



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PRESENTA

Lucía Guadalupe Zepeda Montúfar

TERCER SEMESTRE EN LA LICENCIATURA DE MEDICINA HUMANA

TEMA: "Cáncer de piel"

ACTIVIDAD: Resumen

ASIGNATURA: Fisiopatología II

UNIDAD IV

CATEDRÁTICO: Dr. Eduardo Zebadúa Guillén

TUXTLA GUTIÉRREZ; CHIAPAS A 16 DE DICIEMBRE DEL 2020

CARCINOMA BASOCELULAR → Epitelioma basocelular



Definición: Neoplasia que nace de las células basales de la epidermis; es de crecimiento lento y es la forma más frecuente de cáncer de piel y rara vez se extiende por metástasis. El llamado “superficial” consiste clásicamente en placas exfoliativas eritematosas y troncales que poco a poco se agrandan; **puede confundirse con dermatosis inflamatorias benignas, en particular el eccema numular y la psoriasis.**

Etiología

- ✓ Los factores genéticos y ambientales contribuyen al desarrollo del carcinoma basocelular. Exposición prolongada al sol (más frecuente).
- ✓ Quemaduras extensas o la exposición al sol en la infancia.
- ✓ Radiación y/o quemaduras.
- ✓ Tratamiento radiológico previo para el acné.
- ✓ Más frecuente en el área de cabeza y cuello expuestas a la luz solar.
- ✓ Arsénico en agua de pozos o de fuentes industriales.
- ✓ Inmunodepresión inducida por enfermedades o drogas (fármacos).
- ✓ Factores incluyen radiación ionizante, cicatrices de quemaduras térmicas y úlceras crónicas. Algunos cuadros hereditarios terminan por mostrar cáncer de la piel (como albinismo, xeroderma pigmentoso, síndromes de Rombo y de Bazex-Dupré-Christol, y el síndrome de nevo basocelular).

Factor de riesgo

- ✓ Personas con piel clara
- ✓ Personas que presentan pecas
- ✓ Inmunodeficiencia
- ✓ Radioterapia para el acné
- ✓ Edad entre 20 y 30 años + personas de edad avanzada
- ✓ Antecedentes familiares

Fisiopatología: La patogenia es incierta, pero se cree que se origina cuando las células basales no diferenciadas se tornan carcinomatosas, en vez de formar glándulas sudoríparas, sebo y pelo.

Cuadro clínico: suelen ser asintomáticos, pero en lesiones avanzadas se observan úlceras tórpidas que no curan, hemorragia o dolor.

CLASIFICACIÓN DE BCC EN EL CUADRO CLÍNICO

Menos invasores

➤ Carcinoma basocelular superficial

- ✓ Con frecuencia, múltiple; en general, se presenta en tórax y dorso.
- ✓ Placas exfoliativas eritematosas y troncales que poco a poco se agrandan.
- ✓ Placas ovaladas o de forma irregular, ligeramente pigmentadas con bordes filiformes bien definidos, ligeramente elevados:
 - Erosión superficial de apariencia escamosa; pequeñas áreas atróficas en el centro que simulan psoriasis o eccema.
 - Generalmente crónico y es poco probable que invada otras zonas.
 - Puede confundirse con dermatosis inflamatorias benignas, en particular el eccema numular y la psoriasis.

➤ Lesiones noduloulcerativas

- ✓ Nódulo perlino pequeño de crecimiento lento, a menudo con vasos telangiectásicos finos en su superficie
- ✓ Por lo general, se presentan en la cara, sobre todo en la frente, los bordes palpebrales y los pliegues nasolabiales.
- ✓ Lesiones pequeñas lisas, rosadas y pápulas translúcidas con vasos telangiectásicos que cruzan su superficie; a veces pigmentadas.
- ✓ Cuando las lesiones se extienden: centros posiblemente hundidos, bordes firmes y elevados.
- ✓ Eventual invasión local y ulceración o “úlceras por roedor” (rara vez envían metástasis, pero pueden extenderse a áreas vitales e infectarse o causar una hemorragia masiva).

➤ BCC Pigmentado

La presencia ocasional de melanina en tal variedad de BCC nodular puede originar confusión clínica con el melanoma.

Más invasores

➤ Carcinoma basocelular esclerosante (similar a morfea/ fibrótico) y micronodular

- Placas céricas escleróticas, amarillas a blancas; sin bordes definidos. Se presentan en la cabeza y el cuello.
- Surgen como placas solitarias, aplanadas o levemente deprimidas.
- De manera típica, sus bordes son imprecisos, signo que conlleva la posibilidad mayor de una propagación subclínica extensa.

Diagnóstico

La biopsia incisional o excisional y su estudio histopatológico permiten determinar el tipo de tumor. → Confirmación del diagnóstico.

