cm y volumen aproximado de 2,0 cc.

Se plantea exéresis de la lesión con márgenes negativos y posterior evaluación histopatológica e inmunohistoquímica como abordaje diagnóstico y terapéutico.

Se realizó procedimiento quirúrgico siguiendo estrictas medidas de asepsia y antisepsia y colocación de campos estériles, efectuándose una incisión longitudinal de 10 cm siguiendo la cara anterior del esternón (fig. 1b), observándose una lesión pétrea, adherida a planos profundos, que infiltraba el hueso. Tras el lavado de la cavidad con 100 cc de solución fisiológica y la comprobación de hemostasia, se procedió al cierre por planos, subcutáneo con catgut simple 2-0, piel con nylon 3-0. Por último, se realizó la limpieza y cura final. En el posoperatorio evolucionó satisfactoriamente, sin complicaciones, egresa a las 24 horas.



Figura 1a. Lesión en región esternal.



Figura 1b. Exéresis de lesión con márgenes negativos.



Figura 1c. Resultado de biopsia excisional de tejido lesional.

Imágenes originales de los autores

RESULTADOS

El análisis inmunohistoquímico reveló hallazgos que orientaron el posible diagnóstico definitivo. Se observó una marcada positividad para citoqueratina AE1/AE3 en el citoplasma de las células tumorales, lo cual es indicativo de un origen epitelial de la neoplasia. En contraste, la tinción para Melan A resultó negativa, descartando la posibilidad de un melanoma. El estudio anatomopatológico concluyó con el diagnóstico de carcinoma pobremente diferenciado, grado histológico 3. Esta clasificación se fundamenta en la marcada atipia celular y la desorganización estructural observada en los cortes histológicos, características consistentes con un alto grado de malignidad.

Dada la naturaleza pobremente diferenciada del carcinoma y la necesidad de una caracterización más precisa, se procedió a indicar la realización de un panel ampliado de marcadores tumorales séricos e inmunohistoquímicos, ya que se debía obtener un perfil

molecular más completo con información crucial sobre el origen primario del tumor y su potencial comportamiento. Entre los marcadores solicitados se incluyeron el antígeno carcinoembrionario (CEA), el CA 125, y el CA 19-9, esto con el objetivo de refinar el diagnóstico y orientar las decisiones terapéuticas subsecuentes (6).

La paciente no acudió al servicio para el seguimiento programado, lo que imposibilitó la realización de los marcadores tumorales pertinentes tras la obtención de los resultados anatomopatológicos de la biopsia, fundamentales para establecer el diagnóstico definitivo y el pronóstico de la lesión carcinomatosa. Esta falta de adherencia al plan de seguimiento constituye un obstáculo significativo en la continuidad de la atención y en la evaluación precisa de la evolución de la paciente.

DISCUSIÓN

El caso presentado sin duda ejemplifica la complejidad inherente al diagnóstico diferencial en lesiones cutáneas atípicas y agresivas. Como ya fue mencionado, la evaluación inicial contemplaba un espectro de posibilidades diagnósticas, abarcando desde dermatofitosis y dermatofibroma hasta dermatofibrosarcoma protuberans. Estas consideraciones se fundamentan en la presentación clínica de la lesión y su evolución temporal, lo que permitió la exclusión de las hipótesis progresivamente. No obstante, fue el análisis inmunohistoquímico e histopatológico el que resultó determinante para reorientar el diagnóstico hacia un carcinoma pobremente diferenciado.

Consideraciones diagnósticas

Dermatofitosis. Se considera que la dermatofitosis pudo haber sido postulada inicialmente como diagnóstico potencial debido a las manifestaciones cutáneas presentadas, caracterizada por una lesión eritematosa con descamación central, características que podrían sugerir una infección micótica superficial. Ahora bien, a pesar de que estas infecciones son más prevalentes en la población pediátrica y adultos jóvenes, no son infrecuentes en pacientes de edad avanzada, como en el caso presentado. En este grupo etario, la presentación clínica puede ser atípica debido a alteraciones relacionadas con el envejecimiento en la estructura dérmica y la función inmunológica, resultando en lesiones menos inflamatorias y con márgenes menos definidos, lo que hace más complejo el diagnóstico clínico (7).

