

2^a parte

94

capit5

E f e c t o s n o c i v o s d e l S o l

95

C Á N C E R D E P I E L

...  1. INTRODUCCIÓN.

El cáncer de piel es el tipo de cáncer más frecuente en el ser humano. Es tan frecuente que se establece que casi el 100% de la población sufrirá un cáncer de piel a lo largo de su vida, si vive lo suficiente. Por este motivo, en todas las estadísticas mundiales de valoración del cáncer se excluyen los cánceres de piel excepto el melanoma. Afortunadamente, la gran mayoría de los tumores cutáneos son potencialmente curables.

En las últimas décadas ha aumentado el número de casos de cáncer de piel, debido principalmente a un cambio en el estilo de vida, aumentando el tiempo de actividades recreativas al aire libre o los tratamientos de belleza en cabinas de bronceado. Gracias a los programas de prevención y a un mayor conocimiento de estos tipos de cáncer, en la actualidad, se consigue cada vez un diagnóstico más precoz, una mayor calidad de vida y una mayor supervivencia de los pacientes que sufren un cáncer de piel.

Se distinguen diversos tipos de cáncer de piel. Se pueden diferenciar los tumores benignos de los malignos, los derivados de componentes de los anejos cutáneos, los derivados de células melanocíticas, derivados del tejido fibroso, derivados de

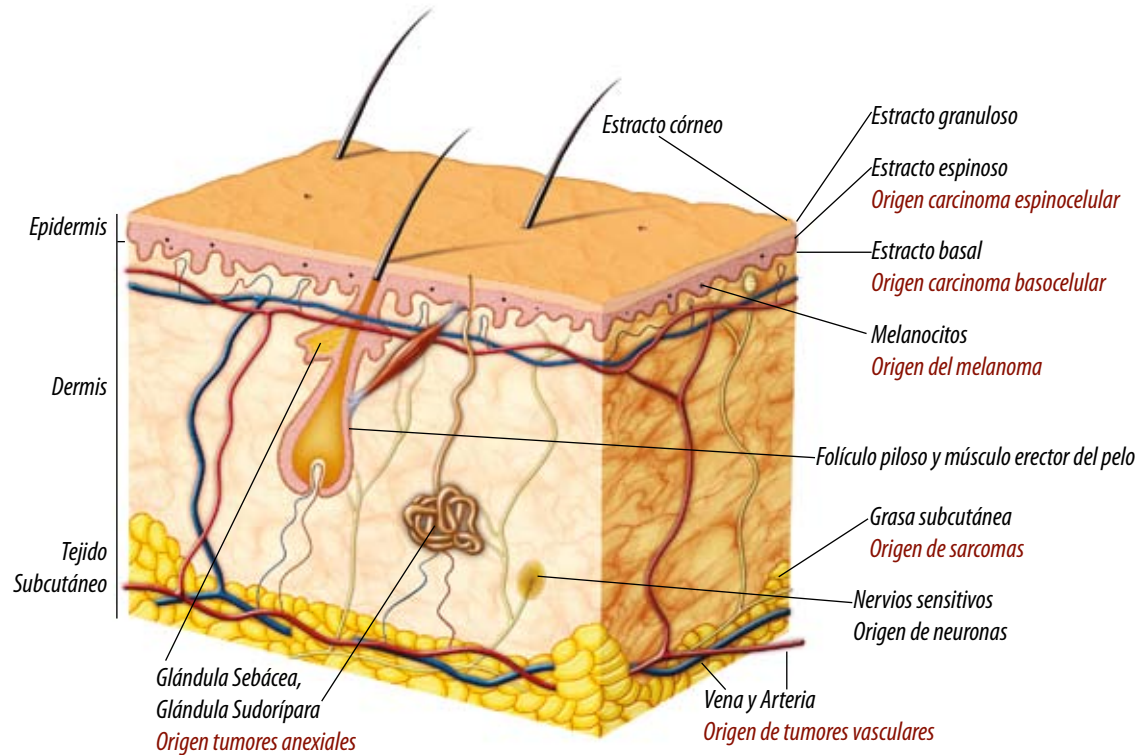
vasos sanguíneos y un largo etcétera. Para simplificar vamos a referirnos a dos grandes grupos de cáncer de piel que son:

1. Cáncer de piel no Melanoma.**2. Melanoma.**

La principal diferencia a tener en cuenta entre estos dos grandes grupos es el pronóstico de estas enfermedades.

