



DOCENTE:
DR. MIGUEL BASILIO ROBLEDO

ALUMNO:
KARINA DESIRÉE RUIZ PEREZ

ACTIVIDAD:
SUPERNOTA COMPARATIVA

MATERIA:
MEDICINA INTERNA

SEMESTRE:
QUINTO "A"

CARRERA:
MEDICINA HUMANA

FECHA DE ENTREGA:
13 DE SEPTIEMBRE DEL 2024

DEFINICIÓN

EPIDEMIOLOGÍA

ETIOPATOGENIA

CLÍNICA

CARCINOMA BASOCELULAR

Neoplasia epitelial de baja malignidad, formada por células que se parecen a las basales y por un estroma fibroso.

- Cáncer de piel más frecuente
- Mayor frecuencia en personas caucásicas y de ojos claros (Fototipo 1 y 2 Fitzpatrick)
- Predominancia en mujeres >50 años de edad.

- Derivado de células madre epidérmicas en el infundíbulo piloso.
- Relación con la expresión de queratinas K4, K8, K18 y K19.
- Alteración en la vía Sonic Hedgehog en el gen *PATCH1* (genético).

- Aparece en la cara, mayormente entre los ojos y la nariz.
- Crecen lento 5mm/año.
- Pápula perlada.
- Cuenta con telagentasias.
- Asintomático.



CARCINOMA ESPINOCELULAR

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

- Segundo cáncer de piel más frecuente en México.
- Personas de piel blanca, rubios y de ojos claros.
- Trabajadores expuestos al sol (jardineros, agricultores, etc.).
- Predominancia en hombres de 50-60 años de edad.

- Daño de origen actínico, acumulativo.
- Alteración en el gen *MC1R*.
- Mutaciones en el gen supresor tumoral *p53*.
- Aparición de una lesión premaligna.

- Aparece en la cara, pero predomina en los pabellones auriculares.
- Pápula eritematosa descamativa.
- Queratosis actínica en piel dañada por la luz solar.
- Afecta a mucosa genital, oral y anal.



MELANOMA

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

- Tercer cáncer de piel más frecuente en México.
- Es más común en caucásicos.
- Los individuos de raza con piel oscura presentan tasas de incidencia más bajas por lo que es de diagnóstico tardío.
- Predominancia en mujeres de 52-70 años de edad.

- Mutación en el gen *CDKN2A* Y *CDK4*.
- Mutaciones adicionales en los genes *MDM2*, *RB1*, *TYR*, *TYRP1*, *ASIP*, *Fas*, *PTEN*, *p16 (INK4a)*, *BRAF*.
- Mutación en el receptor de melanocortina 1.
- Exposición a luz artificial como psoralenos + luz ultravioleta A.

Afecta:

- Extremidades inferiores: pies, a la cabeza, el tronco, las extremidades superiores, el cuello, ojos y mucosas.
- Es una tumoración pigmentada de color café oscuro a negro.
- Bordes irregulares y es eritematosa.



FACTORES DE RIESGO

DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO

DATOS PATONEUMÓNICOS

CARCINOMA BASOCELULAR

- Exposición a rayos UV (UVA Y UVB).
- Cabinas de bronceado.
- Alteración en la colagenasa IV.
- Presencia de >100 nevos comunes.
- Xeroderma pigmentado.

- Dermatoscopia
- Estudio histológico con biopsia.

1. Extirpación quirúrgica con márgenes de seguridad.
2. Criocirugía, 5-fluoracilo, imiquimod y terapia fotodinámica.
3. Cirugía de Mohs 3 a 4 mm. (localización en párpado).
4. Vismodegib (origen genético)
5. Radioterapia (casos avanzados).

- Sangra lento.
- Tiene telagetasias.
- Crece lento y es asintomático.
- Ubicación en nariz.
- No se presenta en mucosas.

CARCINOMA ESPINOCELULAR

- Exposición a hidrocarburos y al arsénico.
- Radiaciones UV (UVB) y rayos X.
- Luz ultravioleta A (PUVA),
- Agentes infecciosos (VPH).
- Cicatrices de quemaduras, úlceras y dermatosis crónicas.

- Dermatoscopia.
- Estudio histopatológico en caso de sospecha de malignidad.
- Biopsia.

- Criocirugía.
 - Electrodesecación.
 - Curetaje y dermoabrasión.
 - Peelings y laser.
- Tratamiento tóxico:
- 5- fluorouracilo.
 - Imiquimod.
 - Gel de diclofenaco.
 - Masoprocol cremaópico.
 - Tretinoína crema.
 - Retinoides sistémicos.
 - Ácido salicílico

- Sangra superlento.
- Asociada al trabajo de campo.
- Existe un decremento de células de Langerhans.
- Situado mayormente en los pabellones auriculares.
- Predispone queratocis actínica.

MELANOMA

- Antecedentes personales de cáncer de piel o síndrome del nevo displásico familiar.
- Ojos azules o verdes y pelo rubio o rojo.
- Exposición a RUV en camas y/o cuartos de bronceado
- Nevos melanocíticos adquiridos.
- Presencia de >100 nevos comunes.

- Identificación de la presencia del nevo de Clark.
- Evaluación por ABCDE.
- Lista de verificación de 7 puntos.
- Dermatoscopia digital o microscopio de superficie.

- Quirúrgico una vez confirmada la biopsia.
 - Cirugía micrográfica de Mohs.
- En etapas avanzadas:
- No hay tratamiento eficaz, pero funciona el vaciamiento ganglionar y amputación de extremidades.
 - Intervención quirúrgica e interferón.
 - Dacarbazina o interleucina-2.

- Signo del patito feo (presencia de un nevo "feo").
- Tendencia a las metástasis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arenas, R. (1987). Dermatología: atlas, diagnóstico, y tratamiento.
- (S/f-f). Gob.mx.
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/525GER.pdf>
- (S/f-g). Gob.mx. Recuperado el 12 de septiembre de 2024, de
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/099GER.pdf>
- (S/f-h). Gob.mx. Recuperado el 12 de septiembre de 2024, de
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/360GER.pdf>