

EL LUNAR QUE PREOCUPA. CBC, CEC, MM: LOS TUMORES MALIGNOS MÁS FRECUENTES DE LA PIEL

Dra. Giorgina J. Pardo
Jefe de Servicio de Dermatología
HIGA Pedro Fiorito

Que es un lunar?



NEVO

- Malformaciones
- Piel o mucosas
- Presentes desde el nacimiento o desarrollo posterior
- Transitorios o permanentes
- Expresan: - un aumento de componente tisular (hamartoma), ó
- una disminución/ausencia

Tipos de Nevos...

Tabla 24.1 Clasificación de los nevos

- Nevo epidérmico
- Nevo mucoso
- Nevos anexiales:
 - Nevo sebáceo
 - Nevo sudoríparo
 - Nevo comedoniano
 - Nevo piloso
- Nevos melanocíticos:
 - Nevos con melanocitos epidérmicos:
 - Lentigo juvenil
 - Nevos melanocíticos adquiridos:
 - Nevo de la unión
 - Nevo compuesto
 - Nevo intradérmico
 - Nevo de Spitz
 - Nevo melanocítico congénito
 - Nevo atípico
 - Nevo de Sutton
 - Nevo de Spilus
 - Nevo de Becker
 - Nevos con melanocitos dérmicos:
 - Mancha mongólica
 - Nevo de Ota
 - Nevo de Ito
 - Nevo azul
 - Nevoacrómico
- Nevos neurales:
 - Neuroma
 - Neurofibroma
 - Schwannoma
- Nevos vasculares:
 - Sanguíneos:
 - Nevo *flammeus*
 - Nevo rubí
 - Nevo en fresa
 - Nevo anémico
 - Linfáticos:
 - Linfangioma circunscrito o simple
 - Linfangioma cavernoso
 - Nevo del tejido conectivo
 - Nevo lipomatoso
 - Hamartoma muscular

NEVO EPIDÉRMICO



NEVO MUCOSO
BLANCO ESPONJA





NEVO SEBÁCEO DE JADASSOHN





Figura 24.2 Nevo sebáceo de Jadassohn en el cuero cabelludo (a-b) y en la mejilla (c). d Nevo comedoniano.

NEVO ACRÓMICO



VITILIGO

NEVO DE SUTTON





Figura 24.4 Nevos melanocíticos adquiridos. **a** Nevo de la unión. **b** Nevo celular compuesto. **c** Nevo celular intradérmico. **d** Nevo de Spitz.

NEVO DE
BECKER



NEVO DE
SPILUS



NEVO DE OTA Y
NEVO DE ITO



NEVO DE REED



MANCHA
MONGÓLICA



NEVO AZUL





MM – SIGNO DE HUTCHINSON

NEVO DISPLÁSICO



➔ **A**simetría
Asimétricos



➔ **B**orde
Irregular



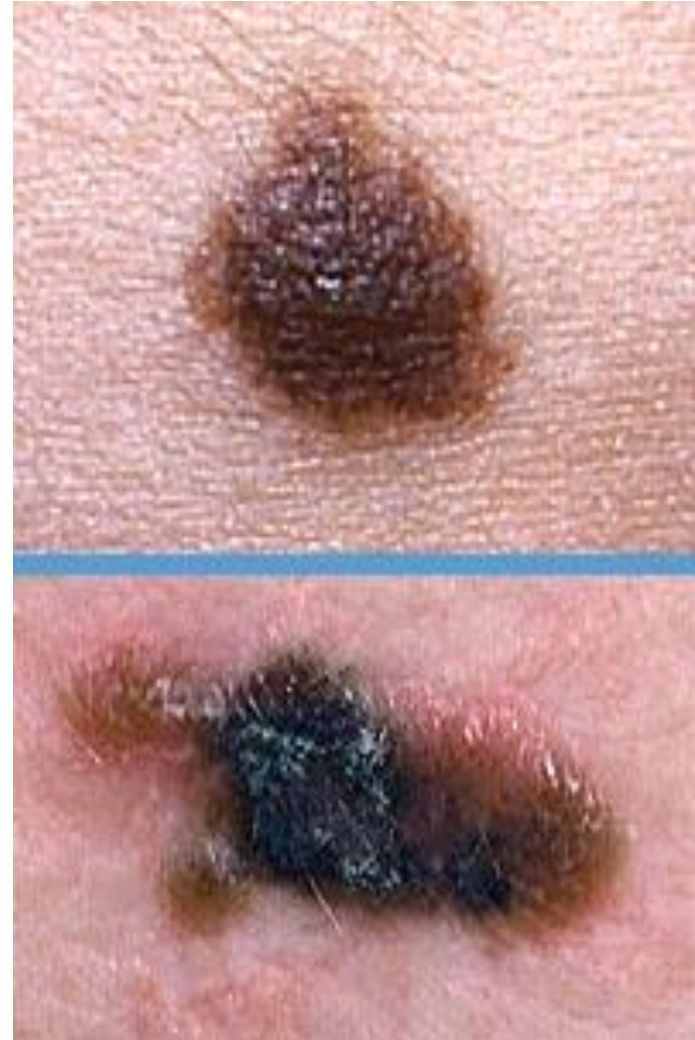
➔ **C**olor
Color no homogéneo



➔ **D**iámetro
Superior a 6 mm



➔ **E**volución



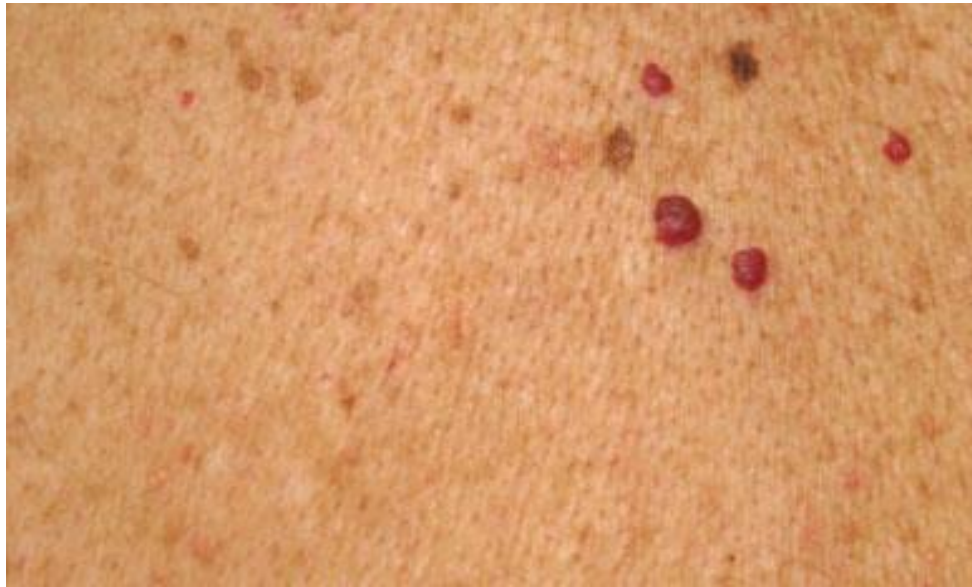
NEVO ARAÑA O ESTELAR



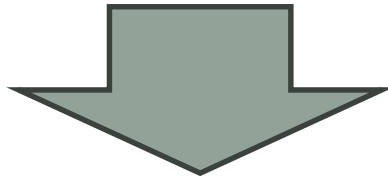
NEVO FLÁMEO (M VINO OPORTO)



