



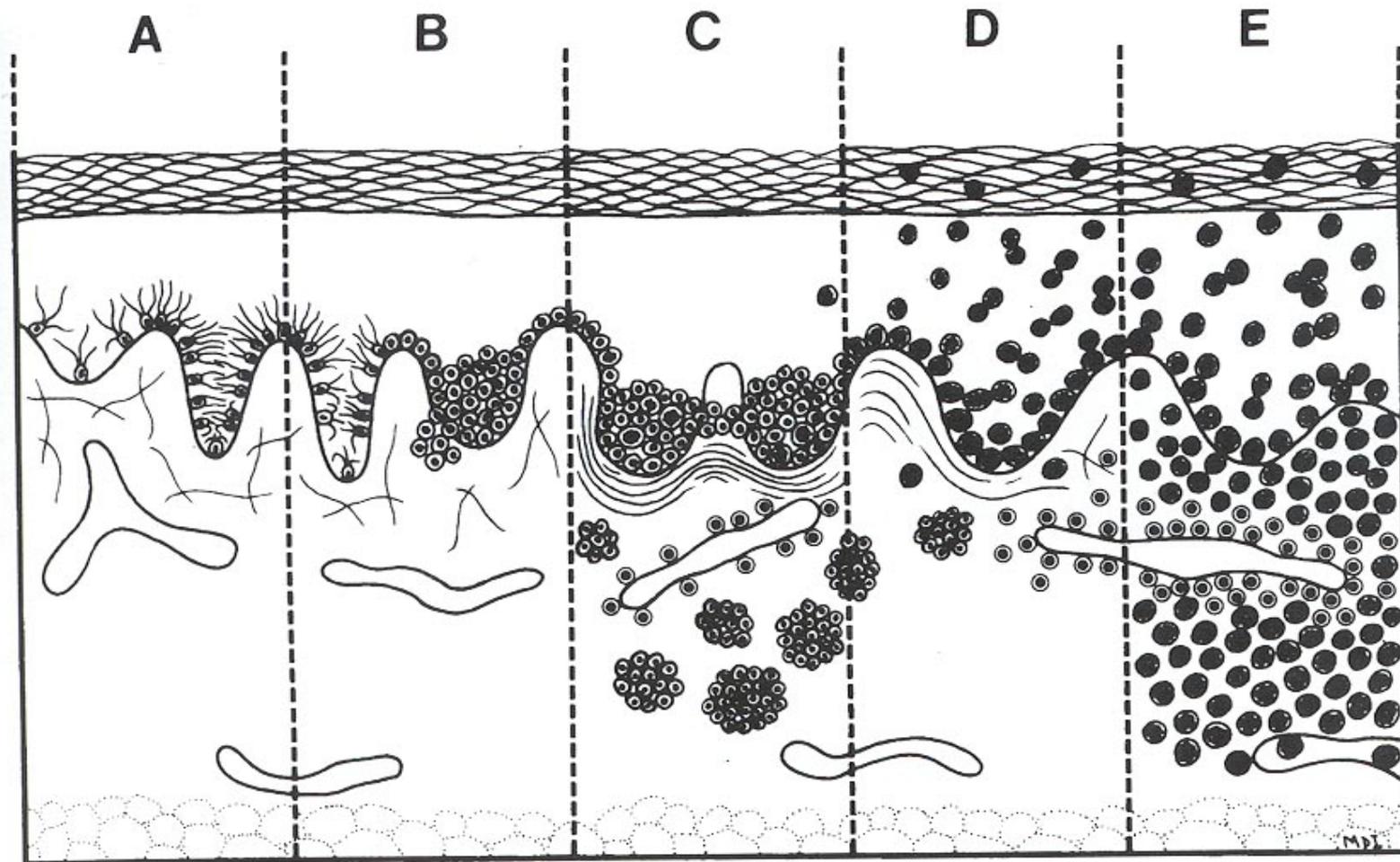
# CANCER DE PIEL

Dr. Mauricio León R.  
08 Julio 2011

Disfrute el sol sin que te dañe?



**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS,  
LIMA - PERÚ**

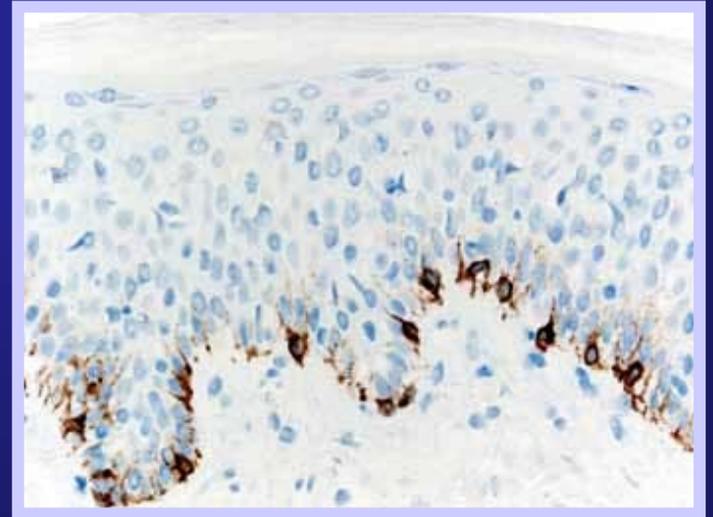


Time

# Melanoma Maligno

Tumor maligno originado en los melanocitos.

La mayoría se localizan en la piel pero también pueden localizarse en mucosas, y con menos frecuencia retina y meninges



# Epidemiología

En los últimos años, la frecuencia del melanoma se ha incrementado exponencialmente.

En Lima Metropolitana (1994-1997) el MM se ubicó en el puesto 22 con una incidencia de 1.88/100,000 hab.



