



A Coruña

PALEXCO 28-30 mayo de 2015

XXII CONGRESO NACIONAL
DE MEDICINA GENERAL
Y DE FAMILIA



SEMG
Sociedad Española de Médicos
Generales y de Familia

Buscando la excelencia en Dermatología. Prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer de piel

Alicia Lapresta Lázaro



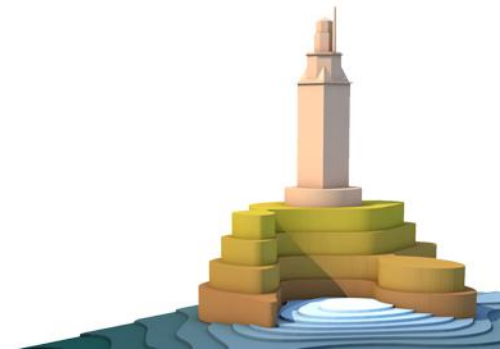
INTRODUCCIÓN

Los tumores cutáneos malignos son un motivo de consulta frecuente

La mayor parte de estos tumores son carcinomas basocelulares y epidermoides

El melanoma, aunque mucho menos frecuente, es el responsable del 75% de las muertes por cáncer de piel

No obstante, existen otros tumores cutáneos que deben ser conocidos por el médico de AP



OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Casos clínicos con preguntas para resolver entre los participantes y el ponente

Extraer nociones básicas de teoría que permitan enfrentarnos a este tipo de tumores en la consulta

Referencias bibliográficas para quien desee ampliar con más detalle sus conocimientos



CARCINOMA BASOCELULAR

El CBC es el tumor maligno más frecuente en los seres humanos

Propio de edades avanzadas, aunque cada vez se ve más en pacientes jóvenes

Más frecuente en varones



FACTORES DE RIESGO

Radiación UV

Uso de lámparas bronceadoras

Exposición terapéutica a radiación UV

Radiación Ionizante

Agentes químicos: arsénico

Fenotipos pigmentarios: I, II

Trasplantes de órganos sólidos

Trastornos genéticos: Sd. Gorlin, Sd. Bazex, Sd. Rombo, Xeroderma Pigmentoso, Sd. Muir Torre



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

CARCINOMA BASOCELULAR NODULAR	<p>Nevo dérmico</p> <p>Carcinoma epidermoide</p> <p>Tumor de anexos cutáneos</p> <p>Dermatofibroma</p> <p>Cicatriz</p> <p>Queratosis seborreica</p>
CARCINOMA BASOCELULAR PIGMENTADO	<p>Melanoma nodular</p> <p>Melanoma de extensión superficial</p> <p>Lentigo maligno</p> <p>Tumor de anexos cutáneos</p> <p>Nevo compuesto</p> <p>Nevo azul</p>
CARCINOMA BASOCELULAR SUPERFICIAL	<p>Enfermedad de Bowen</p> <p>Enfermedad de Paget mamaria o extramamaria</p> <p>Melanoma de extensión superficial</p> <p>Placa única de psoriasis</p> <p>Placa única de eccema</p>
CARCINOMA BASOCELULAR MORFEIFORME	<p>Cicatriz</p> <p>Morfea</p> <p>Tricoepitelioma</p>
FIBROEPITELIOMA DE PINKUS	<p>Papiloma cutáneo</p> <p>Nevo dérmico papilomatoso</p> <p>Fibroma</p>