Además, la dermatofitosis en la región esternal es una manifestación inusual de esta infección fúngica común. Aunque la dermatofitosis afecta a un estimado del 20 % al 25 % de la población mundial, su presentación en el área esternal es excepcionalmente rara. La mayoría de los casos de dermatofitosis se observan en áreas del cuerpo con mayor humedad y calor, como los pies, la ingle o el cuero cabelludo. La región esternal, al estar generalmente cubierta y tener menos exposición a condiciones que favorecen el crecimiento fúngico, presenta una incidencia significativamente menor de esta infección. Es importante destacar que no existen datos epidemiológicos precisos sobre la frecuencia de dermatofitosis esternal, lo que subraya la rareza de esta presentación y la necesidad de más investigación en este campo (7).

Desde la perspectiva histopatológica, la dermatofitosis típicamente exhibe hiperqueratosis y presencia de hifas en el estrato córneo, elementos que pueden ser evidenciados mediante tinciones especiales. En el caso en cuestión, la biopsia no reveló la presencia de hifas ni hallazgos inflamatorios superficiales característicos de una infección fúngica. Sin embargo, factores como el patrón de crecimiento, la localización esternal y la ausencia de características patognomónicas de estas lesiones permitieron descartar este diagnóstico rápidamente (7). Aunque en este caso no fue necesario, es importante mencionar que el tratamiento estándar para la dermatofitosis incluye antifúngicos tópicos como clotrimazol o terbinafina para casos leves y localizados. En infecciones más extensas o resistentes, se pueden emplear antifúngicos sistémicos como itraconazol o terbinafina oral. La elección del tratamiento depende de la extensión, localización y gravedad de la infección, así como de las características del paciente (7).

Dermatofibroma

Luego de la realización del primer análisis anatomopatológico de la lesión, el dermatofibroma se consideró como diagnóstico diferencial. Estas lesiones benignas pueden manifestarse como un nódulo firme, eritematoso o hiperpigmentado. Este diagnóstico es más frecuente en mujeres jóvenes o de mediana edad, y típicamente se localiza en extremidades, particularmente en las regiones crurales, aunque pueden manifestarse en otras zonas. Sin embargo, estas lesiones rara vez se presentan en la región esternal, su ocurrencia es tan infrecuente que no existen estudios epidemiológicos específicos o series de casos que documenten su frecuencia en esta localización (8).

Ahora, en pacientes de edad avanzada, la presentación puede no diferir significativamente de la población general, aunque la percepción y el reporte de síntomas pueden verse influenciados por comorbilidades concomitantes. Histopatológicamente, el dermatofibroma se caracteriza por una proliferación de fibroblastos y miofibroblastos en la dermis, organizados en un patrón estoriforme, con colágeno hialinizado periférico y ocasional presencia de histiocitos espumosos (9).

Sin embargo, las lesiones de dermatofibroma suelen ser de dimensiones reducidas, generalmente inferiores a 2-3 cm. Es por esto, que la extensión, agresividad y el patrón infiltrativo que exhibió la lesión esternal de la paciente, junto con la ausencia de algunas características típicas de estas lesiones y el resultado inmunohistoquímico positivo para citoqueratinas (AE1/AE3) en las células tumorales, permitieron su exclusión como diagnóstico (9).

En cuanto al manejo terapéutico, es importante señalar que los dermatofibromas, siendo lesiones benignas, generalmente no requieren tratamiento. Sin embargo, en casos donde la lesión sea sintomática, estéticamente molesta o exista incertidumbre diagnóstica, se puede realizar una escisión quirúrgica completa. En este caso particular, aunque inicialmente se consideró el dermatofibroma como un posible diagnóstico, la decisión de realizar una exéresis de la lesión con márgenes negativos sirvió tanto como método diagnóstico para descartar esta entidad, como terapéutico en caso de que se hubiera confirmado. Esta aproximación es consistente con las guías de manejo actuales, que recomiendan la biopsia excisional cuando hay necesidad de confirmar el diagnóstico o tratar una lesión sintomática (10).

Dermatofibrosarcomaprotuberans(DFSP).El DFSP constituía un diagnóstico diferencial más plausible debido a las características clínicas de la lesión. El DFSP es una neoplasia maligna fibrohistiocitaria de bajo grado, que típicamente se presenta como una placa o nódulo eritematoso, sobreelevado y firme, con márgenes irregulares y crecimiento lento pero infiltrante hacia los planos profundos (11).

