

# **Cáncer cutáneo no melanoma**

**Dr. Onofre Sanmartin Jimenez**

# Cáncer cutáneo no melanoma

- Fundamentalmente se refiere a carcinoma basocelular y carcinoma epidermoide, con sus lesiones precursoras y relacionadas:
  - Queratosis actínica
  - Queratoacantoma
  - Carcinoma epidermoide in situ
  - Carcinoma verrucoso
  - Carcinoma epidermoide invasor
- Otros cánceres cutáneos como el Carcinoma de Merkel, sarcomas cutáneos, tumores anexiales malignos tienen características heterogéneas y no deberían clasificarse conjuntamente

# **Factores de riesgo para desarrollo de cáncer cutáneo no melanoma**

- **Radiación**
  - Ultravioleta
  - Ionizante
- **Químicos**
  - Hidrocarburos
  - Tabaco
  - Arsénico
- **Infección por papilomavirus humano**
- **Inflamación crónica**
  - Quemaduras
  - Osteomielitis
- **Infección crónica**
  - Lupus vulgar
  - Sífilis
- **Síndromes predisponentes**
  - Inmunosupresion
  - Genodermatosis
    - Xeroderma pigmentoso
    - Albinismo
    - Sdme nevus basocerlular

# Efectos cutáneos UV

## UVB

- Enrojecimiento
- Quemadura solar
- Carcinogénesis
- Síntesis de vitamina D

## UVA

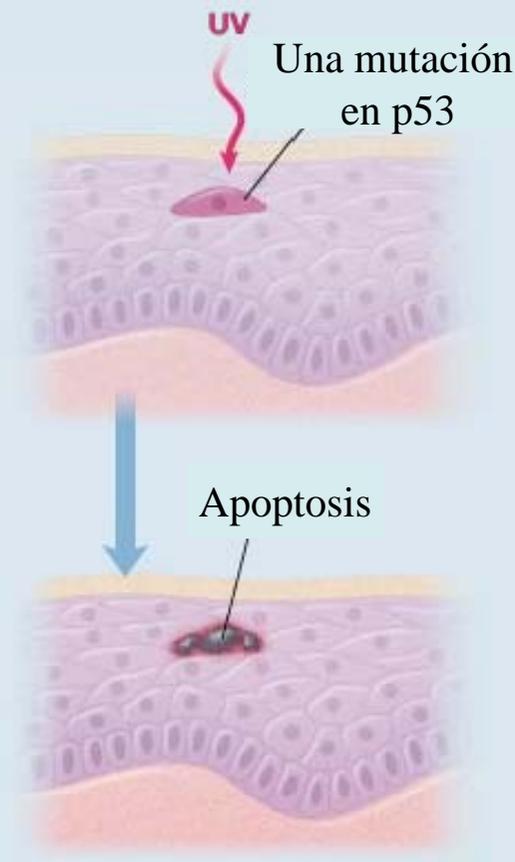
- Bronceado
- Fotoenvejecimiento  
(penetra más profundo)
- Desarrollo melanoma



## CONSECUENCIAS DE LAS MUTACIONES INDUCIDAS POR UV

- Mutación del gen supresor tumoral p53
- Mutación de la vía de señalización Hedgehog

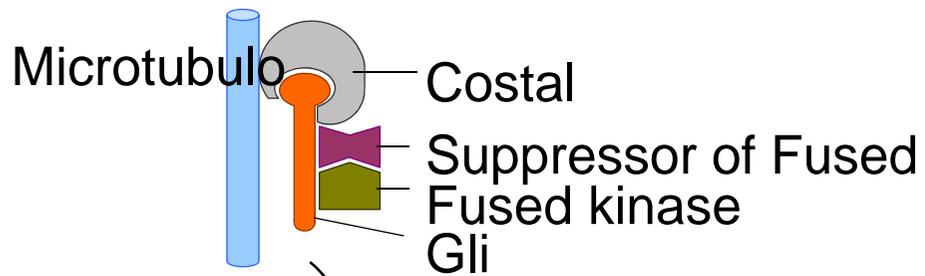
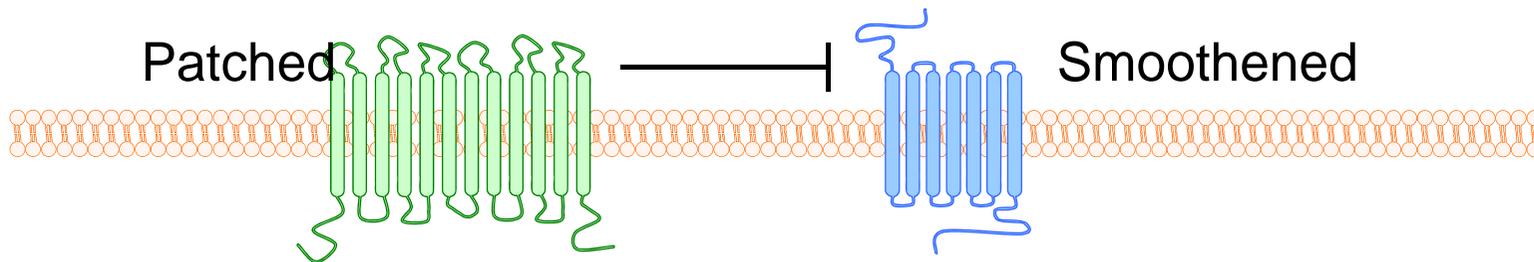
### Célula con p53 funcional



### Célula premaligna con p53 alterado

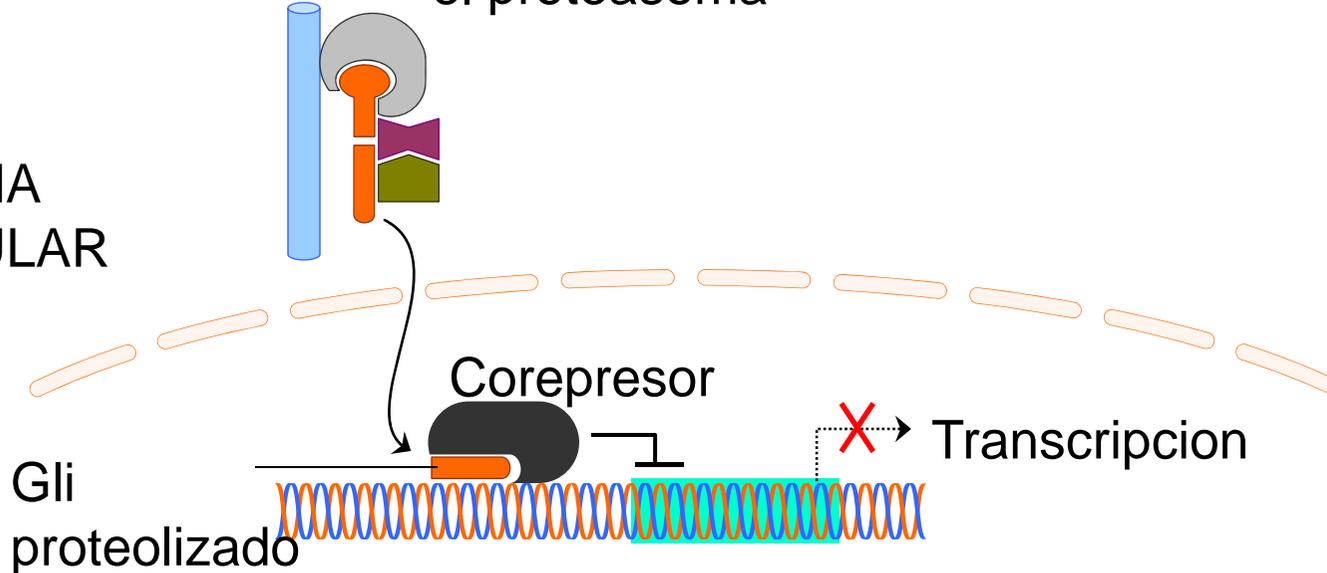


CARCINOMA ESCAMOSO



Ubiquitilacion y proteolisis en el proteasoma

CARCINOMA BASOCELULAR



# Prevalencia y costes de atención de cáncer cutáneo no melanoma

- La prevalencia del cáncer de piel no-melanoma (CPNM) se sigue incrementando a nivel mundial
- En USA ya es el cáncer más frecuente
- Estudios en USA estiman que 1 de cada 5 americanos desarrollarán 1 cáncer de piel durante su vida (95% de los cuales serán CPNM)
- Datos publicados en 1994 estimaban una incidencia de 900.000-1.200.000 casos ese año, lo que igualaba a la suma de todo el resto de tumores
- Genera importante morbilidad y elevados costes al Sistema de Salud

*Rogers HW. et al. Incidence of non-melanoma skin cancer in the United States; Arch Dermatol. 2010;146:283-7.*

# Carcinoma escamoso cutáneo

- Carcinoma escamoso in situ
  - Enfermedad de Bowen: Carcinoma escamoso in situ cutáneo
  - Eritroplasia de Queyrat: Carcinoma escamoso in situ genital
  - Eritroplasia y leucoplasia heterogénea: Mucosa oral
- Carcinoma verrucoso
- Queratoacantoma
- Carcinoma escamoso invasivo

# Carcinoma escamoso in situ cutáneo

## Enfermedad de Bowen

- Forma de carcinoma epidermoide in situ, que con los años se hace invasor y adquiere gran agresividad
- Placa descamativa, eritematosa, en ocasiones pigmentada
- En ocasiones discretamente infiltrada
- *De novo* o sobre queratosis actínica previa

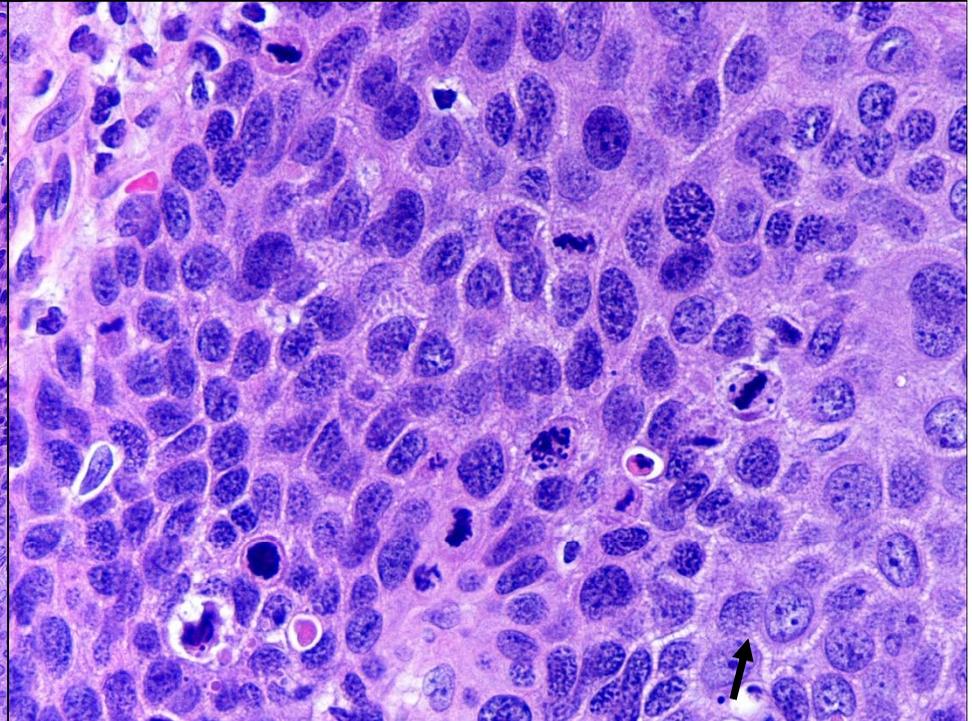
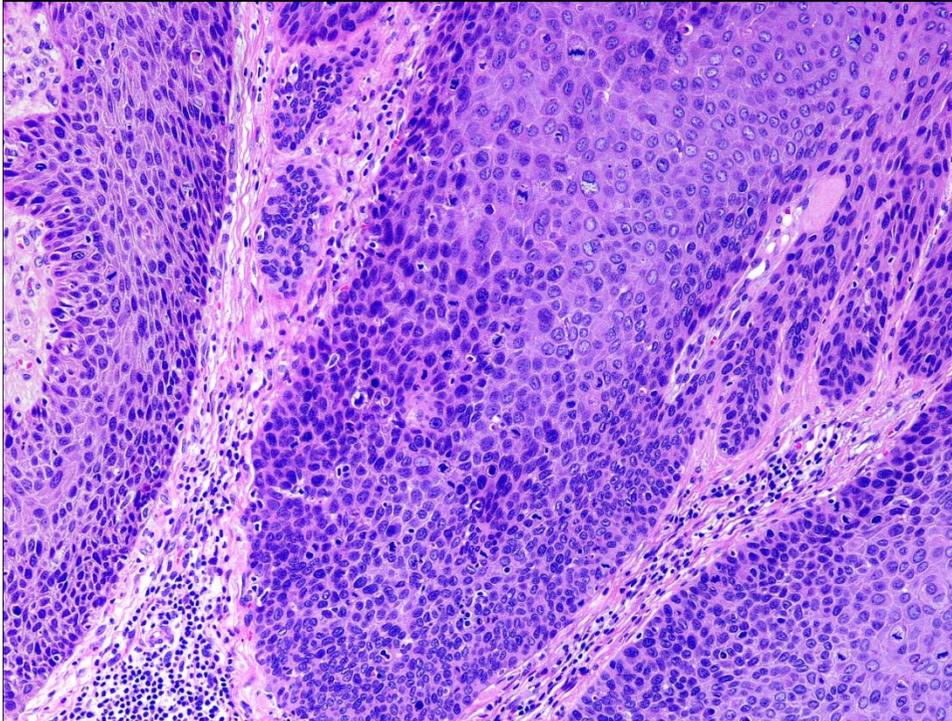
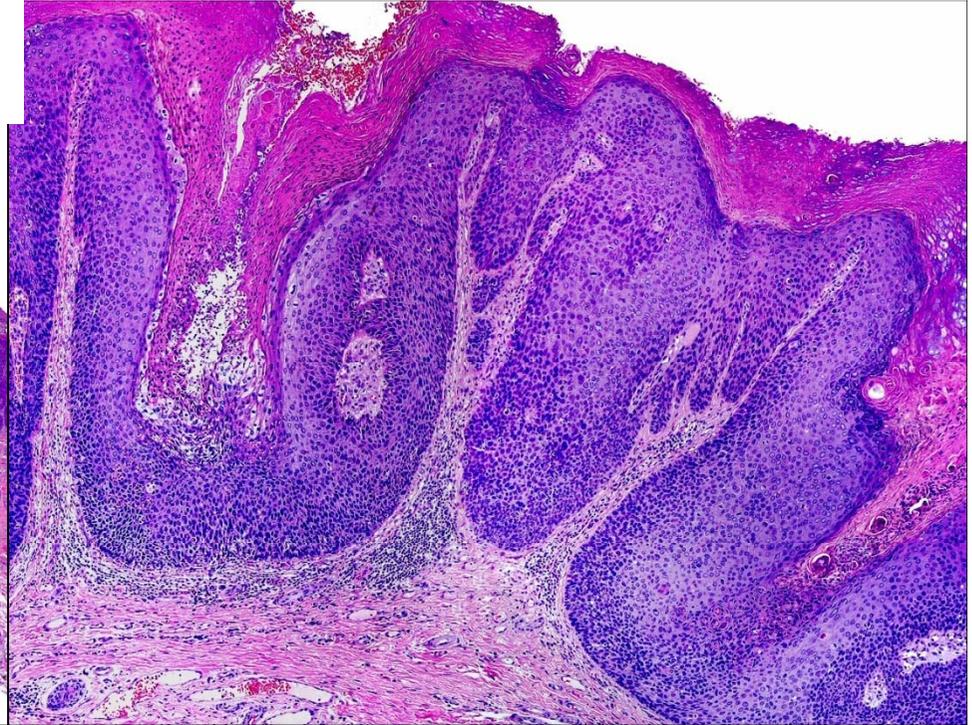
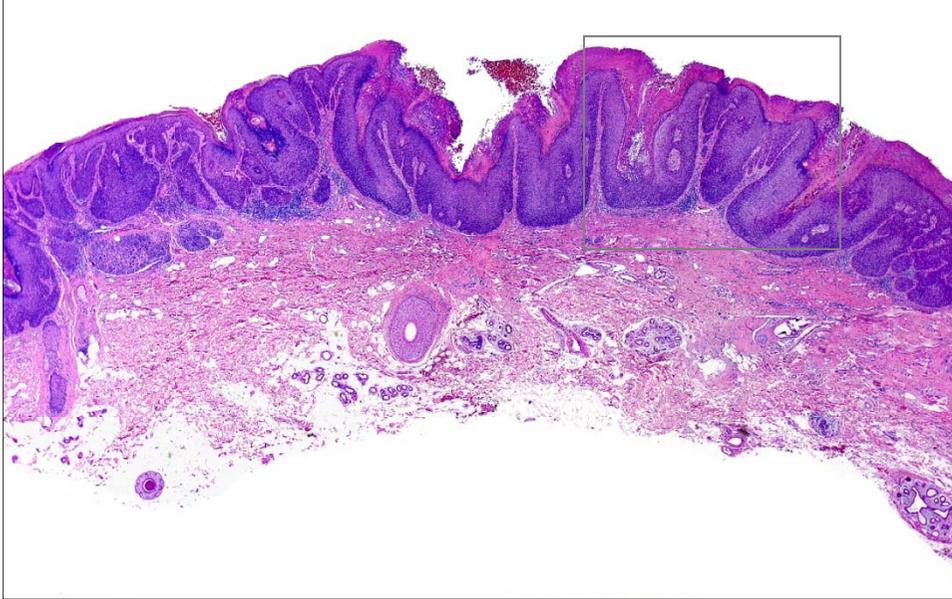
# Carcinoma escamoso in situ cutáneo