NEVO RUBÍ



NEVOS



NUNCA método destructivo

SIEMPRE estudio histopatológico

LESIONES
PRECANCEROSAS

QA



LEUCOPLASIAS



LESIONES
PRECANCEROSAS

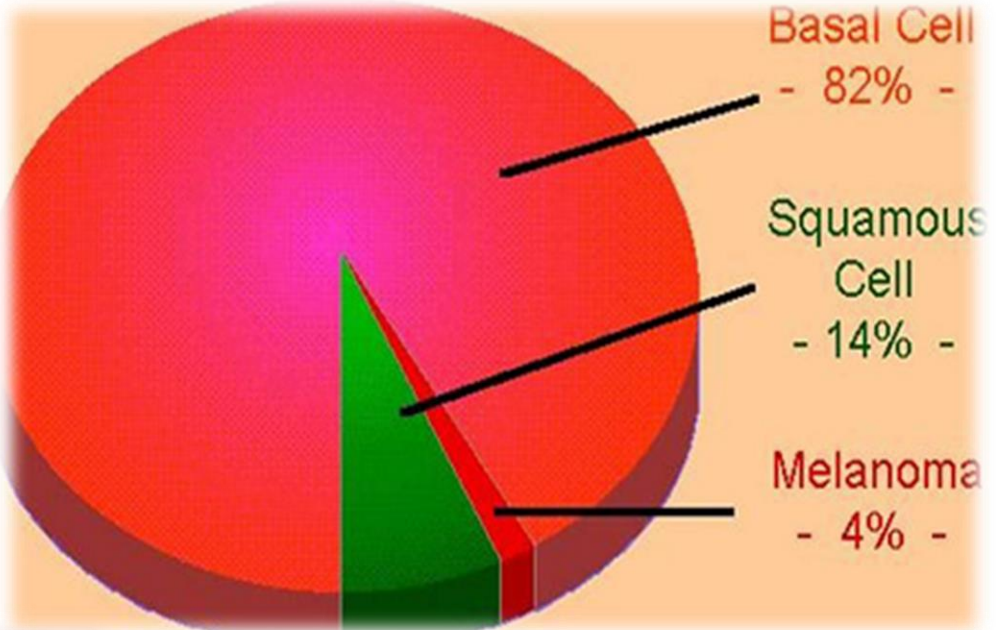
QA



LEUCOPLASIAS



TUMORES MALIGNOS



CARCINOMA BASOCELULAR (CBC)

- Tumor maligno MÁS FRECUENTE
- Derivado de las células basales adultas o de células pluripotenciales. Actualmente origen anexial.
- **Malignidad local** (MTS 0,00028-0,55%)
- NO adenopatías ni metástasis.
- Evolución y crecimiento lentos (10 a 20 años).
- Respeta mucosas

- Factores de riesgo: RUV!!!!, fotoprotección inadecuada, quemaduras solares, fototipos bajos, edad avanzada, otros (radiaciones ionizantes, arsénico, genodermatosis asociadas, inmunosupresión).

- Localización:

Zonas fotoexpuestas
Cabeza y cuello (80%)



■ Formas clínicas:

1. Nodular: 0,5-1 cm. Perla surcada por telangiectasias.
2. Plano superficial
3. Plano cicatrizal: Centro sufre atrofia esclerosa.
Var. Plano cicatrizal multicéntrico: Placa roja escamosa de bordes perlados y con centro atrófico.
4. Morfeiforme o esclerodermiforme: Placa esclerosa nacarada, indurada sin borde perlado.
5. Ulcerado o "ulcus rodens"
6. Terebrante.
7. TM fibroepitelial de Pinkus
8. Metatípico.









Se observan **dos criterios dermatoscópicos mayores**:

1. Vasos gruesos con ramificaciones (vasos arboriformes)

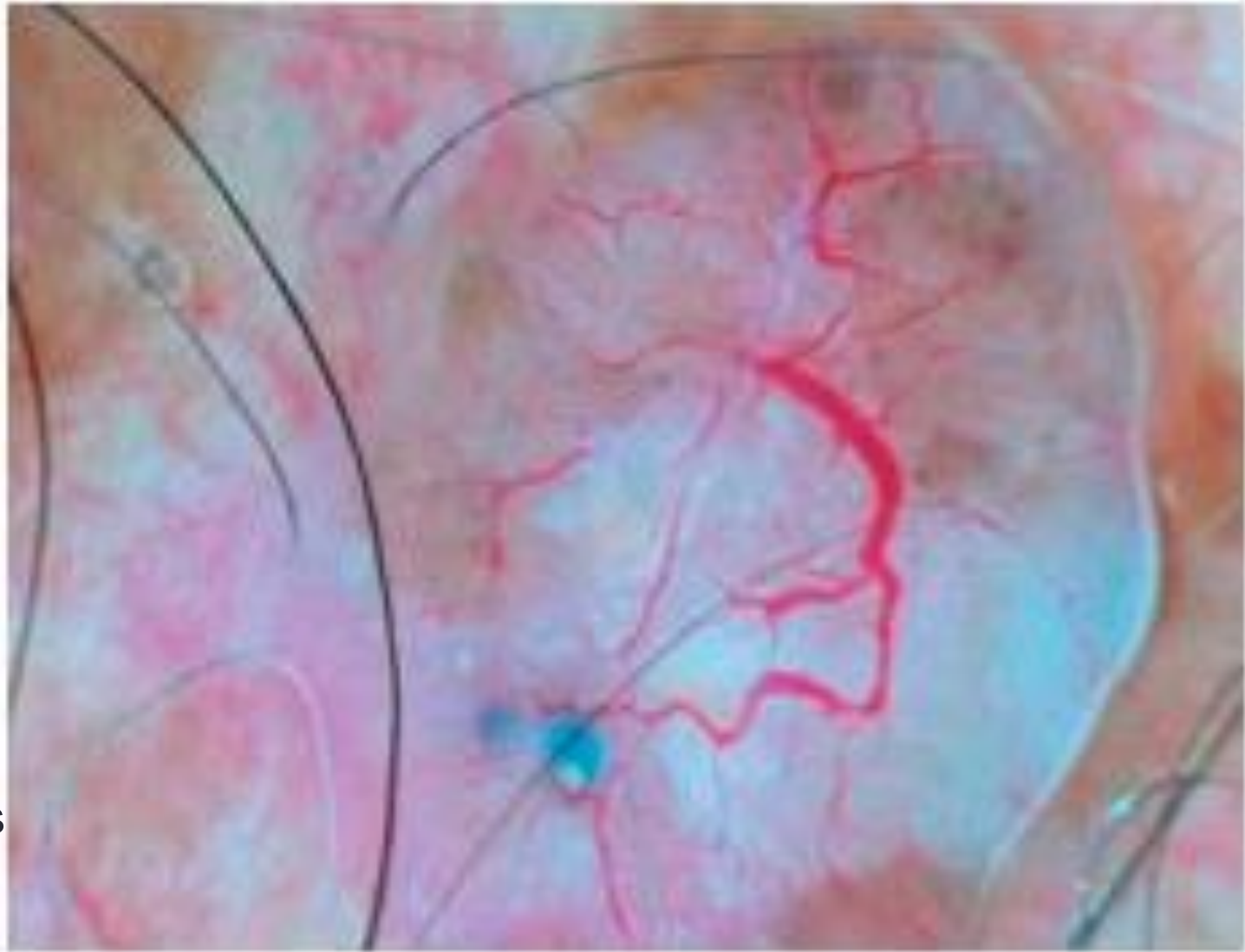


2. Pigmentación azul-gris (sólo en las variedades clínicas pigmentadas).

Según la disposición que adopte esta pigmentación se pueden observar diferentes estructuras como:

- Estructuras en forma de hoja
- Glóbulos o puntos de color azul-gris
- Áreas radiadas

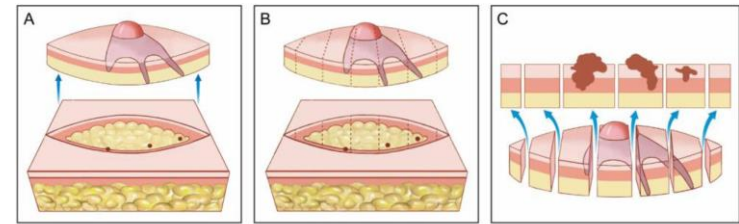
Lesión globosa,
con puntos,
glóbulos color
gris-azulados,
nidos ovoides,
vasos
arboriformes
exuberantes
estructuras
blancas brillantes



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO



- ✓ Cirugía convencional
- ✓ Cirugía micrográfica de Mohs



¡DE ELECCIÓN!

- Permite obtener
- . mayor % de curación
 - . mayor control histopatológico de los márgenes

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

• IMIQUIMOD 5% (crema/gel)

Modifica la respuesta inmune local a través de la inducción de distintas citoquinas, principalmente interferón. Amplifica respuesta inmunes innata y adquirida, con importante actividad antiviral, antitumoral e inmunomoduladora.

Indicaciones { CBC superficiales primarios
De h/ 2 cm
localizados en áreas de bajo riesgo
histopatología no agresiva

NO { áreas > 25 cm² por vez.
embarazadas

- **5- FLUOROURACILO (5-FU)**: análogo de pirimidina. Posología: 2 veces/día durante 10-12 semanas.
- **RADIOTERAPIA**: adyuvancia cuando hay invasión perineural o márgenes positivos.
- **CRIOTERAPIA**: procedimiento no estandarizado, la efectividad depende del tiempo de congelación.
- **TERAPIA FOTODINAMICA**: MAL (metil-aminolevulinato), se usa en CBC superficial primario, CBC bajo riesgo, Síndrome de Gorlin.
- **VISMODEGIB**: inhibidor selectivo de la vía Hedgehog.
 - 150 mg/día VO
 - edad > 18.
 - EA: calambres, disgeusia, alopecia, fatiga, náuseas, disminución de peso. Resuelven al suspender el tratamiento
 - Mujeres fértiles ACO x 2 hasta dos meses post-tratamiento. Hombres usar preservativo
 - Solicitar: ECG, laboratorio con CPK y Magnesio, test de embarazo.

SINDROMES ASOCIADOS A CBC

SINDROME DE GORLIN:

- > 2 CBC
- PITS PALMO-PLANTARES
- QUISTES ODONTOGENOS
- CALCIFICACION DE LA HOZ DEL CEREBRO
- ANORMALIDADES EN COSTILLAS
- MEDULOBLASTOMA

HACRE:

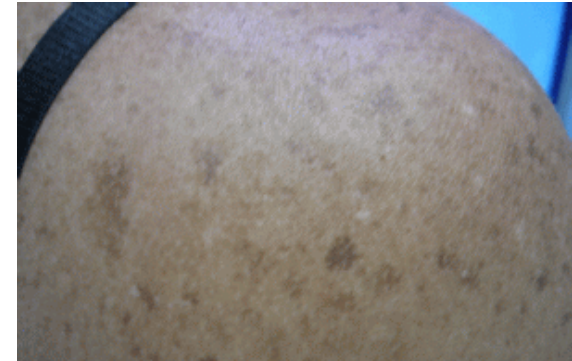
- MULTIPLES CA EN ZONAS NO FOTOEXPUESTAS
- HIPERHIDROSIS PALMO-PLANTAR
- HIPERQUERATOSIS PALMO-PLANTAR
- LEUCOMELANODERMIA

CARCINOMA ESPINOCELULAR (CEC)

- Originado en células queratinizantes de epidermis y anexos
- 2do en frecuencia (después del CBC)
- 85% en cara y cuello
- MTS 3-5% (ganglios regionales, pulmón, hueso)
- Fototipos I y II
- 60-70 años de edad

■ Inicio o aparición:

- Sobre piel sana (de novo)
- Sobre piel fotodañada
- Sobre dermatosis precancerosas (queratosis actínicas, leucoplasias, radiodermatitis crónicas, cicatrices)
- forma parte de genodermatosis (EDV, XP, HACRE)



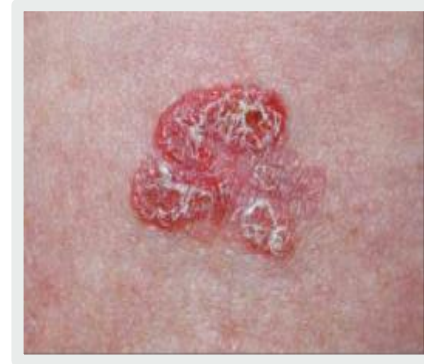


Factores
de
Riesgo
CEC

- RUV!!
- QA
- HPV
- dermatosis inflamatorias crónicas
- fístulas cutáneas
- úlceras crónicas
- cicatrices anormales
- radiaciones ionizantes
- Arsénico, hidrocarburos
- Tabaco, alcohol
- Medicamentos: hidroxiurea, vismodegib, anti-TNF
- Inmunocomprometidos
- Genética: diversas mutaciones génicas, especialmente del gen supresor de tumor p53 (cromosoma 17p13)

IN SITU (INTRAEPIDERMICO)

- **Enfermedad de Bowen:** placa lenticular, eritemato-escamoso-costrosa, con límites policíclicos sin perlas, en piel de tronco y miembros.
- **Eritroplasia de Queyrat:** placa única eritematosa, lisa, brillante, seca, de límites netos en mucosa genital.
- **Papulosis bowenoide:** múltiples pápulas pigmentadas (raro: placa eritematosa o blanquecina) en región genitoanal de adultos jóvenes.