La progresión de los tumores, sobre todo los del primer grupo, suele ser lenta, van creciendo durante años, y no suelen provocar síntomas asociados como dolor o picor. Cuando aparecen molestias el tumor suele estar ya evolucionado. Por este motivo es muy importante la educación de los pacientes. La población general, sobretodo los pacientes de riesgo, debe conocer las principales características de los tumores de piel para poder acudir al médico, en particular al dermatólogo, ante la menor sospecha. Además deben conocer los principales factores predisponentes para evitarlos en la medida de lo posible. La siguiente figura muestra un esquema de la piel del ser humano, identificando las principales estructuras y el origen de los principales cánceres derivados de la piel.

FIGURA 6. VISIÓN ESQUEMÁTICA DE LOS COMPONENTES DE LA PIEL. SE SEÑALIZA EL ORIGEN DE LOS PRINCIPALES CÁNCERES DE PIEL



... **2. CANCER DE PIEL NO MELANOMA.**

Dentro de esta familia incluimos una serie de tumores malignos que se desarrollan a partir de las células de la epidermis (ver figura 6 - pag. 97), que es la parte más superficial de la piel. La gran mayoría de estos tumores están relacionados con el daño que se provoca en la piel a consecuencia de la radiación ultravioleta (UV) proveniente del sol. Son los cánceres de piel de mejor pronóstico, ya que aunque crecen de forma descontrolada, no suelen extenderse más allá de la piel, y es por este motivo por lo que su mortalidad es baja. En este capítulo vamos a hablar del carcinoma basocelular y del espinocelular, ya que son los cánceres más frecuentes.

2.1. Carcinoma Basocelular.

El carcinoma basocelular o epiteloma basocelular es el tumor cutáneo maligno más frecuente en la raza blanca. Se desarrolla en las células del estrato basal de la epidermis (ver figura 6 - pag. 97). El principal factor de riesgo para su desarrollo es la exposición solar, aunque otras radiaciones o sustancias químicas como el arsénico (presente en insecticidas o en agua de pozos) también lo producen. Las inmunodeficiencias (enfermedades



que bajan las defensas del organismo) y las cicatrices pueden predisponer a desarrollar este tipo de tumor.

Las personas de piel y ojos claros tienen mayor riesgo de desarrollarlo, y es muy raro en la raza negra. Es más frecuente en el varón, y suele producirse a partir de los 40 años, pero puede aparecer incluso antes.

Una minoría de los carcinomas basocelulares tienen un origen hereditario, y hay enfermedades genéticas que provocan la aparición de un gran número de estas lesiones en las personas afectas.

En ningún caso el tumor se desarrolla en otro órgano distinto a la piel, por lo que no da lesiones a distancia internas (no da metástasis).

**TABLA 13. FACTORES DE RIESGO
PARA DESARROLLAR CARCINOMA BASOCELULAR**

Radiación UV: Exposición solar (natural)
Fototipo cutáneo I y II : Ojos y piel claras
Compuestos químicos <ul style="list-style-type: none"> • Hidrocarburos aromáticos policíclicos • Clorofenoles • Arsénico
Síndromes genéticos asociados a hipersensibilidad a luz UV
Alteración capacidad reparación del ADN
Inmunosupresión
Cicatrices de larga evolución
Presencia de otros carcinomas basocelulares

Existen 3 tipos fundamentales de epiteloma basocelular:

