



# 4.4. Patología tumoral

Dermatología clínica aplicada

Patricia Serrano

# TUMORES BENIGNOS

## QUERATOSIS SEBORREICA

Es el tumor cutáneo benigno más frecuente. Aunque clínicamente se puede parecer a las verrugas víricas su etiología no es infecciosa y no es contagioso. Son debidas al proceso fisiológico de envejecimiento cutáneo y suelen aparecer a partir de los 30 años de edad.

En su etiopatogenia a parte de la genética interviene la exposición solar.

### **Clínica**

Se presentan en forma de mácula y progresan a pápula o placa redondeada u oval, de un color que va desde el marrón claro o amarillento al marrón oscuro, casi negro. Están bien delimitadas y su superficie es verrugosa, rasposa al tacto, de aspecto mate, con presencia de orificios foliculares taponados (tapones córneos). Miden habitualmente de 0,5 a 1 cm de diámetro pero en ocasiones llegan a alcanzar 4 o 5 cm. Se localizan en la cara y el tronco. Pueden ser únicas aunque es mucho más frecuente que sean múltiples. Van aumentando lentamente en número y tamaño a lo largo de los años y no es raro que un mismo paciente tenga más de 50 lesiones. Parece como si estuvieran pegadas sobre la piel.

### **Tratamiento**

Siempre hay que aconsejar fotoprotección, ya que junto con la predisposición genética es uno de los factores causantes que facilitan su aparición y crecimiento.

A parte de poder recomendar queratolíticos potentes en lesiones individuales se puede recomendar emolientes con queratolíticos suaves para aplicar después de la ducha en toda la superficie corporal. Estos tratamientos no suelen eliminar la lesión pero reducen la hiperqueratosis

Otros tratamientos que se realizan en la consulta de dermatología incluyen la crioterapia, el láser o el electrobisturí.

## ACROCORDON, FIBROMA BLANDO

Su incidencia aumenta con la edad y se calcula que alrededor del 50% de la población normal tiene alguno. Existe agregación familiar y son más frecuentes en personas obesas.

### **Clínica**

Se presentan como pápulas blandas y pediculadas únicas o, lo que es más habitual, múltiples, del color de la piel normal o hiperpigmentados, de pequeño tamaño (1–3 mm), aunque puede haber elementos de gran tamaño que se desarrollan a lo largo de los años, en cuyo caso reciben el nombre de fibroma blando. Se localizan preferentemente en zonas de roce como los grandes pliegues (cuello, axilas, ingles). Los fibromas blandos suelen localizarse en el tronco.

### **Tratamiento**

En general no requieren tratamiento. Si producen molestias o si son muy inestéticas pueden extirparse mediante un simple corte de tijera, o bien con crioterapia o electrocoagulación. Las lesiones de gran tamaño pueden extirparse con bisturí o bien mediante electrocoagulación de la base.

Aunque clínicamente pueden parecerse a las verrugas víricas no son una patología infecciosa ni contagiosa y no deberían utilizarse tratamientos antivíricos.

## LÉNTIGOS SOLARES O SENILES

Son máculas marrones que miden entre 0.5 y varios cm, localizadas en zonas fotoexpuestas de la cara y el dorso de las manos. Suelen ser múltiples y, en pieles fotoenvejecidas, tienden a la confluencia. Son de color marrón uniforme, tienen los bordes bien definidos y regulares y una superficie mate y muy discretamente áspera. Son muy frecuentes a partir de los 50 años y más del 90% de las personas mayores de 70 años los presentan.

Son un marcador de daño solar (fotoenvejecimiento). Aunque son lesiones benignas indican que la piel está dañada por el sol y por lo tanto tiene mayor riesgo de desarrollar cáncer cutáneo.

### **Tratamiento**

No precisan tratamiento.

Para evitar que progresen i que salgan nuevas lesiones es imprescindible la fotoprotección.

En caso de ser muy inestéticos pueden intentarse una crioterapia superficial, la laserterapia o peelings químicos.

Las cremas despigmentantes aunque pueden aclarar las lesiones no las suelen eliminar.

## QUISTE DE MILIUM

El quiste de milium es un quiste epidérmico de pequeño tamaño (no sobrepasa los 2 – 3 milímetros), bien delimitado, de color blanco o amarillento, localizado en la cara, preferentemente en zonas perioculares, aunque también pueden aparecer en la frente y las mejillas. Es frecuente en el recién nacido y en los adolescentes y adultos jóvenes, aunque puede verse a cualquier edad.