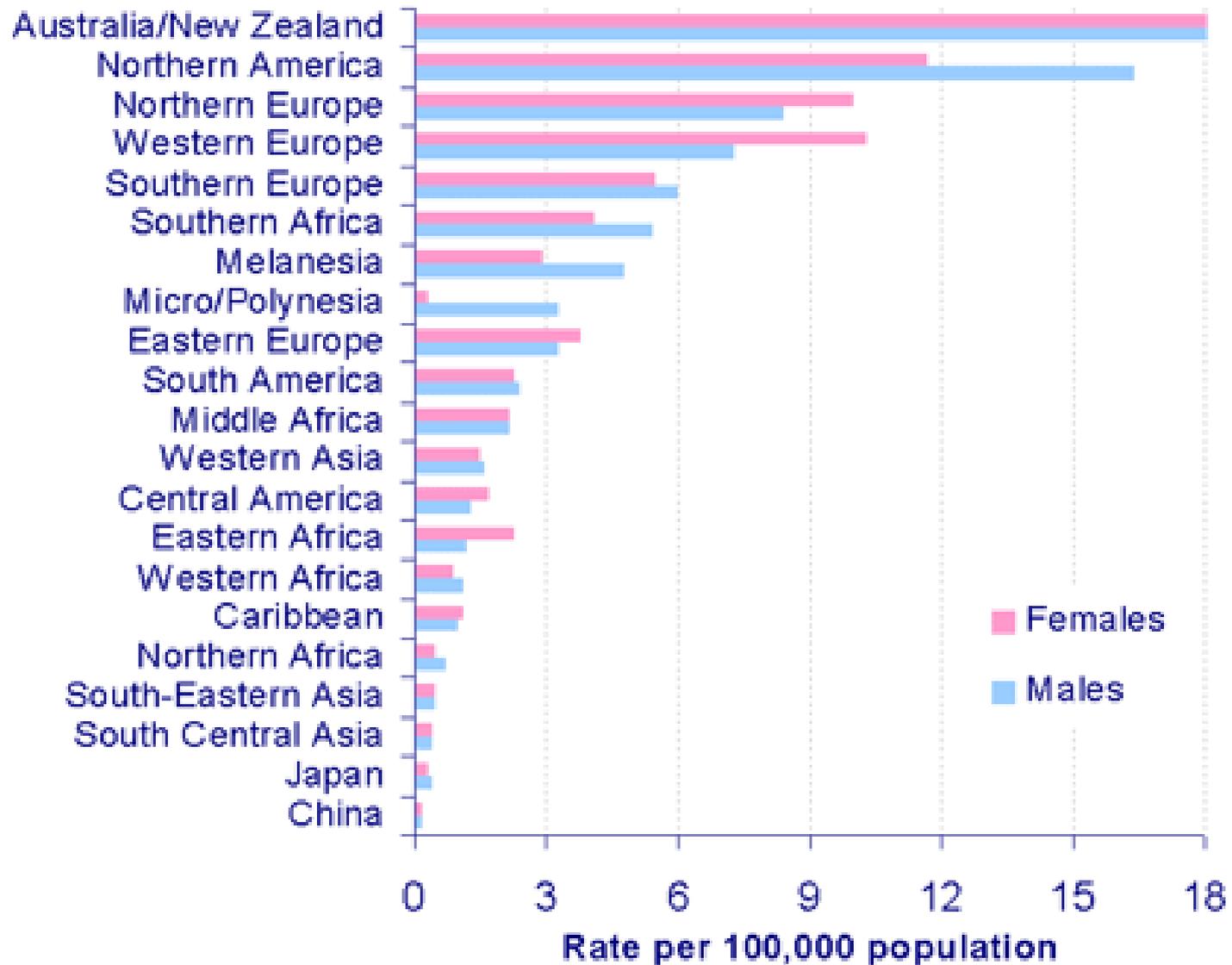
Mortalidad fue de 0.85/100,000 hab

En los Estados Unidos ha aumentado desde 4,5/100.000 hab en el año 1970 hasta 15,2/100.000 en el año 1995



Uno de cada 57 varones y una de cada 78 mujeres desarrollará un melanoma a lo largo de su vida

**Figure 1.5: World age-standardised incidence rates, malignant melanoma, by sex, 2002 estimates**



El melanoma representa el 2,5% de todos los cánceres y es responsable del 1-2% de las muertes por cáncer

El Melanoma Maligno se desarrolla en un 75% de novo y en un 25% en nevos preexistentes

El 95% se desarrollan en la piel y el 5% en mucosas, retina y meninges

Según el Departamento de Estadística  
INEN (1997-02):

El MM representa el 1.24 % del total de las neoplasias malignas atendidas en el INEN



## Factores de Riesgo

-La Radiación UV (exposiciones intensas e intermitentes)

Radiación UVA penetra en la capa profunda de la piel y debilita el sistema inmune.

Radiación UVB causa el daño directo en el ADN celular.

-Existencia de lesiones previas (nevus)

-Historia familiar de MM o nevus

- Antecedente de MM (RR 70) el 11% desarrollará un nuevo MM a los 5 años
- Raza blanca, pecas y pelo claro
- Inmunosupresión (Diabéticos, Ancianos)
- Xeroderma Pigmentosa