INVASOR

- Nodular
- Ulcerado
- Nódulo-ulcerado





Figura 27.4 CEC nodular.



Figura 27.6 CEC nódulo-ulcerado.



Figura 27.5 CEC ulcerado.

...FORMAS ESPECIALES:

CA VERRUGOSO: variedad bien diferenciada
compuesta por masas lobuladas
exo-endofíticas
crecimiento lento
agresividad local
raramente metastizante

Variedades:

- panorol (**POF: papilomatosis oral florida**).1
- genitoanal (**condiloma acuminado gigante ó papilomatosis florida genito-anal**). 2
- plantar (**carcinoma cuniculatum**). 3
- cutánea pura (**papilomatosis carcinoide**) 4



1



FRECUENTES DE LA PIEL.

3 Ca CUNICULATUM



2 TM DE BUSCHKE Y LOWENSTEIN (VULVA)



Fig. 1. Lesión condilomatosa extensa, que toma vulva, ocluye vagina, región periuretral y ano, previo al tratamiento.

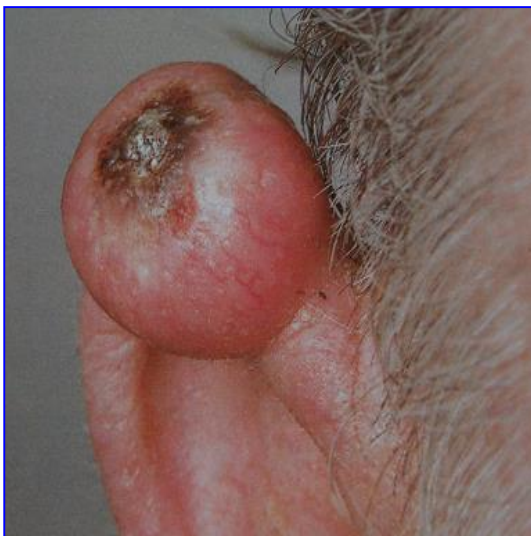
3



4 Papilomatosis cutis
carcinoide
(var. cutánea pura)



QUERATOACANTOMA



- Tumoración redondeada
- Pocos milímetros a varios centímetros
- Collarete epidérmico periférico, elevado, liso
- Centro queratósico crateriforme
- Tendencia autoinvolutiva
- La variedad solitaria es la más frecuente
- Zonas expuestas +.
- Variante diferenciada del CEC? Por similitud, potencial MTS y destrucción tisular local si no es tratado.



...SDME DE MUIR TORRE

Genodermatosis de herencia AD.

Se asocian múltiples tumores viscerales de bajo grado, normalmente Ca colorrectales, con tumores sebáceos de la piel.

Representa la expresión fenotípica del cáncer de colon familiar no asociado a poliposis.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO



- ✓ **Cirugía convencional**
- ✓ **Cirugía micrográfica de Mohs**

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

• IMIQUIMOD 5% (crema/gel)

Sólo en casos especiales, portadores de **CEC “in situ”**, Enfermedad de Bowen o eritroplasia de Queyrat, de pequeño tamaño.

Efectos inmunomoduladores y antitumorales

Aprobado por la FDA para queratosis solares.

- **5- FLUOROURACILO 5% (5-FU)**: Posología: 1 o 2 veces por día

durante 3 - 4 semanas o más, según las características de la lesión o la localización.

Otro esquema: 3 veces por semana en días alternos.

Efectos secundarios: irritación, inflamación severa, erosión-ulceración.

Indicado en lesiones superficiales múltiples.

- **RADIOTERAPIA**: Pacientes > 60 años, Inoperables. Contraindicada en Ca Verrugoso.

- **CRIOTERAPIA**: En CEC superficial pequeños y bien diferenciados

- **TERAPIA FOTODINAMICA**: CEC in situ.

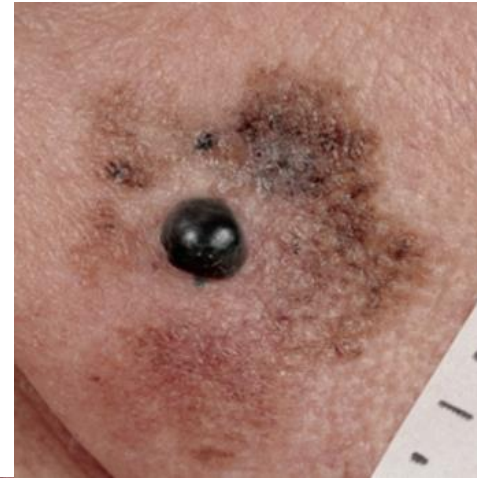
OTROS TRATAMIENTOS SISTEMICOS

- Retinoides orales.
- AINE (inhibidores COX).
- Quimioterapia: cisplatino, bleomicina, 5-FU, paclitaxel, docetaxel.
- Terapia biológica (cetuximab)
- Adyuvancia: combinación de interferón alfa + ác. retinoico + cisplatino.

Tabla 27.1 Diferencias entre el carcinoma basocelular y el carcinoma espinocelular

	CBC	CEC
Frecuencia en la piel	++++	+
Frecuencia en las mucosas	+	++++
Dermatosis previas	+	++++
Crecimiento	Lento (años)	Rápido (meses)
Bordes	Invertidos	Evertidos
Riesgo de metástasis	Infrecuente	Frecuente (CEC de alto riesgo)

...TUMORES
MELANOMA

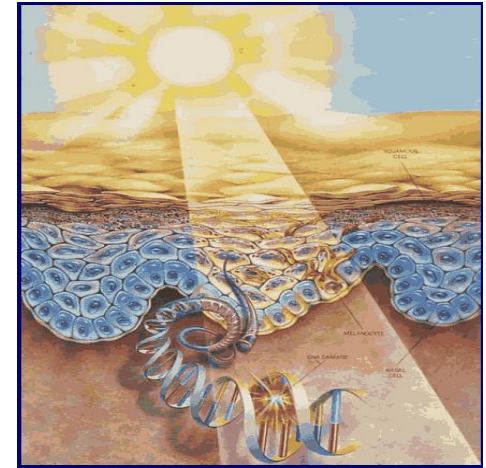


MELANOMA

- Tumor maligno de estirpe melanocítica
- Alta capacidad metastizante !!
- Localización: piel, mucosas, ojos, SNC, mesenterio, oído interno
- A partir de melanocitos de **piel normal o lesiones precursoras.**
- Aumentó un 600 % en los últimos 30 años

