

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MATERIA:

FISIOPATOLOGÍA

UNIDAD A EVALUAR:

UNIDAD 4

TEMA DEL TRABAJO:

CANCER DE PIEL

NOMBRE DEL DOCENTE:

DR. EDUARDO ZEBADUA GUILLEN

NOMBRE DE LA ALUMNA:

JALIXA RUIZ DE LA CRUZ

CANCER DE PIEL.

Hay varios tipos de cáncer de piel. El cáncer de piel que se forma en los melanocitos (células de la piel que producen pigmento) se llama melanoma. El cáncer de piel que se forma en la parte interior de la epidermis (la capa más externa de la piel) se llama carcinoma de células basales. El cáncer de piel que se forma en las células escamosas (células planas que forman la superficie de la piel) se llama carcinoma de células escamosas. El cáncer de piel que se forma en las células neuroendocrinas (células que liberan hormonas en respuesta a una señal del sistema nervioso) se llama carcinoma neuroendocrino de la piel. La mayoría de los cánceres de la piel se forman en las partes del cuerpo expuestas al sol de las personas de edad avanzada o en personas con un sistema inmunitario debilitado.

CARCINOMA BASOCELULAR.

Hay varios tipos de cáncer de piel. El cáncer de piel que se forma en los melanocitos (células de la piel que producen pigmento) se llama melanoma. El cáncer de piel que se forma en la parte interior de la epidermis (la capa más externa de la piel) se llama carcinoma de células basales. El cáncer de piel que se forma en las células escamosas (células planas que forman la superficie de la piel) se llama carcinoma de células escamosas. El cáncer de piel que se forma en las células neuroendocrinas (células que liberan hormonas en respuesta a una señal del sistema nervioso) se llama carcinoma neuroendocrino de la piel. La mayoría de los cánceres de la piel se forman en las partes del cuerpo expuestas al sol de las personas de edad avanzada o en personas con un sistema inmunitario debilitado.

Hay varios tipos de cáncer de piel. El cáncer de piel que se forma en los melanocitos (células de la piel que producen pigmento) se llama melanoma. El cáncer de piel que se forma en la parte interior de la epidermis (la capa más externa de la piel) se llama carcinoma de células basales. El cáncer de piel que se forma en las células escamosas (células planas que forman la superficie de la piel) se llama carcinoma de células escamosas. El cáncer de piel que se forma en las células

neuroendocrinas (células que liberan hormonas en respuesta a una señal del sistema nervioso) se llama carcinoma neuroendocrino de la piel. La mayoría de los cánceres de la piel se forman en las partes del cuerpo expuestas al sol de las personas de edad avanzada o en personas con un sistema inmunitario debilitado.

Las manifestaciones clínicas y el comportamiento biológico de los carcinomas basocelulares son muy variables. Los tipos más comunes son;

- Nodular (alrededor del 60% de los carcinomas basocelulares) estos tipos son nódulos pequeños firmes, brillantes y casi traslúcidos a rosados con telangiectasias, en general en la cara. Las úlceras y las costras son comunes.
- Superficiales (alrededor del 30%): estos tipos son pápulas o placas rojas o rosadas, delgadas, de límites netos, en forma habitual en el tronco, que son difíciles de distinguir de la psoriasis o la dermatitis localizada.
- Morfeiforma (5 a 10%): estos tipos son placas planas, cicatrizadas e induradas que pueden ser de color carne o rojo claro y tienen bordes indefinidos.
- Otros tipos son posibles. Los carcinomas basocelulares nodulares y superficiales pueden producir pigmento (a veces denominados carcinomas basocelulares pigmentados).