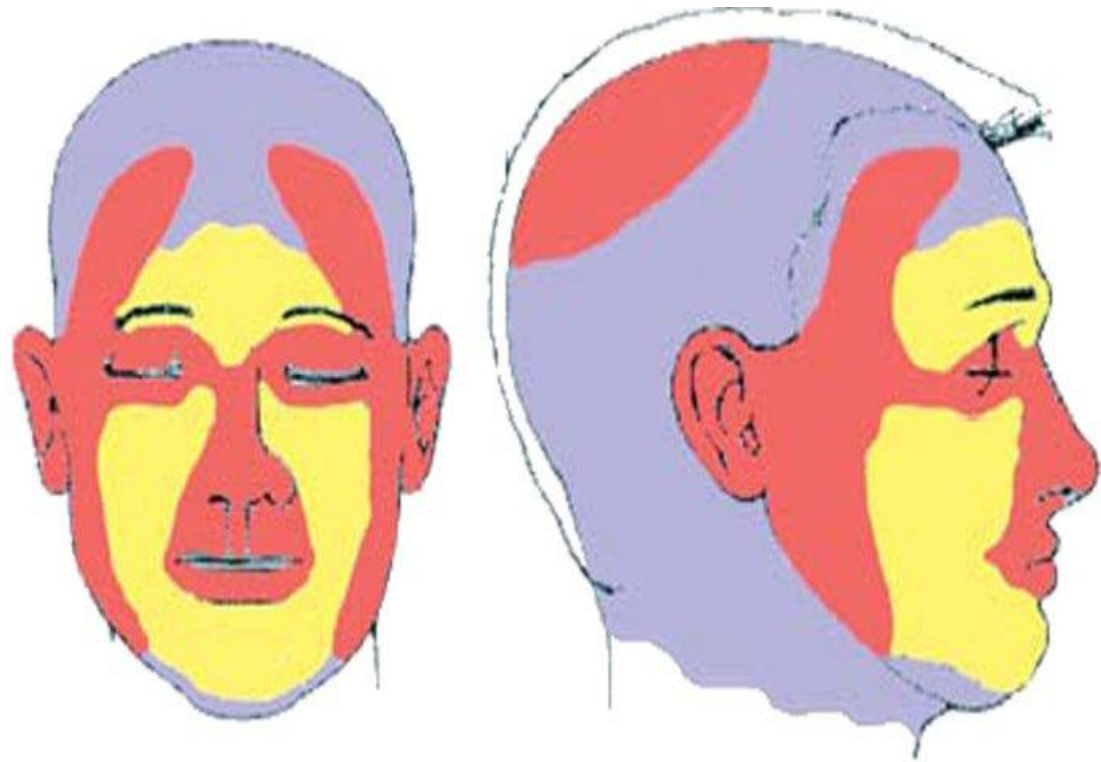
TRATAMIENTO

OBJETIVO: ERRADICAR EL TUMOR

AREA B: bajo riesgo de recidiva: tronco y extremidades.

AREA M: riesgo intermedio: mejillas, frente, cuello, cuero cabelludo.

AREA A: riesgo alto: “área de la máscara facial”: La “H”: parte central de la cara, párpados, cejas, periorbitario, nariz, labios, barbilla, mandíbula, surcos pre o postauricular de la piel, pabellón auditivo, sienes. Genitales, manos y pies.



Alto



Intermedio



Bajo



TRATAMIENTO

CIRUGÍA: “*Gold estandar*”
Cirugía de Mohs

Crioterapia

Curetaje y electrocoagulación

Terapia fotodinámica

5-Fluorouracilo

Imiquimod

Radioterapia

Vismodegib : CBC metastásico irresecable



CARCINOMA EPIDERMÓIDE

Tumor maligno

Origen en queratinocitos de piel o mucosas

Localización más frecuente: cabeza, cuello o dorso de manos en ancianos

Puede surgir de novo o sobre queratosis actínicas precursoras



EPIDEMIOLOGÍA

Es la 2ª forma más común de cáncer cutáneo

Riesgo de desarrollo 4-14%

Aparece en piel foto-expuesta sometida a daño actínico crónico

Factores de riesgo:

- Agentes químicos: hidrocarburos clorados, arsénico
- Tabaco
- Infecciones crónicas
- Inflamaciones crónicas
- Infección persistente por HPV
- Trasplante de órganos sólidos (X 40-250)

Tradicionalmente se considera tumor de bajo riesgo (tasa metástasis menor al 1%)...en realidad es más agresivo de lo que aparenta



FORMAS CLÍNICAS

FORMAS IN SITU- ENFERMEDAD DE BOWEN



FORMAS CLÍNICAS

FORMAS IN SITU- PAPULOSIS BOWENOIDE



FORMAS INVASIVAS



OTROS: QUERATOACANTOMAS



OTROS: CARCINOMA VERRUCOSO

Infrecuentes

Están bien diferenciados, bajo grado de malignidad

Pueden asociarse a infección por HPV

Pueden recurrir aunque no suelen metastatizar

Carcinoma cuniculatum



Condiloma gigante acuminado de
Buschke Lowentstein



Papilomatosis oral florida



BIOPSIA: se debe incluir dermis

Preguntar al paciente por: parestesias
 anestesia ➔ **síntomas invasión**

perineural

dolor

FACTORES DE RIESGO DE METASTASIS

- Grosor superior a 2mm
- Diámetro superior a 2 cm
- Localización: orejas, labios, lengua, vulva, pene
- Desarrollo sobre cicatriz previa
- Escasa diferenciación histológica, tipo acantolítico, o desarrollo sobre enfermedad de Bowen previa
- Inmunosupresión
- Invasión perineural



TRATAMIENTO

Cirugía: *Gold estandar*

Márgenes: tumores de bajo riesgo: 4mm
tumores de alto riesgo: 6mm

Cirugía de Mohs: menos eficaz que en el CBC (el crecimiento puede no ser contiguo)