Factores etiológicos

- **Ambiente: radiación infancia**
- **Genética: alteraciones en los cromosomas 1-9, mutaciones genéticas** (mutación o amplificaciones del c-kit por daño solar crónico en MMLM; mutaciones del gen BRAF por exposición al sol en forma intermitente en MMES; amplificación de la ciclina d1 (ccnd1) en MMAL; mutación del gen GNAQ en MM uveal).
- **Sistema Inmune.**



Factores de Riesgo

- **Antecedentes familiares de melanoma**
- **Caucásicos, fototipos bajos**
- **Historia personal de melanoma u otros Ca cutáneos**
- **Múltiples nevos melanocíticos**
- **Nevos displásicos o atípicos**
- **Nevos melanocíticos congénitos**
- **Antecedentes quemaduras solares**
- **Tratamientos de fotoquimioterapia**
- **Fotoprotección inadecuada**
- **Otros: xeroderma pigmentoso, nevo azul, nevo spilus**

Formas clínicas

1. **Melanoma Extensivo Superficial (70%)**
2. **Melanoma Nodular (27%)**
3. **Melanoma lentigo maligno- Hutchinson (9%)**
4. **Melanoma Lentiginoso acral - Muco lentiginoso (10%)**
5. **Otras variantes:**
 - Melanoma amelanotico
 - Melanoma polipoideo
 - Melanoma verrugoso
 - Melanoma desmoplásico
 - Melanoma 8q24
 - Melanoma “tipo animal”
 - Melanocitoma epiteloide pigmentado
 - Nevo azul epiteloide (tipo complejo de Carney).



MM
EXTENSIVO SUPERFICIAL
70%

Crecimiento radial, horizontal.





MM NODULAR

27%



Crecimiento Vertical!!!!



MM
LENTIGO MALIGNO
9%





MM
ACROLENTIGINOSO
10%

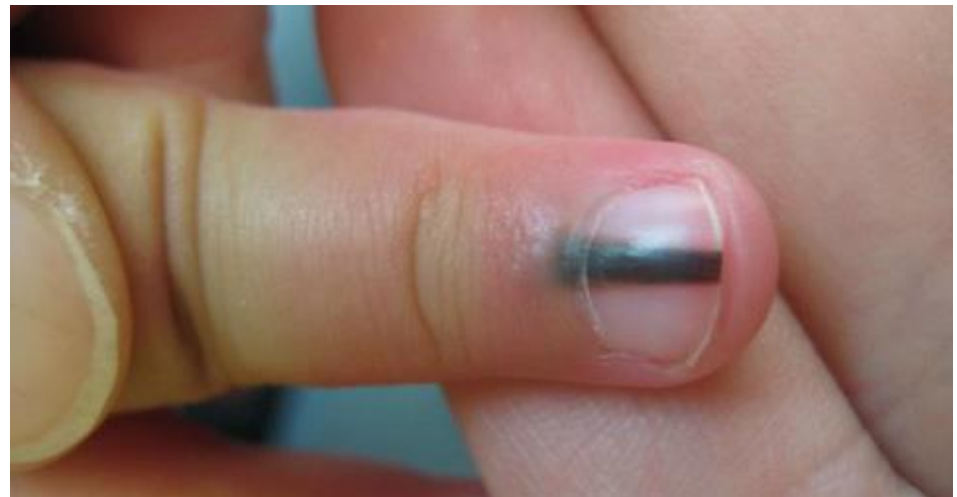
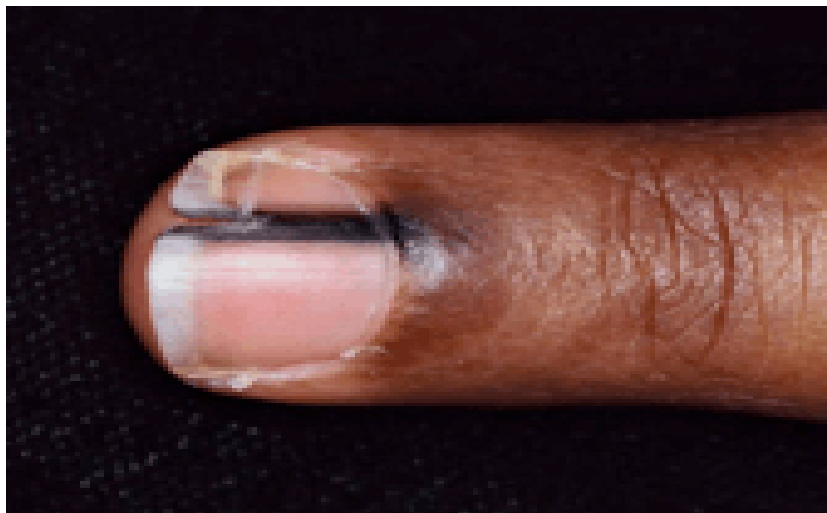




MM
MUCOLENTIGINOSO



- SIGNO DE HUTCHINSON: **SALIDA DEL PIGMENTO** de la uña hacia la region periungueal
- SIGNO PSEUDO-HUTCHINSON: **TRANSPARENCIA** de la cutícula o del área periungueal, dejando ver el pigmento debajo de ella



Diagnóstico

Clínica

sospecha

A: ASIMETRIA
B: BORDES IRREGUALARES
C: CAMBIO DE COLOR
D: DIAMTRO
E: ELEVACIÒN
Factor independiente:
ULCERACIÒN