- 1. Noduloulcerativo:** Es el más frecuente. Aparece inicialmente como una lesión de pequeño tamaño, ligeramente sobreelevada, brillante, de color blanco perlado y con finos vasos sanguíneos en su superficie (telangiectasias). Al aumentar de tamaño, los bordes se elevan, dejando una úlcera en el centro. Con el paso del tiempo, si no se actúa, el tumor suele expandirse desde los bordes, provocando una gran destrucción local. Las zonas más frecuentes de aparición de estas lesiones son la cara, sobre todo en la parte interna del ojo, la nariz y la frente.
- 2. Esclerodermiforme o morfeiforme:** Aparecen áreas blanquecinas, lisas, brillantes, que asemejan una cicatriz (pero sin haberse producido una herida). Aparece más frecuentemente delante de las orejas.
- 3. Superficial:** Aparecen áreas de piel rojiza, ligeramente elevadas. Se ve sobretodo en la espalda.



Lesión tumoral, de bordes elevados, brillantes con ulceración central. Se trata de un carcinoma basocelular del tipo noduloulcerativo.

El diagnóstico se realiza en la práctica totalidad de los casos en la exploración clínica que se realiza en la consulta del dermatólogo. No suelen ser necesarias otras pruebas complementarias.

Los pacientes que presentan alteraciones hereditarias o en contacto con sustancias químicas que favorecen la apari-

Si se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz, el pronóstico es excelente.

ción de estos tumores como el arsénico, suelen presentar múltiples lesiones al mismo tiempo. La exposición a este tipo de sustancias suele ser de larga evolución y a bajas dosis. Pueden aparecer otros signos de exposición como el aumento del grosor de la piel en palmas y plantas en el caso del arsénico.

Es importante señalar, que los pacientes con un carcinoma basocelular tienen aumentado, tres o cuatro veces la posibilidad de padecer otro carcinoma basocelular. Es necesario que el paciente comprenda que no se trata de metástasis del primer tumor, sino la aparición de una lesión nueva, independiente de la primera.

El tratamiento consiste en la destrucción del tejido afectado. Lo ideal es reactivar un tratamiento quirúrgico dejando

unos márgenes de seguridad para evitar que vuelva a aparecer. Cuando no está indicada la cirugía por las circunstancias del paciente (avanzada edad, múltiples enfermedades concomitantes, etc...) se pueden emplear otras técnicas como son la electrocoagulación, la crioterapia, el láser, la terapia fotodinámica o la aplicación de una crema de imiquimod que provocan la destrucción del tumor.

Si se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz, el pronóstico es excelente. Este tipo de lesiones no suele extenderse a otros órganos por lo que no es necesaria la realización de pruebas de imagen o nuevos estudios en el seguimiento. Los pacientes con estos tumores precisan revisiones seguimiento clínico para valorar la reaparición del tumor o la aparición de uno nuevo.

2.2. Carcinoma espinocelular.

Es un tumor maligno que deriva de las células del estrato espinoso de la epidermis (ver figura 6 - pag. 97). El carcinoma espinocelular, también llamado de células escamosas o Epidermoide, sí tiene capacidad de diseminación, por lo que puede provocar metástasis que comprometan la vida del paciente.

La mayoría de carcinomas espinocelulares aparecen sobre lesiones previas, denominadas lesiones premalignas o precursoras. Estas lesiones son:

- 1. Queratosis actínicas:** Las lesiones precursoras más frecuentes. Aparecen en zonas muy dañadas por el sol como son la cara, la cabeza (sobretudo si existe alopecia) y el dorso de las manos. Son pequeñas manchas rojizas, rasposas al tacto, con una fina descamación (caspa) en su superficie.
- 2. Queilitis Actínica:** Son las lesiones anteriormente descritas cuando asientan en los labios.

El tabaquismo duplica el riesgo de desarrollar carcinoma espinocelular.

3. Leucoplasia: Son lesiones blanquecinas que aparecen en las mucosas (boca, genitales). Son más frecuentes en la boca y son favorecidas por el tabaco, el alcohol y la mala higiene bucal.