El crecimiento indoloro de la lesión, que se desarrolló durante varios meses, son características de este tipo de neoplasia. No obstante, la rareza de esta entidad (0,8 a 4,5 casos por millón de personas por año) y su predilección por adultos más jóvenes disminuían la probabilidad de este diagnóstico en la paciente (11).Es importante señalar que aunque el DFSP puede ocurrir en varias partes del cuerpo, su presentación esternal es particularmente rara, como lo evidencia la escasez de casos reportados en la literatura médica. La mayoría de los estudios sobre DFSP se centran en su ocurrencia general y manejo, en lugar de su frecuencia específica de localización. Esta falta de datos epidemiológicos específicos para la ubicación esternal sugiere que la incidencia de DFSP en esta área es extremadamente baja, posiblemente representando menos del 1 % de todos los casos de DFSP (11).

Histológicamente, el DFSP se caracteriza por una proliferación de células fusiformes organizadas en un patrón estoriforme, que infiltra la dermis y el tejido celular subcutáneo. Esta neoplasia típicamente expresa positividad para CD34 y negatividad para marcadores epiteliales como citoqueratinas (10). En el caso de la paciente, aunque la descripción clínica de la lesión podría haber sido congruente con un DFSP, la positividad para citoqueratinas y la negatividad para CD34 en el estudio inmunohistoquímico descartaron este diagnóstico. Además, el alto grado histológico (grado 3) y el patrón pobremente diferenciado de las células tumorales no son característicos de un DFSP, que típicamente es de bajo grado (12).

Es importante destacar qué en este caso, la decisión de realizar una exéresis de la lesión con márgenes negativos fue una aproximación diagnóstica y terapéutica apropiada, alineada con los protocolos estándar de manejo para DFSP. Esta intervención permitió obtener una muestra adecuada para el análisis histopatológico e inmunohistoquímico detallado, crucial para diferenciar el DFSP de otras entidades. Aunque finalmente se descartó el diagnóstico de DFSP, la exéresis de la lesión habría sido un paso terapéutico adecuado si se hubiera confirmado este diagnóstico, potencialmente evitando la necesidad de una segunda intervención quirúrgica más extensa (13).

Carcinoma pobremente diferenciado.El diagnóstico final de carcinoma pobremente diferenciado se fundamentó en los hallazgos histopatológicos e inmunohistoquímicos. La presencia de células tumorales pleomórficas con citoplasma positivo para citoqueratinas (AE1/AE3) constituyó un hallazgo crucial para establecer el origen epitelial del tumor, excluyendo efectivamente las neoplasias de tipo mesenquimal como el DFSP y el dermatofibroma. Este marcador es ampliamente utilizado en la identificación de carcinomas, y su positividad en este caso fue congruente con el diagnóstico anatomopatológico final (14).

Este tipo de carcinoma se define por su alto grado de anaplasia y desorganización celular, características que efectivamente se pudieron observar en los cortes histológicos. La presentación clínica como una lesión cutánea atípica en un paciente de edad avanzada es

consistente con un carcinoma pobremente diferenciado con manifestación cutánea. La negatividad para Melan-A, aunque inicialmente utilizada para descartar melanoma, junto con la presentación clínica agresiva y la edad avanzada de la paciente, respaldan el diagnóstico de carcinoma pobremente diferenciado. Es por esto, que se resalta de forma enfática que la utilización de múltiples marcadores inmunohistoquímicos es de suma importancia en una evaluación completa en casos de presentación atípica como este (15).

Además, el grado histológico 3 asignado al carcinoma indica un alto grado de atipia celular y un comportamiento agresivo, lo cual se correlaciona con la presentación clínica de la paciente, incluyendo el rápido crecimiento de la lesión y la consecuente obstrucción de la vía aérea. Sin duda alguna, todos estos factores hacen que los carcinomas pobremente diferenciados representen un desafío diagnóstico y terapéutico significativo debido a su agresividad y potencial metastásico. En el contexto de tumores externos, estos carcinomas son relativamente infrecuentes, constituyendo una pequeña fracción de las neoplasias en esta localización (16).

La distribución anatómica de los carcinomas cutáneos pobremente diferenciados no está bien documentada debido a su rareza. Sin embargo, con base en la información disponible sobre carcinomas cutáneos en general y en los patrones de distribución de otros tipos de cáncer de piel, se puede proporcionar una aproximación de su distribución. Los datos epidemiológicos recientes sobre los patrones de distribución del cáncer de piel revelan que aproximadamente el 70 % - 80 % se presentan en la región de la cabeza y el cuello. Aunque no existen datos específicos para carcinomas pobremente diferenciados, es probable que sigan un patrón similar (17).

