



NOMBRE DE ALUMNO:
EMILI VALERIA ROBLERO VELAZQUEZ

NOMBRE DEL PROFESOR:
MIGUEL BASILIO ROBLEDO

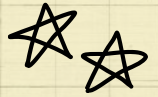
NOMBRE DEL TRABAJO:
CUADRO COMPARATIVO

MATERIA:
MEDICINA INTERNA

GRADO: 5° SEMESTRE



CUADRO COMPARATIVO



CARCINOMA BASOCELULAR

CARCINOMA ESPINOCELULAR

MELANOMA

DEFINICIÓN

Neoplasia epitelial de baja malignidad, formada por células que se parecen a las basales, y por un estroma fibroso, centro facial, lesiones polimorfos, bordes acordonado.

Neoplasia cutánea maligna, derivada de las células suprabasales de la epidermis o sus anexos; se caracteriza por lesiones in situ, superficiales, infiltrantes, vegetantes, verrugosas.

Neoplasia maligna que se origina en los melanocitos epidérmicos, dérmicos o del epitelio de mucosas. neoformación pigmentada, plana o exofítica.

EPIDEMIOLOGÍA

- Neoplasia maligna más frecuente de la piel **74%**, menos agresiva.
- Es más frecuente en personas de piel blanca y ojos claros.
- predomina mujeres **>50 años**

sigue en frecuencia al basocelular **14%**.
Predomina en sujetos de piel blanca, rubios, ojos claros, con exposición prolongada a la luz solar, y cuya piel sufre con facilidad quemaduras (tipos I y II).
se presenta en: campesinos, marineros, comerciantes ambulantes y amas de casa que desempeñan labores al aire libre, entre **50 a 60 años**

En México ocupa el tercer lugar entre los cánceres de piel, con **14.1%**, menos frecuente más agresivo. Más común en caucásicos, **75%** de muertes a nivel mundial.

ETIOPATOGENIA

Intervienen la predisposición genética, carcinógenos y factores ambientales. El más importante es el número de quemaduras solares y la exposición a los rayos x

- Hay relación con la expresión de queratinas **K4, K8/ K18 y K19**.
- Rayos **UV** inducen mutaciones en genes reguladores o supresores tumorales (gen **PTCH** en el síndrome de los nevos basocelulares)

Número de microfilamentos de actina y **DNA tetraploide** → producción de colagenasa de tipo **IV** y colágeno → pérdida de la continuidad de la membrana basal,

Etapas: **1. Inicio: genético 2. promoción; Ambiente 3. Avance: Transformación maligna.**

- La causa es multifactorial; Entre los factores extrínsecos el más importante es el daño de origen actínico.
- Las radiaciones ultravioletas (**UV**) inducen mutaciones en el gen supresor tumoral **p53** y decremento de la densidad de células de Langerhans.
- Entre los factores intrínsecos están la pigmentación cutánea, enfermedades linfoproliferativas.

Intervienen factores genéticos y ambientales. Parece haber predisposición genética. el cromosoma **9p** muestra vínculo con las etapas de la transformación maligna. otros factores; camas de bronceado, antecedente personal de cáncer de piel, síndrome del nevo displásico familiar, piel blanca (fototipos I y II). Las células de melanoma producen la forma soluble de la molécula de adhesión intercelular-1 [**ICAM-1**] que inhibe la citotoxicidad mediada por células, lo que permitiría el escape de células tumorales

CLASIFICACIÓN

Tumoral o "nodular", Pigmentado. Infiltrante, Micronodular, Fibroepitelial. Morfeiforme o esclerodermiforme. Superficial o pagetoide y Basoescamoso.

Superficial (intraepidérmico), nodular (tumoral) queratósico, ulceroso, vegetante o verrugoso, epiteliomatosis múltiple.

El melanoma lentigo maligno, el melanoma de extensión superficial, melanoma "nodular", melanoma acral lentiginoso, melanoma amelanico, y el melanoma de mucosas y del sistema nervioso central o de vísceras

CLINICA

Predomina en zonas expuestas (cara 94%), más frecuente en nariz.

Las lesiones son muy polimorfas, en general bien limitadas, con borde filiforme, perlado.

-Tumoral o Nodular: No sangra por telangiectasias, más común, pápula perlada.

-Seudoquistica: neoformación redondeada translúcida, de superficie rosada o amarillenta, con telangiectasias.

-Terebrante, úlcera de Jacobi; forma caprichosa, bien delimitada e infiltrada, de aspecto hemorrágico.

-Ulcerada; nodular, con una úlcera central, bordes elevados y brillantes.

-pigmentadas: frecuentes en México (6 a 16%), tal vez por la piel morena.

- pagetoide: lesión aplanada, eritematosa, seca.

-fibroepitelial o tumor de Pinkus: parte baja de la espalda, acrocordón.

-morfeiforme o esclerodermiforme en cara; semeja morfea; telangiectasias.

Predomina en las partes expuestas a la luz solar. cara (50 a 86.7%), puede aparecer en mucosas. pápulas se ulceran y sangran .

Casi siempre aparece sobre una queratosis actínica o en piel dañada por la luz solar con queratosis y telangiectasias, pero puede hacerlo sobre piel de aspecto sano.

-superficial es intraepidérmica de meses o años; se trata de un epiteloma in situ, que afecta el pene.

-nodular (tumoral) queratósica produce lesión queratinizada de base infiltrada que puede causar un cuerno cutáneo .

