



Tema No. 4. Nevos, tumores y afecciones precancerosas

❖ **Contenidos.**

- Nevos. Concepto. Clasificación.
- Nevo melanocítico. Concepto. Manifestaciones clínicas. Elementos diagnósticos. Conducta a seguir.
- Melanoma maligno. Concepto. Manifestaciones clínicas. Elementos diagnósticos. Conducta a seguir.
- Lesiones precancerosas. Concepto. Manifestaciones clínicas. Diagnóstico. Pronóstico. Prevención y tratamiento.
- Carcinoma basal. Concepto. Clasificación. Manifestaciones clínicas. Diagnóstico. Pronóstico. Promoción. Prevención y tratamiento.
- Carcinoma epidermoide. Concepto. Manifestaciones clínicas. Pronóstico. Prevención.

NEVOS

LATÍN NAEVUS, MARCA DE NACIMIENTO

ALTERACIONES CIRCUNSCRITAS DE LA PIEL, CONGÉNITAS O ADQUIRIDAS, QUE POR REGLA GENERAL PERSISTEN DE FORMA CASI INALTERADA.

SE ORIGINAN A PARTIR DEL TEJIDO GERMINAL (embrionario), DIFERENCIADO LOCALMENTE DE FORMA ATÍPICA.

Clasificación

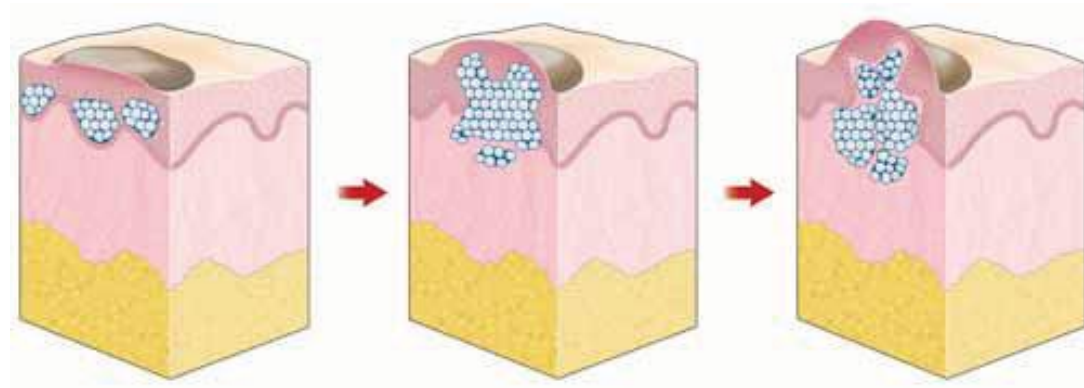
NEVOS NO MELANOCÍTICOS

- epidérmicos (nevo epidérmico verrucoso, sebáceo, comedónico, ecrino, apocrino, de Becker y epitelial oral)
- dérmicos (vasculares, de tejido conectivo, lipomatosos y otros)

NEVOS MELANOCÍTICOS

Nevos melanocíticos (nevomelanocíticos ó pigmentarios)

- Son colecciones de células névicas epidérmicas y/o dérmicas
- Pueden ser congénitos o adquiridos
- Forma plana, elevada, papilomatosa, en cúpula o pedunculada; variedad en el pigmento; piloso o no
- La gran mayoría de los adquiridos no requieren tratamiento.
- Su estudio es importante por su relación histogénica con el melanoma maligno.
- El estudio de cada caso debe ser individualizado.



n. unión

n. compuesto

n. dérmico



n. unión



n. compuesto



n. dérmico

Nevos melanocíticos congénitos



Nevos constituidos por la proliferación de melanocitos, más frecuentes en el tronco. Afectan gran parte de la superficie cutánea. Son pigmentados y pilosos. Los nevos gigantes (más de 20 cm) a veces se tornan malignos (5 a 15%)

Entre las indicaciones para la exéresis de un nevo melanocíticos se citan:

- Sitio anatómico (zonas acrales, mucosas)
- Sometidos a traumas repetidos
- Localización oculta (cuero cabelludo, periné)
- Aspecto macroscópico atípico (asimétricos, bordes irregulares, diversos colores)

El melanoma maligno es una **neoplasia derivada de los melanocitos**, considerado el **tumor cutáneo más agresivo** por su enorme capacidad metastatizante, puede aparecer en cualquier localización donde existan éstos. En la piel lo más frecuente es que aparezcan sobre piel sana. Sin embargo, pueden desarrollarse a partir de nevos melanocíticos preexistentes. **Ocupa más del 70% de las muertes por cáncer de piel.**

❑ Factores de riesgo:

	El tipo de piel <p>Se clasifican en seis fototipos que van desde la piel más clara, que siempre se quema y nunca se broncea, hasta la piel de raza negra. Las personas con fototipos más claros tienen menor protección hacia la radiación ultravioleta y, por tanto, presentan más riesgo de desarrollar un melanoma.</p>
	Presencia de nevus (lunares o pecas) <p>La existencia de un número elevado de nevus se correlaciona con mayor probabilidad de padecer melanoma, sobre todo, si existen nevus atípicos (esto es, con asimetría, bordes irregulares o con más de un color).</p>
	Factores genéticos <p>También es un factor de riesgo tener familiares que hayan desarrollado un melanoma.</p>
	Existencia previa de un melanoma <p>El riesgo de desarrollar un segundo melanoma es 70 veces superior al de desarrollar un primer melanoma.</p>
	Quemaduras solares <p>Haber padecido quemaduras solares, especialmente si éstas han sido múltiples y han ocurrido durante los primeros 18 años de vida. También son factores de riesgo la exposición a los rayos ultravioleta (tanto natural como artificial), principalmente.</p>

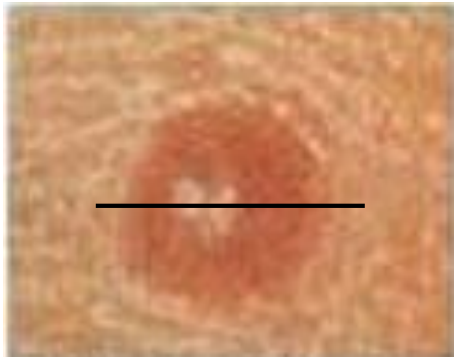
Cuadro clínico

A B C D E para detectar melanoma

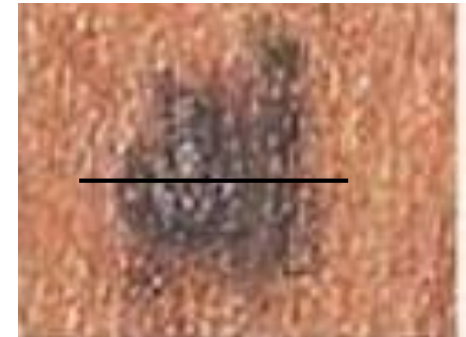
A: Asimetría

Traza una línea imaginaria que divida la lesión en dos porciones iguales (superior e inferior) y compara las dos mitades. Traza otra línea que la divida en derecha e izquierda y evalúa las mitades.

Nevus: simetría



Melanoma: asimetría



B: Bordos de la lesión

Nevus: regulares



Melanoma: irregulares



C: Color

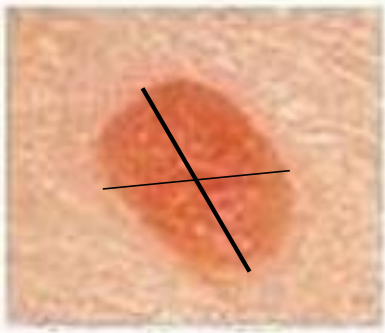
Nevus: presencia de un solo color, generalmente son de color pardo claro o más oscuros.

Melanoma: generalmente más de un color en la misma lesión. Combinación de pardo, negro, azul, rojo, blanco.

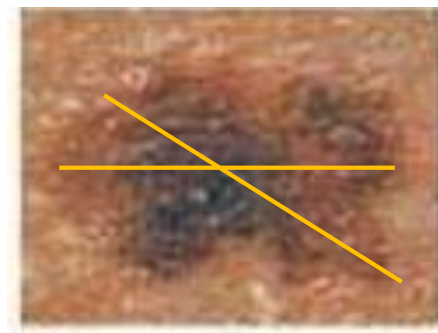


D: Diámetro, puede servir de referencia el diámetro de la goma de borrar de un lápiz

Nevus: < 6mm



Melanoma: >6mm

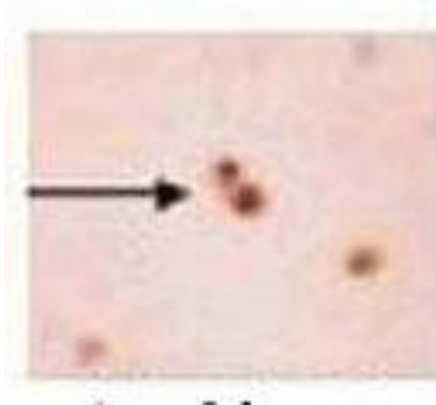
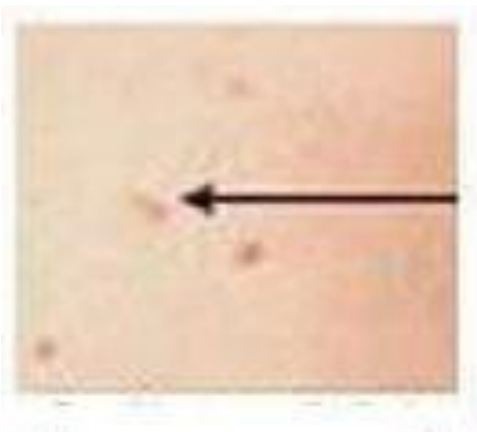