# Clínica

Se describen cuatro tipos de MM

1.- Extensión Superficial



2.- Nodular



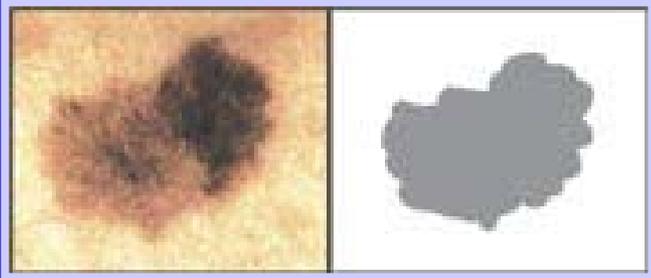
3.- Lentigo Maligno



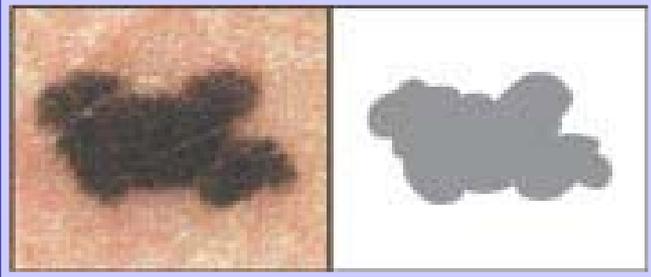
4.- Lentiginoso Acral



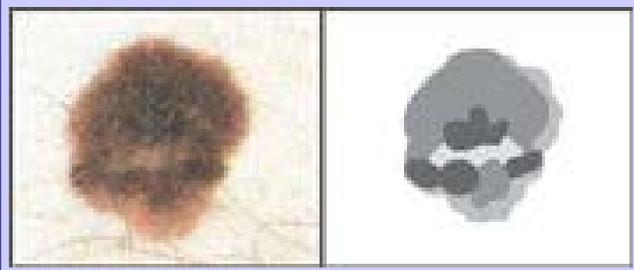
# EL ABCD DEL MELANOMA



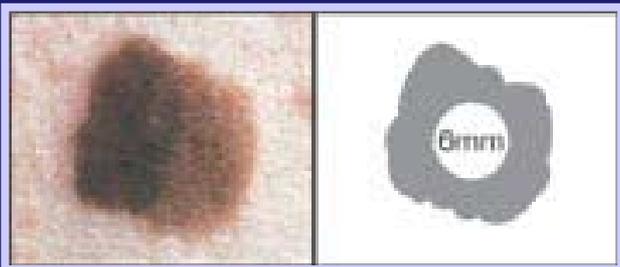
**Asimetría** – significa que una mitad debe ser igual a la otra, trazando una línea imaginaria. Los MM generalmente son asimétricos.



**Bordes**- en el MM generalmente son borrosos, irregulares, lobulados.



**Color** – los nevus benignos pueden ser de cualquier color, pero generalmente toda la lesión es de uno solo. El MM tiene más de un color en la misma lesión.



**Diametro**- las lesiones benignas no crecen, mientras que el MM tiende a desarrollarse, generalmente cuando las lesiones son más de 6 mm.

# Diagnóstico

## Clínico

## Histo-patológico

### Biopsia

Escisional

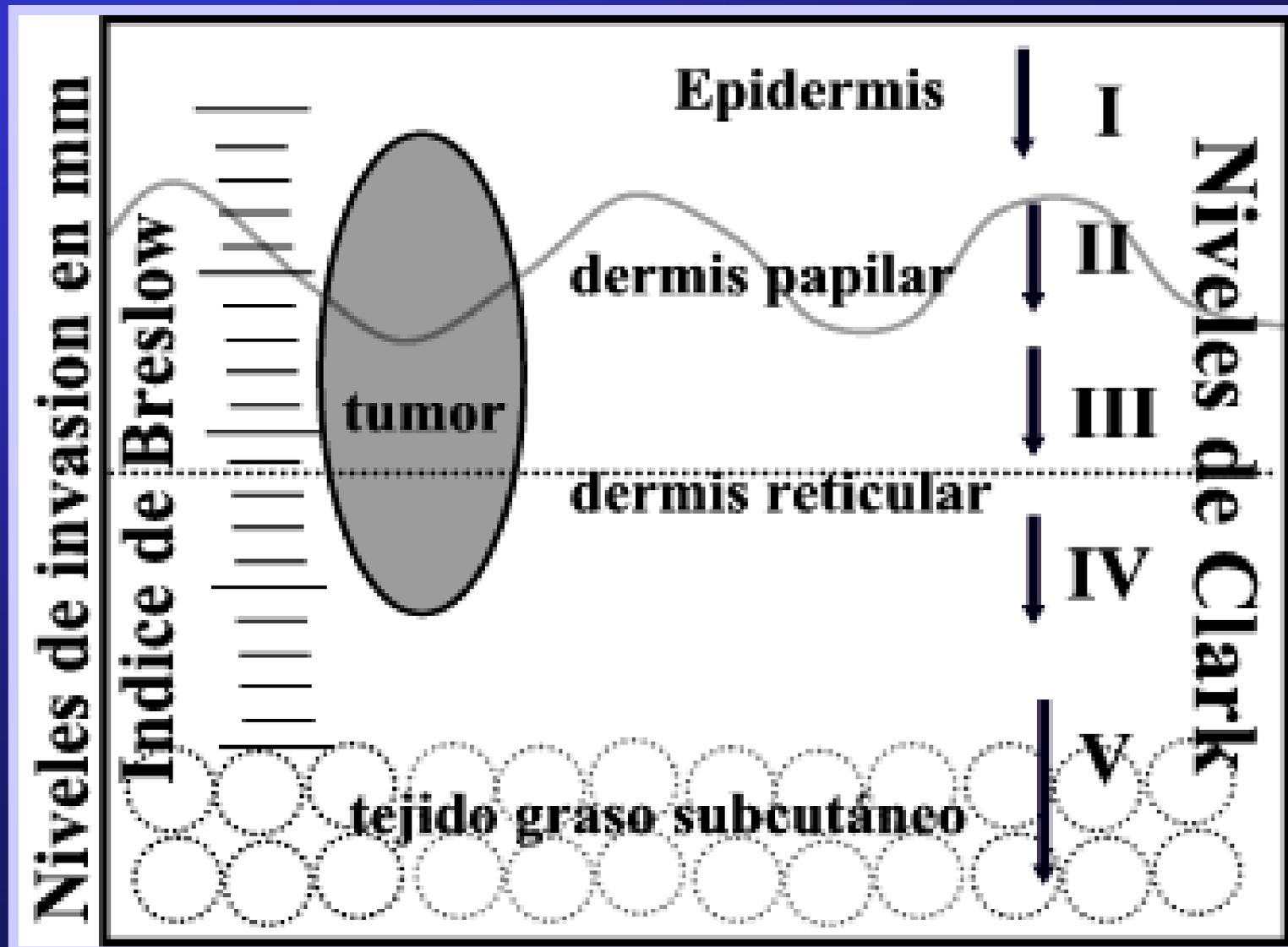
Incisional

Punch



*La biopsia en profundidad debe llegar al tejido graso y en la biopsia escisional debemos buscar márgenes de 1 a 3 mm*

# Niveles de Breslow y Clark



# 7 Criterios para el Diagnóstico de Melanoma:

Sospechar Melanoma con mas de 1 Criterio Mayor:

1. Cambio en Tamaño
2. Cambio en Borde
3. Cambio en Color



3 o 4 Criterios Menores sin Ninguno Mayor:

4. Inflamacion
5. Sangrado
6. Cambios Sensoriales
7. Diametro ( $\geq 7$  mm)



# Tumor Primario

Tx: El tumor primario no puede ser evaluado (mirar el Comentario)

T0: Sin evidencia de tumor primario

Tis: Melanoma in situ ( tumor no invasivo: nivel I)

T1: Melanoma de 1.0 mm o menos en grosor, con o sin ulceración

T1a: Nivel II o III, no ulcerado

T1b: Nivel IV - V o ulcerado

T2: Melanoma de 1.01 a 2mm en grosor, con o sin ulceración

T2a: No ulcerado

T2b: Ulcerado

T3: Melanoma de 2.01 a 4.0 mm en grosor, con o sin ulceración

T3a: No ulcerado.