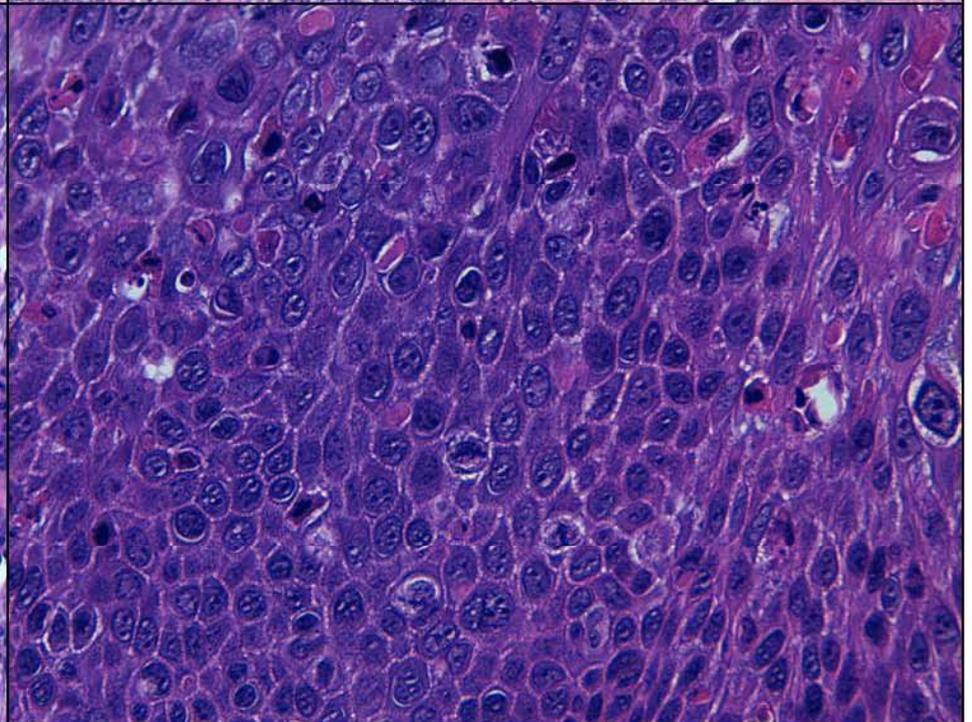
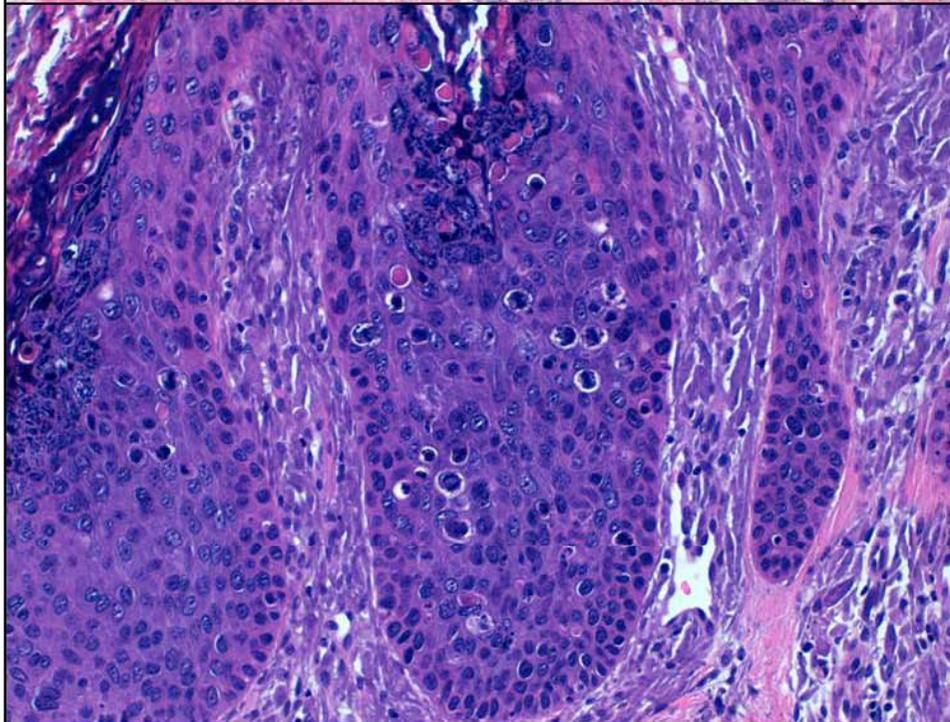
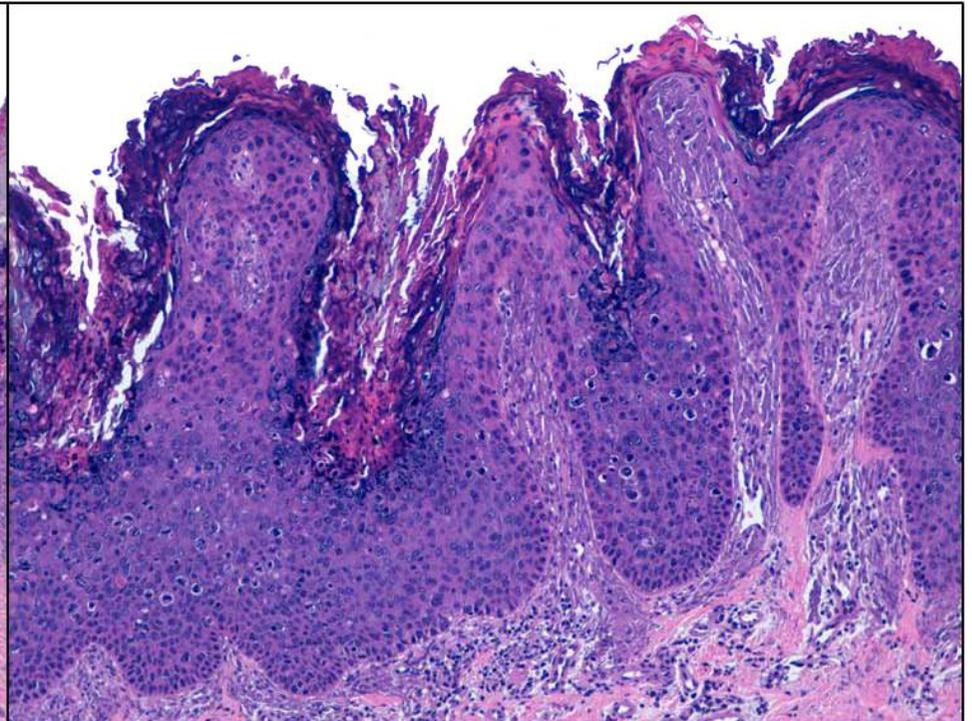
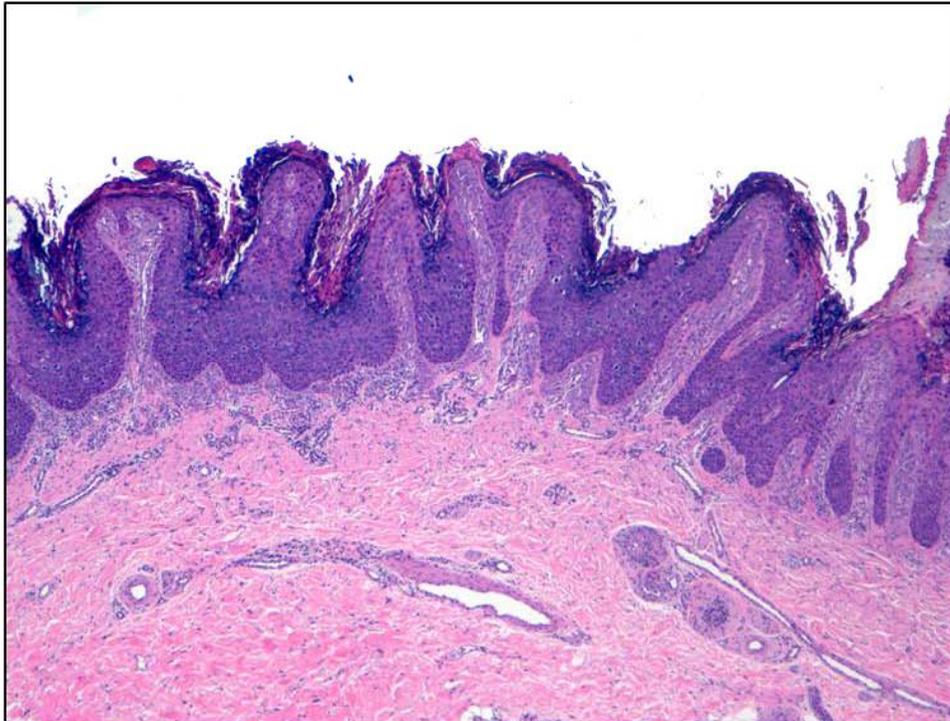
## Enfermedad de Bowen

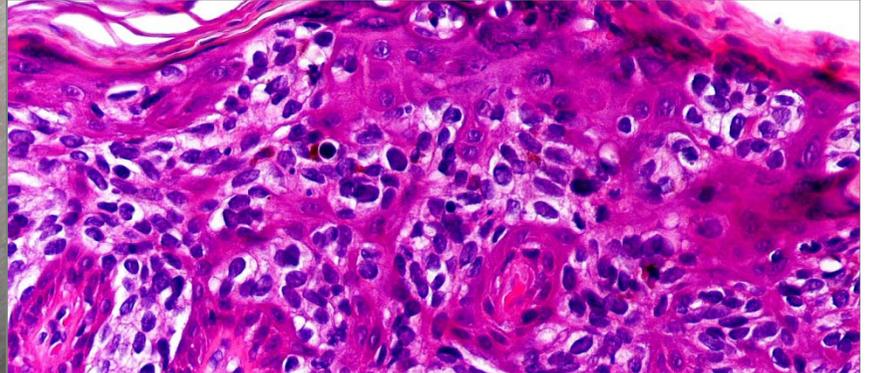
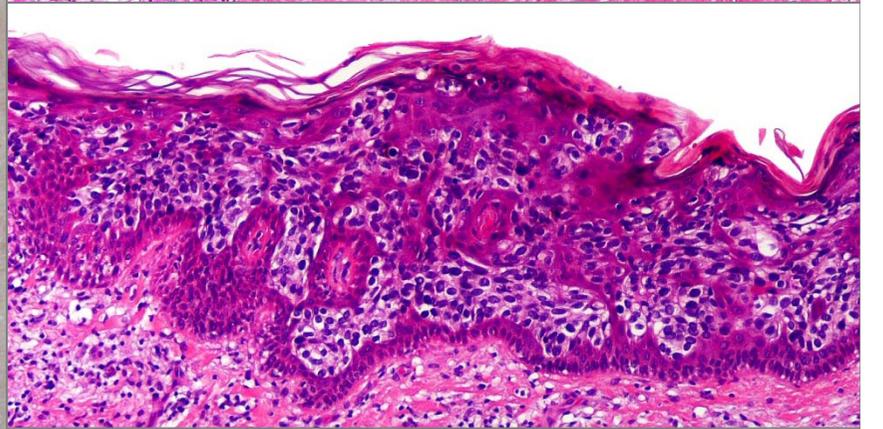
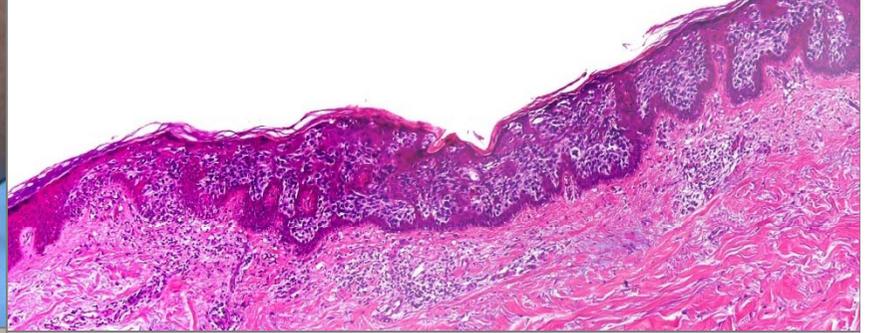
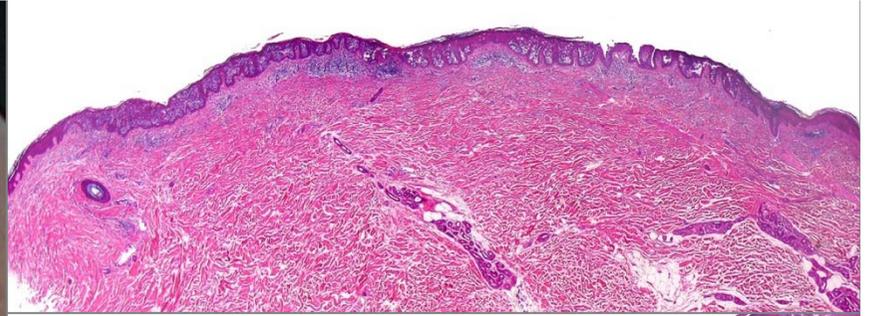
- Localización:
  1. Cabeza y cuello (> frecuencia)
  2. Extremidades
  3. Tronco
- Frecuente confusión con procesos inflamatorios
- Tiña, eccema, etc.
- Clave diagnóstica: persistencia de la lesión, escasa sintomatología, daño actínico asociado



