



---

# **Cáncer de Piel**

---

**Fisiopatología II – Dr. Eduardo Zebadua**



**17 DE DICIEMBRE DE 2020  
UNIVERSIDAD DEL SURESTE  
Oscar Adalberto Zebadua Lopez**

# 1. Carcinoma basocelular.

El carcinoma basocelular es una neoplasia maligna derivada de células no queratinizadas que se originan en la capa basal de la epidermis. Si no es tratado el carcinoma basocelular sigue su invasión localmente y puede conducir a daño tisular que compromete la función y la estética. Sin embargo la metástasis es extremadamente rara que se presente.

## Etiología.

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).

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.

Es posible que la expresión de las integrinas alfa-1 y beta-2 se relacione con el crecimiento tumoral.

## Signos y síntomas.

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 del psoriasis o la dermatitis localizada.
- **Morfeaforma** (5 a 10%): estos tipos son placas planas, cicatrizadas e induradas que pueden ser de color carne o rojo claro y tienen bordes indefinidos.

## **Factores de Riesgo.**

- La incidencia de cáncer de piel es un fenómeno relacionado directamente con la edad.
- El aumento en la incidencia de cáncer de piel se ha documentado en todo el mundo. Dicho aumento podría ser producto de diferentes factores, entre los cuales vale la pena mencionar la creciente exposición recreacional al sol, asociada a la cultura del bronceado como un símbolo de belleza, favoreciendo exposiciones prolongadas y continuas.
- Es más frecuente en individuos ancianos pero se vuelve cada vez más frecuente en los individuos menores de 50 años, con un incremento significativo en mujeres menores de 40 años.

## **Fisiopatología.**

Lo más frecuente es que el carcinoma comience como una pápula brillante, que se agranda lentamente y luego de algunos meses o incluso años, muestra un borde perlado y brillante con vasos ingurgitados (telangiectasias) en la superficie y una úlcera central. Puede haber formación de costras o sangrado recurrentes. Los carcinomas pueden alternar con formación de costras y períodos de curación, que disminuye injustificadamente la preocupación de los pacientes y los médicos sobre la importancia de la lesión.

## **Diagnóstico.**

Se realiza por medio de clínica, dermatoscopia y biopsia cutánea la cual puede ser por rasurado o por sacabocados, donde esta última, se prefiere en los casos de carcinoma basocelular morfeaforme y tumores recidivantes.

## **Tratamiento.**

El tratamiento de elección de cualquier forma de carcinoma basocelular es la resección quirúrgica, pero también se emplea la electrocoagulación, la radioterapia, la crioterapia, el láser, los inmunomoduladores y la quimioterapia local.

## **2. Carcinoma epidemoide.**

El carcinoma epidemoide, también llamado carcinoma espinocelular o carcinoma de células escamosas, 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 con capacidad de queratinizar.

### **Signos y síntomas.**

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.

### **Fisiopatología.**

Existen múltiples factores que influyen para iniciar el proceso carcinogénico pleno, de entre los cuales se encuentran la radiación ultravioleta con su capacidad de generar mutaciones específicas en el ADN y especies reactivas de oxígeno, también las alteraciones en la regulación de la proteína p53, las anomalías en la función del gen RAS, inmunosupresión, angiogénesis tumoral, y sus moléculas reguladoras, etc.

### **Diagnóstico.**

- Biopsia

### **Tratamiento.**

Por lo general, se utilizan técnicas de destrucción local.

- Para los tumores de bajo grado se recomienda dar un margen de seguridad de entre 4 y 6mm y hacer cierre primero o reconstruir con colgajo o injerto; y si esta se encuentra positiva en los márgenes o lecho, se debe volver a operar con un método tradicional.
- Para los tumores de alto grado, la CMM es la de elección o, en su defecto, si no se cuenta con esta técnica, la resección con un cm de margen.

### 3. Melanoma maligno.

El melanoma es un tumor derivado de la proliferación de melanocitos atípicos, con o sin la capacidad de producir pigmento, caracterizado por su gran capacidad de metástasis. Produce una neoformación cutánea pigmentada, plana o exofítica, curable durante la etapa inicial pero que sin tratamiento es de rápido avance, pudiendo provocar metástasis linfáticas y hematógenas que provocan alta mortalidad.

#### **Factores de riesgo:**

**a) Historia de melanoma (familiar o personal):** cerca de 10 % de los melanomas se desarrolla en un contexto de historia familiar; 50 % de los melanomas se origina de novo, sin embargo, las lesiones que se pueden considerar precursoras de melanoma son:

**b) Exposición solar y radiación UV:** el aumento en la exposición solar y la alteración de la parte alta de la atmósfera por la contaminación han producido aumento en la radiación. Las personas que no se broncean adecuadamente, que desarrollan quemaduras solares muy fácilmente o con antecedentes de quemaduras solares múltiples o severas, tienen un riesgo dos a tres veces mayor.

**c) Efectividad de protectores solares:** los filtros solares bloquean UVB pero son menos efectivos para bloquear UVA, que constituyen cerca de 95 % de la energía ultravioleta del espectro solar. Los protectores solares inhiben la adaptación de la piel a la luz solar, por lo tanto su uso puede producir exposición excesiva de la piel a UVA. químicos.

#### **Etiopatogenia.**

Generalmente son inciertas. Algunos estudios epidemiológicos han demostrado el papel que desempeña la predisposición genética y la exposición a la luz solar. La transformación maligna de los melanocitos ocurre tanto en individuos genéticamente susceptibles como en individuos no predispuestos.

Su patogénesis a pesar de no estar completamente elucidada incluye la interacción de factores ambientales, mutaciones acumuladas, activación de oncogenes, inactivación de genes supresores de tumores y alteración en los mecanismos de reparación del ADN.

### **Diagnóstico.**

Se sospecha por clínica, con ayuda de la dermatoscopia y otros métodos no invasivos, pero se confirma con la histopatología.

Otro algoritmo es el de Glasgow, que consta de siete puntos básicos divididos en tres criterios mayores y cuatro menores. Los criterios mayores son cambios en el tamaño, forma irregular y color. Los criterios menores son diámetro mayor de 7 mm, inflamación, sangrado o piel eczematososa, y prurito moderado o alteración de la sensibilidad.

### **Tratamiento.**

1. Cirugía para extirpar los ganglios linfáticos afectados.
2. Inmunoterapia.
3. Terapia dirigida.
4. Radioterapia.
5. Quimioterapia