



Universidad del Sureste
Campus Tuxtla Gutiérrez
“Cáncer de piel”

Fisiopatología II

Dr. Eduardo Zebadúa Guillen

Br. Merida Ortiz Viridiana

Estudiante de Medicina

3er Semestre

17 de diciembre de 2020, Tuxtla Gutiérrez Chiapas

CACINOMA BASOCELULAR

Cáncer de piel común que surge de la capa basal de la epidermis y sus apéndices. Estos tumores se conocen como "epiteliomas" debido a su bajo potencial metastásico. Sin embargo, el término carcinoma es apropiado, ya que son localmente invasivos, agresivos y destructivos de la piel y las estructuras circundantes, incluido el hueso.

ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

- Exposición a la radiación ultravioleta
- Exposición crónica al arsénico
- Radioterapia
- Terapia inmunosupresora a largo plazo
- Síndrome de nevo de células basales
- Nevo sebáceo
- Queratosis actínica
- Ezcema

Variantes genéticas

- Antecedentes familiares de cáncer de piel, mayor riesgo de BCC de menos de 40 años.
- Efecto sobre el crecimiento o diferenciación de capas basales de la epidermis o un efecto sobre el gen supresor tumoral P53.
- Antígeno 4 asociado a linfocitos citotóxicos (CTLA-4) se expresa en las células T reguladoras y está involucrado en la tolerancia inmune inducida por UV.
- En un estudio de casos y controles, la variación genética en el locus CTLA4 influyó en el riesgo de BCC, particularmente entre pacientes con un mayor número de quemaduras solares graves.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

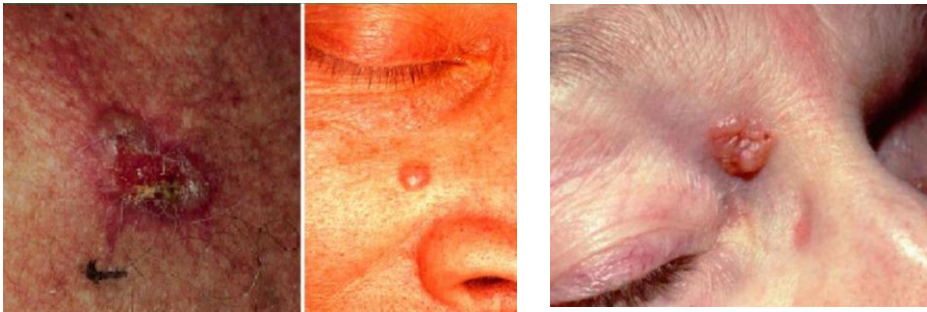
Características:

- 85% de los BCC ocurren en la cara, la cabeza (cuero cabelludo incluido) y el cuello.
- Raramente, pueden ocurrir en las manos. Otros aparecen en el tronco o extremidades.
- La lesión crece lentamente, no es dolorosa y no pica.
- Pápulas serosas con depresión central
- Aspecto nacarado
- Erosión o ulceración: a menudo central y pigmentado ☐ Sangrado: especialmente cuando está traumatizado
- Superficies con supuración o costras: en grandes BCC
- Borde enrollado
- Translucidez
- Telangiectasias sobre la superficie
- Crecimiento lento: 0.5 cm en 1-2 años
- Áreas negro-azules o marrones

Tipos Clinicopatológicos.

CARCINOMA BASOCELULAR NODULAR:

- Quístico, pigmentado, queratósico.
- El tipo más común.
- Se presenta como una pápula redonda, perlada, de color carne con telangiectasias.
- 60 % en cara como una pápula rosada o de color carne.
- Calidad perlada o translúcida y se observa vaso telangiectásico dentro de la pápula.
- La pápula se describe como que tiene borde "enrollado", donde la periferia está más elevada que la mitad.
- La ulceración es frecuente "úlceras de roedor" se refiere a estos BCC nodulares ulcerados



CARCINOMA BASOCELULAR SUPERFICIAL:

- Principalmente en la parte superior del tronco o los hombros.
- Aparece clínicamente como un parche o placa eritematoso.
- Bien circunscrito, a menudo con una escala blanquecina.
- 30 %, los hombres tienen una mayor incidencia.
- Está en el tronco
- Máculas, parches o placas finas ligeramente escamosas, no firmes, de color rojo claro a rosa.
- El centro de la lesión a veces muestra un aspecto atrófico.
- La periferia puede estar bordeada por finas pápulas translúcidas. Crecen lentamente, y pueden variar en tamaño desde máculas que miden solo unos pocos milímetros de diámetro.
- Generalmente son asintomáticos



CARCINOMA BASOCELULAR MORFEAFORME:

- Placa blanca o amarilla, serosa y esclerótica.
- Rara vez se ulcera.
- Es plano o ligeramente deprimido, fibrótico y firme.
- Constituyen del 5 al 10 % .
- Variante poco común
- Las células tumorales inducen una proliferación de fibroblastos dentro de la dermis y un aumento de la deposición de colágeno(esclerosis) que se parece clínicamente a una cicatriz. Lesiones planas o ligeramente deprimidas, fibróticas y firmes.
- Aparece como una placa blanca o amarilla, serosa y esclerótica que rara vez se ulcera. Suele ser el tipo más difícil de diagnosticar.
- Se agrupan morfeaforma, infiltrativa y micronodular como BCC de "crecimiento agresivo", porque se comportan de manera similar.
- Subtipos infiltrativos y micronodulares son menos comunes que la morfeaforma BCC.



CARCINOMA BASOCELULAR PIGMENTADO:

- Variante poco común
- Máculas de color marrón-negro en algunas áreas o afecta a casi todo el tumor
- Ocasionalmente dificultando la diferenciación del melanoma.
- Algunas áreas de estos tumores no retienen el pigmento, y se pueden observar bordes perlados y elevados con telangiectasias
- típicas de un BCC NODULAR.
- Esto ayuda clínicamente a diferenciar este tumor de un melanoma maligno.



FISIOPATOGENIA

Radiación es tumorigénica por dos mecanismos:

- Prolongación celular. (aumenta la probabilidad de errores de transcripción y conduce a transformación celular).
- Daño directo de la replicación del ADN (mutación celular, activa protooncogenes o desactiva genes supresores de tumores).

Inmunológicamente:

- Supresión del sistema inmune cutáneo
- Disminución en las células de Langerhans, células T epidérmicas dendríticas y células Thy1+
- Además, la proliferación sistémica de células T supresoras y la liberación de factores inmunosupresores.

DIAGNÓSTICO:

- Clínica
- Biopsia
- Dermoscopia

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Cáncer espinocelular
- Melanoma maligno
- Hiperplasia sebácea
- Queratosis actínicas y seborreicas
- Pápulas fibrosas

TRATAMIENTO

Terapias quirúrgicas:

- Escisión quirúrgica.
- Cirugía de Mohs.
- Electrodesecación y curetaje.
- Criocirugía

Terapias Tópicas: fluorouracilo tópico (FU) e imiquimod

Terapia fotodinámica y terapia de radiación

CARCINOMA EPIDERMÓIDE

Cáncer de piel que se origina por una proliferación anormal de los queratinocitos en la epidermis.

Es la segunda forma más común del cáncer de piel no melanoma, después del carcinoma basocelular. 20 % de las neoplasias malignas cutáneas. Está asociada a un mayor riesgo de metástasis.