Está formado por un tapón de células cutáneas muertas queratinizadas que han quedado atrapadas justo debajo de la superficie de la piel.

Se forman bajo una fina capa de piel y no en el poro (como ocurre con los granos de acné), no hay ninguna abertura en la piel por la que pueda escapar. Por eso no tiene sentido apretarlos, ya que sólo se conseguirá inflamar la lesión y producir una cicatriz.

La sobreexposición solar crónica puede ser un factor muy importante para el desarrollo de estos quistes. Como resultado, la piel tiene dificultades para expulsar las escamas de queratina de la superficie y aumenta la predisposición a que aparezcan estos quistes.

Para prevenir su aparición es importante evitar las cremas que puedan dejar la cara muy grasa y oleosa y evitar las bases de maquillajes muy densas.

### **Tratamiento**

- Jabones seborreguladores que eliminen el exceso de grasa y cremas exfoliantes que contengan ácido salicílico, ácido glicólico o retinoides. Suelen requerir varios meses de aplicación y no son muy efectivos. Son más efectivos en prevenir la aparición de nuevas lesiones que no en tratar las existentes
- Extracción manual. Este tratamiento se realiza en la consulta. Se realiza una incisión en la piel sobre el quiste con una aguja estéril o mediante una lanceta con un bisturí. Posteriormente se quita el quiste con la ayuda de un extractor de comedones.
- Láser CO2, peelings, dermoabrasión.

## QUISTE EPIDERMOIDE

Es una tumoración benigna que se origina en el infundíbulo folicular. Es el tipo más frecuente de quiste cutáneo.

Se da en adultos jóvenes y en gente de edad media, siendo raro en niños. Aparece en cualquier localización aunque es más habitual en la cara y la parte superior del tronco.

### **Clínica**

Se manifiesta como un nódulo, redondo u ovalado, bien delimitado, de consistencia elástica, cubierto de piel normal con un pequeño orificio central por el que puede drenar material amarillento, de aspecto caseoso, espeso y maloliente. Normalmente es único y estable, de tamaño pequeño (desde milímetros hasta 1 cm de diámetro), aunque algunos crecen progresivamente hasta alcanzar varios cm. Están fijados a la epidermis y son desplazables sobre las estructuras profundas.

Acostumbra a ser asintomático, pero no es infrecuente que sufra episodios de infección, inflamación y ruptura.

### **Tratamiento**

No requieren tratamiento, aunque puede ser extirpado quirúrgicamente si produce molestias, por motivos estéticos o si se producen episodios inflamatorios o infecciosos de repetición. Se ha de intentar extraer todo el revestimiento epidérmico, la cápsula, del quiste en el momento de la extirpación, para evitar la recidiva.

## QUISTE TRICOLÉMICO

Se origina en la vaina pilosa externa. Se trata de un quiste epidérmico modificado, con queratinización similar a la del pelo. Es una lesión benigna que representa aproximadamente el 15% de todos los quistes cutáneos extirpados. El 90% se localizan en el cuero cabelludo y menos del 30% de los casos son lesiones únicas. Existe predisposición familiar y se dan en edades medias de la vida, más frecuentemente en mujeres.

### **Clínica**

Es muy parecido al quiste epidermoide, aunque tiene una mayor consistencia y no presenta el poro cutáneo que se observa en el quiste epidérmico. Suelen mantenerse estables, sin procesos infecciosos intercurrentes, a diferencia del quiste epidermoide.

### **Tratamiento**

No requieren tratamiento. En caso de quistes de gran tamaño o que produzcan molestias, pueden ser eliminados quirúrgicamente mediante extirpación quirúrgica simple.

## ANGIOMA SENIL (PUNTO RUBÍ)

Son tumores vasculares benignos que se manifiestan como pápulas (habitualmente múltiples y persistentes) de 1-6 mm de diámetro, de un color rojo brillante, localizadas preferentemente en el tronco de personas adultas. Constituyen un signo de envejecimiento fisiológico, de manera que aumentan en número y tamaño con la edad. También se observa una cierta predisposición genética.

### **Clínica**

Suelen aparecer al principio de la edad adulta como puntos milimétricos rojo brillantes, que con el tiempo aumentan de número y diámetro, haciéndose palpables. Son asintomáticos, aunque en función de la localización pueden causar molestias locales, o incluso sangrado tras un traumatismo. Se han descrito formas eruptivas en relación a factores hormonales, como embarazo y prolactinomas, que pueden involucionar, pero en el resto de casos, suelen ser persistentes.

