

CARCINOMA BASOCELULAR

El carcinoma basocelular, también conocido como epiteloma basocelular, es un tumor cutáneo destructivo de crecimiento lento. Es la forma más frecuente de cáncer de piel, la cual rara vez se extiende por metástasis.

ETIOLOGIA:

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
- ✓ Arsénico, radiación, quemaduras, inmunodepresión
- ✓ Tratamiento radiológico previo para el acné

FISIOPATOLOGIA:

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 CLINICO:

Lesiones noduloulcerativas

- ✓ 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).

Carcinoma basocelular superficial

- ✓ Con frecuencia, múltiple; en general, se presenta en tórax y dorso.
- ✓ 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.

Carcinoma basocelular esclerosante (similar a morfea)

- ✓ Placas céricas escleróticas, amarillas a blancas; sin bordes definidos.
- ✓ Se presentan en la cabeza y el cuello.

DIAGNOSTICO:

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

TRATAMIENTO:

- ✓ 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

CARCINOMA EPIDEMOIDE

El carcinoma epidemoide o carcinoma espinocelular de la piel es un tumor invasor con potencial metastásico. Por lo general, se presenta en áreas expuestas al sol, pero puede aparecer en otros lugares.

ETIOLOGIA:

- ✓ Sobreexposición a los rayos ultravioleta del sol
- ✓ 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

FISIOPATOLOGIA:

El carcinoma espinocelular se origina de las células epidérmicas queratinizantes.

COMPLICACIONES:

Metástasis a ganglios linfáticos y viscerales

Problemas respiratorios

CUADRO CLINICO:

- ✓ 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.
- ✓ Metástasis a los ganglios linfáticos regionales: síntomas sistémicos característicos de dolor, malestar general, fatiga, debilidad y anorexia.

DIAGNOSTICO:

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

TRATAMIENTO:

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

MELANOMA MALIGNO

Neoplasia maligna que surge de los melanocitos, relativamente rara y que contribuye con sólo el 1-2% de los cánceres de que se hace referencia. La incidencia está aumentando con rapidez, por un 300% en los últimos 40 años. Los cuatro tipos de melanomas son: de diseminación superficial, nodular maligno, lentigo maligno y lentiginoso acral.

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.

ETIOLOGIA:

Exposición excesiva a la luz solar.

POSIBLES FACTORES DE RIESGO:

- ✓ 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.

FISIOPATOLOGIA:

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.

COMPLICACIONES: Metástasis a los pulmones, cerebro e hígado.

CUADRO CLINICO:

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 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.

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.

RECOMENDACIÓN CLINICA:

Recordar el ABCDE del melanoma maligno al examinar las lesiones de la piel:

A: lesión ASIMÉTRICA.

B: BORDE irregular.

C: COLORES múltiples de la lesión.

D: DIÁMETRO mayor de 0.5 cm de la

E: lesión ELEVADA o CRECIENTE.

DIAGNOSTICO:

- ✓ 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.

TRATAMIENTO:

- ✓ Resección quirúrgica para extirpar el tumor
- ✓ Linfadenectomía regional
- ✓ Bioterapia y quimioterapia adyuvantes
- ✓ Radioterapia

RECOMENDACIÓN CLINICA:

Independientemente del método de tratamiento, los melanomas requieren un seguimiento a largo plazo para detectar metástasis y recidivas.