T3b: Ulcerado.

T4: Melanoma mayor de 4.0 mm en grosor, con o sin ulceración

T4a No ulcerado.

T4b Ulcerado.

# Ganglios Linfáticos

NX: Ganglios Linfáticos no pueden ser evaluados

N0: No hay metástasis linfática.

N1: Metástasis en 1 ganglio linfático

N1a: Clínicamente oculta (microscópica)

N1b: Clínicamente evidente (macroscópica)

N2: Metástasis en 2 a 3 ganglios linfáticos regionales o metástasis en tránsito sin metástasis regional

N2a: Clínicamente oculta (microscópica)

N2b: Clínicamente evidente (macroscópica)

N2c: Metástasis satélite o en tránsito sin metástasis regional

N3: Metástasis en 4 o más ganglios linfáticos regionales, o conglomerado ganglionar, o metástasis en tránsito o satélitosis con metástasis regional.

# Metástasis a Distancia

MX: La metástasis no puede ser evaluada

M1: Metástasis documentada

M1a: Metástasis en piel, TCSC, o ganglios linfáticos distantes

M1b: Metástasis a pulmón

M1c: Metástasis a otras vísceras o en cualquier sitio con LDH elevado

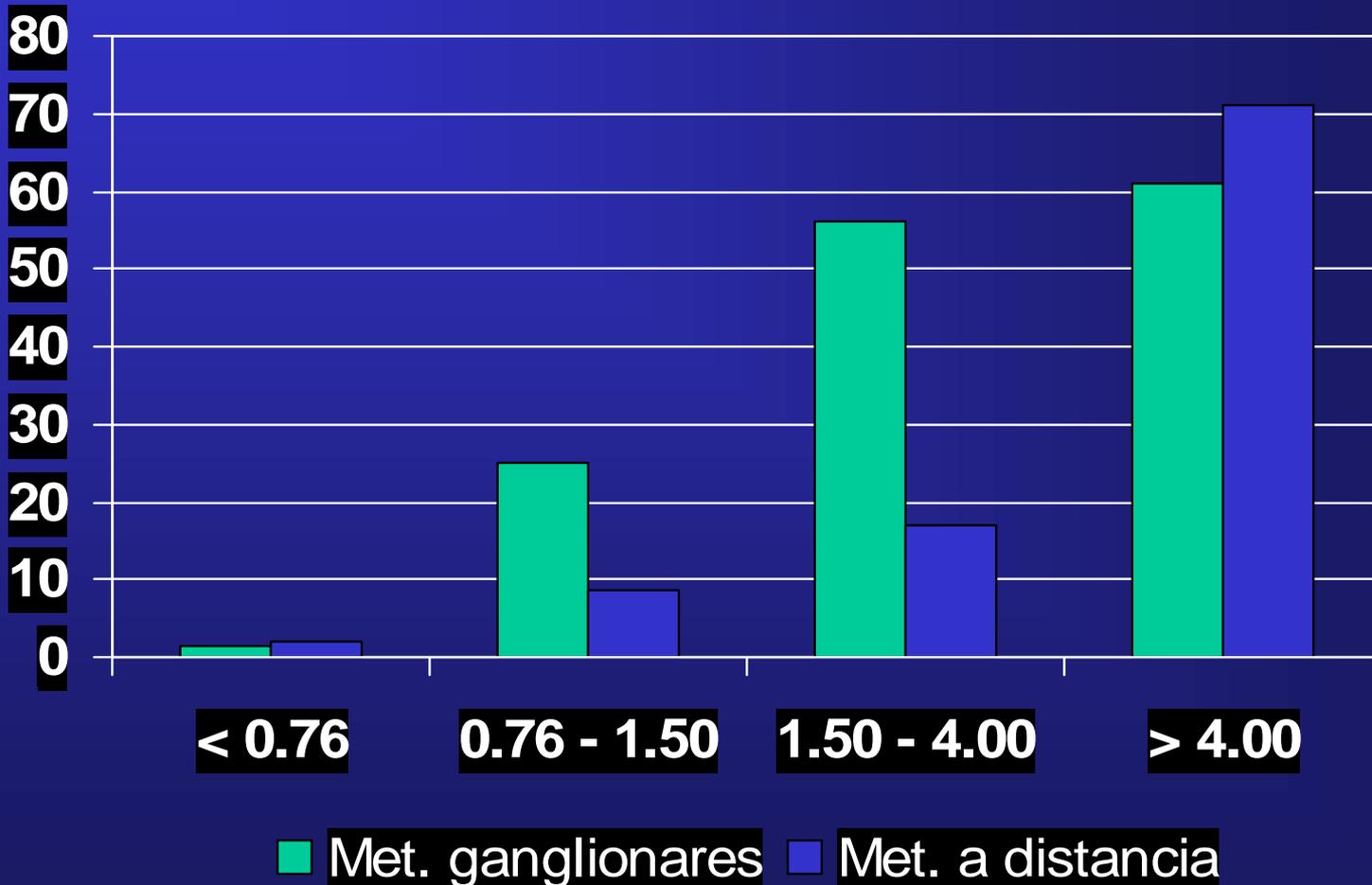
## Estadíos del Melanoma

Estadío	Características			Pronos. a los 5 años
<b>Enferm. Localiz</b>	<b>I</b>	<b>O</b>	in situ	100 %
		<b>IA</b>	$\leq 1$ mm	95%
		<b>IB</b>	$\leq 1$ mm ulcerados y entre 1-2 mm no ulcerados	89 -90%
<b>Enferm. Localiz</b>	<b>II</b>	<b>IIA</b>	tumores entre 1 y 2 mm ulcerados o entre 2 y 4 mm no ulcerados	77,4 - 78,7%
		<b>IIB</b>	entre 2 y 4 mm ulcerados y mayores de 4 mm	63 - 67,4%