### **Tratamiento**

Son lesiones benignas sin ningún potencial de malignización, por lo que la indicación de tratamiento es meramente por motivos estéticos, aunque en ocasiones, por las molestias locales de las lesiones de mayor tamaño, puede estar justificado. El tratamiento se puede realizar con láser vascular o electrocoagulación.

## LAGO VENOSO

Los lagos venosos corresponden a ectasias vasculares de pequeño tamaño (habitualmente suelen medir menos de 5 mm). Aparecen en zonas expuestas a la luz solar de manera crónica, como el labio inferior y pabellones auriculares. Son completamente asintomáticos.

### **Clínica**

Se presentan en forma de pápulas de color azul-grisáceo, de 3-5 mm de tamaño, habitualmente localizadas en el labio inferior, asintomáticas y persistentes. Es característico que desaparezcan al presionarlos (vitropresión). Los lagos venosos pueden confundirse con máculas melanóticas de la mucosa (aunque estas lesiones son maculares y no desaparecen con la vitropresión, siendo de un tono más oscuro y en personas más jóvenes).

### **Tratamiento**

Si se decide realizar tratamiento (habitualmente en el ámbito privado y por motivos estéticos), existen varias opciones terapéuticas como la extirpación quirúrgica,

criocirugía, agentes esclerosantes y la electrocoagulación, pero hoy en día el tratamiento de elección es el láser Nd:YAG 1064.

## NEVUS MELANOCÍTICO

Los nevus melanocíticos son tumores melanocíticos benignos. Se manifiestan en forma de lesiones máculo-papulosas, de escasos milímetros a varios centímetros de diámetro (en el caso de algunos nevus melanocíticos congénitos), con más o menos pigmento de origen melánico. Pueden localizarse en cualquier zona del tegumento. Su causa no se conoce con exactitud aunque parece existir una cierta predisposición genética al desarrollo de nevus y el principal factor favorecedor es la exposición al sol en edades tempranas.

### **Nevus melanocítico congénito**

Los nevus melanocíticos congénitos están presentes en el nacimiento o se desarrollan durante las primeras semanas de vida. Se clasifican según su tamaño en pequeños (<1.5cm), medianos (1.5-19.9cm) o gigantes (>20cm). Suelen presentar pelo dado que son hamartomas con diversos componentes cutáneos (melanocitos y también anejos). El riesgo de malignización es superior al de los nevus melanocíticos adquiridos. Los nevus congénitos gigantes, cuando ocupan la zona media embrionaria (cuero cabelludo, espalda, nalgas), pueden presentar afectación leptomeníngea, en lo que se conoce como síndrome neurocutáneo.

### **Nevus melanocítico adquirido**

Se inician por lo general en la primera década de la vida, siguen apareciendo hasta los 35-40 años y la mayoría autoinvolucionan antes de los 60 años. Se manifiestan como maculo-pápulas pigmentadas, de menos de 1 cm de diámetro (habitualmente menos de 5 mm), monocromas o con presencia de pocos colores (p.ej. marrón claro y marrón oscuro), simétricas, de bordes regulares. Se mantienen durante años sin apenas cambios y suelen ser múltiples.

El principal factor desencadenante de su aparición es la exposición al sol, sobre todo durante los primeros años de la vida en pacientes con una base genética de predisposición al desarrollo de nevus.

- **Nevus melanocítico intradérmico**

Son pápulas semiesféricas que pueden ser sésiles o pediculadas, de superficie lisa o verrucosa. En muchas ocasiones pierden también la capacidad de producir melanina y adquieren el color de la piel normal.

- Nevus acrales

Son nevus melanocíticos benignos que se localizan en palmas y plantas. Como la piel de las palmas y las plantas tiene una epidermis más gruesa el aspecto de estos nevus es distinto al de los del resto del cuerpo. No tienen mayor riesgo de malignización que el resto de nevus adquiridos, por lo que no se recomienda su exéresis sistemática.

- Nevus azul

Clínicamente se manifiesta como una maculo-pápula, consistente al tacto, de escasos mm a menos de 1 cm de diámetro, ovalada, simétrica, de tonalidad azul grisácea. El color se debe a que, en estas lesiones, las células melanocíticas se localizan en la dermis, a cierta profundidad. Cuando la melanina se encuentra a este nivel, en lugar de verse marrón se ve azulada, por un efecto de refracción de la luz (efecto Tindall). Son más frecuentes en dorso de manos y pies, suelen aparecer durante la infancia y se mantienen estables a lo largo de los años.