4. Eritroplasia: Son similares a las anteriores, pero de color rojo.

Además, cualquier proceso inflamatorio crónico localizado en la piel o las úlceras que no curan puede favorecer el desarrollo de carcinomas escamosos. Aunque es menos frecuente, también puede aparecer este tipo de tumor directamente sobre piel sana.

El principal factor causante de este tipo de tumor es la exposición solar (al igual que del carcinoma basocelular). Personas de piel clara, la edad avanzada, la infección crónica por el virus del papiloma humano (sobre todo en área genital), el consumo de alcohol y tabaco (el tabaquismo duplica el riesgo de desarrollar carcinoma espinocelular), así como productos químicos como el arsénico o el alquitrán también influyen en su desarrollo.

**TABLA 14. FACTORES DE RIESGO
PARA DESARROLLAR CARCINOMA ESPINOCELULAR**

Radiación UV natural y/o artificial

Rayos X

Sustancias Químicas

- Arsénico
- Breas y aceites minerales
- Tabaco y alcohol

Lesiones premalignas

Cicatrices de larga evolución

Inflamaciones crónicas

Inmunosupresión

Infección crónica por virus del papiloma humano

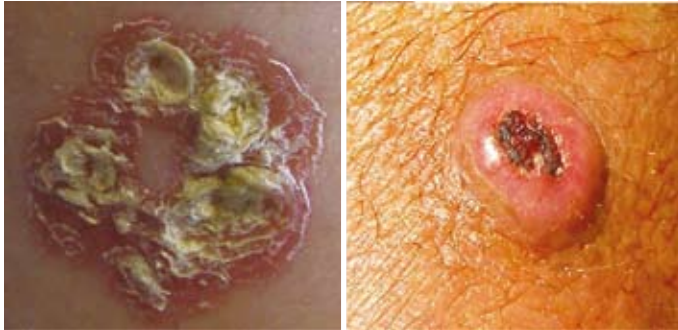
Enfermedades genéticas

- Xeroderma pigmentoso
- Epidermodisplasia verruciforme
- Epidermolisis ampollosa



Como hemos dicho, estos tumores pueden aparecer directamente sobre piel sana, pero lo más frecuente es que comiencen siendo un área rojiza, rugosa y descamativa que si no se trata progresa a una masa tumoral, que frecuentemente se ulcera, sangra y provoca gran destrucción local. Además, este tumor se puede diseminar a los ganglios regionales (metástasis ganglionares) o más raramente por la sangre (metástasis en órganos sólidos).

En ciertas ocasiones es una tumoración de crecimiento muy rápido, que alcanza los 2-3 cm en pocas semanas. Es una lesión redondeada con forma de cráter, con una costra en el centro. Este tipo de lesiones se denominan queratoacantoma y pueden desaparecer solas, por lo que está en



El carcinoma espinocelular puede adoptar diferentes morfologías. A la izquierda un carcinoma espinocelular inicial (Enfermedad de Bowen). A la derecha tumoración en forma de cráter (queratoacantoma).

debate si realmente es un cáncer en sí mismo o es una lesión precursora.

El diagnóstico de las lesiones precursoras es fácil, al igual que su tratamiento. Cuando las lesiones están muy evolucionadas, suele ser necesaria una biopsia para confirmar el diagnóstico. Cuando se confirma la naturaleza de este tumor, es importante realizar una exploración física de las regiones linfáticas cer-

La mayoría de estos tumores tienen muy buen pronóstico ya que se diagnostican en las fases iniciales (lesiones premalignas) y se tratan adecuadamente.

canas al tumor en busca de adenopatías palpables (ganglios que podrían estar afectados por el tumor).

El tratamiento más recomendado para este tipo de lesiones es la extirpación quirúrgica. En casos inoperables se puede tratar con radioterapia y/o quimioterapia. Las lesiones pre-malignas se pueden tratar con crioterapia, electrocoagulación, terapia fotodinámica o quimioterapia tópica.