## Estadíos del Melanoma

Estadío	Características		Pronos. a los 5 años
Enfermedad regional y ganglionar	III	III A tumores no ulcerados y presencia entre 1 y 3 ganglios con micrometastasis	67%
		III B tumores ulcerados con micrometastasis o no ulcerados con macrometastasis ganglionar o no ulcerados con satelitosis	53%
		III C tumores ulcerados con macrometastasis ganglionar y satelitosis o metástasis en transito	26%
Metástasis a distancia	IV	presencia de metástasis a distancia	6,7- 18.8%

# Riesgo de desarrollar metástasis ganglionar y sistémicas en relación con el espesor



## Tratamiento

El tratamiento del melanoma primario consiste en la extirpación quirúrgica amplia hasta la fascia muscular, con un margen de 1-2 mm de piel normal.

### **Márgenes quirúrgicos para la extirpación del melanoma primario en relación al espesor tumoral**

Espesor tumoral	Margen de extirpación en cm
$\leq 1$ mm	1 cm
1-2 mm	1-2 cm
2-4 mm	2 cm
$>4$ mm	2 cm

# Tratamiento de la región ganglionar

## Ganglios palpables:

Dissección Ileo-inguinofemoral

## Ganglios negativos:

Ganglio Centinela

# Biopsia de Ganglio Centinela

GC es el primer ganglio de drenaje de una zona tumoral

Inyección Subdérmica de radiocoloide (Tc99) + Vehículo (Dextran)

Linfoscintigrafía

A: 35.10.2001

F: 2001.10.9



Anterior pelvis 5mi

Anterior pelvis 10mi

Region poplitea  
der. ←

Lateral.

Lateral de pelvis

Salmith Romaina Cahuaza

A:

F: 2001.10.10

Inyec.

braso Axila

Anterior 3min

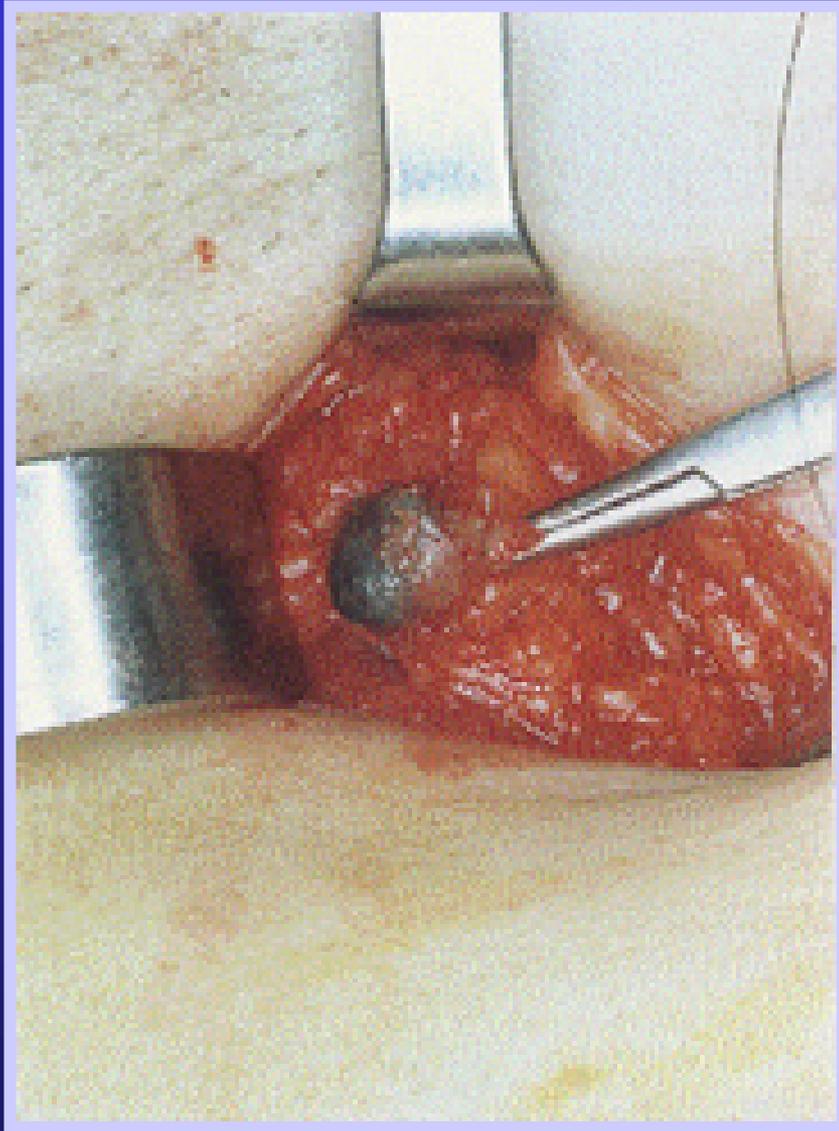
obliqua 10 min.

Axila.