- Nevus de Sutton (halo nevus)

Es un nevus melanocítico común adquirido que sufre una reacción inflamatoria/autoinmune que comporta la destrucción del nevus y de los melanocitos circundantes hasta su completa desaparición. Dicha reacción está mediada por autoanticuerpos circulantes y, fundamentalmente, por linfocitos citotóxicos anti-antígenos melanocíticos específicos.

Clínicamente se observa un nevus melanocítico común alrededor del cual aparece un halo completamente depigmentado (blanco) simétrico. Con el tiempo, el nevus toma un color rosado y puede llegar a desaparecer por completo, quedando únicamente un área de leucoderma. Este fenómeno suele producirse durante la adolescencia y no es raro que progresivamente aparezcan nuevas lesiones similares. Es más frecuente en tronco. Puede asociarse a vitíligo o, en raras ocasiones, a melanoma.

- Nevus melanocítico atípico

Los nevus clínicamente atípicos (NCA) o nevus displásicos son tumores melanocíticos benignos adquiridos que comparten algunas características clínicas con el melanoma. Hoy en día no se consideran lesiones premalignas en sí mismas, sino marcadores de riesgo para desarrollar melanoma. Los pacientes con 1 NCA tienen un riesgo 1,5 veces mayor que la población general de desarrollar un

melanoma a lo largo de su vida que aumenta hasta 10 veces más que la población general en los pacientes con 5 o más NCA.

Los NCA se caracterizan clínicamente por ser maculo-pápulas, de más de 5 mm de diámetro, con bordes irregulares o mal definidos, de tonalidades rosadas o con distintos colores y asimetría.

## LESIONES PRECANCEROSAS

Las lesiones precancerosas son lesiones con alta probabilidad de evolucionar a cáncer.

Existen varios factores de riesgo que influyen tanto en el desarrollo de lesiones precancerosas como el cáncer cutáneo. Entre estos destacan:

### **Factores intrínsecos:**

- Fototipo cutáneo (color de la piel y capacidad de respuesta a la RUV)

Las personas de piel clara que no se broncean fácilmente (fototipos claros, I y II) son las más propensas a padecer lesiones precancerosas y cáncer de piel. I Se queman fácilmente, no se broncean nunca (pelirrojo).

II Se queman fácilmente, se broncean un poco
III Se queman moderadamente, se broncean progresivamente
IV Se queman poco, siempre se broncean bien
V Se queman raramente, siempre están bronceados
VI Se queman muy raramente, están muy pigmentados

- Genética

Síndromes genéticos caracterizados por alteraciones en los mecanismos de reparación del ADN, inestabilidad cromosómica y fotosensibilidad.

- Edad

El riesgo de padecer lesiones precancerosas y cáncer cutáneo aumenta con la edad.

### **Factores extrínsecos**

- Exposición acumulativa a la radiación ultravioleta (RUV)

Los tumores cutáneos son más frecuentes en países “soleados” que en los que no lo son y en personas que están muchas horas de su vida expuestas a la radiación solar ya sea por trabajo (albañiles, jardineros, marineros, agricultores,...) o por actividades recreativas (tenis, golf,...). Otro factor muy importante es la exposición a fuentes artificiales de RUV como las cabinas de bronceado.

- Inmunosupresión

La incidencia de cáncer cutáneo está notablemente aumentada en los pacientes inmunodeprimidos, siendo hasta de 18 veces mayor en trasplantados renales e inmunosuprimidos por otros motivos que en la población general.

- Procesos cutáneos inflamatorios y degenerativos crónicos

El cáncer cutáneo pueden aparecer sobre dermatosis que mantengan procesos de cicatrización continua, como son úlceras venosas, cicatrices de quemaduras (úlceras de Marjolin), fístulas de osteomielitis crónica, lupus discoide, epidermólisis ampollosa, hidradenitis supurativa y liquen plano erosivo.

- Exposición a radiaciones ionizantes (radioterapia)

La aparición de cáncer cutáneo es más frecuente en las zonas donde se han realizado tratamientos con radioterapia.

- Exposición a sustancias químicas carcinógenas

La exposición exógena crónica a diversos carcinógenos predispone al desarrollo de cáncer cutáneo, como son la hidroxiurea, el arsénico, las breas, los aceites minerales, el asbesto y el tabaco.