**Histología enf. Bowen:** marcada atipia que afecta a todo el espesor de la epidermis y no respeta los anejos



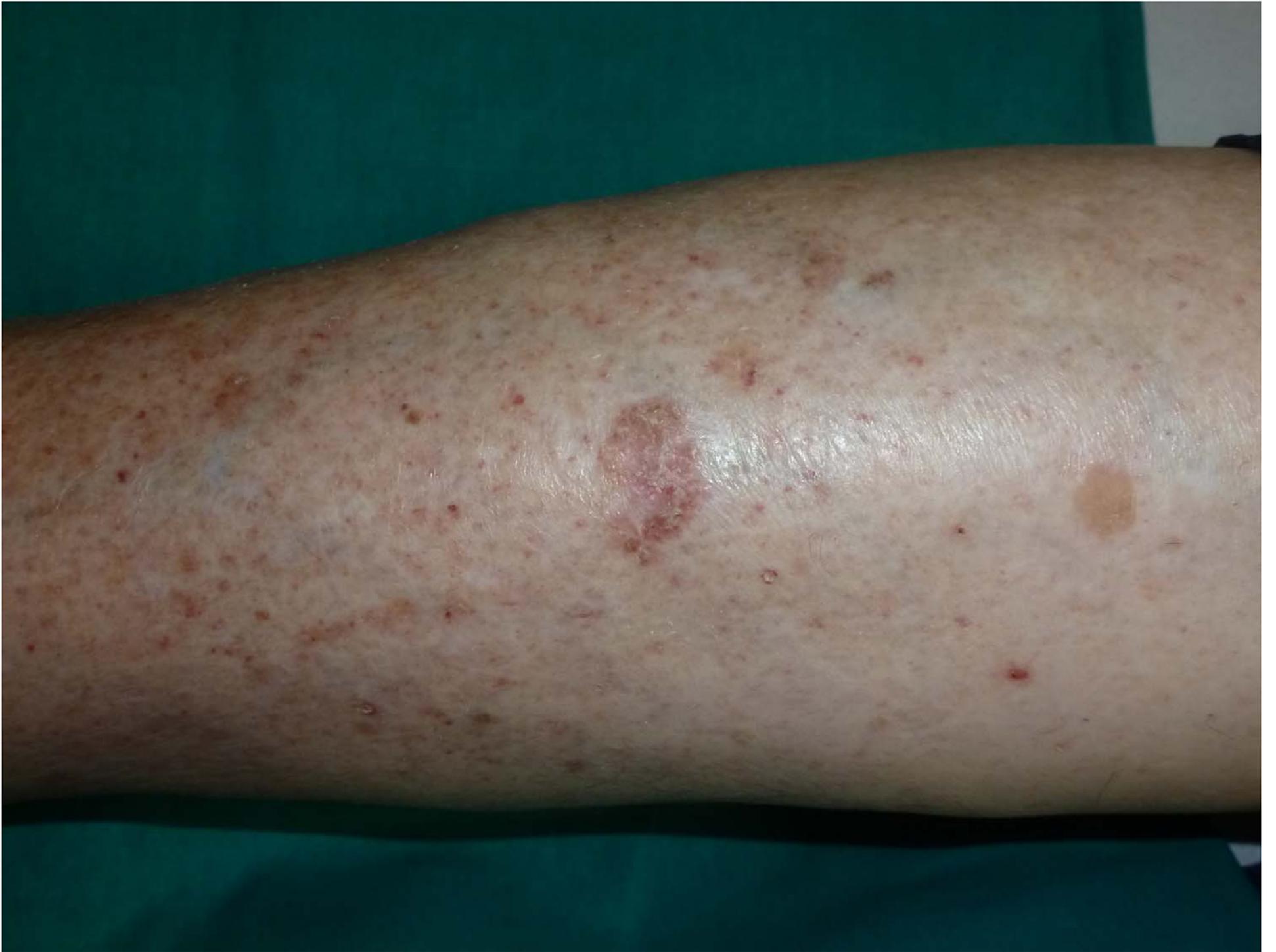












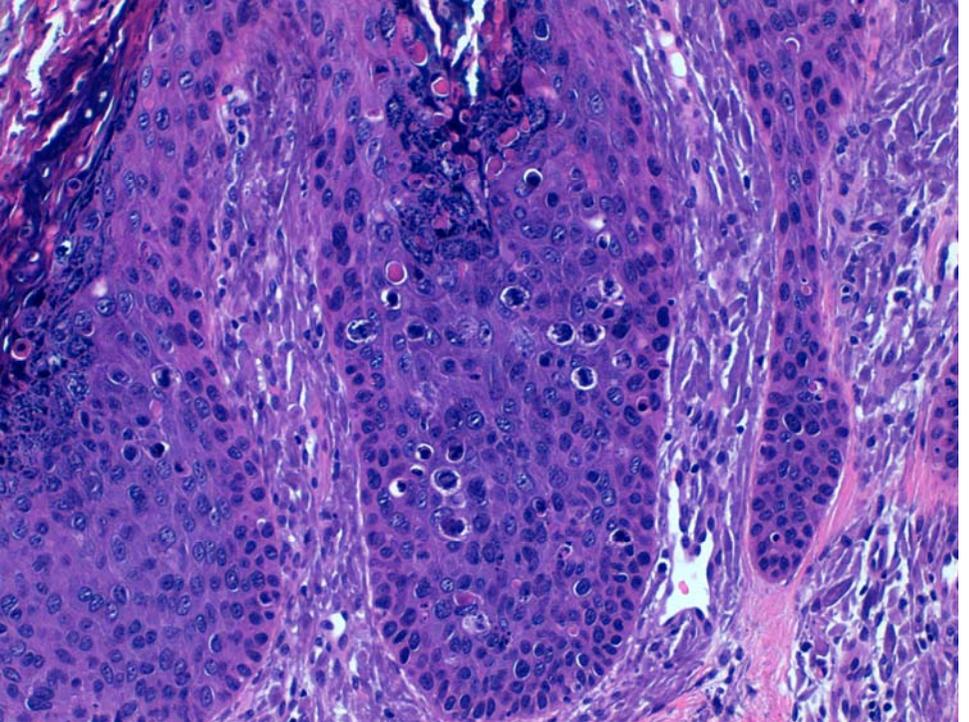
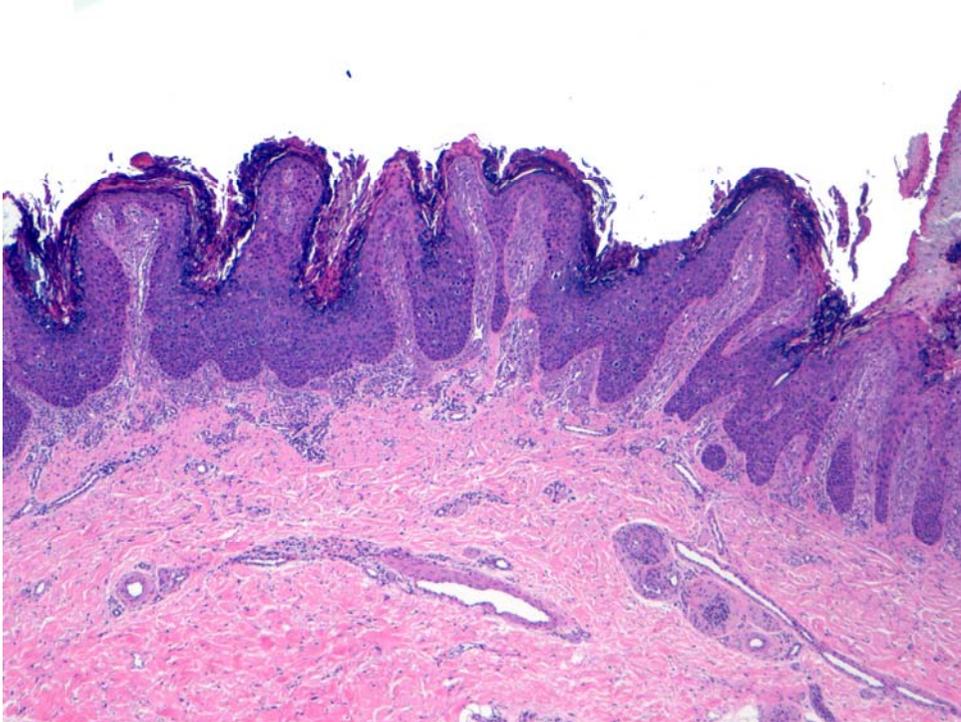


# Carcinoma escamoso in situ

- En dedos y zona periungueal, probable asociación genotipos HPV oncogénicos (16,18)







# Carcinoma escamoso in situ

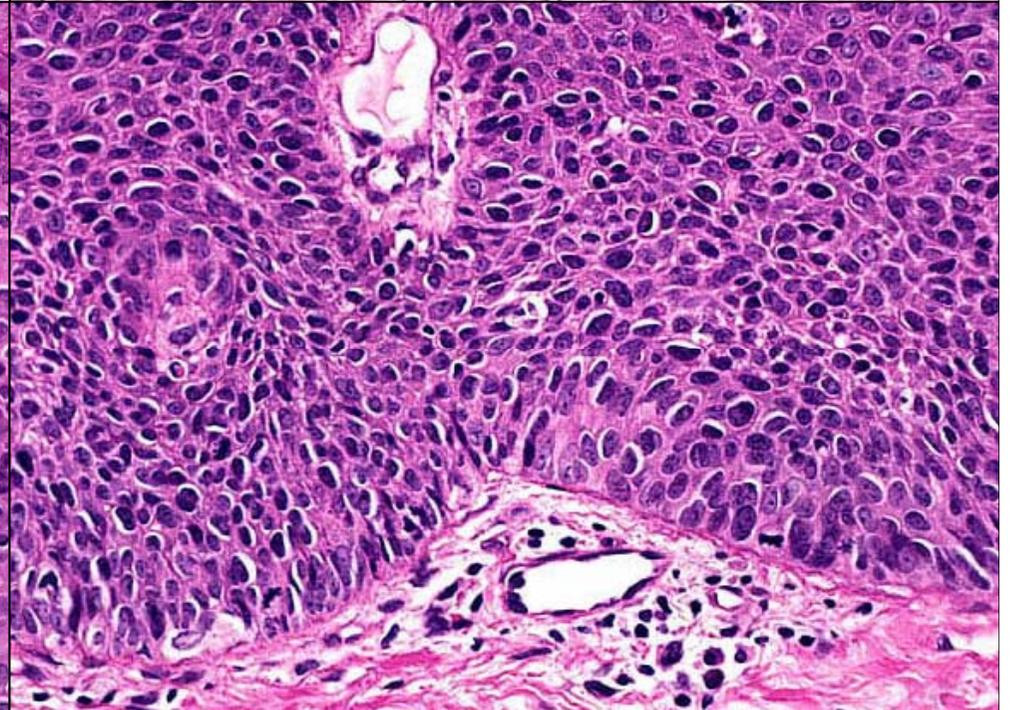
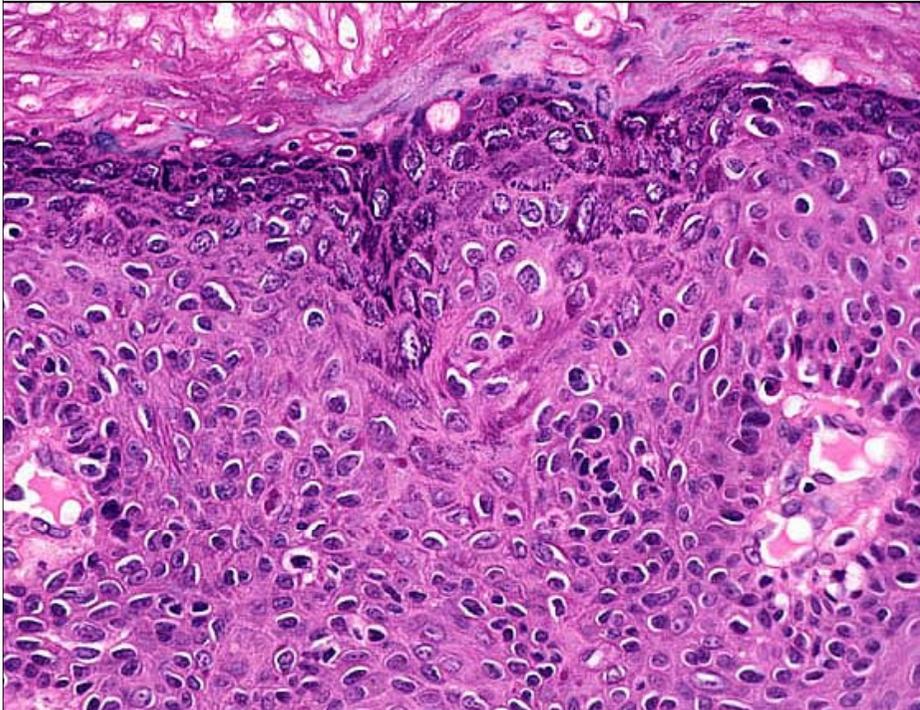
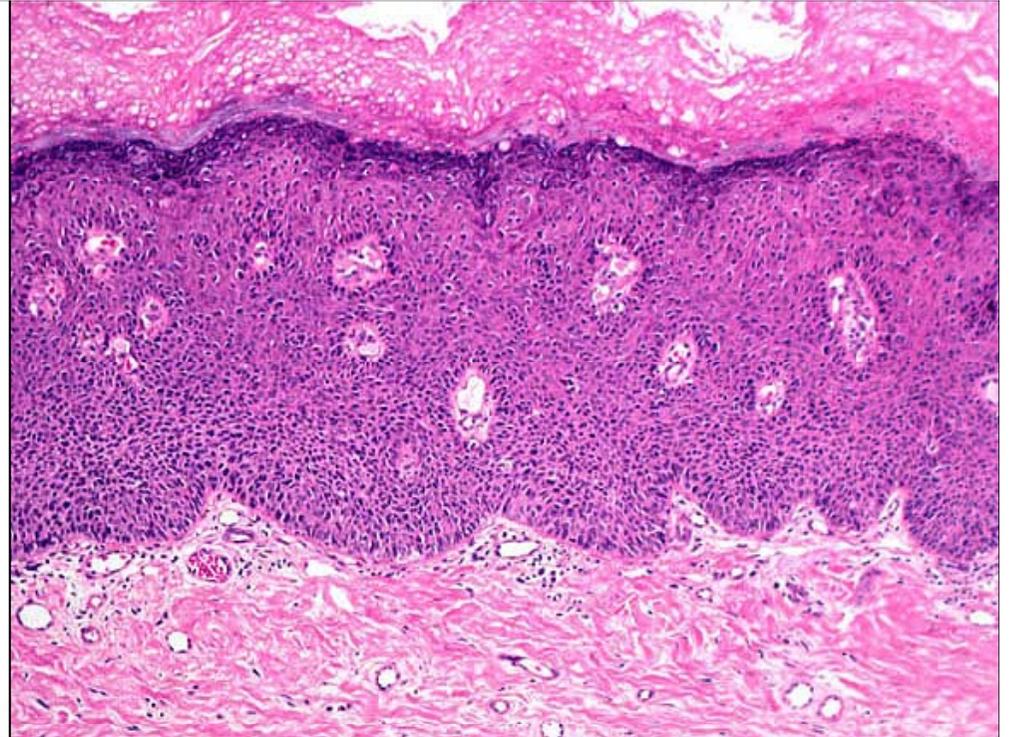
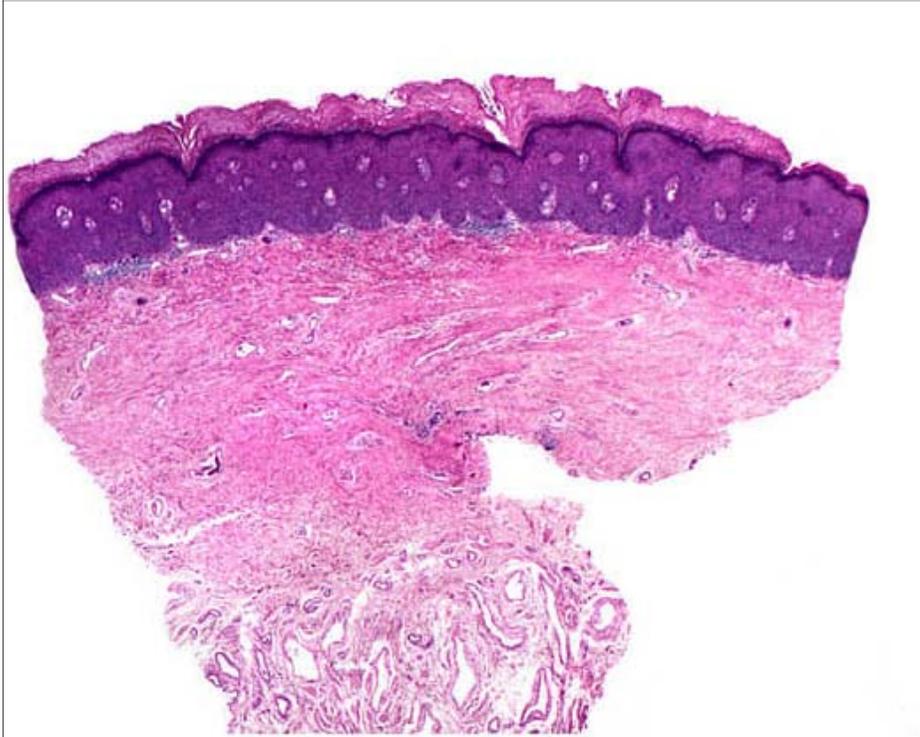
## Eritroplasia de Queyrat