Lateral 15min



Inyección Subdérmica de un colorante (Paten blue) y subdérmica alrededor de la lesión



Identificación del  
ganglio centinela  
y extirpación para  
estudio patológico

Si el GC es negativo ----- Observación

Si el GC es positivo ----- Disección

## Seguimiento

Controles de laboratorio

Controles clínicos

Controles radiográficos

# Algoritmo de Manejo

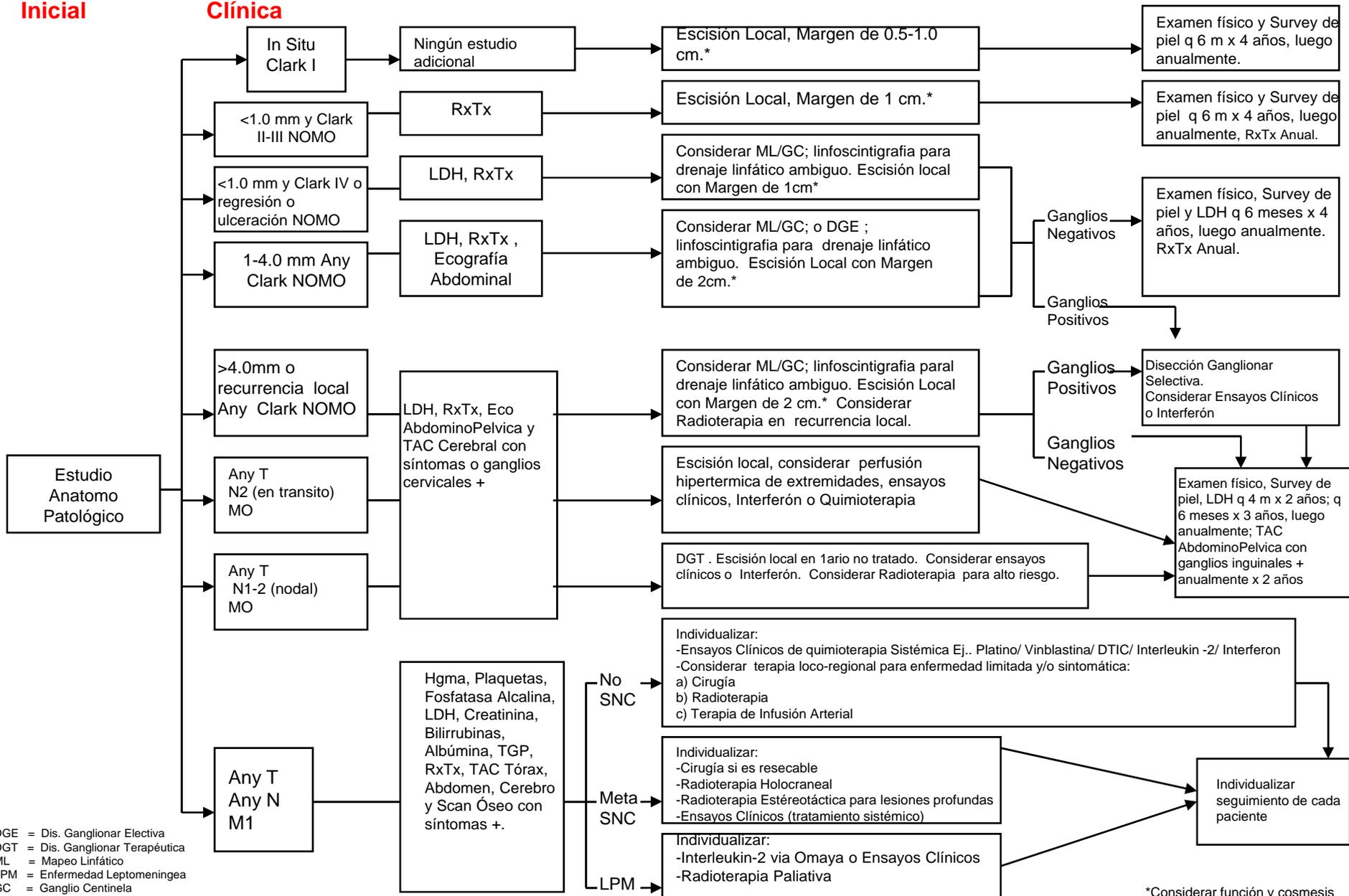
## Evaluación Inicial

## Presentación Clínica

## Work - Up

## Tratamiento

## Seguimiento



\*Considerar función y cosmesis

DGE = Dis. Ganglionar Electiva  
 DGT = Dis. Ganglionar Terapéutica  
 ML = Mapeo Linfático  
 LPM = Enfermedad Leptomeningea  
 GC = Ganglio Centinela

# Cáncer de Piel No Melanoma

- Definición
- Epidemiología
- Clínica
- Clasificación
- TNM
- Tratamiento

# Definición

- El Cáncer de Piel No Melanoma incluye una variedad de lesiones malignas que nacen en la adventicia, vasos sanguíneos, sistema neuroendocrino, anexos y epidermis.

- El Carcinoma de Células Basales y el de células escamosas tienen origen epitelial.

# Epidemiología

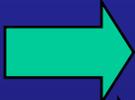
- Estudios muestran que la incidencia del CPNM está relacionado con la exposición solar.
- El 80% del CPNM ocurre en áreas expuestas al Sol tales como la cara, cabeza, cuello y miembros superiores.

- La piel es el lugar de metástasis más frecuente.
- La raza afecta dramáticamente la incidencia del CPNM.
- La prevalencia del carcinoma de células basales (CCB) y epidermoide (CE), es alta en las regiones cercanas a la línea ecuatorial

# Incidencia

- En E.E.U.U.

1983		41.4 x 100 000
1999		97.0 x 100 000
  
- En Perú

1993		11.28 x 100000
1997		11.47 x 100000

- ***CARCINOMA BASOCELULAR***

# Carcinoma Basocelular

- Es el CPNM más común
- Pacientes jóvenes (<40)
- Antecedente de exposición a LUV, RT, Cicatrices post quemadura
- Nevus sebáceo de Jadassohn, nevus epidermal linear, albinismo, S. De Rombo etc estan asociados a CCB.

- Localización: relacionada con la distribución de los folículos pilosebáceos y áreas de piel expuestas al sol (CyC).
- Puede aparecer en zonas carentes de folículos pero nunca aparece en la mucosa vaginal, anal o oral.

# CBC: Clínica



- Una lesión ulcerada que sangra, exuda, o lesión costrosa que permanece abierta por tres o más semanas.

# CBC: Clínica



- Lesión persistente que no cura.

# CBC: Clínica



Areas rojizas como parches o zonas irritadas, localizadas en el tórax, hombros, brazos ó piernas.