- Infección por virus (VPH)

La infección por virus del papiloma humano (VPH) se asocia a un riesgo aumentado de carcinoma escamoso, en particular los genotipos 16 y 18. Se ha comprobado su papel oncogénico en la epidermodisplasia verruciforme, el carcinoma de cervix, y los carcinomas anogenitales.

## QUERATOSIS ACTÍNICA (QA)

Es el principal precursor del carcinoma escamoso o cutáneo. Por lo general se trata de lesiones múltiples que aparecen en zonas fotoexpuestas y que clínicamente varían desde lesiones eritematosas, persistentes, de tacto ligeramente rasposo, que no responden a tratamientos locales, hasta elementos escamo-costrosos, bien adheridos, que al desprenderse dejan una superficie congestiva, a veces sangrante, y que reaparecen cada vez con mayor tamaño y consistencia. Afectan especialmente a personas de edad avanzada, piel clara, ojos azules e historia de exposición solar crónica.

Se calcula que entre las personas con múltiples queratosis actínicas el riesgo de padecer al menos un carcinoma escamoso invasivo es del 6 al 10% en un período de 10 años.

La presencia de dolor e inflamación en una QA pueden ser marcadores de progresión a carcinoma escamoso. Por otra parte, se estima que más del 25% de las QA remiten espontáneamente si se utiliza una fotoprotección correcta.

## QUEILITIS ACTÍNICA

Es el equivalente de la QA en el labio. Aparece en labio inferior lo que nos demuestra una clara influencia actínica. La parte afectada del labio muestra hiperqueratosis o erosión, experimenta cambios de color y consistencia y se borra el borde rojo labial.

La aparición de induración al tacto o infiltración en profundidad nos ha de hacer pensar en carcinoma invasivo.

En su etiopatogenia, a parte de la exposición a la RUV también tiene un papel destacado el consumo de tabaco.

### **TRATAMIENTO**

El objetivo del tratamiento es su eliminación con el fin de evitar la aparición de un posible carcinoma. No debemos emplear actitudes expectantes o abstencionistas ya que con ello lo único que conseguiremos es que se desarrolle un carcinoma

invasivo. También es cierto que no son necesarias extirpaciones profundas ya que estas lesiones están limitadas a la epidermis. Existen diversas opciones terapéuticas:

- Tratamientos destructivos
  - Cirugía
  - Crioterapia
  - Curetaje y electrocoagulación
  - Láser CO<sub>2</sub>
  - Exfoliación química con ácido tricloroacético
- Tratamientos farmacológicos
  - Diclofenaco 3% en ácido hialurónico al 2.5%
  - 5-fluorouracilo 0.5% con ácido salicílico al 10%
  - Imiquimod al 3.75% o al 5%
  - Terapia fotodinámica
  - 5-fluorouracilo 5% (formulación magistral)

Los tratamientos para las QA pueden producir una reacción inflamatoria importante que es normal y deseable. Hay que tranquilizar al paciente (No son alérgicos ni se ha infectado). Muchas veces la reacción inflamatoria se extiende más allá de las lesiones visibles ya que estos tratamientos también actúan sobre las lesiones subclínicas. Esta reacción se resuelve sin tratamiento aunque se pueden aplicar fomentos o soluciones astringentes ya que suelen ser lesiones exudativas y a veces un corticoide tópico +/- un antibiótico tópico

Un punto muy importante es la información y la adopción de medidas preventivas como son la fotoprotección desde la infancia y abandonar el hábito tabáquico (sobre todo en los pacientes con queilitis actínica).

## CAMPO DE CANCERIZACIÓN

Este término hace referencia a un área de células genéticamente alteradas por un agente carcinógeno común. En el caso de las QA correspondería al área de piel con daño actínico que puede estar rodeando a cada QA y que muestra las mismas alteraciones genéticas que la QA. En esta área podemos encontrar QA clínicamente visibles, QA subclínicas (diagnosticables solo microscópicamente) y focos de queratinocitos con alteraciones genéticas detectables solo por estudios moleculares. La existencia del campo de cancerización tiene implicaciones terapéuticas importantes ya que implica que en un paciente con QA no hay que

tratar sólo las lesiones visibles clínicamente sino que también hay que aplicar tratamientos dirigidos al campo.