Tratamiento: La modalidad terapéutica que se escoja depende de las características de la neoplasia, edad y estado clínico del enfermo, preferencias del paciente y de otros factores.

- Resección quirúrgica
- Legrado y electrodesecación
- 5-fluorouracilo e imiquimod tópicos
- Resección quirúrgica guiada por microscopia (cirugía de Mohs)
- Radioterapia
- Crioterapia con nitrógeno líquido
- Quimioterapia para lesiones persistentes o recurrentes

Complicaciones

- ✓ Lesiones deformantes

Prevención

- ✓ Evitar la exposición solar entre las 11 y las 15 hrs desde la infancia, así como utilizar bloqueador solar todo el día cada 3 hrs, aún así estando dentro de casa.
- ✓ Utilizar ropa que cubra áreas fotoexpuestas como manga larga, sombreros y lentes oscuros.
- ✓ Evitar utilizar aceites de coco o autobronceadores
- ✓ Autoexploración frente al espejo de pared para revisar cuello, espalda, glúteos y piernas.

CARCINOMA EPIDEMOIDE (ESPINOCELULAR)



Definición: Neoplasia maligna de células epidérmicas, queratinizante. Puede proliferar con rapidez y enviar metástasis. Se presenta en áreas expuestas al sol, pero puede aparecer en otros lugares.

Etiología

- ✓ Sobreexposición a los rayos ultravioleta del sol; Más frecuente en el área de cabeza y cuello expuestas a la luz solar
- ✓ Fumar cigarrillos aumenta el peligro de que en labios o boca.
- ✓ Pueden actuar como cocarcinógenos los virus de papiloma humano y la radiación UV.

- ✓ Personas que han recibido un órgano sólido ya que es proporcional al nivel y la duración de la inmunodepresión y también a la magnitud de la exposición a la luz solar, antes del trasplante y después de él.
- ✓ Lesiones premalignas, como queratosis actínica o leucoplasia
- ✓ Radioterapia
- ✓ Ingesta de herbicidas, medicamentos o ceras que contienen arsénico
- ✓ Irritación e inflamación crónicas de la piel
- ✓ Carcinógenos locales, como alquitrán y petróleo
- ✓ Enfermedades hereditarias, como la xerodermia pigmentosa y el albinismo.

Fisiopatología: El carcinoma espinocelular se origina de las células epidérmicas queratinizantes.

Cuadro clínico

- ✓ Induración e inflamación de una lesión preexistente.
- ✓ Nódulo de crecimiento lento sobre una base firme, indurada; ulceración en un momento dado e invasión de los tejidos subyacentes; ya sea en la piel o el labio inferior, pero puede aparecer en la forma de una pápula verrugosa o una placa. Pocas veces se advierten telangiectasias superpuestas.
- ✓ Metástasis a los ganglios linfáticos regionales: síntomas sistémicos característicos de dolor, malestar general, fatiga, debilidad y anorexia.
- ✓ Los bordes del tumor son poco precisos y a veces hay fijación a estructuras subyacentes.
- ✓ El SCC cutáneo puede aparecer en cualquier sitio del cuerpo, pero por lo común lo hace en la piel dañada por la luz solar.

Descartar

- ❖ **Queratoacantoma:** Neoplasia que surge, en forma típica, a manera de una pápula cupuliforme con un cráter queratótico central, se expande a muy breve plazo y suele mostrar regresión sin tratamiento.

Maneras precancerosas

- a) El cuadro inicial de las queratosis y las queilitis actínicas, que son formas precancerosas de SCC, incluye pápulas hiperqueratóticas en zonas expuestas a la luz solar.
- b) El cuadro inicial de la enfermedad de Bowen, que es la forma in situ de SCC, es el de una placa eritematosa exfoliativa.
- c) El tratamiento de las lesiones precancerosas e in situ aminora el riesgo de enfermedad invasora ulterior.

Diagnóstico

- ✓ La biopsia excisional permite determinar el tipo de tumor.
- ✓ Datos clínicos del carcinoma espinocelular cutáneo dependen del tipo de lesión y su ubicación.

Tratamiento

- ✓ Resección quirúrgica
- ✓ Legrado y electrodesecación
- ✓ Radioterapia
- ✓ Quimioterapia

Evolución: Depende de las características intrínsecas de dicho tumor y de las del hospedador. Los tumores que nacen en la piel dañada por la luz solar tienen un menor potencial metastásico que las que surgen en superficies protegidas. El SCC de la piel envía metástasis en 0.3 a 5.2% de los individuos, más a menudo a ganglios linfáticos regionales. Los tumores que aparecen en el labio inferior o el oído tienen capacidad metastásica de 13 y 11%, respectivamente. La capacidad metastásica de SCC que nace en cicatrices, úlceras crónicas y superficies de genitales o mucosas es mayor. El índice global de metástasis en el caso de tumores recidivantes puede llegar a 30%. A menudo muestran un comportamiento devastador los grandes tumores profundos indiferenciados con invasión perineural o linfática. Los tumores múltiples con un comportamiento de proliferación rápida y malignidad pueden constituir un problema terapéutico difícil en sujetos con función inmunitaria deficiente

MELANOMA MALIGNO



Definición: Neoplasia maligna que surge de los melanocitos. Se presenta como una neoformación plana o exofítica por lo regular pigmentada, curable en etapas iniciales, a diferencia de otros es un tumor que muestra una marcada tendencia a producir metástasis linfáticas o hematógenas.