El carcinoma escamoso puede comprometer la vida por la extensión a órganos internos. El pronóstico se basa principalmente en el tipo de tumor, la localización, el tratamiento y el grado de retraso en el diagnóstico. La mayoría de estos tumores tienen muy buen pronóstico ya que se diagnostican en las fases iniciales (lesiones premalignas) y se tratan adecuadamente.

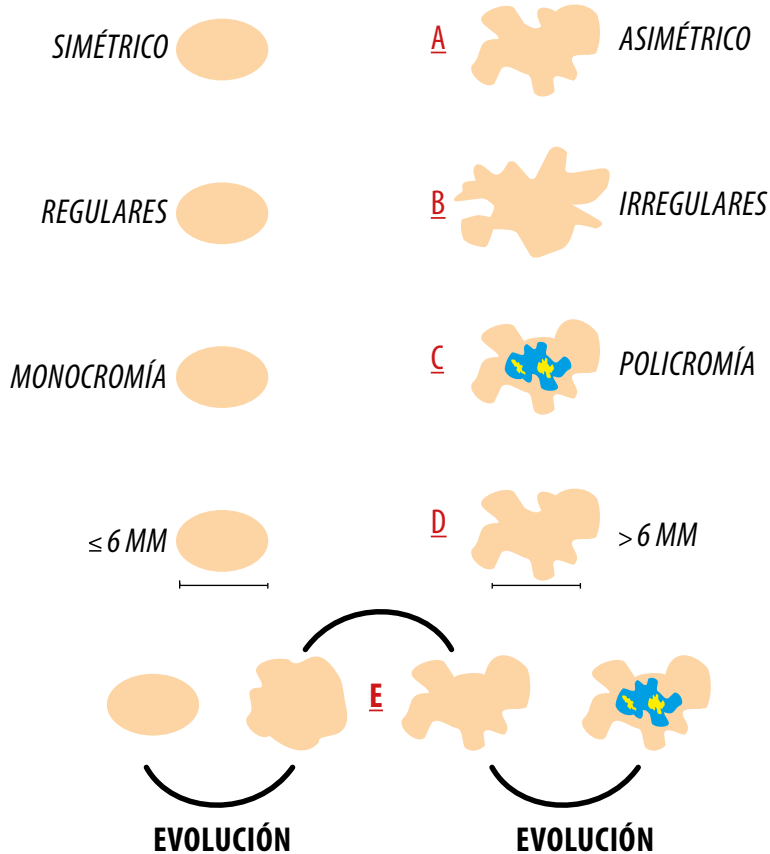
... **3. MELANOMA.**

El melanoma es un tumor maligno derivado de los melanocitos (ver figura 6 - pag. 97), unas células que permiten la pigmentación de la piel y se encuentran en la capa más superficial, la epidermis. Es uno de los tumores más agresivos del ser humano. La mayoría de los melanomas se originan en la piel, pero pueden aparecer en otras zonas donde hay melanocitos, los ojos (retina), las mucosas, las meninges (membranas que recubren el sistema nervioso central) y otros órganos. Es un tumor muy agresivo y frecuentemente da metástasis.

La exposición solar es un factor de riesgo para su desarrollo, pero a diferencia de los carcinomas basocelular y espinocelular, no se relaciona con el daño solar acumulado, sino más bien con las quemaduras solares, principalmente en la infancia. Puede aparecer en piel sana o desarrollarse sobre un nevus. El nevus (lunar) es una proliferación benigna de los melanocitos. Hay gran cantidad de subtipos de nevus, pero los más frecuentemente relacionados con el melanoma son los nevus congénitos gigantes y los nevus atípicos múltiples. Para poder diferenciar los nevus sugestivos de atipia y que conviene revi-

sar, se ha creado la lista del ABCDE para que tanto pacientes como médicos generales puedan controlar de forma eficaz estas lesiones benignas. Esta lista consiste en lo siguiente:

- **A**simetría: Ver si es igual la mitad superior y la inferior y la derecha y la izquierda. La simetría indica benignidad.
- **B**ordes: Bordes regulares indica benignidad, mientras que irregulares sugieren malignidad.
- **C**olor: Si aparece de un solo color y homogéneo no debe preocuparnos. Si por el contrario aparecen 2 ó 3 colores, debemos consultar con el especialista.
- **D**íámetro: Los mayores de 6 mm deben ser revisados.
- **E**volución: Ver cómo se comporta con el paso del tiempo. Una lesión que permanece sin cambios sugiere benignidad, ante el mínimo cambio de una lesión debe ser evaluada.