-ulcerosa, superficie anfractuosa, base infiltrada, fondo irregular y friable, crecimiento rápido.

-vegetante o verrugosa casi siempre aparece sobre lesiones inflamatorias crónicas.

-epiteliomatosis múltiple se acompaña de epitelomas basocelulares y enfermedad de Bowe.

sistema TNM, que mide el tamaño de la neoplasia: <2 factor de riesgo, <3 metástasis en un ganglio, >3 metástasis en varios ganglios.

Afecta piel (90%), ojos (9%) y mucosas (1%). Predomina en espalda, piernas y regiones subungueales.

Se caracteriza por una tumoración pigmentada, cuyo color varía de café (marrón) oscuro a negro, con salida del pigmento hacia la piel circunvecina y de bordes irregulares .La evolución es rápida y progresiva. El melanoma tiene gran tendencia a las metástasis.

Lentigo maligno: Menos agresivo, Se inicia como una lesión plana, de color café oscuro, que crece con lentitud hasta 7 cm en promedio.

Melanoma de extensión superficial:

La lesión mide unos 2.5 cm de diámetro, es plana o un poco infiltrada y a menudo arciforme, de bordes y pigmentación irregulares.

Melanoma "nodular". Es la forma más agresiva, y representa 10 a 20% de los melanomas.

Melanoma acral lentiginoso: Produce manchas pigmentadas irregulares de crecimiento radial.

Melanoma amelanico. Casi siempre es tumoral, de color rosado

DX

DIFERENCIAL

Carcinoma espinocelular, melanoma maligno, queratoacantoma, hiperplasia sebácea, queratosis actínicas y seborreicas.

Queratoacantoma, carcinoma basocelular y etatípico, queratosis seborreica, melanoma amelanico cromoblastomycosis, tuberculosis verrugosa , psoriasis en placas, granuloma piógeno.

El melanoma debe diferenciarse clínicamente del nevo azul, nevo de unión, nevo compuesto, nevo intradérmico, queratoacantoma, carcinoma basocelular pigmentado o , enfermedad de Bowen, carcinoma espinocelular

PRONÓSTICO

Rara vez ocasiona metástasis, pero puede resultar en destrucción local de piel, tejido celular subcutáneo. Considerados "de alto riesgo" para recurrencia: Localizados en zona centrofacial, tamaño >1 cm en cara y >2 cm en el resto del cuerpo. Recurrentes después de tratamiento previo

El carcinoma espinocelular ocasiona metástasis en 1 a 3% de los casos. La mayoría (80%) ocurre por vía linfática regional; son más comunes en carcinomas espinocelulares del labio y la oreja. El riesgo de metástasis es bajo en neoplasias consecutivas a queratosis actínicas.

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, la presencia de ulceración y mitosis, y la afectación del ganglio centinela. La supervivencia a cinco años en pacientes con metástasis ganglionares es de menos de 50%, y en aquellos con metástasis a distancia, de menos de 10%

DIAGNOSTICO

Dermatoscopia:
La dermatoscopia permite precisar mejor los márgenes prequirúrgicos, detectar lesiones milimétricas y subtipos,

Dermatoscopia:
La dermatoscopia permite identificar estructuras que facilitan la distinción entre el carcinoma epidermoide in situ y el carcinoma epidermoide invasor.

Dermatoscopia y ABCDE
La dermatoscopia digital facilita la monitorización y seguimiento de pacientes con múltiples lesiones pigmentadas y/o nevos (síndrome del nevo clínicamente atípico), quienes tienen mayor riesgo de desarrollar melanoma.

TRATAMIENTO

Primera opción: extirpación quirúrgica.
La intervención quirúrgica micrográfica de Mohs es el mejor tratamiento para tumores localizados en la zona centrofacial. Segunda línea: Curetaje, criocirugía. Carcinomas superficiales; imiquimod
La indicación principal es el carcinoma basocelular metastásico, p que son malos candidatos para cirugía; Vismodegib.

Puede ser quirúrgico en la mayoría de los pacientes; la terapéutica depende del tamaño y localización del tumor, evolución,
El mejor tratamiento es la extirpación quirúrgica. En tumores in situ se incluyen márgenes de 5 mm, y si es invasor, de 1 cm. Mohs es el mejor tratamiento para tumores de alto riesgo. espinocelulares in situ pueden tratarse mediante curetaje, radioterapia superficial, el láser de CO₂, 5-fluorouracilo o imiquimod, o criocirugía.
Apoyo psicológico.

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.
También se puede emplear la cirugía micrográfica de Mohs. El tratamiento del melanoma metastásico a ganglios linfáticos consiste en la combinación de intervención quirúrgica e interferón.

BIBLIOGRAFÍA

ARENAS. R. (2019). ATLAS DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DERMATOLOGÍA SEPTIMA EDICIÓN. CIUDAD DE MÉXICO: MC GRAW HILL.

CARCINOMA BASOCELULAR



CARCINOMA ESPINOCELULAR



Figura 153-2. A. Carcinoma epidermoide: múltiple y dular queratósico. B. Carcinoma epidermoide sobre queratosis actínicas.

MELANOMA



Figura 154-1. Melanoma maligno.

BIBLIOGRAFÍA

ARENAS. R. (2019). ATLAS DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DERMATOLOGÍA SEPTIMA EDICIÓN. CIUDAD DE MÉXICO: MC GRAW HILL.