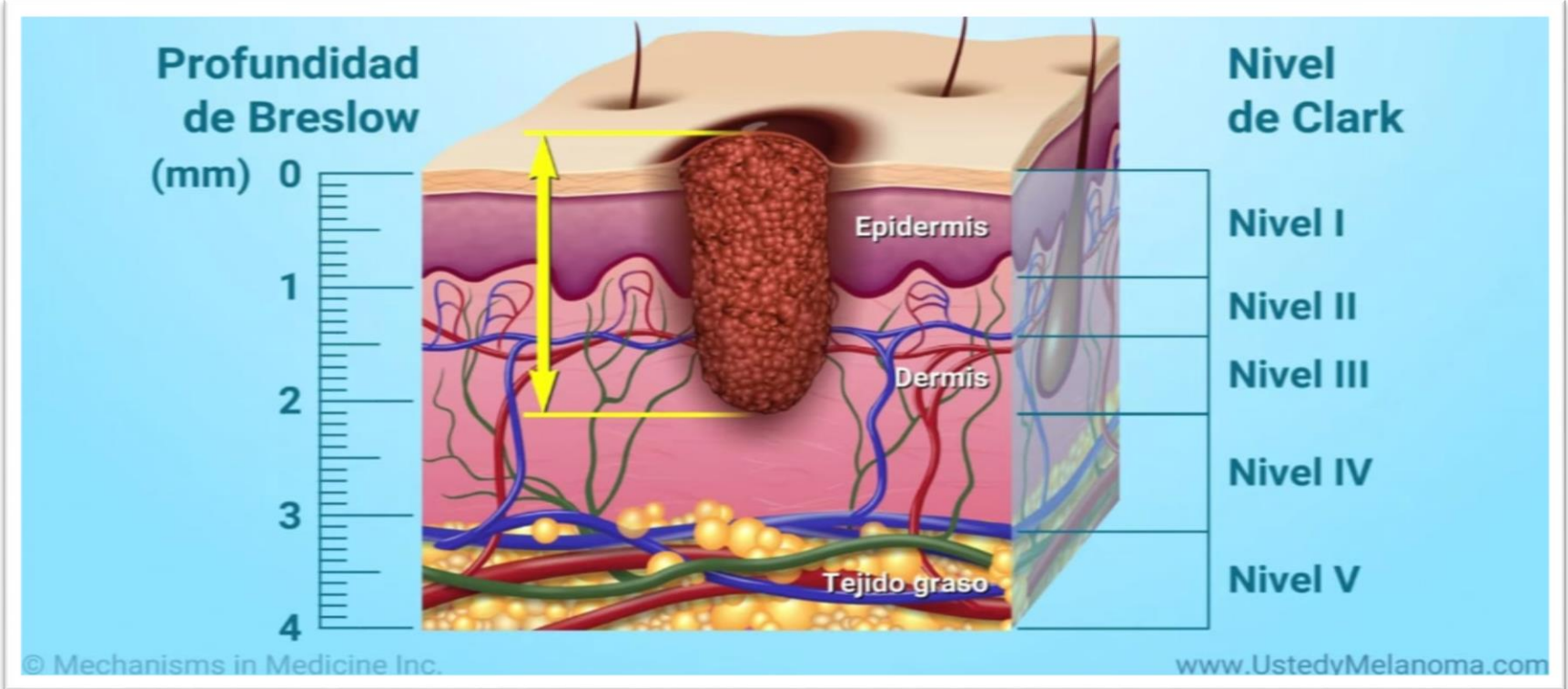
Dermatoscopía

colabora

Histología

confirma

Niveles de Infiltración:



FINO
MENOR 1 mm

GRUESO
MAYOR 1 mm

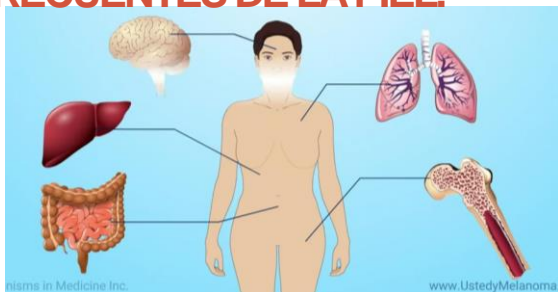
MELANOMA IN SITU ----- **MARGEN 0,5 cm**
BRESLOW HASTA 1 mm ---- **MARGEN 1 cm**
BRESLOW 1,4 A 4 mm ---- **MARGEN 2 cm**
BRESLOW MAYOR 4 mm --- **MARGEN 2-3 cm.**

- 1- Epidermis / in situ
- 2 D. papilar
- 3 D. papilar invasión
- 4 D reticular
- 5 Hipodermis.

Estudios básicos iniciales en TODO PACIENTE CON MM

- ✓ LABORATORIO sangre y orina
- ✓ RX TORAX
- ✓ ECOGRAFIA ABDOMEN

(Sirven para futuras comparaciones).



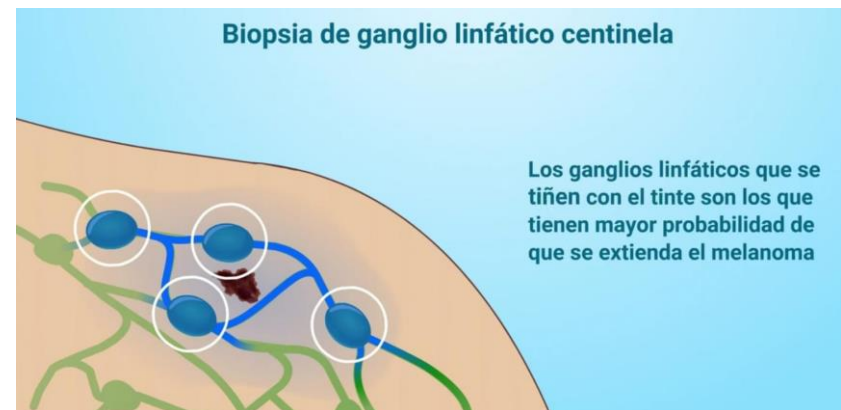
Estudios laboratoriales, diagnóstico por imágenes, HP.

- LDH
- FAL
- RX TORAX
- ECOGRAFIA
- TAC
- RMN
- CENTELLOGRAMA
- PET
- MAPEO LINFATICO Y GANGLIO CENTINELA

▲ Clínico	
▲ Laboratorio: LDH – FAL	
▲ Diagnóstico por imágenes:	
• Pulmón	TAC-PET
• Hígado	TAC-RM (Ecog-PET)
• SNC	RM (TAC)
• Ganglios	Ecog (PET)
• Huesos	Cent.-RM (TAC-FAL)
• Tej. bland., abd.	PET (TAC)
• Gang. cerv. y axil.	TAC tórax
• Gang. inguinales	TAC pelvis
• Diseminación	PET (LDH)

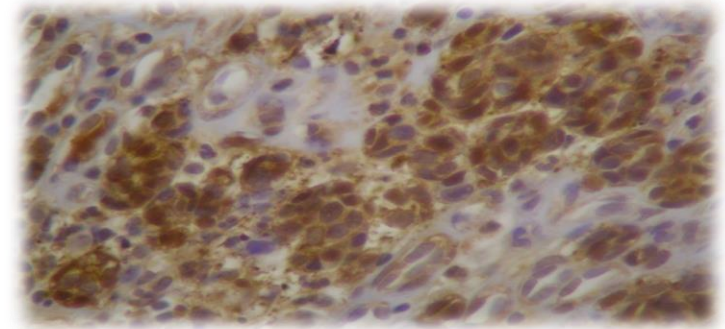
GANGLIO CENTINELA: Indicaciones.