El carcinoma basocelular se origina a partir de células madre indiferenciadas y pluripotentes de la capa basal epidérmica y folículos pilosebáceos. En su origen intervienen factores extrínsecos (factores medioambientales) e intrínsecos (factores del huésped o genéticos). La radiación ultravioleta acumulada juega un papel etiopatogénico fundamental. También se consideran factores extrínsecos las radiaciones ionizantes, los agentes químicos (hidrocarburos policíclicos aromáticos, clorofenoles y arsénico). Como factores intrínsecos intervienen síndromes genéticos asociados a sensibilidad a ultravioleta así como el xeroderma pigmentosum, el síndrome de Bazex-DupréChristol, albinismo y síndrome de

Gorlin. Las formas infiltrantes se relacionan con aumento del número de filamentos de actina y DNA tetraploide, colágenas tipo IV, disminución de la producción de amiloide, aumento de la producción de los glucosaminoglicanos fibroblásticos y aumento de la adherencia de las células tumorales a los fibroblastos. Es posible que la expresión de las integrinas alfa-1 y beta-2 se relacionen con el crecimiento tumoral. El síndrome del nevus basocelular o síndrome de Gorlin es de herencia autonómica dominante y el gen responsable localiza en el brazo largo del cromosoma 9 y se le conoce con el nombre de "patched". El diagnóstico del carcinoma basocelular se basa en biopsia y examen histológico. El tratamiento de elección de cualquier forma de carcinoma basocelular es la resección quirúrgica. También se emplea la electrocoagulación, la radioterapia, la crioterapia, el láser, los inmunomoduladores y la quimioterapia local.

CARCINOMA EPIDERMOIDE.

El carcinoma epidermoide es un tumor maligno de las células queratinizantes de la epidermis y sus anexos afecta a la piel y a las mucosas que tienen epitelio escamoso estratificado y capacidad de queratinizar. Es el segundo tumor maligno más frecuente en dermatología y dermatopatología.

Las quemaduras por el sol en la adultez también son un factor de riesgo. Antecedentes personales de lesiones cutáneas precancerosas. Tener una lesión cutánea precancerosa, como queratosis actínica o enfermedad de Bowen, aumenta el riesgo de padecer carcinoma de células escamosas de la piel. La apariencia clínica es muy variable, pero las lesiones que no se curan en zonas expuestas a la radiación solar pueden ser sospechosas. El tumor puede comenzar como una pápula o una placa de color rojo, con una superficie descamada o costrosa y puede volverse nodular o hiperqueratósica, a veces con una superficie verrugosa. En algunos casos, la mayor parte del volumen de la lesión puede yacer por debajo de la piel circundante. Eventualmente, el tumor se ulcera e invade el tejido subyacente.

Respecto a su fisiopatología, existen múltiples factores que confluyen y coinciden para iniciar el proceso carcinogénico pleno, como: la radiación ultravioleta con su capacidad para generar mutaciones específicas en el ADN y especies reactivas de oxígeno, las alteraciones en la regulación de la proteína p53, las anomalías en la función del gen RAS, el papel fundamental de las propiedades oncogénicas del virus del papiloma humano, la inmunosupresión y la acción de los carcinogénicos físicos y químicos, los trastornos inflamatorios y reparativos crónicos en la piel, la angiogénesis tumoral y sus moléculas reguladoras, así como la expresión alterada del receptor para el factor de crecimiento epidérmico. Estos puntos clave se revisan en este texto. Palabras clave: carcinoma epidermoide, mutaciones, proteína p53, angiogénesis tumoral, inmunosupresión.

Para su diagnóstico la biopsia es fundamental. El diagnóstico diferencial varía en función de la apariencia de la lesión. Las úlceras que no cicatrizan deben diferenciarse del pioderma gangrenoso y las úlceras por estasis venosa. Las lesiones nodulares e hiperqueratóticas deben diferenciarse de los queratoacantomas (probablemente carcinomas epidermoides) y de la verruga vulgar. Las placas escamosas deben ser diferenciadas del carcinoma basocelular, la queratosis actínica, la verruga vulgar, la queratosis seborreica, la psoriasis y la dermatitis numular (eccema numular).

El tratamiento del carcinoma espinocelular es similar al del carcinoma basocelular e incluye el curetaje y la electrodesecación, resección quirúrgica, criocirugía, quimioterapia tópica (imiquimod o 5-fluorouracilo) y terapia fotodinámica o, en ocasiones, radioterapia. El tratamiento y el seguimiento deben ser controlados en forma estrecha debido al mayor riesgo de metástasis en comparación con un carcinoma basocelular.

MELANOMA MALIGNO.