Los tratamientos dirigidos al campo no sólo tratan la lesión en sí misma, sino también el área circundante o campo. Entre los tratamientos dirigidos al campo se incluyen:

- Diclofenaco 3% en ácido hialurónico al 2.5%
- Imiquimod al 3.75% o al 5%
- Terapia fotodinámica
- 5-fluorouracilo 5% (formulación magistral)

# TUMORES MALIGNOS

## CARCINOMA BASOCELULAR (CBC)

Es el más frecuente de los carcinomas cutáneos. Se caracteriza por:

- Tener su origen en las células madre epidérmicas de la capa basal del epitelio o del promontorio del pelo
- Predominar, aunque no de forma exclusiva, en áreas fotoexpuestas
- Tener un crecimiento invasivo de las estructuras vecinas por lo que puede producir importantes mutilaciones y, rara vez, llevar a la muerte por afectación de áreas vitales. Sin embargo no suele producir metástasis hemáticas ni linfáticas
- Afectar primariamente a la piel y no afectar a las mucosa

Aparece en etapas avanzadas de la vida, en pacientes de más de 60 años, predominantemente en zonas fotoexpuestas (cara) y en personas de piel clara que han realizado su actividad al aire libre.

### **Clínica**

Comienza como una lesión tumoral de pequeño tamaño que tiende a crecer de forma lenta pero progresiva presentando frecuentemente telangiectasias en su superficie, que pueden repartirse por toda la lesión o encontrarse preferentemente en la periferia del tumor. Con los años el CBC suele ulcerarse centralmente, con tendencia a una falsa cicatrización y puede alcanzar un gran tamaño. En muchas ocasiones las lesiones presentan focos pigmentados y más raramente presentan una pigmentación difusa que puede confundirlo con una

lesión melánica. Es característico el aspecto “perlado” que le confiere el ser una tumoración traslúcida, con un brillo característico.

### **Factores de riesgo**

- Radiación ultravioleta: Es la causa más frecuente en la producción del tumor. Los pacientes con CBC suelen tener la piel, los ojos y el pelo claros y además realizan trabajos o actividades recreativas al “aire libre”. Sin embargo existen tumores en localizaciones no expuestas (pecho, espalda) en los que este factor no puede considerarse, por ello se han invocado otras causas desencadenantes.
- Sustancias químicas (arsénico, breas)
- Radiaciones (radiaciones ionizantes y las propias radiaciones ultravioletas tanto naturales como las artificiales)
- Enfermedades genéticas (xeroderma pigmentosum, síndrome del carcinoma basocelular nevoide)
- Estados de inmunosupresión.

La aparición de CBC en pacientes trasplantados sometidos a terapias inmunosupresoras, es mucho más frecuente que en la población no trasplantada.

### **Tratamiento**

- El tratamiento de elección es la cirugía. Siempre que la lesión lo permita, debe hacerse una extirpación radical, con 0.3-0.5 de margen de seguridad. En los carcinomas recidivantes, en especial si se localizan en los pliegues de cierre embrionario (canto interno del ojo, pliegue nasogeniano, región preauricular), el tratamiento de elección es la cirugía de Mosh. Consiste en realizar extirpaciones seriadas en las que se va comprobando, histológicamente, si los bordes están afectados, ampliándose en cada sesión la exéresis en las áreas donde quedan restos de tumor.
- En caso de lesiones superficiales o en aquellos pacientes en los que la cirugía no se considere indicada podemos realizar crioterapia. También puede recurrirse en lesiones incipientes de pequeño tamaño a la electrocoagulación y curetaje.
- Los carcinomas basocelulares poco infiltrantes y no pigmentados pueden ser tratados con terapia fotodinámica. Otra buena alternativa es la crema de Imiquimod, útil en el tratamiento de los CBC superficiales cuando la cirugía no se considera indicada.
- La radioterapia se reserva para aquellos tumores que asientan en zonas difíciles o en las que la cirugía deja indefectiblemente cicatrices o retracciones considerables.

- Inhibidores de la vía Hedgehog (vismodegib, sonidegib) son fármacos de terapia dirigida que se pueden utilizar en el CBC avanzado.

En todos los casos se deberá aconsejar extremar la precaución respecto a la exposición solar, así como el uso habitual de filtros solares de alta protección.

## CARCINOMA ESCAMOSO (CEC)

El carcinoma escamoso es un tumor maligno que se origina en los queratinocitos. Tiene también una clara influencia con la RUV ya que en la mayoría de las ocasiones se localiza en áreas fotoexpuestas y en personas con trabajos que implican una exposición continua a la radiación UV. Suelen aparecer sobre lesiones precancerosas y pueden afectar tanto a piel como a mucosas.