- **Eritroplasia de Queyrat:** En genitales, el carcinoma escamoso in situ se presenta frecuentemente como una placa eritematosa, brillante, erosiva, de bordes bien delimitados







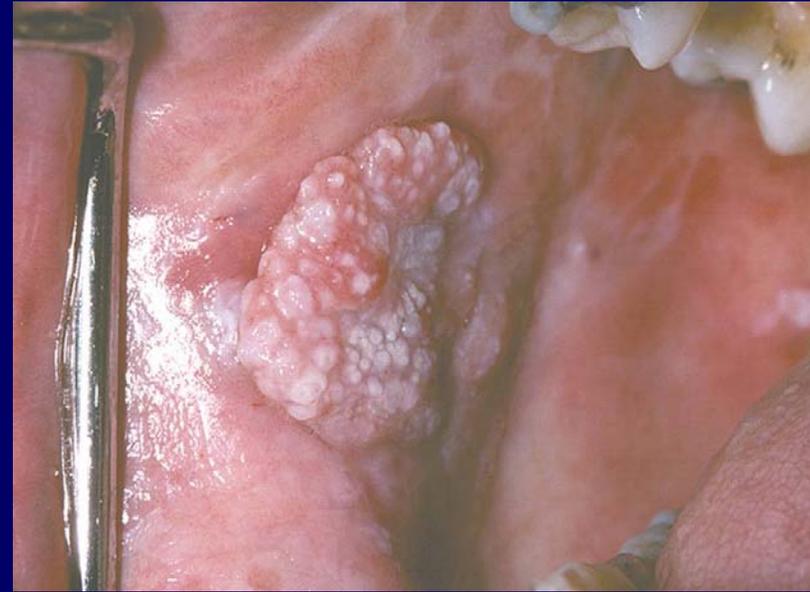
# CARCINOMA VERRUCOSO

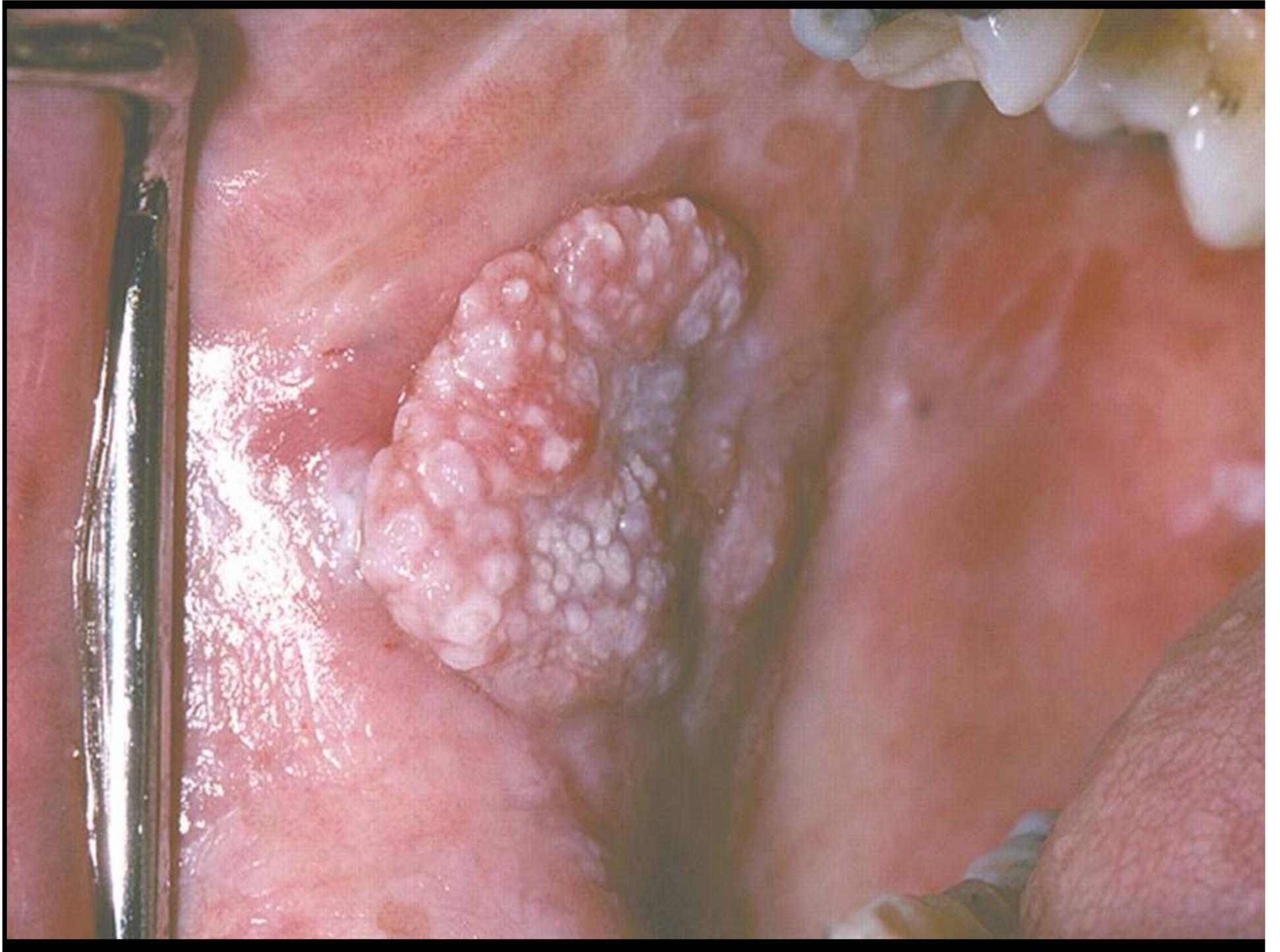
- Variedad de carcinomas espinocelulares localmente invasivos y destructivos pero que raramente metastatizan
  - Tumor de Buschke-Löwenstein o condiloma acuminado gigante (HPV-6,11)
  - Papilomatosis oral florida o tumor de Ackerman (HPV-6,11)
  - Epitelioma cuniculatum de la planta

Tumor de Buscke-Lowestein



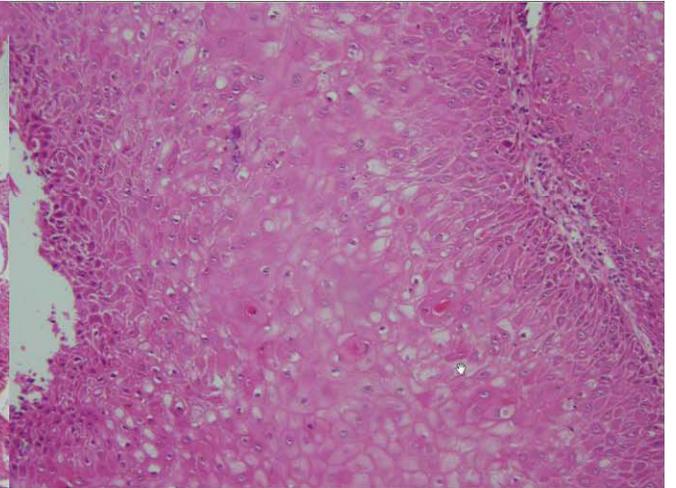
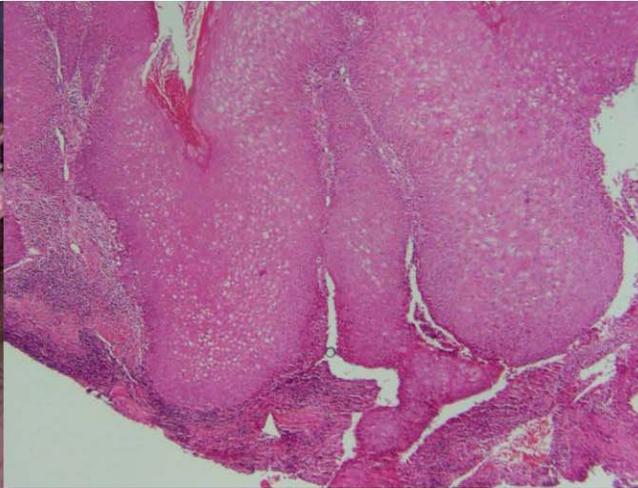
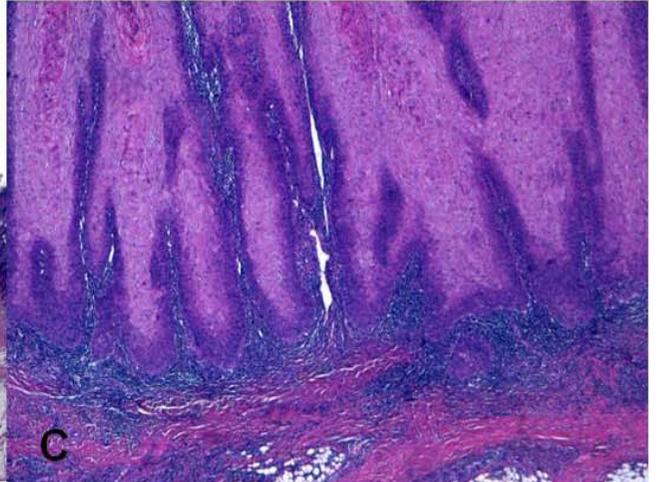
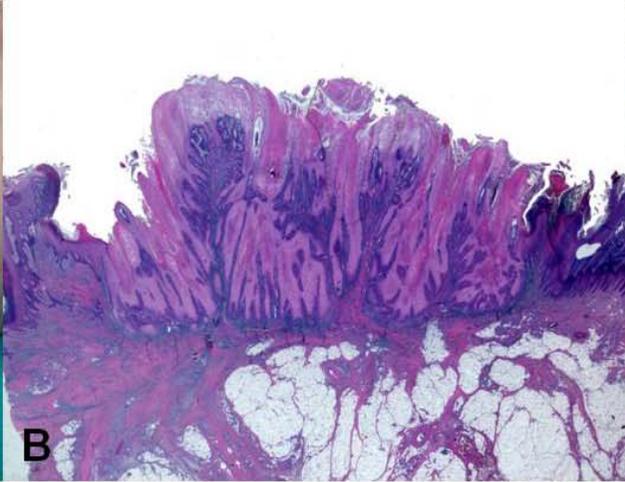
Papilomatosis oral florida







Carcinoma verrucoso en pie



# Queratoacantoma

- Variedad de carcinoma escamoso de buen pronóstico
- Ocasionalmente autocurativo
- Lesiones de crecimiento rápido: pápula, nódulo, cráter queratósico central
- Localización: Cara y zonas expuestas







# Queratoacatoma: Histología



Lesión cupuliforme con centro queratósico y base bien delimitada

# Carcinoma escamoso invasivo

## Epidemiología

- Proliferación maligna de los queratinocitos epidérmicos con invasión de la dermis
- Incidencia ha aumentado en todo el mundo y en todos los grupos de edad en las últimas décadas: 3-10% anual
- Principal factor etiológico: Radiación solar
- Fototipos más claros
- Localización: Cabeza, cuello, extremidades superiores
- Más frecuente en varones (3:1)
- Aumenta incidencia dramáticamente con edad (>40 a)

# Carcinoma escamoso invasivo

## Pronóstico

- Pronóstico global bueno
- Tasa de curación a los 5 años del 90%
- Mortalidad relacionada con el tumor 3-4%
- Causas de muerte por cáncer en España 2011
  - 926 melanoma
  - 599 cáncer cutáneo no melanoma

# Carcinoma escamoso invasivo

## Clínica

- Pápula o nódulo eritematoso, carnosos, con tendencia a la queratinización, dependiendo del grado de diferenciación
- Componente exofítico y endofítico (invasión local) detectable al tacto
- Nódulo hiperqueratósico
- Frecuentemente ulcerado
- Ocasionalmente doloroso al tacto
- Dolor al tacto
- Áreas de daño solar severo