Esta sencilla lista permite que los pacientes puedan realizar una autoexploración un seguimiento de sus lesiones y, ante cambios como los señalados, acudir al especialista que debe confirmar si los cambios son o no preocupantes. Los especialistas en dermatología se basan en criterios más complejos y que no son motivo de este texto, pero la mayoría de las lesiones malignas cumplen la lista ABCDE. Si tenemos que decidir que parámetro es el más importante a tener en cuenta de esta lista, podíamos decir que la evolución, ya que partimos que toda lesión benigna permanecerá estable, y que las lesiones malignas se modificarán.

Por tanto, el diagnóstico de sospecha se basa en la presencia de las características descritas anteriormente en una lesión de reciente aparición o en cambios en las lesiones preexistentes. Otros cambios que se deben tener en cuenta son la aparición de picor, el sangrado espontaneo de las lesiones, la inflamación o la ulceración, pero estos signos suelen aparecer en estadios más avanzados.

El seguimiento de los pacientes con riesgo de desarrollar melanoma consiste en una revisión clínica sistemática de la piel de los enfermos en busca de cambios en las lesiones preexistentes o la aparición de nuevas lesiones. En este sentido, en los últimos años, las nuevas tecnologías como son las fotografías digitales tanto clínicas como dermatoscópicas (microscopía de la superficie de la piel), la fotografía corporal total y otras técnicas ayudan al dermatólogo en el seguimiento clínico de estos pacientes.

El seguimiento de los pacientes con riesgo de desarrollar melanoma consiste en una revisión clínica sistemática de la piel de los enfermos en busca de cambios en las lesiones preexistentes o la aparición de nuevas lesiones.

Existen 4 tipos principales de melanoma:

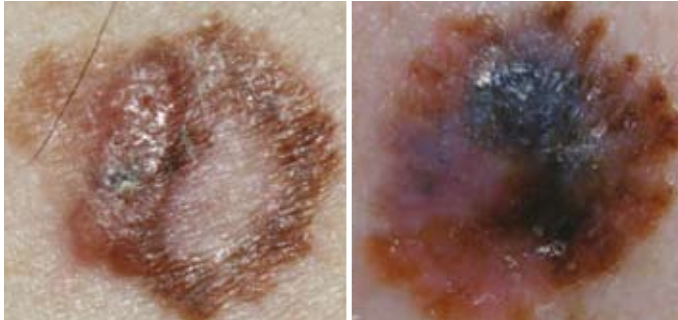
1. Melanoma de extensión superficial: Es el tipo más frecuente. Aparece sobretodo en el tronco y las piernas. Suelen ser ligeramente elevados y mostrar diversos colores en su superficie. Cuando se disemina a otros órganos, suele hacerlo por vía linfática.

2. Léntigo Maligno melanoma: Aparece en personas mayores de 60 años, ya que es el único tipo de melanoma que se relaciona con la exposición solar acumulada. Aparece sobretodo en la cara. Empieza siendo una mancha marrón o negra, lisa, y que se extiende lentamente. Suele ir cambiando la tonalidad del color y pueden aparecer zonas de cicatrices. Con el paso de los años, aparecen lesiones de tipo nodular que indica un crecimiento en la

profundidad. En estos estadios finales, puede dar metástasis ganglionares.

3. Melanoma Nodular: Este es un tipo peculiar de melanoma, y no siempre cumple la regla del ABCD (la "E" siempre la cumple). Puede ser una lesión homogénea, de un mismo color, que suele aparecer sobre piel sana y que crece rápidamente. Es un tumor muy agresivo y da metástasis en cadenas ganglionares y en órganos sólidos.