Tiene tendencia a crecimiento invasivo, es capaz de producir metástasis tanto vía hemática como linfática.

Su etiología es multifactorial pero el factor más importante es la radiación ultravioleta, lo que explica su predilección por zonas fotoexpuestas (cara, dorso de manos, pabellón auricular, labio inferior) y que aparezca con frecuencia sobre lesiones precancerosas en las que el papel de este tipo de radiación es trascendental. Es más frecuente en hombres de piel clara (fototipos II y III), aunque también se da en mujeres, en las cuales aparece con cierta frecuencia en las extremidades inferiores, zona con una gran exposición solar acumulada a lo largo de la vida.

### **Factores de riesgo**

- El más importante es la RUV
- Virus del papiloma humano, especialmente HPV 16 y 18 (CEC anogenital, vulva y pene)
- Sustancias químicas: arsénico, aceites minerales, alquitranes.
- Tabaco (labio inferior, mucosa interna de mejilla)
- Cicatrices de quemaduras o de dermatosis inflamatorias crónicas (hidrosadenitis, liquen escleroso, lupus discoide, úlceras crónicas)
- Radiación ionizante
- Tratamiento inmunosupresor
- Enfermedades genéticas (Xeroderma pigmentosum, albinismo)
- Hidroclorotiazidas

### **Clínica**

Clínicamente tiene como característica general la formación de queratina, en las formas bien diferenciadas, o la tendencia a la ulceración en las indiferenciadas.

También puede desarrollarse sobre mucosas (oral y genital) y semimucosas, a diferencia del CBC. En esta localización la clínica suele ser similar a la del CEC de piel, si bien predominan las lesiones de tipo ulceroso y/o verrucoso desarrolladas generalmente sobre una zona de precáncer como leucoplasia o queilitis actínica.

Las metástasis se producen por vía linfática hacia ganglios regionales o, menos frecuentemente, por vía hemática hacia pulmón, hígado, cerebro, piel o hueso. La incidencia de metástasis es del 3-4%. Los CEC de mucosas y semimucosas (labio, vulva y pene) son los que más metastatizan. Aquellos que asientan sobre radiodermatitis, cicatrices o úlceras también tienen mayor tendencia a las metástasis. Por el contrario, los que asientan sobre queratosis actínicas son los que tienen un mejor pronóstico.

### **Tratamiento**

El tratamiento de elección del carcinoma espinocelular es la extirpación quirúrgica, con márgenes de seguridad de 0.5 a 1cm. Siempre debe descartarse la presencia de adenopatías satélites mediante la exploración clínica o técnicas de diagnóstico por imagen.

En casos seleccionados (lesiones pequeñas, áreas difíciles de operar, pacientes muy ancianos o con malas condiciones generales) podría optarse por crioterapia, electrocoagulación y curetaje o radioterapia.

En pacientes ancianos que toleren mal la cirugía, con lesiones nodulares pequeñas se puede intentar tratamiento intralesional con 5-fluoruracilo o metotrexate.

En pacientes con metástasis se puede utilizar quimioterapia.

## MELANOMA

Se origina en los melanocitos. La mayoría de melanomas (91% de los casos) son de origen cutáneo. Pueden aparecer sobre piel normal, constituyendo lo que se denomina melanoma "de novo", o en una lesión pre-existente como un nevus congénito, un nevus displásico o, incluso, un nevus melanocítico común adquirido (melanoma "sobre nevus"). Más raramente (9% de los casos), el melanoma puede tener un origen extracutáneo, originándose en los melanocitos presentes en el iris o en la coroides (melanoma ocular; 59% de los melanomas extracutáneos), en las

mucosas (melanoma de mucosas; 15% de los melanomas extracutáneos) o en órganos internos (melanoma en glándula suprarrenal, meníngeo, primario ganglionar, etc).

Tiene una alta tendencia a producir metástasis a distancia aunque el volumen tumoral inicial sea muy pequeño y, una vez diseminado, es una enfermedad difícilmente curable. Estos datos se agravan si se tiene en cuenta que, aunque la mediana de edad de los pacientes con melanoma es de 50-60 años, el 22% de los pacientes son menores de 40 años.

El melanoma cutáneo es una de las neoplasias malignas cuya tasa de incidencia está aumentando más rápidamente en todo el mundo.

A pesar de que el melanoma no es el cáncer de piel más frecuente (relación cáncer cutáneo no melanoma / melanoma: 18-20 /1), el melanoma es el cáncer cutáneo que comporta una mayor mortalidad.