ETIOPATOGENIA

FACTORES EXTRÍNSECOS:

- Radiación UV
- Radiación ionizante
- VHP
- Sustancias químicas

FACTORES INTRÍNSECOS:

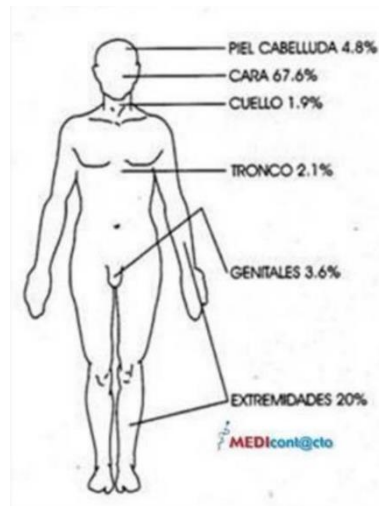
- Genética inmunosupresión
- Cambios cutáneos preexistentes
- Queratosis actínica

Factores de riesgo:

- Edad mayor a 50 años
- Sexo masculino
- Fototipos claros (I,II)
- Exposición arsénica

PRESENTACIÓN CLÍNICA:

Se presenta como una mácula o pápula levemente solevantada roja hiperqueratósica ubicada preferentemente en áreas expuestas al sol. También en cualquier localización.



CLASIFICACIÓN:

- Intraepidérmicos:
 - Enfermedad Bowen
 - Eritoplasia de Queyrat
- Invasivos localizados
 - Cuerno cutáneo
 - Ulcerado
 - ulcero-vegetante
 - Verrucoso

- Penetrantes y Destruidores

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

MELANOMA MALIGNO

Tumor maligno de los melanocitos epidérmicos, dérmicos o del epitelio de mucosas.

- #3 de los cánceres de piel
- Tumor cutáneo más agresivo por su enorme capacidad metastatizante.
- Mujeres 2:1 en edades >50 años.

FACTORES DE RIESGO:

- Ambientales: #1 exposición solar (radiación UV)
- Genéticos: Piel blanca, fototipo I y II, presencia de más de 100 nevos, nevos congénitos gigantes (más de 20 cm de diámetro), AHF de melanoma.

Melanoma de extensión superficial:

- Frecuencia: 70% a nivel mundial
- Características: Afección a zonas fotoexpuestas
- Localización: Hombres: espalda, mujeres: piernas
- Clínica: Pápula o nódulo

Nodular:

- Frecuencia: 15% mundial, pero #1 en México
- Características: Evolución rápida, el más agresivo y de peor pronóstico
- Localización: Tronco y cabeza
- Clínica: Nódulo (tumor) saliente color negro azulado, puede ulcerarse y sangrar, ocasionalmente amelánica.

Lentiginoso acral:

- Frecuencia: 10 % a nivel mundial
- Características: Frecuente en piel oscura (fototipos III y IV)
- Localización: Plantas, palmas, uñas (región subungueal)

- Clínica: Mácula pigmentada (café o negro) con bordes irregulares, variaciones de color, evoluciona a etapa invasiva con infiltración, ulceración y zonas tumorales o salientes

Léntigo maligno:

- Frecuencia: 5% a nivel mundial
- Características: Es el menos agresivo y de zonas fotoexpuestas
- Localización: Cara
- Clínica: Máculas o parches de color bronceado, marrón o negro, de gran tamaño y forma irregular

CLÍNICA:

Parche, pápula, nódulo o neoformación pigmentada o no. Asintomática, pruriginosa o sangrante con las características del ABCDE:

- A: Asimetría (la mitad de la neoformación es diferente)
- B: Bordes irregulares
- C: Color (distintos tonos de pigmento)
- D: Diámetro >6mm
- E: Evolución o crecimiento

DIAGNÓSTICO:

- Inicial: Clínico (ABCDE)
- Estándar de oro: Biopsia excisional con estudio histopatológico encontrando: proliferación de melanocitos atípicos.

TRATAMIENTO:

- Inicial: Excisión quirúrgica (excisión con margen de 0.5-1cm si Breslow es <1mm y de 2 cm si el Breslow es > 1mm).
- Segundo: Disección de ganglios linfáticos, administración de IDN-alfa (dosis altas después del tratamiento quirúrgico).

En metástasis:

- Quimioterapia: Dacarbazina, temozolomida, carboplatino
- Terapias diana: Vemurafenib, trametinib
- Inmunoterapia: IL-2, INF-alfa, ipilimumab, pembrolizumab
- Bioquimioterapia: Docarbazina, cisplatino y vinblastina
- Cirugía paliativa