4. Melanoma lentiginoso acral: Es el tipo de melanoma que aparece en palmas y plantas o debajo de las uñas. Es un tumor muy agresivo y da metástasis linfáticas y en órganos sólidos. Este tipo es más frecuente en la raza negra y en la asiática.



Melanoma. Se puede apreciar la regla ABCDE. Estas lesiones son asimétricas, borde irregular, presentan diversos colores, son de diámetro >6 mm y crecen progresivamente.

El diagnóstico se basa principalmente por la morfología de la lesión, pero en todos los casos debe realizarse estudio al microscopio para confirmar el grado de profundidad que presenta y según la profundidad se realizará un tratamiento quirúrgico mayor o menor, así como una serie de pruebas complementarias como la del ganglio centinela que consiste en valorar si existe afectación de los ganglios más cercanos al tumor.

El pronóstico de este tipo de tumor se basa principalmente en la profundidad de la lesión y en si existen lesiones a distancia. Cuando el espesor es menor de 1,5 mm se considera

de bajo riesgo. Además tienen peor pronóstico el subtipo nodular y el lentiginoso acral, los tumores localizados en el tronco y los tumores muy evolucionados que presenten por ejemplo ulceración.

TABLA 15. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE MELANOMA

Factores genéticos
Historia personal o familiar de MM o NM atípicos
Radiación ultravioleta
Quemaduras solares en la infancia
Exposición solar intermitente
Presencia de más de 50 Nevus o mayores de 6 mm
Nevus congénitos gigantes
Muchos nevus atípicos / Síndrome del Nevus atípico
Fototipo cutáneo I ó II
Defectos reparación ADN
Inmunosupresión

El tratamiento se basa en la extirpación quirúrgica con márgenes suficientes. Estos márgenes se establecen según la profundidad de la lesión, por lo que es muy frecuente tener que realizar una segunda intervención quirúrgica para completar el tratamiento. En ocasiones el tratamiento quirúrgico local es insuficiente, y se requiere completarlo con linfadenectomías (extirpación de ganglios linfáticos) si es que existen ganglios afectos, quimioterapia, perfusión hipertérmica de extremidad u otros tratamientos.

Debido a su gran agresividad en estadios avanzados, la regla del ABCDE, junto con el seguimiento periódico de los pacientes con mayor riesgo de sufrir melanoma, busca conseguir que el diagnóstico sea lo más precoz posible para intentar aumentar la supervivencia.

••• □ 4. CONCLUSIONES.

El cáncer de piel es el tipo de cáncer más frecuente en el ser humano. Afortunadamente, la mayoría de estos tumores son poco agresivos o son diagnosticados precozmente, por lo que el pronóstico suele ser favorable.

La importancia de conocer las lesiones precursoras y la regla del ABCDE debe permitir que la población general pueda autoexplorarse, y ante la menor sospecha consultar con el médico especialista para obtener un diagnóstico precoz y un por tanto un mejor pronóstico.

El conocimiento de los principales agentes causales debe ayudar a evitarlos en la medida de lo posible. Un diagnóstico ágil y un tratamiento adecuado debe ayudar a aumentar la supervivencia de los pacientes, pero la prevención es sin lugar a dudas el mejor de los tratamientos disponibles.

B I B L I O G R A F Í A

- 1. Dermatología oncológica.** *C. Guillén.*
Nova Sidonia Oncología y Hematología, 2002.
- 2. Dermatología.** *Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP.*
Elsevier España S.A. 2004.
- 3. Tratado de Dermatología.** *M. Armijo, F. Camacho.*
Grupo Aula Médica S.A. 1998.
- 4. Cutaneous Medicine and Surgery.** *Arndt, Le Boit, Robinson, Wintroub.* WB Saunders Company. 1996.
- 5. Dermatología Clínica.** *Carlos Ferrandiz.* Mosby 1996.