El tronco, incluyendo el tórax y la espalda, alberga alrededor del 15-20 % de los casos de cáncer de piel, mientras que las extremidades superiores e inferiores representan aproximadamente el 5-10 % y menos del 5 % de los casos, respectivamente. La región genital, por su parte, presenta menos del 1 % de los casos. Es importante señalar que estos porcentajes son aproximaciones basadas en datos de cánceres de piel más comunes y pueden no reflejar con precisión la distribución exacta de los carcinomas cutáneos pobremente diferenciados (17).

En cuanto a la región esternal, la prevalencia de carcinomas cutáneos indiferenciados es extremadamente baja, hasta el punto de ser casi nula. Esta afirmación se fundamenta en varios factores significativos. En primer lugar, la ausencia de datos específicos en la literatura médica revisada sobre la prevalencia de carcinomas cutáneos pobremente diferenciados en la región esternal sugiere su extrema rareza. Además, la mayoría de los casos de afectación esternal por carcinomas son de naturaleza metastásica, no primaria. Se han documentado casos de metástasis externas provenientes de carcinomas tiroideos, hepáticos, y de otros sitios primarios como mama y melanoma (17).

El tratamiento para el carcinoma pobremente diferenciado es complejo y depende de varios factores. Las opciones de tratamiento para casos avanzados o metastásicos, además de la resección quirúrgica completa, es la quimioterapia basada en platinos (como cisplatino o carboplatino) combinada con radioterapia. No obstante, para pacientes de edad avanzada, es crucial un enfoque multidisciplinario que equilibre el tratamiento agresivo con consideraciones sobre la calidad de vida (18).

Implicaciones terapéuticas. La obtención de un diagnóstico anatomopatológico preciso de carcinoma pobremente diferenciado grado histológico 3 representa un factor clave en la trayectoria terapéutica del paciente. Este diagnóstico, fundamentado en la evaluación histoquímica, sirve como base para la posterior estratificación del riesgo y la planificación del tratamiento. No obstante, es importante resaltar que la caracterización molecular completa del tumor, mediante el análisis de marcadores tumorales específicos, constituye un paso indispensable para la confirmación diagnóstica y la optimización del manejo terapéutico (19).

La integración de los resultados de los marcadores tumorales en el algoritmo diagnóstico no solo puede corroborar el origen y el grado de diferenciación del carcinoma, sino que también proporciona información de vital importancia sobre potenciales opciones terapéuticas y factores pronósticos (19).

En el contexto de pacientes de edad avanzada, como el caso en cuestión, la implementación de un abordaje multidisciplinario se torna indispensable. La elección del régimen terapéutico más adecuado debe fundamentarse en una cuidadosa evaluación de múltiples factores. Entre estos, se destacan la extensión anatómica del tumor, la respuesta anticipada a las diversas modalidades de tratamiento (quirúrgico, quimioterapéutico, radioterápico), y el estado general de salud del paciente. En el escenario de los carcinomas pobremente diferenciados, la agresividad inherente de estas neoplasias a menudo justifica un enfoque terapéutico más intensivo. Sin embargo, en pacientes geriátricos, es vital equilibrar la intensidad del tratamiento con la preservación de la calidad de vida y la funcionalidad (20).

Es importante destacar que, en pacientes de edad avanzada con carcinomas de alto grado, la preservación de la calidad de vida y la funcionalidad puede, en ocasiones, tomar mayor prioridad sobre los objetivos de prolongación de la supervivencia. En este sentido, la integración temprana de cuidados paliativos en el plan de manejo puede ofrecer beneficios significativos, no sólo en términos de control sintomático, sino también en la optimización de la calidad de vida del paciente (20).

CONCLUSIONES

El presente caso clínico pone de manifiesto la importancia crítica de mantener un alto índice de sospecha y adoptar un enfoque diagnóstico sistemático y multidisciplinario ante lesiones cutáneas de presentación atípica, particularmente cuando se localizan en áreas poco frecuentes. La complejidad del caso, inicialmente sugestivo de un dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) o dermatofibroma, pero finalmente identificado como un posible carcinoma pobremente diferenciado, subraya la necesidad de realizar evaluaciones exhaustivas y emplear técnicas diagnósticas avanzadas en la práctica clínica.

El carcinoma pobremente diferenciado se distingue por su falta de diferenciación celular, característica que conlleva un comportamiento más agresivo y un pronóstico menos favorable en comparación con tumores bien diferenciados. Su patogénesis está relacionada con alteraciones genéticas que promueven un crecimiento celular descontrolado, alta actividad

mitótica y la presencia de necrosis tumoral. Estos factores subrayan la complejidad de su manejo y la necesidad de estrategias diagnósticas y terapéuticas específicas.

