



## **Mi Universidad**

**Alumno:**

**Uziel Dominguez Alvarez**

**Docente:**

**Dr. Miguel basilio robledo**

**Actividad:**

**Supernotas comparativas**

**Asignatura:**

**Medicina interna**

**Carrera:**

**Medicina humana**

**Universidad:**

**Universidad del sureste**

**Lugar y fecha:**

**Tapachula chiapas a 12/09/2024**

# TUMORES DE PIEL

Los tumores de piel incluyen tres tipos principales: carcinoma basocelular, carcinoma epidermoide y melanoma. El carcinoma basocelular es el más común en México, afectando principalmente la nariz y otras áreas expuestas al sol. Se origina en las células basales de la epidermis. El carcinoma epidermoide también es frecuente en zonas expuestas al sol, como pabellones auriculares, y se desarrolla en las células escamosas de la epidermis. Puede ser más agresivo que el basocelular y tiene mayor probabilidad de diseminarse si no se trata. El melanoma, el más grave de los tres, puede aparecer en la cabeza, miembros inferiores y extremidades. Se origina en los melanocitos, células productoras de pigmento, y es conocido por su alta capacidad de metastatizar.

<i>tipos</i>	<i>Definicion</i>	<i>Epidemiologia</i>	<i>Etiopatogenia</i>	<i>Clasificación</i>
<i>Carcinoma basocelular</i>	Neoplasia epitelial de baja malignidad, formada por células que se parecen a las basales, y por un estroma fibroso, de localización preferentemente centro facial y que se caracteriza por lesiones polimorfas bien limitadas, con un borde acordonado, muchas veces pigmentadas, de crecimiento lento. Casi nunca metastatiza	El carcinoma basocelular es la neoplasia maligna más frecuente en la piel (60 a 73%) y se reporta en 10% de las biopsias cutáneas. En Estados Unidos afecta a más de un millón de personas al año. Es más frecuente en personas de piel blanca y ojos claros, en aquellas con exposición excesiva a la luz solar, y en albinos.	Se deriva de células madres epidérmicas en el infundíbulo piloso. Hay relación con la expresión de queratinas K4, K8/ K18 y K19. Intervienen la predisposición genética, carcinógenos y factores ambientales.	Tumoral o "nodular". Pigmentado, Infiltrante, Micronodular, Fibroepitelial, Morfeiforme o esclerodermiforme, Superficial o pagetoide Basoescamoso.
<i>Carcinoma epidermoide</i>	Neoplasia cutánea maligna, derivada de las células suprabasales de la epidermis o sus anexos; se caracteriza por lesiones superficiales, infiltrantes, vegetantes, verrugosas o ulceradas que predominan en cabeza y extremidades; pueden crecer con rapidez y metastatizar hacia ganglios regionales y otros órganos.	El cáncer de piel ocupa en México el segundo lugar en frecuencia (13%), después del cervicouterino. El carcinoma espinocelular sigue en frecuencia al basocelular entre los cánceres cutáneos, con 13 a 33% en el mundo, y 17 a 23% en México. Predomina en sujetos de piel blanca, rubios, de ojos claros, con exposición prolongada a la luz solar.	El proceso de carcinogénesis se divide en tres etapas: inicio, promoción y avance. 1) la primera se relaciona con material genético en el ámbito molecular (gen MC1R). 2) la segunda interviene el ambiente, con aparición de una lesión premaligna. 3) la tercera se observa avance hacia la transformación maligna	Superficial (intraepidérmico), nodular (tumoral) queratósico, ulceroso, vegetante o verrugoso, epiteliomatosis múltiple.
<i>Melanoma</i>	Neoplasia maligna que se origina en los melanocitos epidérmicos, dérmicos o del epitelio de mucosas. Afecta piel (90%), ojos (9%) y mucosas (1%), donde produce una neoformación pigmentada, plana o exofítica que es curable durante la etapa inicial, pero que sin tratamiento adecuado es de rápido avance.	En México ocupa el tercer lugar entre los cánceres de piel, con 14.1%. Afecta a todas las razas, pero es más común en caucásicos que en sujetos de raza negra, orientales o indios (originarios de la India). Afecta a ambos sexos, pero es un poco más frecuente en mujeres. Se registra de los 20 a 60 años de edad.	Intervienen factores genéticos y ambientales. Puede comenzar en los melanocitos de la epidermis, la dermis o el epitelio de mucosas, así como a partir de un nevo displásico, congénito gigante o de unión, o de un lentigo maligno.	Clínicamente se reconocen el lentigo maligno, el melanoma lentigo maligno, el melanoma de extensión superficial, melanoma "nodular", melanoma acral lentiginoso, melanoma amelanítico, y el melanoma de mucosas y del sistema nervioso central o de vísceras.