- MELANOMAS GRUESOS
- MELANOMAS FINOS:
 - Paciente joven con Breslow $> 0,75$
 - MM primario ulcerado (clínica o histológicamente)
 - Clark IV-V
 - Fenómeno de regresión histopatológica
 - Variedades histológicas (neurotrópa-desmoplásico, tipo “animal”, PEM, MELTUMP)



Marcadores de MM

- **PROTEÍNA S100:** Marcador de enfermedad avanzada en estadios III y IV, elevada en MTS y recaída de MM.
- **HMB 45**
- **MELAN A**
- **LDH:** Útil para el seguimiento y pronóstico.
- **MIA**
- **MELASTATIN (MLSN-1)**
- **Ki - 67**



TRATAMIENTOS

- CIRUGÍA DE MOHS: cara- párpados- manos- pies
- CRIOCIRUGÍA: ante contraindicación de cirugía o ante lesiones de lentigo maligno en cara.
- RADIOTERAPIA:
 - Márgenes insuficientes
 - Melanoma de mucosas inoperable
 - Melanoma uveal
 - Melanoma primario muy agresivo
 - Múltiples ganglios con MTS
 - MTS localizadas (pulmón, cerebro, hígado, hueso)
 - En el lecho del Melanoma desmoplásico
- AISLAMIENTO. PERFUSION CON HIPERTERMIA

□ TRATAMIENTO SISTEMICO:

* INMUNOTERAPIA:

- ANTI CTLA 4: IPILIMUMAB
- ANTI PD1: NIVOLUMAB
- VACUNAS: T-VEC
- IL-2

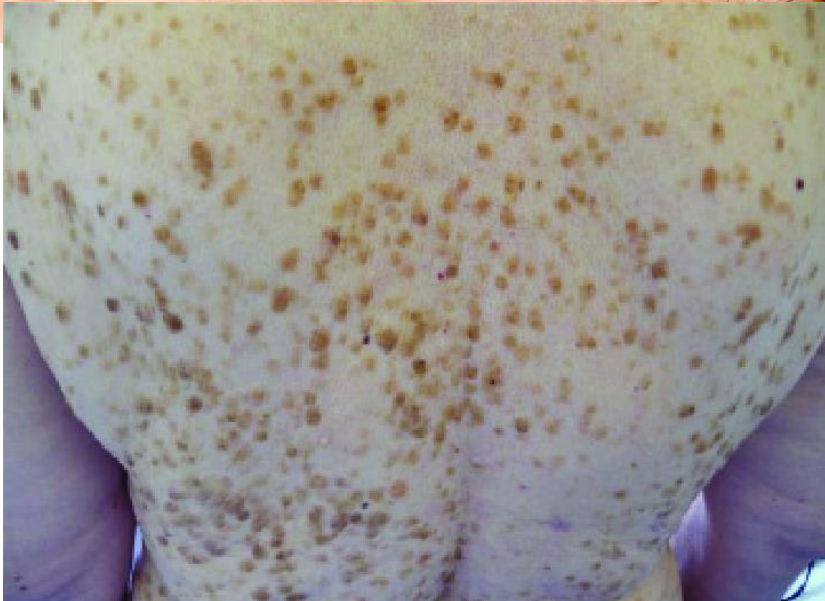
* DIRIGIDA AL BLANCO:

- BRAF: VEMURAFENIB, DABRAFENIB
- MEK: TRAMETINIB, COBIMETINIB

* QUIMIOTERAPIA: DACARBAZINA,
TEMOZOLAMIDA.

DF





SDME DE LESSER
TRELAT



BOTRIOMICOMA

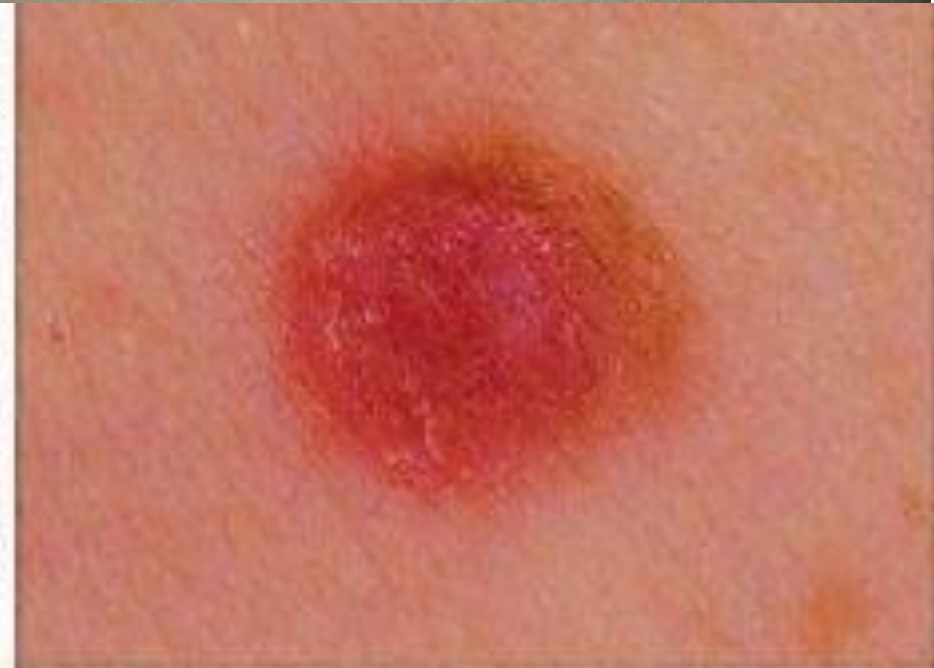


TUMOR GLÓMICO



Figura 9. Caso 3. Deformidad ungueal, primer dedo mano derecha, de 18 meses de evolución. Acude por presentar protrusión del tumor a través de la uña.

MM
AMELANÓTICO!!!!!!



LÉNTIGOS





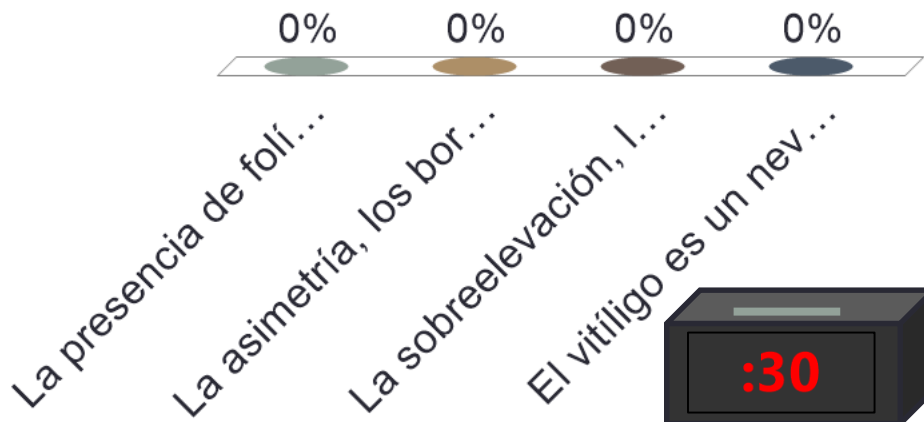
- ✓ EVITAR CAMAS SOLARES Y SOL (mejor autobronceantes)
- ✓ TATUAJES
- ✓ FPS, ROPA PROTECTORA, GORROS
- ✓ AUTOEXAMEN, PRONTA CONSULTA
- ✓ EVITAR LA AUTOMEDICACIÓN
- ✓ CAMPAÑAS DE DETECCIÓN

Bibliografía

- H Cabrera, P Della Giovana, S Garcia, G Sánchez. Nevos: nevus, tumores neviformes y síndromes névicos. 1ra ed. Ediciones Journal. CABA, 2023.
- E Cohen Sabban, M Larralde, R Fernández Bussy. Introducción a la Dermatología. 1ra edición. Ediciones Journal. CABA, 2021.
- DS Rigel, RJ Friedman y col. Cáncer de piel. Edición en Español. Elsevier España. 2006.