Los cuatro tipos de melanomas son:

- Diseminación superficial
- Nodular maligno
- Lentigo maligno
- Lentiginoso acral.

Etiología

- ✓ Exposición excesiva a la luz solar.

Posibles factores que contribuyen

- ✓ **Tipo de piel:** más frecuente en personas con cabello rubio o pelirrojos, piel clara y ojos azules, propensas a las quemaduras solares y quienes tienen ancestros celtas o escandinavos; es raro entre las personas de ascendencia africana.
- ✓ **Factores hormonales:** la proliferación posiblemente se agrave por el embarazo.
- ✓ **Antecedentes familiares:** un poco más frecuente dentro de las familias.
- ✓ **Antecedentes de melanoma**

Factor de riesgo

- > Nevos corporales totales (cuanto mayor sea su número, mayor será el riesgo)
- > Antecedente familiar o personal
- > Nevos displásicos
- > Color blanco de la piel/cabello rojo/ojos claros
- > Poca capacidad para soportar el bronceado
- > Pecas
- > Exposición a rayo UV/quemaduras por luz solar/cabinas de bronceado
- > Mutación de CDKN2
- > Variantes de MC1R

Fisiopatología: El melanoma maligno surge de los melanocitos, las células productoras de pigmento de la piel. Hasta un 70% de los pacientes con melanoma tienen un nevo preexistente (lunar) en el sitio del tumor.

El melanoma se disemina a través de los sistemas linfático y vascular y se extiende por metástasis a los ganglios linfáticos regionales, piel, hígado, pulmones y sistema nervioso central. Su evolución es impredecible y tal vez no aparezcan recurrencias y metástasis hasta más de 5 años después de la resección de la lesión primaria. El pronóstico varía según el grosor del tumor. En general, las lesiones superficiales son curables, mientras que las más profundas tienden a extenderse por metástasis.

Clasificación del cuadro clínico

Los que se presentan a continuación se caracterizan por ser una lesión que pasa por un periodo de proliferación superficial (llamado también radial) en la cual aumenta de tamaño, pero no penetra en plano profundo. En ese periodo precisamente hay mayor posibilidad de curar la neoplasia por extirpación quirúrgica

→ Melanoma (si hay alguna lesión o nevo cutáneos)

- ✓ Aumenta de tamaño, se inflama o causa dolor, produce prurito, se ulcera, sangra o presenta cambios de textura.
- ✓ Cambia de color o muestra signos de regresión del pigmento circundante (nevo de Sutton o vitiligo).

→ Melanoma superficial en diseminación

- ✓ Se presenta en un área de irritación crónica.

- ✓ En las mujeres, es más frecuente entre las rodillas y los tobillos; en individuos de la población negra y asiática, en pliegues interdigitales y la planta del pie, zonas ligeramente pigmentadas sujetas a traumatismos.
- ✓ De color rojo, blanco y azul sobre un fondo marrón o negro y un margen irregular, con muescas.
- ✓ Superficie irregular con nódulos tumorales pequeños elevados que pueden ulcerarse y sangrar.

→ Melanoma lentigo maligno

- ✓ Se asemeja a una gran peca plana (3-6 cm) de color bronceado, marrón, negro, blanquecino o pizarra.
- ✓ Nódulos negros irregularmente dispersos en la superficie.
- ✓ Evoluciona lentamente, por lo general, durante muchos años y en un momento dado puede ulcerarse.
- ✓ Con frecuencia se desarrolla bajo una uña, en la cara o el dorso de la mano.

→ Melanoma nodular

- ✓ Por lo general, un nódulo polipoide con coloración uniformemente oscura o grisácea (se asemeja a una zarzamora).
- ✓ De vez en cuando, de color carne con motas de pigmento alrededor de su base; posiblemente inflamado.
- ✓ El melanoma nodular no tiene una fase identificable de proliferación radial y suele aparecer como una lesión con invasión profunda, que desde el principio envía metástasis. Cuando los tumores comienzan a penetrar en planos profundos de la piel, pasan por la llamada fase de crecimiento vertical.