Biopsia de ganglio centinela: si hay sospecha de afectación ganglionar

Pruebas de imagen en tumores de alto riesgo



PROFILAXIS

En pacientes de alto riesgo, como los inmunosuprimidos, trasplantados de órganos sólidos

Retinoides: Acitretino 0,2-0,4 mg/Kg/ día



SEGUIMIENTO

Examen de piel y biopsia de lesiones sospechosas

Inspección visual y palpación de la cicatriz

Examen de los ganglios linfáticos regionales y biopsia si está indicada

Prestar atención a los epidermoides de labio, pabellón auricular y cuero cabelludo ya que suelen ser más agresivos y metastatizan con más frecuencia tanto localmente como a distancia



Clasificación de los linfomas cutáneos primarios, EORTC/WHO (2005)

Linfomas cutáneos de células T

Micosis fungoides y variantes

MF foliculotropía

Reticulosis pagetoide

Piel laxa granulomatosa

Síndrome de Sézary

Síndromes linfoproliferativos CD30+

Papulosis linfomatoide

Linfoma anaplásico CD30+

Leucemia/linfoma T del adulto

Linfoma T subcutáneo «paniculitis-like»

Linfoma NK/T extranodal «nasal-type»

Linfoma T periférico no especificado

Linfoma CD8+ epidermotrópico

Linfoma cutáneo de células T

Linfoma CD4 pleomórfico de célula pequeña/mediana

Linfomas cutáneos de células B

LCCB de la zona marginal

LCCB centrofolicular

LCCB difuso de célula grande «leg-type»

LCCB difuso de célula grande «otros»

LCCB de célula grande intravascular

Neoplasias de precursores hematológicos

CD4+ CD56+ neoplasia hematodérmica



MICOSIS FUNGOIDE

Supone el 80% de los linfomas cutáneos

Se origina en las células T facilitadoras o “helper”

Afecta 0,5/100.000 individuos

Más frecuente en varones

5ª-6ª década



FORMAS CLÍNICAS

FASE DE MÁCULA



FORMAS CLÍNICAS

FASE DE PLACA



FORMAS CLÍNICAS

FASE DE TUMOR



FORMA LEUCÉMICA: SÍNDROME DE SEZARY



EVALUACIÓN INICIAL

Exploración física completa, en busca de adenopatías periféricas y hepatoesplenomegalias

- Determinar superficie corporal total afectada

Pruebas complementarias:

- BIOPSIA
- Hemograma, extensión de sangre periférica
- Bioquímica
- Radiografía de tórax
- Recuento de células TCD4/ CD8
- Reordenamiento del gen receptor de células T

TAC toraco-abdominal: solo en estadios avanzados

Biopsia médula ósea: si hay sospecha de Sd. Sezary



Dermatitis atópica

Eccemas

Dermatitis de contacto alérgica

Psoriasis

Toxicodermias



Fase mácula o placa:

- Corticoides tópicos

- Mostaza nitrogenada, carmustina

- Fototerapia:PUVA, UVB

- Irradiación corporal total

- Interferon

- Dinileukin Diftitox

- Retinoides: bexaroteno

Fase de tumor: radioterapia focal, Interferon o combinaciones de los anteriores,...

Sd. Sezary: Fotoféresis extracorpórea, IFN, Retinoides orales, MTX, Alemtuzumab, quimioterapia, ensayos clínicos...



EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Fases precoz-mácula: esperanza de vida es similar a un paciente sin MF en las mismas condiciones

Fase tumoral: spv 42% a los 10 años

Afectación ganglionar: spv 20% a los 10 años



CONCLUSIONES

La fase macular recuerda al eccema

Toda dermatitis eccematosa que no responde a tratamientos convencionales debe ser biopsiada

Aunque la biopsia puede dar el diagnóstico en ocasiones se requieren múltiples biopsias (3-6) a lo largo de meses para confirmar el diagnóstico



Tumor maligno que se origina en los melanocitos

Se localiza en piel y mucosas (ocular, oral y genital)

Incidencia 3-7% población, siendo la más alta en Queensland (Australia)

España, 900 casos/año

Edad media: 57 años

Localizaciones más frecuentes: tronco y extremidades inferiores



Factores genéticos:

- Historia familiar de melanoma

- Piel clara

- Incapacidad para broncearse

- Color de pelo pelirrojo

- Defectos en la reparación del ADN (Xeroderma pigmentoso)

Factores ambientales:

- Exposición solar intensa intermitente

- Exposición solar crónica

- Vivir próximo al ecuador

- Tratamiento con PUVA terapia

- Uso de cámaras de rayos UVA, sobre todo antes de los 35 años

- Inmunosupresión iatrogénica o adquirida

Expresión fenotípica de la carga genética

- Presencia de nevus y lentigos solares:

- > 100 nevus melanocíticos adquiridos

- Presencia de nevus displásicos

- Múltiples lentigos solares

- Antecedentes personales de melanoma





LENTIGO MALIGNO





MELANOMA NODULAR



DIAGNÓSTICO MELANOMA

Regla ABCDE

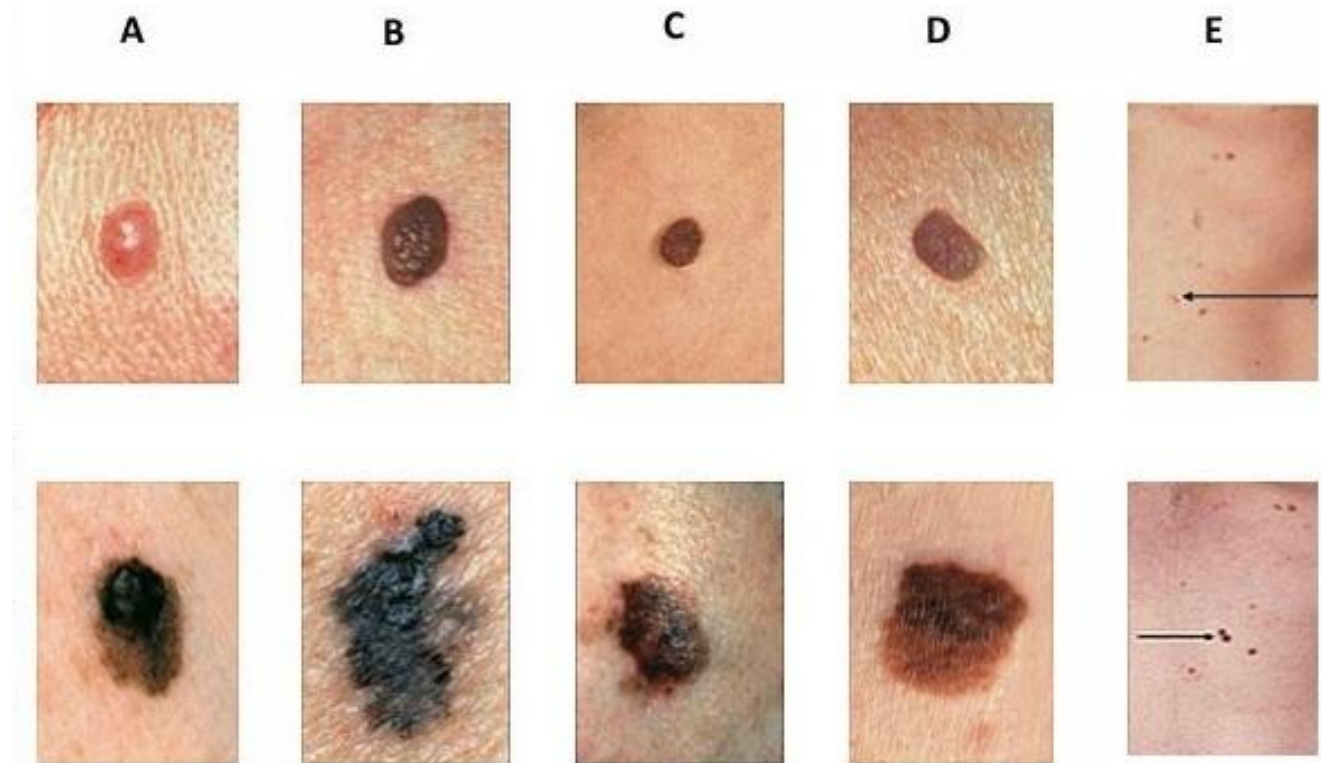
A asimetría

B bordes

C color

D diámetro

E evolución



DIAGNÓSTICO MELANOMA

Diagnóstico definitivo: estudio histológico

Marcadores inmunohistoquímicos: HBM 45, melan A, S 100

En la biopsia debe incluirse: tipo histológico, fase de crecimiento, **Breslow**, nivel de Clark, numero de mitosis, ulceracion, presencia de regresión, invasión vascular o perineural, presencia de satelitosis microscópicas, celularidad, lesiones melanocóticas asociadas, elastosis asociada, margenes.