E: Se evalúa Elevación y Evolución de la lesión

Nevus normal: pueden ser planos (de unión), presentar ligera elevación uniformemente el nevus (compuesto), nevus elevados (dérmico), evolución normal igual que las otras lesiones névicas del cuerpo.

Melanoma: Se observan elevaciones en la lesión (puede dar imagen en huevo frito), y una evolución tórpida en corto tiempo referidos a cambios en el tamaño, la forma y el color.

Signo del patito feo



Formas Clínicas.

- ☐ Melanoma-léntigo maligno



léntigo maligno



Melanoma-léntigo maligno

Melanoma de extensión superficial



Lesión pigmentada, asimétrica, de bordes irregulares, diversos colores (pardo oscuro, azul, rojo) mayor de 1 cm de diámetro, área sobre-elevada en la lesión de color rojo, localizada en la espalda.



Lesión de aproximadamente 1.5cm de diámetro, asimétrica, de bordes irregulares, con área de regresión en su extremo superior y pigmentación no homogénea, con presencia de sobre-elevación papulosa en la parte central de color carne, localizada en lado derecho y posterior del tronco

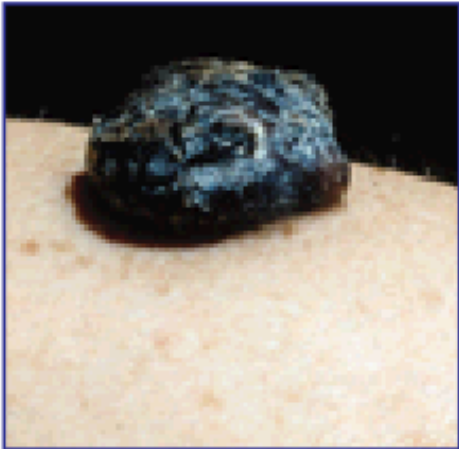


Lesión de aspecto macular de aproximadamente 2 cm de diámetro, asimétrica, bordes irregulares, áreas de regresión blanquecina dentro de la lesión, donde se observan múltiples colores, localizada en región posauricular derecha.

Melanoma lentiginoso acral



Melanoma Nodular





El diagnóstico del melanoma de forma precoz es de vital importancia para curación del paciente

Todo tumor cutáneo pigmentado debe valorarse con cuidado para descartar la posibilidad de un melanoma.

La dermatoscopia es muy útil en el diagnóstico del melanoma maligno, además con este método se pueden prevenir la exéresis de lesiones benignas que clínicamente puedan parecer melanoma.

☐ Diagnóstico diferencial.

• nevo azul	• carcinoma epidermoide
• nevo de unión	• hematomas subungueales
• nevo compuesto	• tumor glómico
• nevo intradérmico	• sarcoma de Kaposi
• queratoacantoma	• queratosis seborreica
• carcinoma basocelular pigmentado	• dermatofibroma
• granuloma piógeno	• dermatofibrosarcoma
• enfermedad de Bowen	• lentigo solar

Tratamiento

El quirúrgico ofrece la única posibilidad de curación; en etapas avanzadas (III) no hay tratamiento eficaz.

■ GRUPOS DE RIESGO



PIEL. Con relación al tipo de piel según el grado de sensibilidad a la luz solar, las personas con una piel muy sensible que siempre se queman y nunca se broncean en su primera exposición constituyen un grupo de riesgo. Pertenecen a este grupo los individuos pelirrojos, pecosos, de piel muy blanca y de ojos y cabellos claros



EDAD. La mayor frecuencia se da entre los 40 y 50 años, lo cual es común a los distintos cánceres de piel. Los adultos tienen un riesgo mayor de haber estado en contacto excesivo con la luz del sol durante un tiempo más largo.



TIPO DE VIDA. Las profesiones realizadas al aire libre (sector de la construcción, agricultores, pescadores, marineros, etc.) y los deportes al aire libre también son un factor de riesgo.