### **Clínica**

Suele presentarse como una lesión pigmentada atípica, aunque hay un subtipo de melanomas que son acróxicos (no tiene pigmento melánico).

Su presentación clínica es muy variada y podemos observar lesiones superficiales, nodulares, ulceradas que pueden localizarse en cualquier zona de la superficie corporal incluyendo las palmas, las plantas (melanoma acral) y las mucosas (oral y genital).

Entre los criterios que nos ayudan a diagnosticar un melanoma está:

- Signo del patito feo: Hace referencia a la existencia de una lesión pigmentada que llama la atención por ser distinta al resto de las lesiones pigmentadas del mismo paciente.
- Regla del ABCDE
  - **A**simetría
  - **B**ordes irregulares
  - **V**arios **C**olores
  - **D**ímetro >6mm
  - **E**volución (lesión que crece o cambia)

### **Factores de riesgo**

El melanoma se desarrolla cuando una serie de factores carcinógenos actúan sobre un individuo que presenta susceptibilidad frente a este tipo de cáncer, ya sea constitucional y/o hereditaria.

– RUV

Tiene un efecto mutagénico directo sobre el ADN cutáneo y además es capaz de inducir la producción de factores de crecimiento, de reducir las defensas inmunológicas cutáneas y de promover la producción de radicales libres de oxígeno.

Tanto la exposición crónica al sol como la exposición solar intermitente, sobre todo la que causa quemaduras solares en la infancia y adolescencia, se han asociado con un incremento del riesgo de desarrollar melanoma.

La exposición a fuentes artificiales de RUV, como las cabinas de bronceado, también se ha asociado al desarrollo de melanoma.

- La piel clara (fototipos I y II), el pelo pelirrojo y la presencia de efélides (“pecas”) son características que se asocian a las quemaduras solares (especialmente antes de los 15 años) y son todas ellas factores de riesgo para el desarrollo de melanoma.
- Existen otros factores predisponentes como el poseer pelo rubio y ojos azules
- La presencia de múltiples nevus (cuya aparición, a su vez, es inducida por el sol en individuos constitucionalmente predispuestos), sobre todo si varios de éstos son atípicos
- Alteraciones genéticas
  - Antecedentes personales o familiares de melanoma
  - Albinismo, xeroderma pigmentoso

### **Tratamiento**

El tratamiento de elección es la cirugía que suele acompañarse de biopsia selectiva de ganglio centinela en los melanomas que tienen un grosor superior o igual a 0.8mm.

En los casos en los que ya existen metástasis pueden plantearse otros tratamientos:

- Fármacos de terapia dirigida (inhibidores BRAF, MEK, C-KIT)
- Inhibidores de punto de control inmunitario (nivolumab, pembrolizumab, ipilimumab)
- Inmunoterapia con IL-2
- Radioterapia
- Quimioterapia

Lo más importante, como en todos los cánceres de piel, sigue siendo la prevención y para esto es importante que:

- La población sea consciente de riesgo de la RUV en el desarrollo del cáncer de piel
- Se revisen la piel de forma periódica y ante cualquier lesión sospechosa consulten con su médico
- Los pacientes con nevus realicen revisiones periódicas con su médico o dermatólogo

La farmacia comunitaria, por su accesibilidad y cercanía al paciente, es un sitio ideal para el desarrollo de campañas de educación a la población sobre todo en el ámbito de la fotoprotección.

En cuanto a la fotoprotección es importante informar y educar a la población sobre las distintas medidas de las que disponemos actualmente:

- Protección física
  - Sombreros, gorras, ropas, gafas de sol homologadas, maquillaje, buscar la sombra cuando se esté al aire libre
- Protección química
  - Filtros solares orgánicos e inorgánicos
- Fotoprotección oral
  - Beta-carotenos, antioxidantes, polifenoles, ácidos grasos poliinsaturados, flavonoides.

# BIBLIOGRAFIA

1. Ferrándiz C, Fonseca-Capdevila E, García-Diez A, Guillén-Barona C, Belinchón-Romero I, Redondo-Bellón P, Moreno-Giménez JC, Senán R. Adaptación española de la Guía europea para la evaluación y tratamiento de la queratosis actínica. *Actas Dermosifiliogr* 2014; 105:378-393.
2. Gilaberte Y, Coscojuela C, Sáenz de Santamaría MC, González S. Fotoprotección. *Actas Dermosifiliogr* 2003; 94(5):271-93