# CBC: Clínica



- Algunas veces estos parches costrosos, pican o causan dolor. Estas lesiones pueden no causar molestias

# CBC: Clínica



- Nódulos lustrosos, nacarados o traslucientes, de color rosado, rojos o blancos.

# CBC: Clínica



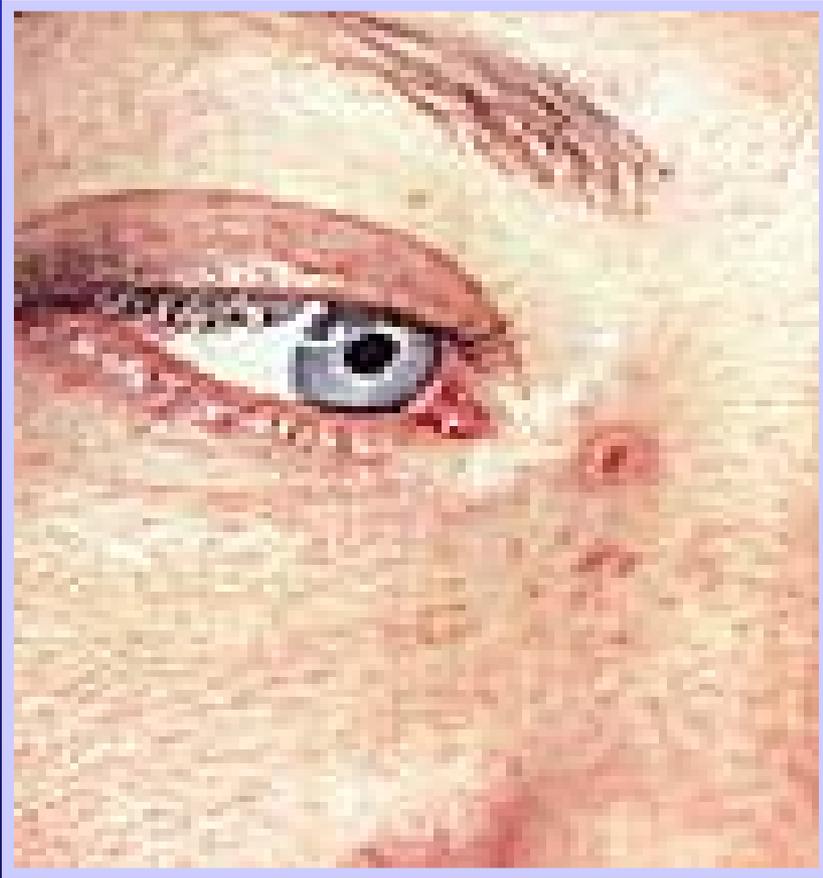
- Los nódulos pueden ser también de color bronceado, negro o marrones, especialmente en la gente de piel oscura, pudiendo ser confundidos con un lunar

# CBC: Clínica



Como el crecimiento es crónico, vasos finos pueden crecer en su superficie .

# CBC: Clínica



- Las lesiones son de color rosado con bordes elevados y tienen costras indentadas en el centro.

# CBC: Clínica



- Areas como cicatrices, amarillas o blanquecinas, con frecuencia tienen bordes mal definidos.

# CBC: Tipos

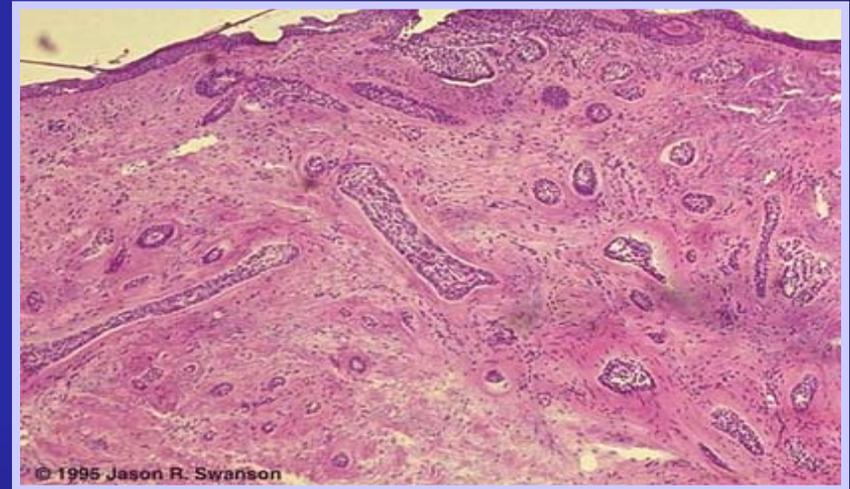
- **NODULAR:** es el más común, elevación en forma de domo, con bordes perlados irregulares. Se observan vasos telangiectásicos en lesiones mayores.



# CBC: Tipos

## MORFEA:

(Esclerosante), poco comun( 2%) , tiene un tinte amarillento, o blanquecino, bordes irregulares, histologicamente va mas alla de sus margenes clínicos, dificultando su resección



# CBC: Tipos



- **SUPERFICIAL:** Es el menos agresivo, 10% de los casos, localizado en el tronco y extremidades, aparece como una discreta placa con descamación fina, similar a la psoriasis

# CBC: Tipos

- **METATIPICO :**  
(Basoescamoso) se confunden con otros tipos de cancer, pueden tener depositos de melanina, tiene características de diferenciación escamosa



# Tratamiento

- **Escisión simple :**
  - .El margen va de 3-10mm
  - .La recurrencia es poco común

- **Radioterapia:**

- .Tto. de elección en lesiones que requieren Qx. grande y difícil.

- .Elimina injertos o colgajos.

- .Efectos cosméticos buenos.

- .Pueden ser utilizada sobre lesiones post Qx. que recurren.

- .Contraindicada en pacientes con xeroderma pigmentosa, ya que induce a la aparición de tumores.

# Seguimiento

- Evaluación clínica cada 6 meses por los 5 primeros años, posteriormente examen anual
- Las recurrencias ocurren en los 5 primeros años.

- ***CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS***

# Carcinoma de Células Escamosas

## CCE

- Fuertemente relacionada con la luz UV
- La incidencia se incrementa con la edad, tipo de piel , latitud cercana al ecuador.
- Localizado principalmente el el tronco y extremidades.
- 3,6-30% dan metastasis (sitios de RT, quemaduras, labios, orejas, pene y vulva)

- La necrosis central con ulceración son frecuentes.
- Las lesiones tienen rápido crecimiento y son indolentes.