En el proceso diagnóstico, se consideraron entidades relevantes como el dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) y el dermatofibroma, así como otras neoplasias que podrían afectar la región esternal. Aunque el DFSP es raro, con una incidencia de 0,8 a 4,5 casos por millón de personas anualmente, su importancia radica en la necesidad de diferenciarlo de otras lesiones malignas debido a su comportamiento clínico particular. La aplicación de técnicas inmunohistoquímicas, como la Citoqueratina AE1/AE3, resultó fundamental para confirmar el origen epitelial del tumor, mientras que marcadores como Melan-A fueron decisivos para descartar lesiones melanocíticas y estrechar el diagnóstico diferencial, demostraron ser indispensables para diferenciar carcinomas pobremente diferenciados de otras neoplasias, reafirmando su valor en la práctica clínica contemporánea y la necesidad de emplearlos de manera sistemática en casos complejos.

En cuanto al tratamiento, el manejo del carcinoma pobremente diferenciado en la región esternal requiere de un enfoque multidisciplinario, en la cual la resección quirúrgica con márgenes claros sigue siendo el pilar del tratamiento, y en casos de invasión a la pared torácica, puede ser necesaria la escisión amplia, incluyendo estructuras óseas como el esternón, seguido de reconstrucciones que garanticen la funcionalidad y estabilidad torácica. Por otro lado, las terapias dirigidas han adquirido un papel relevante cuando los métodos tradicionales, como la cirugía o la quimioterapia, no son suficientes. Estas terapias permiten atacar vías moleculares específicas desreguladas en las células tumorales, ofreciendo un enfoque más personalizado y prometedor para el manejo de este tipo de neoplasias.

A partir de los hallazgos y el análisis exhaustivo del caso, se plantean las siguientes recomendaciones para optimizar la práctica clínica y orientar futuras investigaciones:

1. Mejorar los algoritmos diagnósticos para lesiones cutáneas atípicas, especialmente en localizaciones poco comunes como el esternón.
2. Desarrollar marcadores inmunohistoquímicos más específicos que permitan una diferenciación temprana entre carcinomas pobremente diferenciados y otras neoplasias en áreas atípicas.
3. Avanzar en estrategias de diagnóstico temprano, afinando el uso de técnicas de imagen como PET/CT y biomarcadores circulantes, particularmente útiles en lesiones de difícil acceso como las esternales.
4. Investigar y desarrollar terapias dirigidas más eficaces para el tratamiento de carcinomas pobremente diferenciados en localizaciones atípicas, priorizando la preservación de la función y la integridad estructural de la región torácica.
5. Profundizar en el estudio de los factores que influyen en la presentación y comportamiento de estos tumores, con el objetivo de optimizar su manejo y mejorar los resultados clínicos.

Es imperativo subrayar la excepcional rareza de los diagnósticos considerados en este caso, particularmente en la región esternal. Mientras que condiciones como el dermatofibroma y el dermatofibrosarcoma protuberans son infrecuentes en esta localización, el carcinoma pobremente diferenciado en el esternón representa un hallazgo extraordinariamente raro. Esta rareza excepcional amplifica significativamente la complejidad del diagnóstico y subraya la crucial importancia de la publicación de este artículo. La documentación y difusión de casos tan inusuales como este son fundamentales para aumentar la conciencia y mejorar las estrategias

diagnósticas y terapéuticas, además de contribuir al cuerpo de conocimiento sobre neoplasias en localizaciones atípicas. Es necesario hacer especial énfasis en la importancia de mantener un enfoque multidisciplinario para casos como este, el uso de técnicas diagnósticas avanzadas y también la necesidad de una investigación continua para mejorar el manejo de patologías complejas. La experiencia adquirida en este caso servirá como base para futuros estudios y mejoras en la práctica clínica, con el objetivo final de mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes afectados por estas condiciones en localizaciones desafiantes.