# Carcinoma escamoso invasivo

- Desarrollo de carcinoma escamoso en zonas de traumatismos crónicos, cicatrices, quemaduras, (úlceras de Marjolin) o zonas de radioterapia





# Carcinoma escamoso: Pronóstico

- Tasa curación carcinoma escamoso cutáneo: 90-95%
- Aproximadamente 10% recurrencias
- Frecuencia de metástasis: 0,5-6%
- Metástasis ganglionares.
- Infrecuentes metástasis a distancia

# Carcinoma escamoso de alto riesgo

## A. Factores dependientes del tumor:

1. Tamaño tumoral superior a 2 cm
2. Profundidad de invasión superior a 4 mm
3. Recurrencias
4. Infiltración perineural
5. Localización: labio, pabellón auricular, anogenital, cicatriz
6. Histología: pobremente diferenciado
7. Localización sobre zonas de inflamación
8. Tumores de rápido crecimiento

## B. Factores dependientes del huésped

- Inmunodepresión: Leucemia, linfoma, transplantados



# Riesgo de metástasis ganglionares en carcinoma epidermoide

- N+ en carcinoma epidermoide oral: 65%
- N+ en carcinoma epidermoide cutáneo: 2-5%
- N+ en carcinoma epidermoide cutáneo de alto riesgo: 20-22%
- 2/3 de las metástasis ganglionares aparecen en los dos primeros años y el 95% en los cinco primeros años

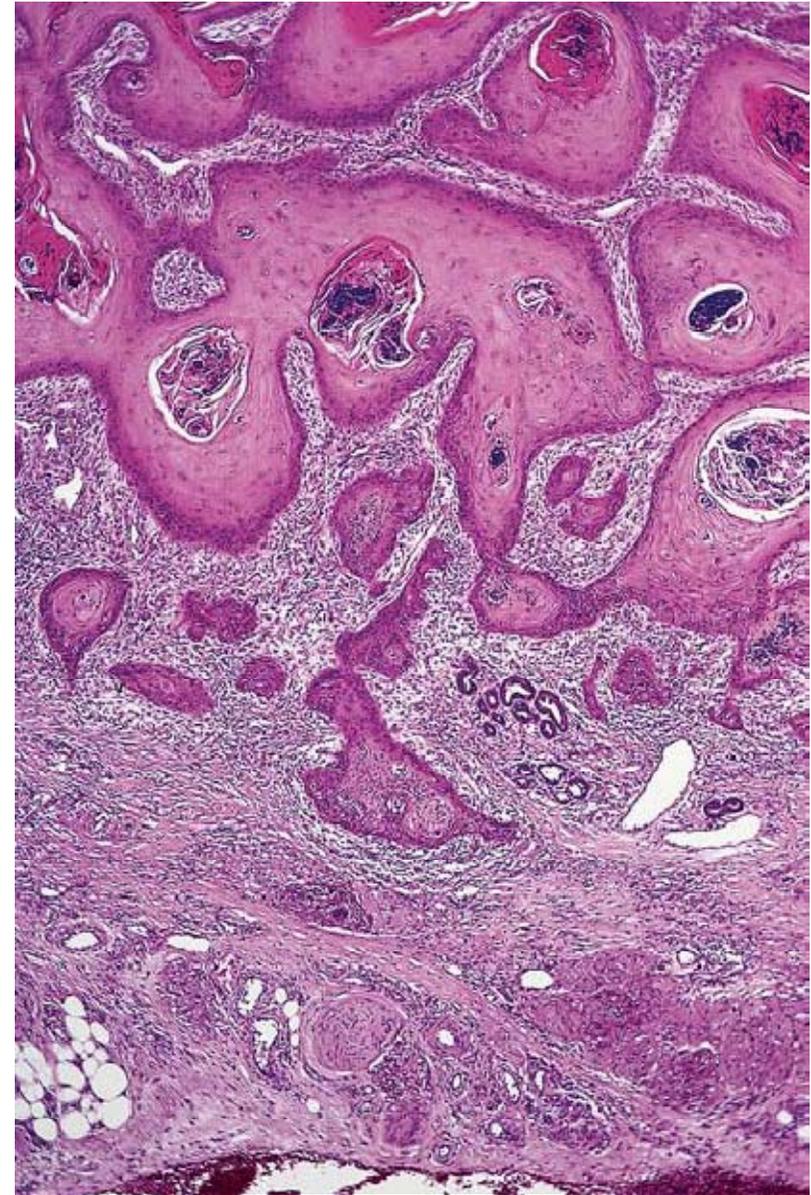
*Brougham ND,. The incidence of metastasis from cutaneous squamous cell carcinoma and the impact of its risk factors. J Surg Oncol 2012; 106:811.*

## Pronóstico carcinoma epidermoide cutáneo de alto riesgo

- La presencia de metástasis regionales y a distancia reduce de forma sustancial la supervivencia
  - Supervivencia global a los 5 años de los pacientes con SCC cutáneo N+: 25-35%
  - Supervivencia global a los 5 años de los pacientes con SCC cutáneo M+: <10%

# Carcinoma escamoso: Histología

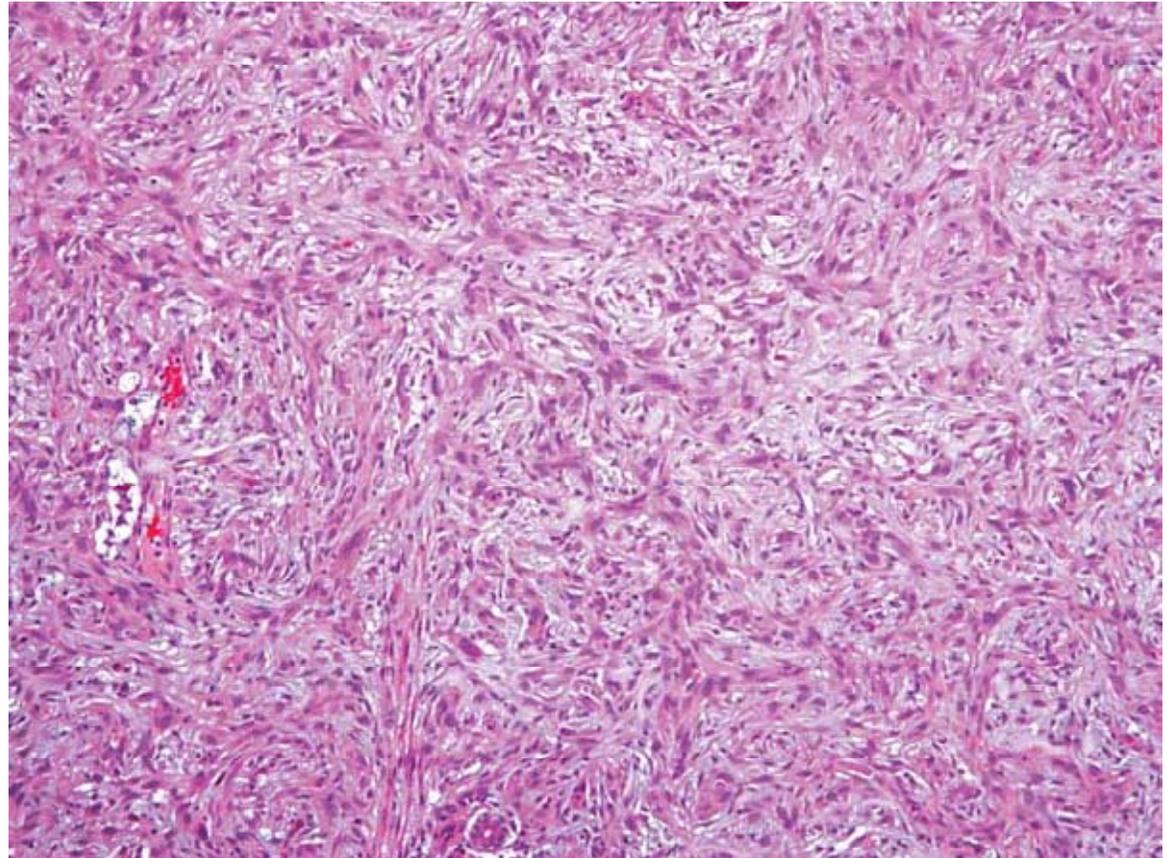
- Lóbulos aislados en dermis que en el centro están compuestos por células con citoplasma amplio, eosinofílico (queratina): perlas córneas
- Grado variable de atipias celulares: núcleos de diferentes formas y tamaños, con mitosis



Carcinoma escamoso bien diferenciado:  
Queratinización en las zonas  
centrales de los lóbulos tumorales

# CARCINOMA ESCAMOSO: HISTOLOGÍA

- Carcinoma escamoso indiferenciado: Cordones de células fusiformes sin queratinización
- Inmunohistoquímica necesaria para diag diferencial con otros tumores similares:
  - Ca escamoso: + queratinas
  - Melanoma: + S100, + HMB45
  - Fibroxantoma atípico: + CD68



Carcinoma escamoso indiferenciado: Proliferación en forma de tractos y cordones con atipia celular y sin queratinización

# Carcinoma basocelular

- Tumor cutáneo maligno más frecuente en la raza blanca
- Constituido por células semejantes a las de la capa basal de la epidermis, provenientes del epitelio del folículo piloso
- Más frecuente en varones (1,5-2:1)
- Localización más frecuente: cabeza y cuello
  - Mujeres frecuencia más elevada que varones en piernas
  - Ha aumentado la frecuencia de CB en tronco y extremidades
- Mayores de 40 años. Mediana edad: 68 años

# Carcinoma basocelular

## Epidemiología

- BCC: Últimos 30 años ha aumentado incidencia entre 20-80%
- Aumento incidencia predominantemente en mujeres jóvenes
- Se calcula que 1 de cada 4 adultos de más de 60 años en la Comunidad Valenciana desarrollará un carcinoma basocelular

# Carcinoma basocelular

## Pronóstico

- Lesión curable casi siempre
- Metástasis excepcionales
- Mortalidad relacionada con el tumor 0'0001%
- Morbilidad importante
- Gasto sanitario importante
- Imprescindible diagnóstico precoz

# Carcinoma basocelular: Clínica

- I. Carcinoma basocelular nodular
- II. Carcinoma basocelular superficial
- III. Carcinoma basocelular morfeiforme
- IV. Carcinoma basocelular quístico
- V. Carcinoma basoescamoso (metatípico)
- VI. Fibroepitelioma de Pinkus

# Carcinoma basocelular nodular

- Forma más frecuente: 60%
- Pápula o nódulo sobreelevado, translúcido, con telangiectasias
- Frecuente sangrado al roce
- “herida que no cura”
- Localización más frecuente: cara
- Subtipos:
  - Pigmentado
  - Ulcerativo o *ulcus rodens*