# TUMORES DE PIEL

<i>tipos</i>	<i>Clinica</i>	<i>Pronostico</i>	<i>Tratamiento</i>	<i>Imagen</i>
<i>Carcinoma basocelular</i>	Predomina en zonas expuestas, con folículos pilosebáceos, particularmente en cara (94%), donde afecta casi de manera exclusiva la región centrofacial (82%), es decir, el dorso de la nariz, las mejillas, los párpados, región nasogeniana e infraorbitaria, frente y región nasolabial produce una lesión saliente de aspecto lobulado, semiesférica, eritematosa o violácea, muchas veces con telangiectasias.	Los tumores considerados “de alto riesgo” para recurrencia tienen las siguientes características: 1. Localizados en zona centrofacial (nariz, perioral, periorcular) y orejas. 2. Tamaño >1 cm en cara y >2 cm en el resto del cuerpo. 3. Histología infiltrante, basoescamoso, micronodular o morfeiforme. 4. Recurrentes después de tratamiento previo	El método más útil y eficaz es la extirpación quirúrgica.  La intervención quirúrgica micrográfica de Mohs es el mejor tratamiento para tumores localizados en la zona centrofacial, de más de 2 cm de diámetro, o recurrentes, dado que permite el control del 100% de los márgenes tanto en la superficie como en planos profundos.	
<i>Carcinoma epidermoide</i>	Predomina en las partes expuestas a la luz solar. Se ve en cara (50 a 86.7%), labio inferior mejillas y pabellones auriculares; las extremidades (20 a 37%), principalmente en las superiores (12%), en el dorso de las manos y en las piernas; el tronco (9%), y la piel cabelluda (5%).	En el estudio histopatológico debe diferenciarse de enfermedades granulomatosas crónicas que se acompañan de hiperplasia pseudoepiteliomatosa, como leishmaniasis y micosis profundas.	El mejor tratamiento es la extirpación quirúrgica. En tumores in situ se incluyen márgenes de 5 mm, y si es invasor, de 1 cm. La intervención quirúrgica micrográfica de Mohs es el mejor tratamiento para tumores de alto riesgo. Los carcinomas espinocelulares in situ pueden tratarse mediante electrodesecación/curetaje, radioterapia superficial (6 000 rads), el láser de CO2, la terapia fotodinámica, terapia tópica con 5-fluorouracilo o imiquimod, o criocirugía.	
<i>Melanoma</i>	Afecta piel (90%), ojos (9%) y mucosas (1%). Predomina en espalda, piernas y regiones subungueales. En Australia predomina en cabeza y cuello. En México afecta las extremidades inferiores (casi 50%), principalmente pie (43%); también la cabeza (23%), el tronco (13%), las extremidades superiores (12%) y el cuello (2%).	Depende de las clasificaciones clínicas por etapas y del grosor histológico. Lo más importante para el diagnóstico y el pronóstico es el índice de Breslow.  a) Riesgo bajo (melanoma delgado o in situ, de menos de 1 mm de profundidad.  b) Riesgo intermedio (grosor intermedio, de 1 a 4 mm, con riesgo de metástasis ganglionares de 20 a 40%.  c) Riesgo alto (melanoma grueso, de más de 4 mm; puede haber metástasis a distancia en más de 70%).	El quirúrgico ofrece la única posibilidad de curación. Una vez confirmado con biopsia, es necesario que se realice la operación en un lapso de 1 a 2 semanas. La biopsia del ganglio centinela es muy importante en el pronóstico en estadios I y II de melanoma. También se puede emplear la cirugía micrográfica de Mohs.	