Nevos: Indique la CORRECTA

- A. La presencia de folículos pilosos, como ocurre en el nevo de Becker, es un signo de atipía que predispone a melanoma.
- B. La asimetría, los bordes irregulares, el cambio de coloración y/o coloración heterogénea y el diámetro mayor a 6 mm son signos de atipía.
- C. La sobreelevación, la coloración negruzca y el diámetro > 5 mm son signos de atipía.
- D. El vitíligo es un nevoacrómico.

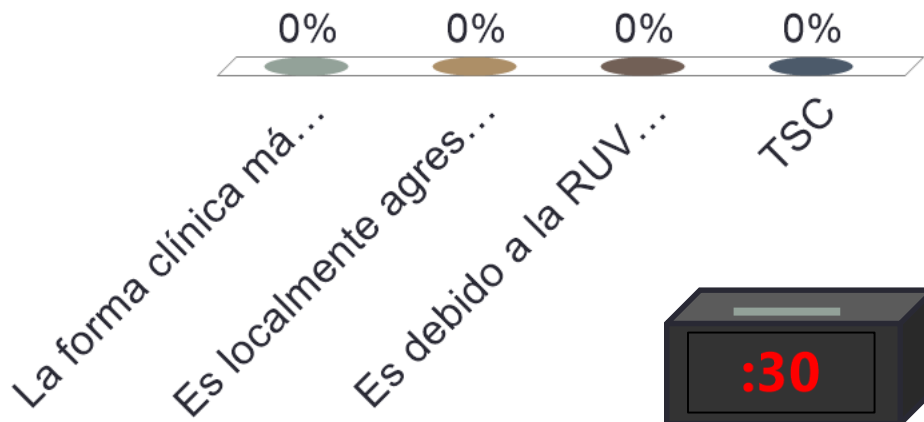


Contador de
respuestas

:30

CBC: Indique la CORRECTA

- A. La forma clínica más frecuente es el CBC nodular, lesión cupuliforme, translúcida, surcada por telangiectasias.
- B. Es localmente agresivo y las metástasis son infrecuentes.
- C. Es debido a la RUV por lo que suele asentar en zonas fotoexpuestas.
- D. **TSC**



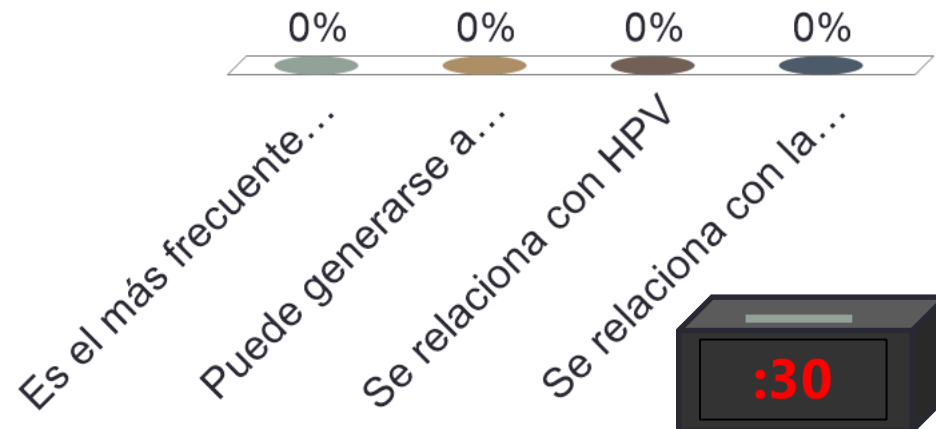
Contador de
respuestas

:30

CEC: Indique cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta

- A. Es el más frecuente y no suele tener riesgo de metástasis
- B. Puede generarse a partir de queratosis actínicas, úlceras crónicas y dermatosis inflamatorias.
- C. Se relaciona con HPV
- D. Se relaciona con la RUV

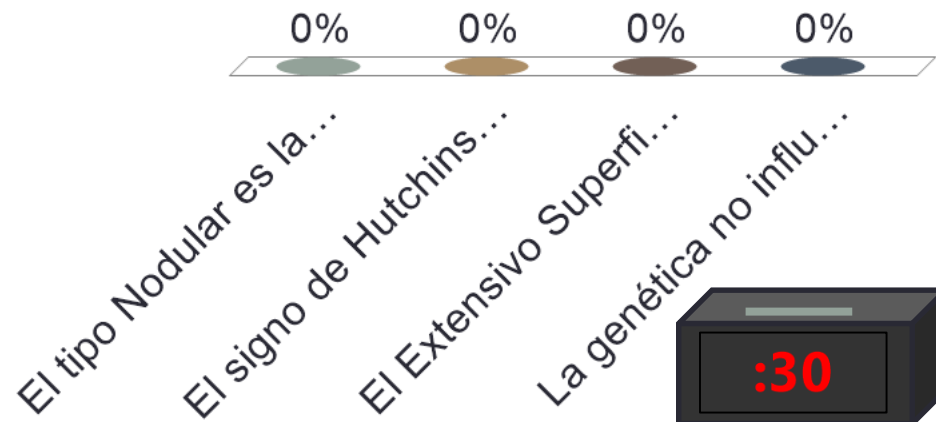
Contador de
respuestas



Con respecto al MM:

- A. El tipo Nodular es la forma más común de MM.
- B. El signo de Hutchinson es la transparencia de la cutícula o área periungueal que permite ver el pigmento debajo.
- C. El Extensivo Superficial es el más frecuente, tiene crecimiento radial y por ello menor riesgo de metástasis.
- D. La genética no influye en su patogenia.

Contador de
respuestas



:30

EL LUNAR QUE PREOCUPA. CBC, CEC, MM: LOS TUMORES MALIGNOS MÁS FRECUENTES DE LA PIEL.

Hasta la próxima!

Gracias por su
atención.