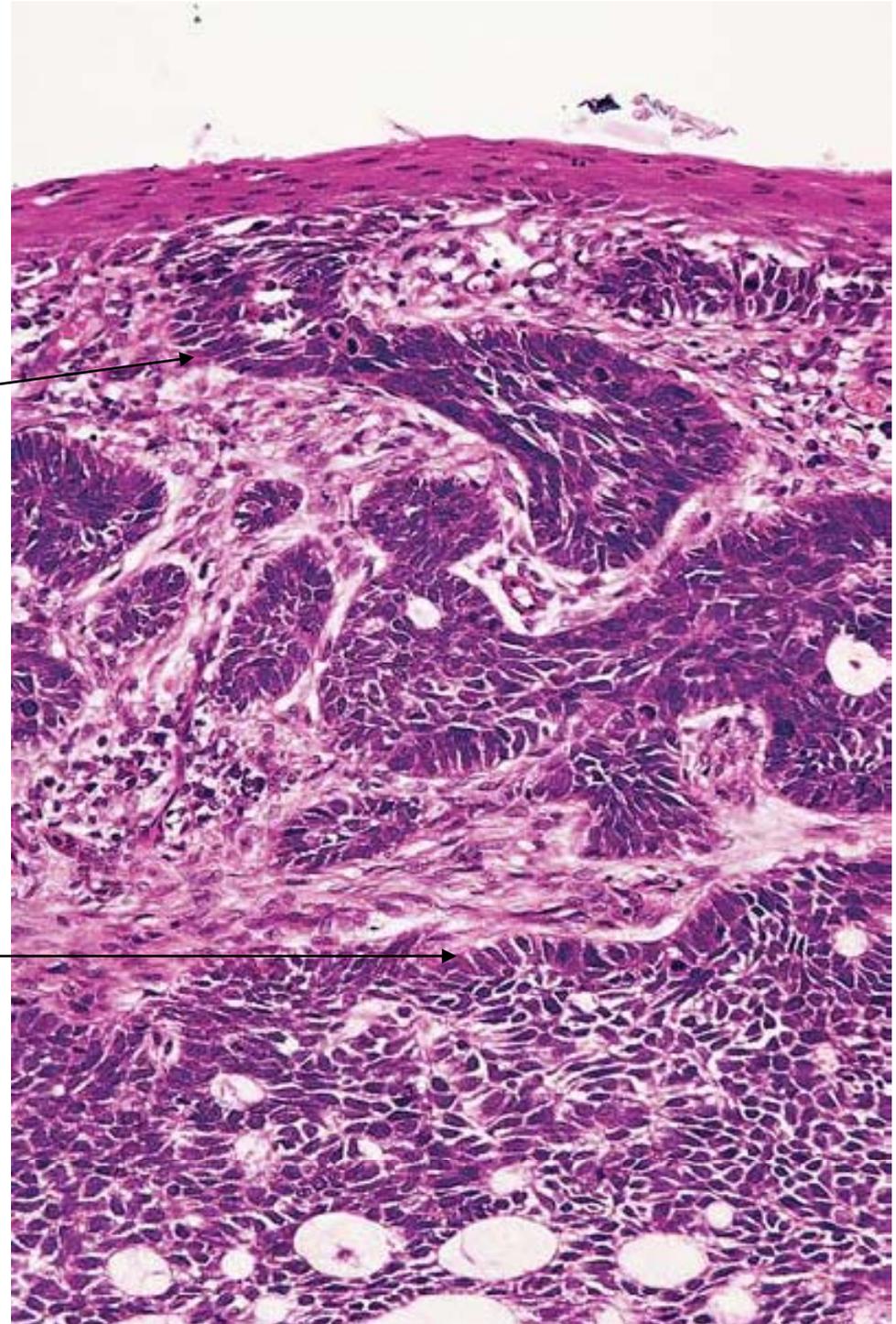




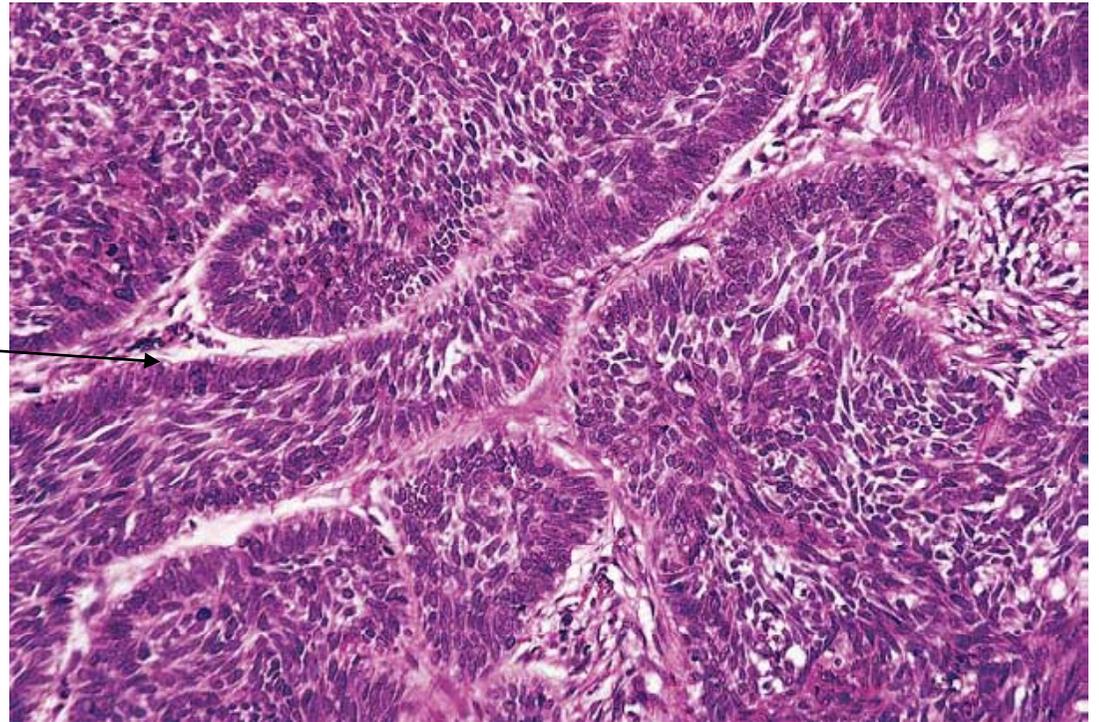
# CARCINOMA BASOCELULAR: HISTOLOGÍA

Nódulos de células basaloides  
conectados con la epidermis

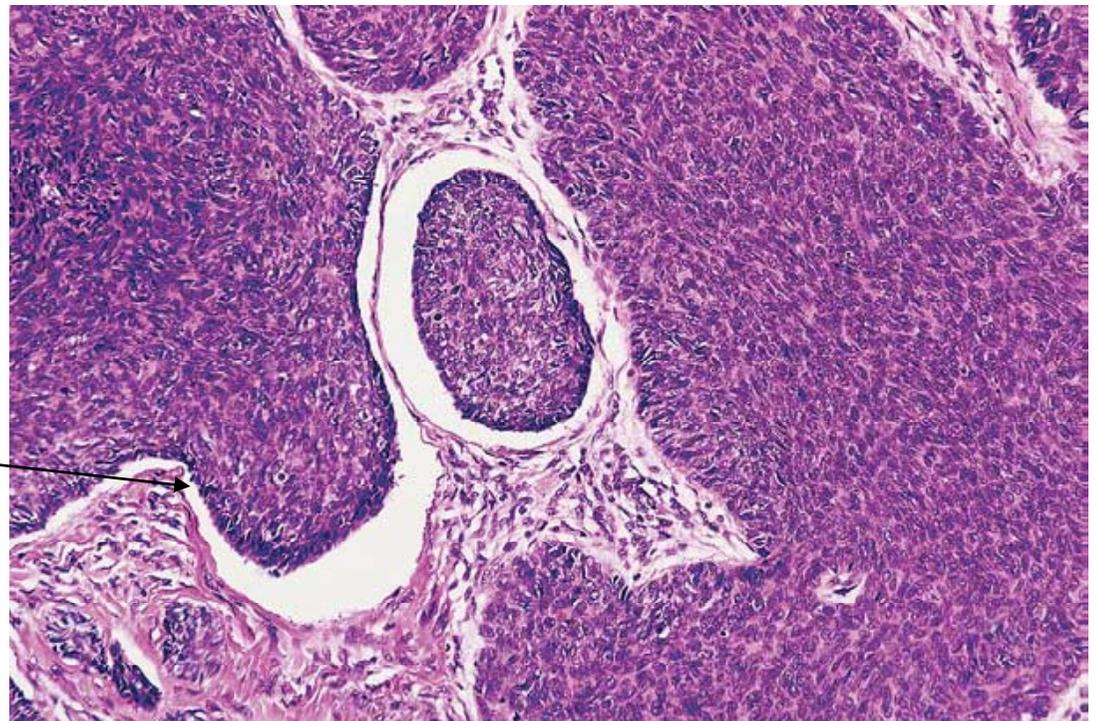
Empalizada periférica



Empalizada periférica



Retracción artefacta





Carcinoma basocelular nodular pigmentado







Carcinoma basocelular nodular pigmentado  
Diagnóstico diferencial con melanoma.  
DERMATOSCOPIA

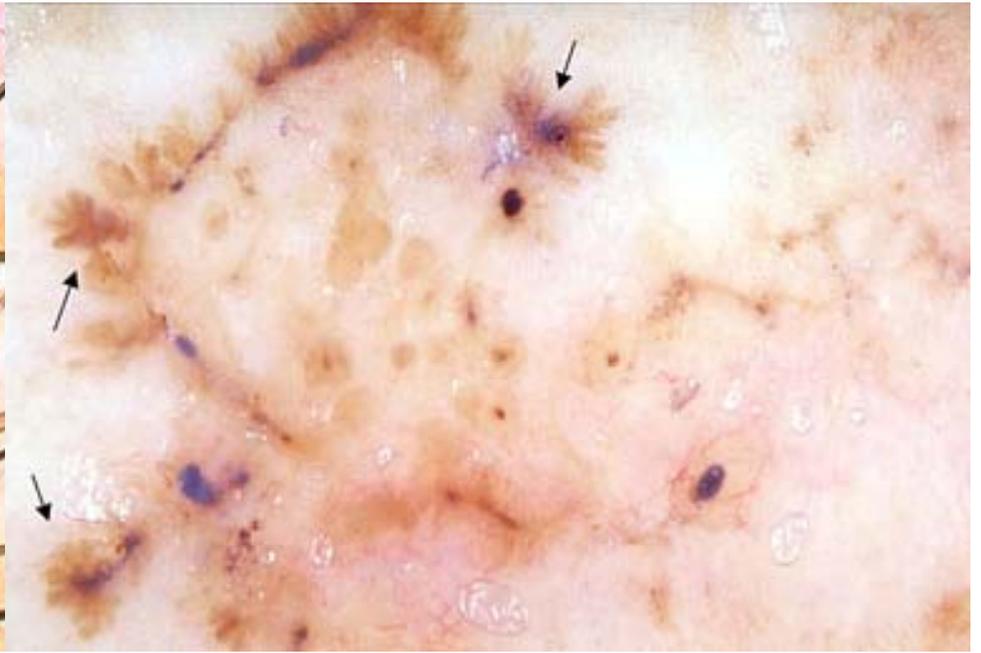


# DERMATOSCOPIA

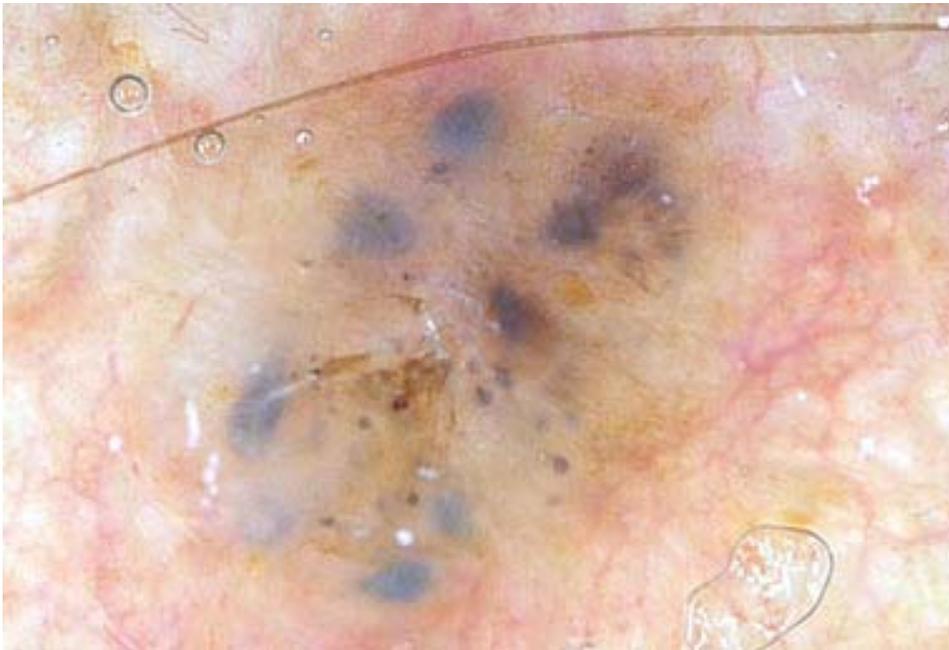




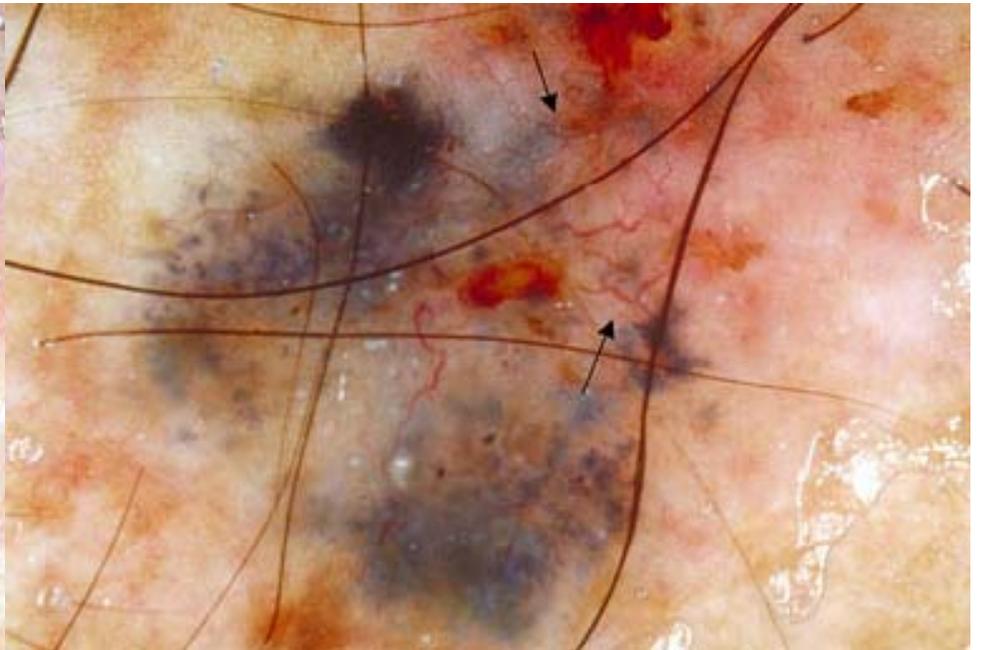
Estructuras en hoja de arce



Estructuras en rueda de carro



Glóbulos azul grisáceos



Telangiectasias arborescentes

# Carcinoma basocelular ulcerado







Carcinoma basocelular ulcerado: Ulcus rodens

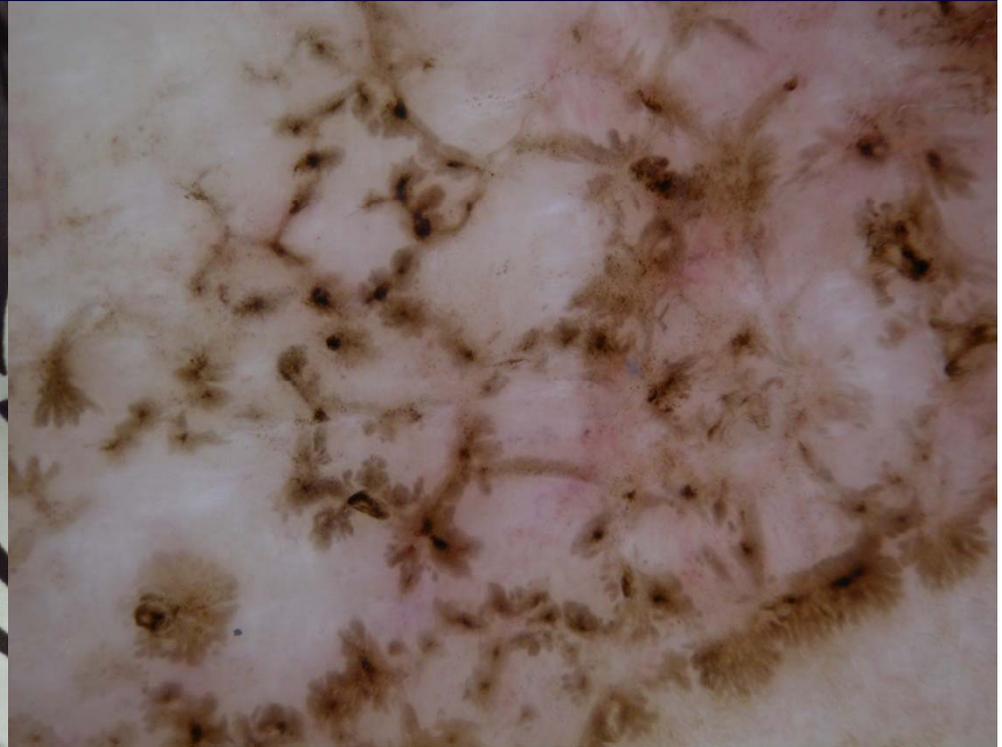


# CARCINOMA BASOCELULAR SUPERFICIAL

- Mácula o placa delgada eritematosa o parcialmente pigmentada
- Localización más frecuente: tronco
- Pacientes más jóvenes que nodular. Edad media 57 años
- Puede medir varios cms y con frecuencia lesiones múltiples