Toda lesión sospechosas: excisión con 2 mm de margen

Una vez confirmado el diagnóstico:

Ampliación de márgenes

< 1mm sin ulceración: 0,5 cm margen

<1mm con ulceración y 1-2 mm con o sin ulceración: 1-2 cm

de margen

≥ 2, 1mm con o sin ulceración: 2 cm de margen.

Ganglio centinela

NO: Estadío 0

SIEMPRE: IB, IIA, IIB

OPCIONAL: IIC

Estadío IA: Solo si factores de riesgo: - satelitosis

-mitosis >1/mm²

-ulceración

extirpación incompleta con margen profundo afecto



Pruebas complementarias:

Depende del estadio

0-IIA: Analítica, radiografía de tórax, ecografía abdominal

IIB-IV: Analítica, TAC toraco-abdomino-pelvico y PET



Interferon:

Pacientes de alto riesgo de recurrencias y/o metástasis,
estadio II

Aumenta el tiempo libre de enfermedad pero no la
supervivencia global

Otros tratamientos: Actúan sobre la vía MAP kinasa

Vemurafenib

Ipilimumab

Dabrafenib, Trametinib, Nilutimab ,...



PRONÓSTICO

Depende del estadio

IA supervivencia a los 10 años es 95%

T4b supervivencia a los 10 años 50%

Factores pronósticos

Indice Breslow	> 1mm
Ulceracion	Presencia peor pronóstico
Tasa mitótica	$\geq 1/\text{mm}^2$
Edad	Edad avanzada peor
Sexo	Varón peor que mujer
Localización	Tronco, cabeza y cuello peor pronóstico
Numero ganglio linfáticos afectados	Mayor numero peor
Carga tumoral linfática	Macroscópico peor que si son microscópicas
Localización de metástasis a distancia	Peor si son viscerales



METÁSTASIS CUTÁNEAS

Son muy infrecuentes

Excepcionalmente son el signo inicial de una neoplasia

Se asocian a mal pronóstico



EPIDEMIOLOGÍA

El tumor maligno que con más frecuencia desarrolla metástasis en piel es el melanoma (45%)

Mujeres: ca.mama, melanoma

Varones: melanoma, tumores cabeza y cuello, pulmón

Se desarrollan unos 36 meses después del diagnóstico inicial

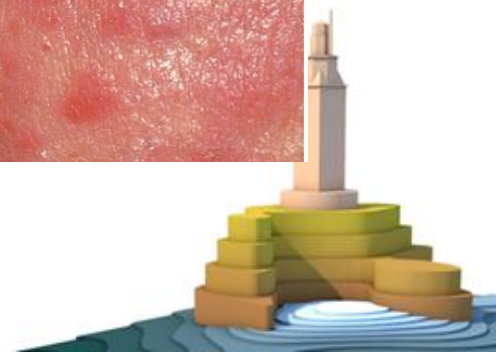


FORMAS CLÍNICAS

- A. Nódulos subcutáneos o dérmicos
- B. Carcinoma inflamatorio (Ca. Mama)
- C. Coraza
- D. Carcinoma telangiectoides
- E. Alopecia neoplásicas
- F. Lesiones tipo granuloma piógenos







DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

El diagnóstico es histológico

La presencia de metástasis en piel implica enfermedad en progresión y por tanto mucho peor pronóstico

El tratamiento debe ser multidisciplinar

Tratamientos: excisión, radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS DE INTERÉS

Wolff, et al. Fitzpatrick Dermatología en Medicina General. Madrid: Panamericana; 2008.

[Izu-Belloso RM](#), [García-Ruiz JC](#). Treatment of cutaneous lymphomas: an update. [Actas Dermosifiliogr](#). 2012 Oct;103(8):694-707.

[Demirseren DD](#), [Ceran C](#), [Aksam B](#), [Demirseren ME](#), [Metin A](#). Basal cell carcinoma of the head and neck region: a retrospective analysis of completely excised 331 cases. [J Skin Cancer](#). 2014;2014:858636.. Epub 2014 Apr 17

Lapresta A, De Miguel R, Gonzales A, García- Almagro D. Carcinoma Basocelular. Monografía. Laboratorios Thea Innovación. ISSN: 1887-679

[Kallini JR](#), [Hamed N](#), [Khachemoune A](#). Squamous cell carcinoma of the skin: epidemiology, classification, management, and novel trends. [Int J Dermatol](#). 2015 Feb;54(2):130-40.

Bolognia JL, Jorizzo JL, Rapini RP. Dermatology. Elsevier. Madrid: 2008.

Habif TP, et al. Enfermedades de la piel. Diagnóstico y tratamiento. Elsevier-Mosby. 2ed. 2006.



MUCHAS GRACIAS POR
VUESTRA ATENCIÓN