El melanoma es un tumor maligno originado en los melanocitos. Representa sólo 4% de todos los tumores malignos de la piel pero es responsable,

aproximadamente, de 80% de todas las muertes por cáncer de la piel. En las últimas décadas, su incidencia ha aumentado considerablemente en el mundo, y se ha convertido en un problema de salud pública. La identificación de los factores de riesgo para el desarrollo de melanoma es fundamental y permite optimizar la prevención primaria y el reconocimiento precoz. Se pueden dividir en factores del individuo, factores genéticos y factores ambientales.

Los cambios en el tamaño, la forma, el color o la textura de un lunar, muchas veces, son los primeros signos de advertencia de melanoma. Estos cambios se pueden producir en un lunar existente, o el melanoma puede aparecer en forma de lunar nuevo o de aspecto inusual. La regla "ABCDE" es útil para recordar en los signos de advertencia de melanoma:

- Asimetría. La forma de la mitad del lunar no coincide con la otra mitad.
- Borde. Los bordes son irregulares, dentados, desiguales, o borrosos.
- Color. Pueden tener tonos de negro, marrón, y tostado. También se pueden ver zonas blancas, grises, rojas, o azules.
- Diámetro. El diámetro suele ser mayor a 6 milímetros (mm) o haber crecido de tamaño; esto es 1/4 de una pulgada, aproximadamente el tamaño de la goma de un lápiz. El melanoma puede ser más chico cuando se lo detecta por primera vez.
- Evolución. El lunar fue cambiando de tamaño, forma, color, o aspecto, o está creciendo en un área de la piel que era normal. Además, cuando se desarrolla un melanoma en un lunar existente, la textura del lunar puede cambiar y se puede endurecer o abultar. Si bien es posible que la lesión cutánea se sienta diferente y produzca picazón, supuración o sangrado, una lesión cutánea de melanoma, por lo general, no causa dolor.

Fisiopatología Especialmente se han identificado dos genes cuyas mutaciones confieren un riesgo del 60% al 90% de presentar melanoma cutáneo maligno en algún momento de la vida. Estas mutaciones son en los genes CDKN2A (p16) y CDK4. El melanoma es el resultado de mutaciones acumuladas en el genoma del

melanocito. Estas mutaciones le confieren gradualmente a la célula su proliferación desregulada y posteriormente sus características de evasión de la respuesta inmune, invasión y metástasis. Las alteraciones genéticas iniciales que conducirán a un melanoma maligno son alteraciones del ciclo celular normal del melanocito, que lo lleva a proliferación desmesurada. Esta fase inicial de diagnóstico se debe completar con una exploración física completa para detectar otros posibles melanomas acompañantes, evidencia de diseminación cutánea ganglionar regional o sistémica, así como una cuidadosa exploración neurológica. En el 90% de los pacientes que consultan por melanoma no se encuentran adenopatías palpables regionales con evidencias clínicas de enfermedad diseminada. La biopsia, mediante el rasurado con aguja o curetaje, está especialmente contraindicada ante la sospecha de un melanoma por dificultar el diagnóstico histológico

El diagnóstico del melanoma exige, de forma inexcusable, el estudio histológico de la lesión. La biopsia debería efectuarse de forma escisional con extirpación elíptica del tumor con un margen de 0,5 a 1 cm en superficie y hasta la hipodermis profunda. Se puede realizar en ella, además del diagnóstico, el estudio histopronóstico del melanoma. El estudio del espesor tumoral y del grado de invasión a los distintos estratos cutáneos es esencial para determinar el pronóstico, así como también resulta interesante establecer otros factores como el índice mitótico, la presencia de ulceración y de regresión e infiltración linfocitaria. La biopsia, mediante el rasurado con aguja o curetaje, está especialmente contraindicada ante la sospecha de un melanoma por dificultar el diagnóstico histológico.

El tratamiento de los melanomas en etapa inicial suele incluir cirugía para extirpar el melanoma. Un melanoma muy delgado puede extirparse por completo durante la biopsia y no requerir tratamiento adicional. De lo contrario, el cirujano extirpará el cáncer, y también un reborde de piel normal y una capa de tejido debajo de la piel. Para las personas que tienen melanomas en etapa inicial, este puede ser el único tratamiento que necesiten.