Tipo	Sitio	Edad promedio en años, en que se hace el diagnóstico	Duración de la existencia reconocida, en años	Color
Lentigo maligno	Superficies expuestas a la luz solar, en particular la región malar de la cara y la sien	70	5 a 20 o más*	En zonas planas predominan tonos de pardo y bronceado, aunque a veces hay zonas grises blanquecinas; en los nódulos el color es pardo rojizo, gris azulado o negro azulado
Melanoma de extensión superficial	Cualquier sitio (más común en la zona superior del dorso, y en las mujeres, las piernas)	40-50	1-7	Tonos de pardo mezclados con rojo azulado (violáceo); negro azulado; pardo rojizo y a menudo rosa blanquecino y el borde de la lesión es visible, cuando menos en parte o hay elevación palpable (o tiene ambas características)
Melanoma nodular	Cualquiera	40-50	Meses <5 años	Azul rojizo (violeta) o negro azulado; el color puede ser uniforme o mezclado con pardo o negro
Melanoma lentiginoso acral	Palmas y plantas, lecho ungueal y membranas mucosas	60	1-10	En zonas planas predomina el pardo oscuro; en las placas y zonas elevadas predomina el negro-pardo o el negro-azulado

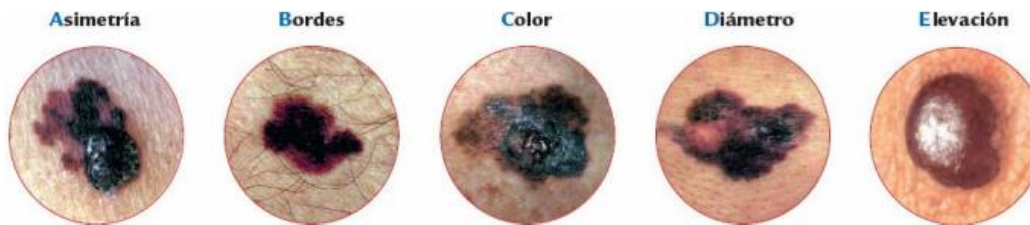
Diagnóstico

- ✓ Las biopsias excisional y en sacabocados de grosor total con estudio histopatológico permiten precisar el grosor del tumor y la etapa de la enfermedad.
- ✓ El hemograma con diferencial revela anemia.

- ✓ Otros análisis de sangre muestran una velocidad de sedimentación globular elevada y un recuento de plaquetas y pruebas de función hepática anómalas.
- ✓ La radiografía de tórax ayuda a la clasificación por etapas.
- ✓ La tomografía computarizada de abdomen, pelvis y cuello, la resonancia magnética de ojos y cerebro, y la gammagrafía ósea permiten detectar metástasis.

Criterios para el diagnóstico clínico de melanoma

- A → Asimetría** (las lesiones benignas por lo común son SIMÉTRICAS)
- B → Bordes irregulares** (Muchos nevos tienen bordes nítidos)
- C → Color heterogéneo**, más de un color (moteado, café, negro, gris y blanco)
- D → Diámetro mayor a 6mm** (el tamaño del borrador de un lápiz).
- E → Evolución/ elevada o creciente** (aparición de nuevos signos como hemorragia, prurito y costra).



Diagnóstico diferencial

Los factores son útiles para diferenciar los nevos benignos y las masas atípicas:

1. **Tamaño:** los nevos benignos por lo común tienen <6 mm de diámetro, en tanto que las masas atípicas tienen un tamaño mayor
2. **Forma:** los nevos benignos son redondos, con bordes nítidos, y pueden ser planos o sobresalientes; las masas atípicas por lo regular tienen bordes irregulares, y el pigmento es más claro en el borde.
3. **Color:** los nevos benignos tienen un color pardo o bronceado uniforme y las masas atípicas pueden presentar mezclas variables de colores pardo, bronceado, negro y rojizo, y son diferentes unas de otras.
4. **Sitio:** los nevos benignos suelen aparecer en zonas cutáneas expuestas al sol por arriba de la cintura, y rara vez abarcan la piel cabelluda, las mamas o los glúteos; las masas atípicas por lo regular surgen en la piel expuesta al sol, más frecuentemente en el dorso, pero pueden afectar la piel cabelluda, las mamas y los glúteos.
5. **Número:** los nevos benignos aparecen en 85% de los adultos, con 10 a 40 masas dispersas en el cuerpo; los nevos atípicos surgen por centenas.

Tratamiento

Resección quirúrgica para extirpar el tumor

Linfadenectomía regional

Bioterapia y quimioterapia adyuvantes

Radioterapia

Complicaciones: Metástasis a los pulmones, cerebro e hígado.

Prevención

- ¡Póngase una camisa!
- ¡Úntese bloqueador solar!
- ¡Colóquese un sombrero!
- ¡Cúbrase con lentes de sol para proteger los ojos y la piel sensible alrededor de éstos!