- El diagnóstico de carcinoma de células escamosas, se sustenta en una coloración positiva para citokeratinas de bajo y alto peso molecular.

# CCE Clínica



- Tipicamente se presenta como nódulos elevados, bien definidos, hiperqueratocicos
- Se presenta a veces con necrosis central y ulceración .

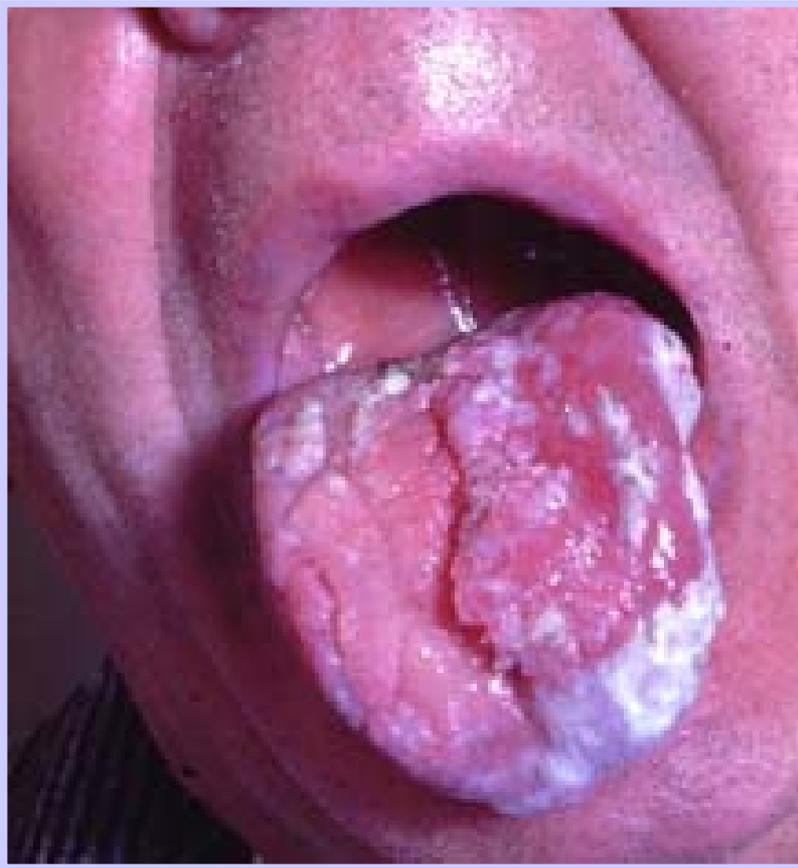
# CCE Clínica



- Aparecen en cualquier parte, incluyendo labios, pabellones auriculares, genitales etc.



# CCE Clínica



- Las lesiones pueden ser verrucosas, proliferativas, con una base de implantación ancha

# CCE Clínica



- El CCE que crece sobre cicatrices de quemaduras, tiene mal pronóstico.

# CCE Clínica



- De manera similar las lesiones que crecen sobre áreas irradiadas son de mal pronóstico



- Tipos Histológicos:
  - .In Situ
  - .Común
  - .Células Claras
  - .Acantolítico
  - .Pleomorfico
  - .Verrucoso

# Tratamiento

- **Cirugía de Mohs:**
  - .Método complicado que requiere entrenamiento.
  - .Altas tasas de cura
  - .Microscópicamente se reseca toda la lesión
  - .Indicada en lesiones difíciles

- Escisión simple :

- .Permite alcanzar márgenes hasta 10mm

- .Tiene tasas de recurrencia moderadas

- Radioterapia:

- .Indicada en lesiones extensas, cuando la cirugía se hace difícil.

- .Los resultados cosméticos son buenos.

- .Es utilizada en lesiones recurrentes

# Seguimiento

- El Cáncer Epidermoide tiene potencial metastásico por lo que inicialmente deben tener controles cada 3-4 meses durante los primeros 2 años y luego de manera semestral. Después de los 5 años de manera anual.

# Keratosis Actínica

- Lesiones pequeñas, ásperas en piel expuesta al sol, entre 2 y 6mm de tamaño, de color rojizo.
- 60% de personas mayores de 40 años lo tienen.
- Son las lesiones Premalignas, aproximadamente el 5% de estas desarrollan en Cáncer

# Tratamiento

- **Electrodeseccación y Curetaje:**

.Es un método rápido (muy empleado)

dimensión de la

.No se puede evaluar la lesión.

- **Criocirugía:**

- .Indicado para lesiones pequeñas y definidas.

- .Contraindicada en pacientes con intolerancia al frío, localizaciones especiales.

- .El edema es una complicación frecuente

- **Láser:**

- .El sangrado es inusual cuando se utiliza

- .No precisa la dimensión de la lesión

- **5-FU Tópico**

- .Es útil en CCB superficial.

- .Se requiere seguimiento prolongado

- .Las lesiones foliculares profundas se pueden escapar al tratamiento.

- **Retinoides Sistémicos:**

  - .La toxicidad a largo plazo los excluye como tratamiento de elección

- **Interferon Alfa:**

  - .Varios estudios han mostrado respuestas variables al tto intralesional

- **Terapia Fotodinamica:**

  - Puede ser efectiva en Tto de lesiones superficiales

# Prevención del Cáncer de Piel

- Disminuir la Sobre exposición al Sol (No exponerse al sol entre las 11 am y 3pm)
- Usar Bloqueador FPS Mayor a 35, 30 minutos antes de la exposición al Sol y Reaplicarse si se moja o suda.
- Protección Mecánica con Sombreros o con Ropa adecuada.
- No aceleradores de bronceado ni Solariums.

- Conocer que hay drogas que aumentan la sensibilidad al sol (Tto hipoglicemiantes, anticonceptivos orales, AINES)
- Examinar la piel por lo menos una vez al año, incluyendo zonas no visibles fácilmente, mejor con un Dermatoscopio.



**GRACIAS.**