# CARCINOMA BASOCELULAR SUPERFICIAL

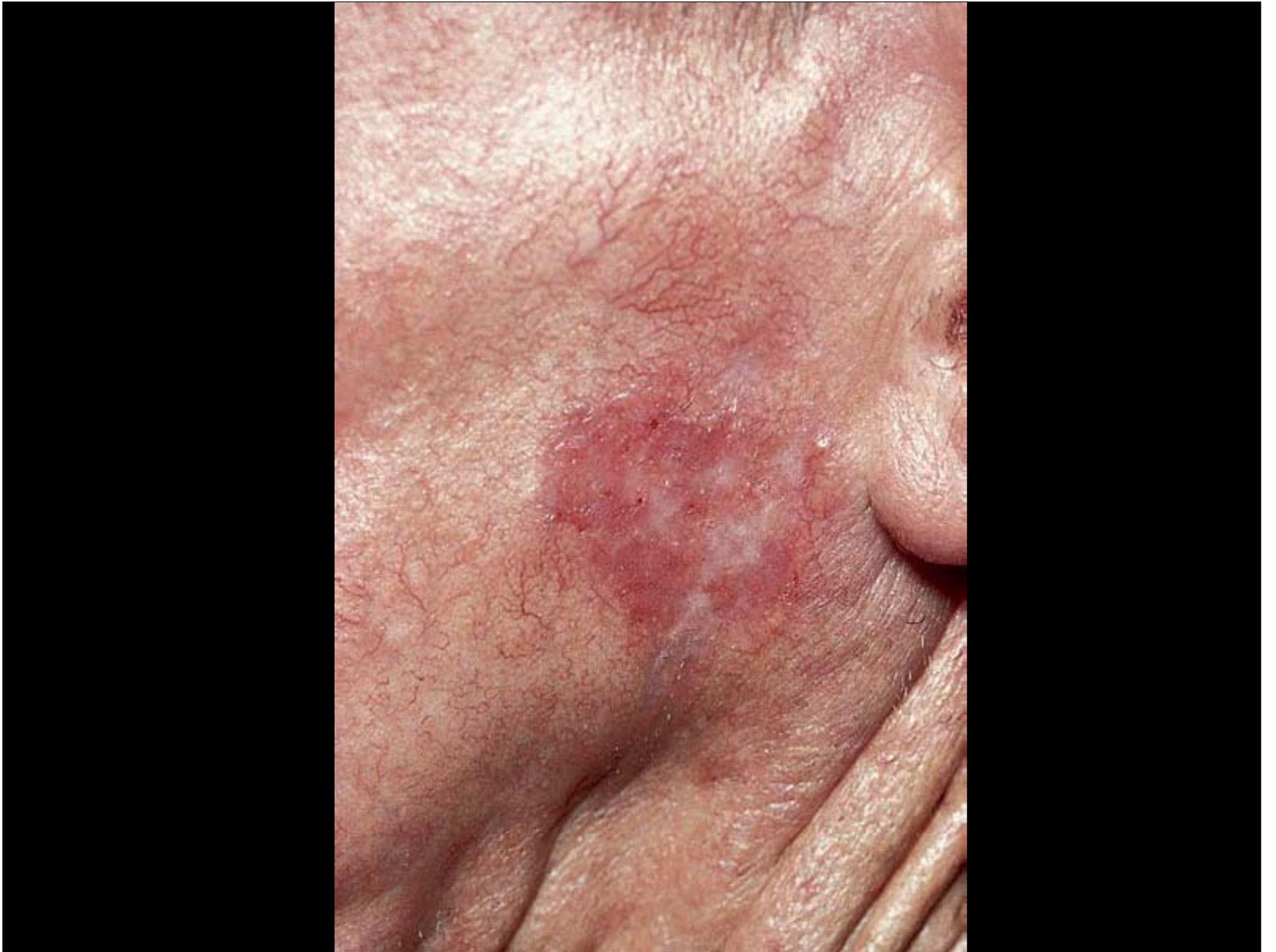


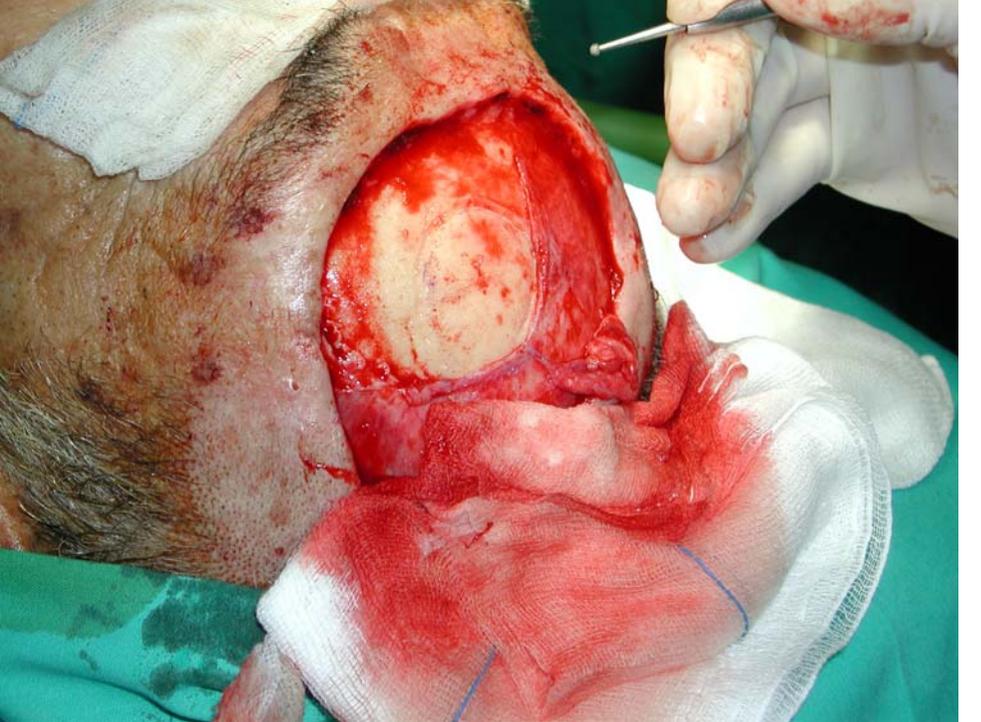
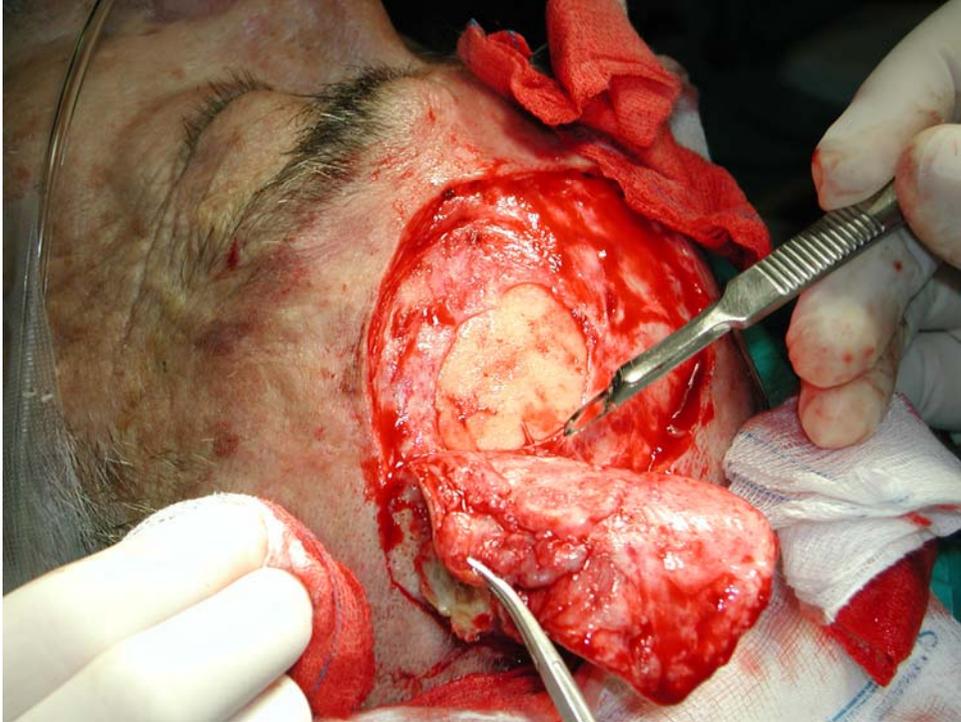
# CARCINOMA BASOCELULAR MORFEIFORME

- Placa de aspecto cicatricial, con bordes mal delimitados
- Color rojizo o blanquecino
- Zonas erosivas. Ocasionales telangiectasias
- Forma más agresiva
- Se extiende más allá de la afectación clínica









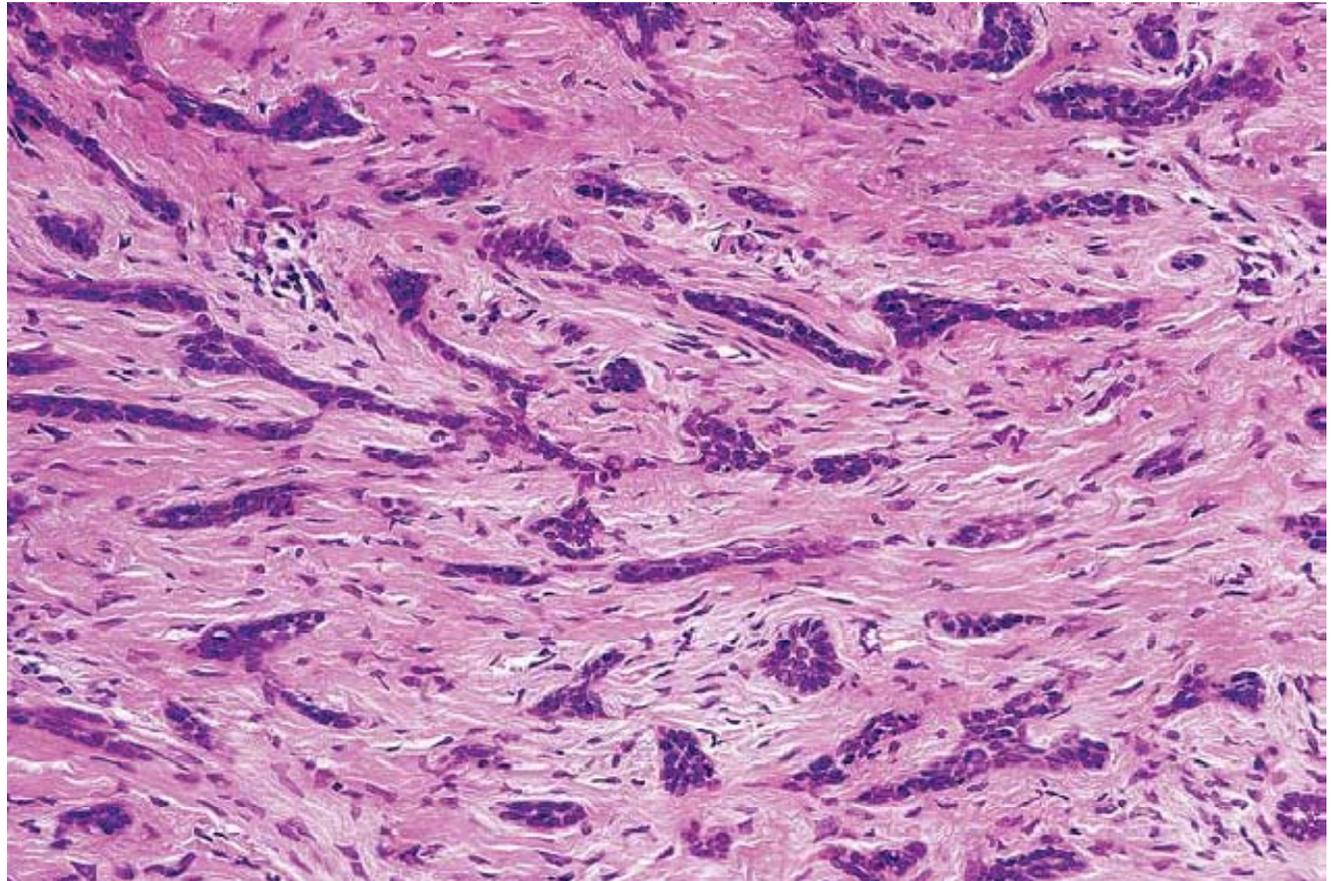
# CARCINOMA BASOESCAMOSO (METATÍPICO)

- Mayor agresividad local, tendencia a las recurrencias y capacidad metastatizante que resto de BCC
- Infiltración perineural en 10% casos
- Metástasis en 9-10% casos
- Áreas basaloides y áreas escamosas eosinofílicas como un carcinoma escamoso



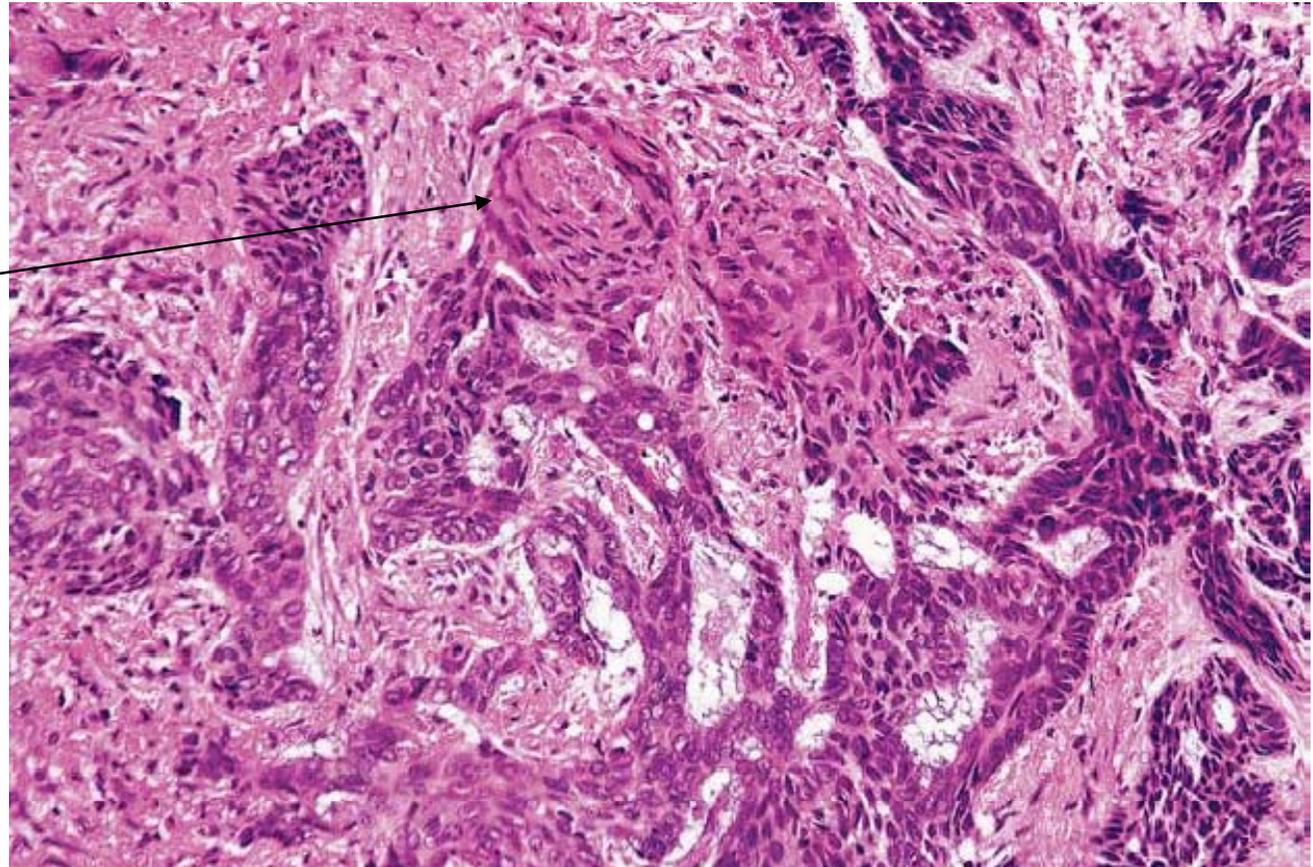
# CARCINOMA BASOCELULAR MORFEIFORME: HISTOLOGÍA