REFERENCIAS

1. Benesch MGK, O'Brien SBL. Epidemiology of Undifferentiated Carcinomas. *Cancers* (Basel). 2022 Nov 25;14(23):5819. DOI: 10.3390/cancers14235819.
2. Bajaj T, Aboeed A. Tumores de la pared torácica. *StatPearls* [Internet]. 2025[12 diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539908/>
3. Fuertes L, Santonja C, Kutzner H, Requena L. Inmunohistoquímica en dermatopatología: una revisión de los anticuerpos más utilizados (parte II). *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2013 [citado el 5 de enero de 2025]; 104(3):181–203. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/en-immunohistochemistry-in-dermatopathology-a-review-articulo-S1578219013000322>.
4. Algarin YA, Pulumati A, Tan J, Zeitouni N. Neoplasias malignas cutáneas en personas de color: una revisión del dermatofibrosarcoma protuberante y el sarcoma de Kaposi. 2024; 13(3):217–25. DOI: [10.1007/s13671-024-00432-0](https://doi.org/10.1007/s13671-024-00432-0).
5. Cáncer metastásico con tratamiento y manejo de sitio primario desconocido. *Medscape* [Internet]. 2023 [citado el 27 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/280505-treatment?form=fpf>.
6. Perkins GL, Slater ED, Sanders GK, Prichard JG. Serum Tumor Markers. *afp* [Internet]. 2003 [citado el 10 de febrero de 2025]; 68(6):1075–82. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2003/0915/p1075.html>.
7. Thomas J, Parthasaradhi A, Bajaj AK, Girdhar M, Ghoshal A, Haq R, et al. Expert consensus on management of dermatophytosis in elderly patients, patients with comorbidities, and immunocompromised status: an Indian perspective. 2020;7(1):141. DOI: 10.18203/issn.2455-4529.
8. Orzan OA, Dorobanțu AM, Gurău CD, Ali S, Mihai MM, Popa LG, Giurcăneanu C, Tudose I, Bălăceanu B. Challenging Patterns of Atypical Dermatofibromas and Promising Diagnostic Tools for Differential Diagnosis of Malignant Lesions. *Diagnostics* (Basel). 2023 Feb 10;13(4):671. DOI: 10.3390/diagnostics13040671.
9. Hardy CSC, Razavi AS, Nunez N, Fitzmaurice W, Dave L, Slutzky AR, et al. Immunohistochemical profiles of dermatofibroma and dermatofibrosarcoma protuberans: A scoping review. 2024. DOI: [10.1101/2024.10.23.24316006](https://doi.org/10.1101/2024.10.23.24316006).
10. Joseph C Pierson, MD. Dermatofibroma treatment & management. *Medscape* [Internet]. 2025 [citado el 9 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/1056742-treatment?form=fpf>.
11. Larbcharoensub N, Kayankarnavee J, Sanpaphant S, Kiranantawat K, Wirojtananugoon C, Sirikulchayanonta V. Clinicopathological features of dermatofibrosarcoma protuberans. *Oncol Lett*. 2016 Jan;11(1):661–667. DOI: 10.3892/ol.2015.3966.

12. Hao, X.; Billings, S.D.; Wu, F.; Stultz, T.W.; Procop, G.W.; Mirkin, G.; Vidimos, A.T. Dermatofibrosarcoma Protuberans: Update on the Diagnosis and Treatment. *J. Clin. Med.* 2020, 9, 1752. DOI: [10.3390/jcm9061752](https://doi.org/10.3390/jcm9061752).
13. Sheidaei, S., Salehi, M., Abedian kenari, F. et al. Dermatofibrosarcoma protuberans challenges: a case series and review of the literature. *J Med Case Reports* 17, 18 (2023). DOI: [10.1186/s13256-022-03728-6](https://doi.org/10.1186/s13256-022-03728-6).
14. Ordóñez NG. The diagnostic utility of immunohistochemistry in distinguishing between epithelioid mesotheliomas and squamous carcinomas of the lung: a comparative study. *Mod Pathol.* 2006 Mar; 19(3):417-28. DOI: 10.1038/modpathol.3800544.
15. Colombo E, Van Lierde C, Zlate A, Jensen A, Gatta G, Didonè F, Licitra LF, Grégoire V, Vander Poorten V, Locati LD. Salivary gland cancers in elderly patients: challenges and therapeutic strategies. *Front Oncol.* 2022 Nov 25; 12:1032471. DOI: 10.3389/fonc.2022.1032471.
16. Bader H, Farraj H, Yamin S, Alshahwan HF, Maghnam J, Khateeb R. Effects of Integrating Palliative Care in Patients With Advanced Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis of Quality of Life and Psychological Outcomes. *Am J Hosp Palliat Care.* 2024 Nov 21; 10499091241297924. DOI: 10.1177/10499091241297924.
17. Dewi IGASM, Sastra IMW, Saputra H, Ekawati NP. Poorly Differentiated Thyroid Carcinoma: A Case Report. *Gac Méd Caracas* 2022; 130:S15-S22. DOI: 10.47307/GMC.2022.130.s1.4.