Cordones epiteliales  
en un estroma fibroso  
denso



# CARCINOMA BASOCELULAR MORFEIFORME: HISTOLOGÍA

Áreas de diferenciación  
escamosa



# CARCINOMA ESCAMOSO IN SITU: TRATAMIENTO

- Cirugía
- Terapia fotodinámica
- .....
- Imiquimod
- Crioterapia



# CARCINOMA ESCAMOSO INVASIVO: TRATAMIENTO

- Exéresis quirúrgica con estudio de márgenes
- Radioterapia (en tumores inoperables) o como adyuvancia



## CARCINOMA ESCAMOSO DE ALTO RIESGO

- Exéresis quirúrgica con márgenes (valorar cirugía de Mohs)
- Linfadenectomía selectiva (ganglio centinela)



# CARCINOMA BASOCELULAR: TRATAMIENTO

- CARCINOMA BASOCELULAR SUPERFICIAL O DE PEQUEÑO TAMAÑO EN ZONAS DE BAJO RIESGO
- Imiquimod tópico
- Terapia fotodinámica
- Curetaje y electrocoagulación



# CARCINOMA BASOCELULAR: TRATAMIENTO

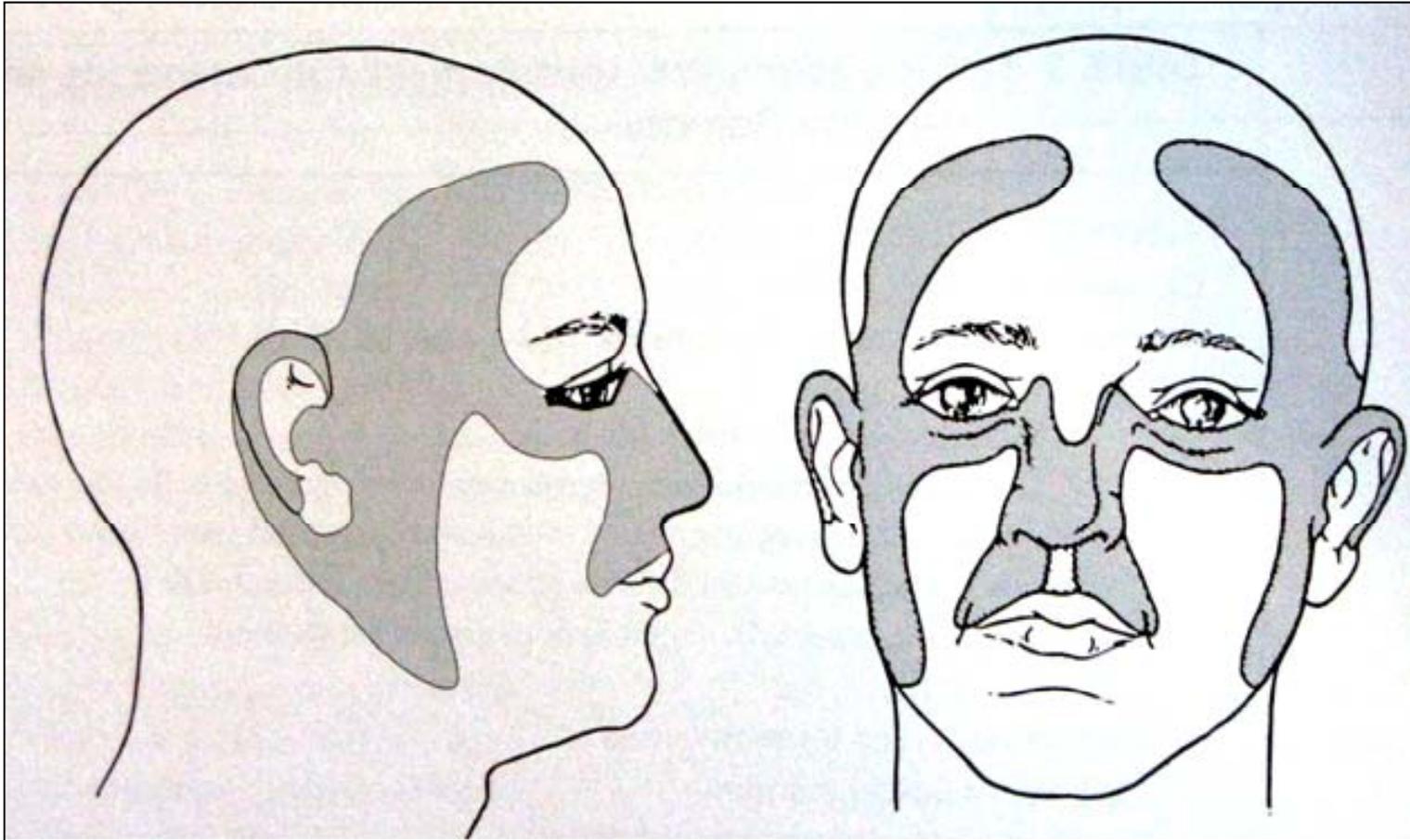
- **Tumores grandes**
- **Exéresis quirúrgica**
- Radioterapia: Tumores inoperables. Pacientes de edad avanzada y alto riesgo quirúrgico
- Vismodegib y otros inhibidores Hedgehog



# CARCINOMA BASOCELULAR DE ALTO RIESGO: TRATAMIENTO

- Tratamiento de elección: **CIRUGÍA DE MOHS**
- Indicaciones:
  - Carcinoma basocelular morfeiforme
  - Carcinoma basoescamoso
  - Infiltración perineural
  - Carcinoma multirecidivado
  - Margen mal definido en localizaciones de alto riesgo:
    - Zonas de cierre embrionario: surco nasogeniano, canto interno ojos, zona preauricular, zona retroauricular
    - Cerca de estructuras anatómicamente importantes: Párpados, concha pabellón auricular

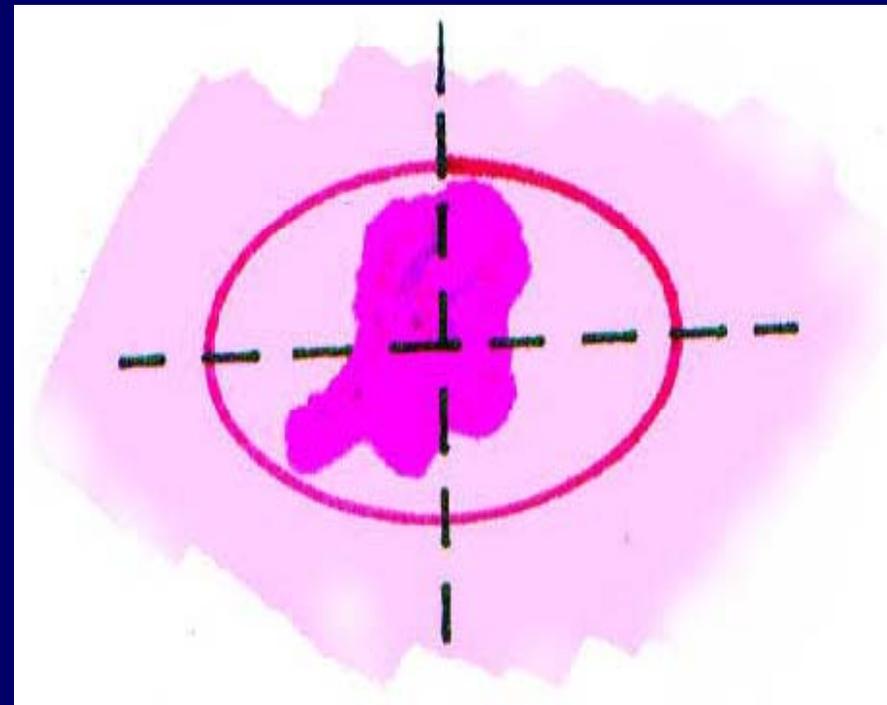
# CARCINOMA BASOCELULAR LOCALIZACIONES DE RIESGO



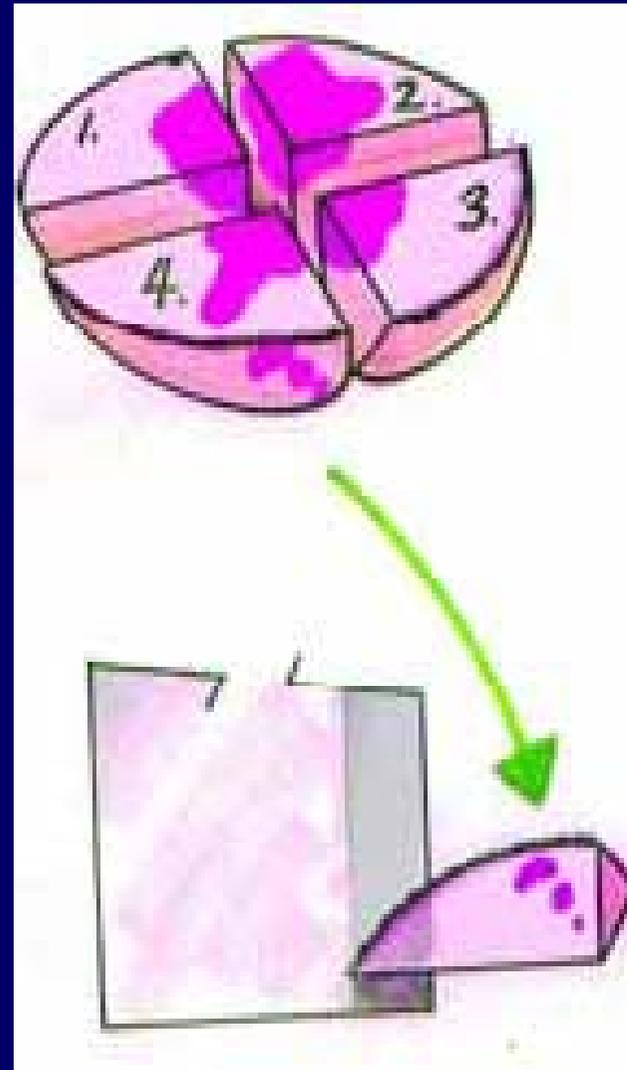
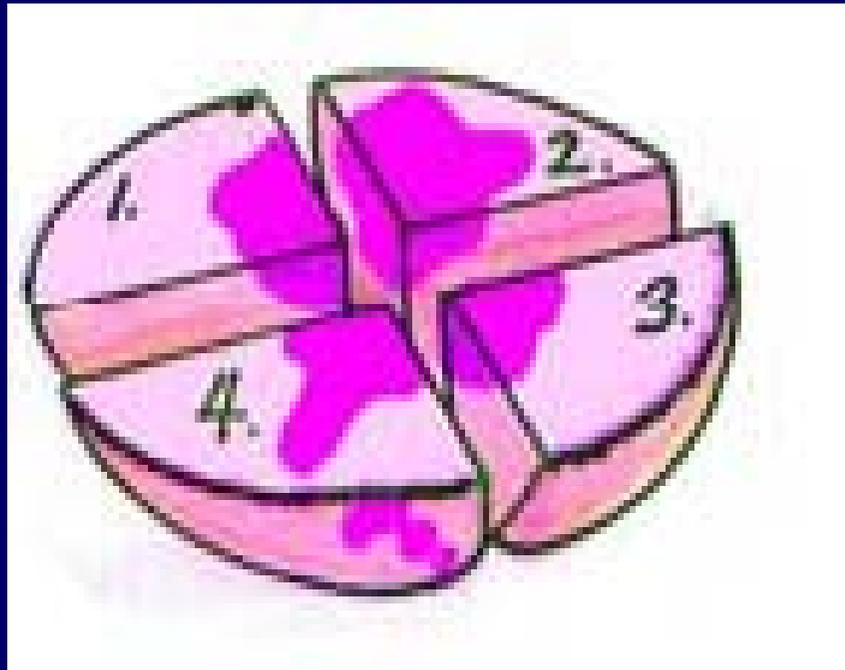


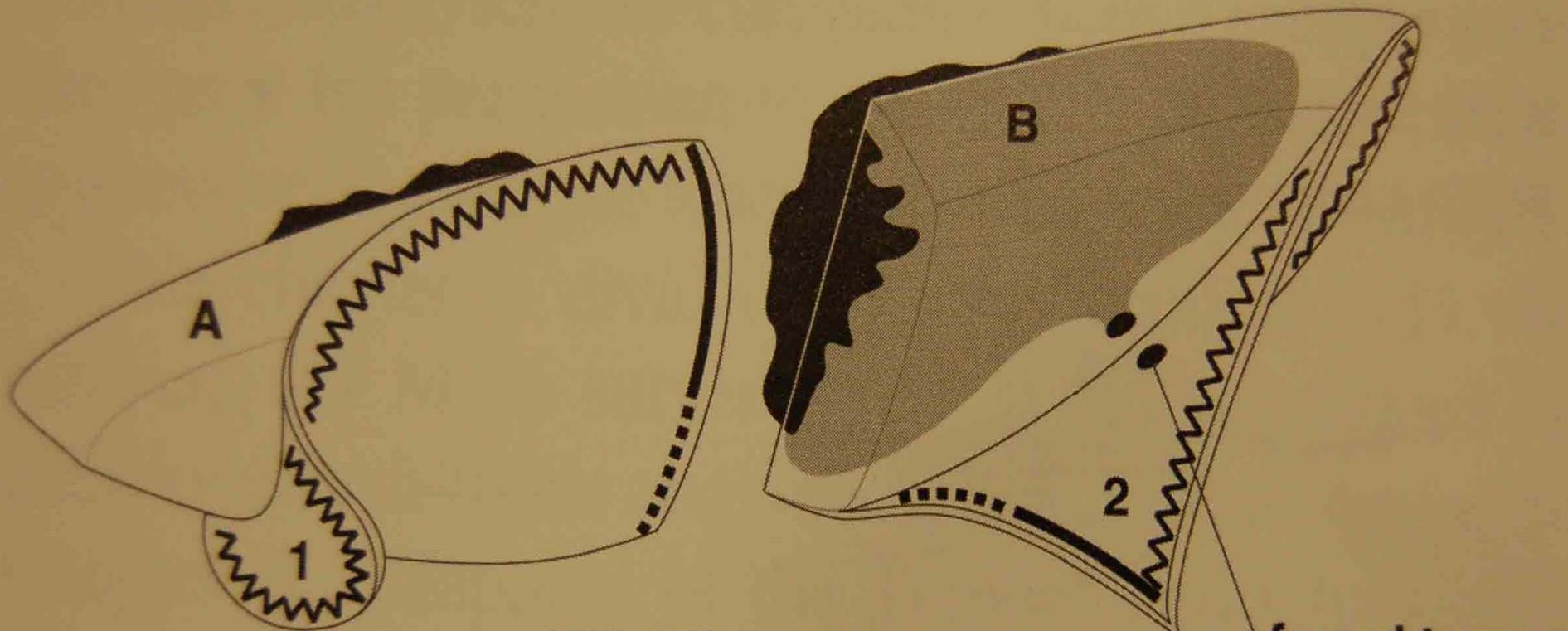
# CIRUGÍA DE MOHS

Consiste en la realización de extirpaciones seriadas con controles de los márgenes con cortes por congelación



# CIRUGÍA DE MOHS





found tumor