HISTORIAL FAMILIAR. El historial clínico también marca la presencia futura de melanomas. Las personas que en algún momento de su vida se han visto afectadas por un melanoma corren el riesgo de recaer o de desarrollar nuevos melanomas.



SEXO. El melanoma se da con más frecuencia en mujeres que en hombres, siendo la proporción de más de un tercio de mujeres afectadas que de hombres.

Tipo de Fototipo	Tipo de piel	Reacción solar
1	Piel muy clara. Ojos azules. Pecas. Casi albinos	Eritema intenso. Gran descamación. No se pigmentan
2	Piel clara. Ojos azules o claros. Pelo rubio o pelirrojo	Reacción eritematosa. Descamación
3	Piel blanca (caucasiana). Ojos y pelo castaño	Eritema moderado. Pigmentación suave
4	Piel mediterránea. Pelo y ojos oscuros	Ligero eritema. Pigmentación fácil
5	Morena. Tipo India, Sudamérica, indostánicos, gitanos.	Eritema imperceptible. Pigmentación fácil e intensa.
6	Piel negra	No hay eritema, pero sí bronceado

■ CARACTERÍSTICAS DEL MELANOMA



Asimétricos

Tiene los lados desiguales, la mitad no corresponde con la otra mitad. Los lunares benignos son, en general, redondos



Bordes irregulares

Los extremos son irregulares, dentados. No están bien definidos



Color variado

El color de los lunares es desigual, variando de un marrón muy claro a incluso negro



Diámetro

Es mayor de 6 milímetros. Aproximadamente del tamaño de el borrador de un lapicero. Si es más pequeño, en crecimiento constante

■ DIFERENCIAS DE LOS LUNARES

	<i>Benigno</i>	<i>Maligno</i>
A Asimetría	Simétrico	Asimétrico
B Borde	Borde regular	Borde irregular
C Color	Una sombra	Dos o más sombras
D Diámetro	Menos de 6mm	Más de 6 mm

Carcinoma basocelular nodular



Carcinoma basocelular ulcerado



Carcinoma basocelular pigmentado



Carcinoma basocelular vegetante



Carcinoma basocelular quístico



Carcinoma basocelular superficial (pagetoide)



Carcinoma basocelular esclerodermiforme



CBC terebrante



❑ Diagnóstico positivo

- A través del examen clínico podemos realizar el diagnóstico, fundamentalmente con iluminación adecuada, uso de lupa y palpación cuidadosa de la lesión.
- El advenimiento de la dermatoscopia nos ha permitido una mejoría en el diagnóstico del CBC pudiendo ofrecer mayor precisión diagnóstica que la exploración a simple vista.
- El estudio histológico confirma el diagnóstico.

Tratamiento del carcinoma basocelular

La prevención es de gran importancia para disminuir la incidencia de la enfermedad, así como las complicaciones que puedan surgir al estar la enfermedad presente. Las medidas preventivas van encaminadas a evitar los factores predisponentes donde debemos profundizar en la fotoprotección:

- Evitar la exposición solar
- Aplicar fotoprotectores tópicos contra RUV-A y RUV-B.
- Uso de medios físicos de protección
- Cuidado de los niños durante la infancia y adolescencia, protegiéndoles del sol ante las actividades al aire libre, educándolos en este sentido.
- Enseñar el autoexamen de la piel como medida de prevención secundaria.

Tratamiento

Cirugía

Radioterapia

Electrocoagulación y curetaje

Criocirugía

Quimioterapia tópica

Heberferón es una formulación farmacéutica que contiene una mezcla de IFNs alfa y ganma

Lesiones precancerosas de la piel.

Son aquellas que clínicamente pueden evolucionar a un cáncer invasivo. Desde el punto de vista histológico pueden considerarse carcinomas de células escamosas que ocupan parte o totalidad de la epidermis pero confinada a ella.

Queratosis actínicas • (cuerno cutáneo)	Queratosis cicatriciales crónicas
Queratosis arsenicales	Papulosis bowenoide
Queratosis por hidrocarburos	Enfermedad de Bowen
Queratosis térmicas	Eritroplasia de Queyrat
Queratosis por radiaciones crónicas	Leucoplasias

Queratosis actínica: dermatosis precancerosa que es considerada carcinoma “in situ” cuando la atipia compromete a todo el espesor de la epidermis (neoplasia intraepitelial queratinocítica). Lesión descamativa, adherente, de 0.5 a 1 cm o más, eritematoamarillenta o pardusca, de límites irregulares, pero bastante netos, con superficie áspera. Por lo general son múltiples y están diseminadas por áreas de piel expuesta al sol.



cuerno cutáneo es un tipo de queratosis actínica hipertrófica



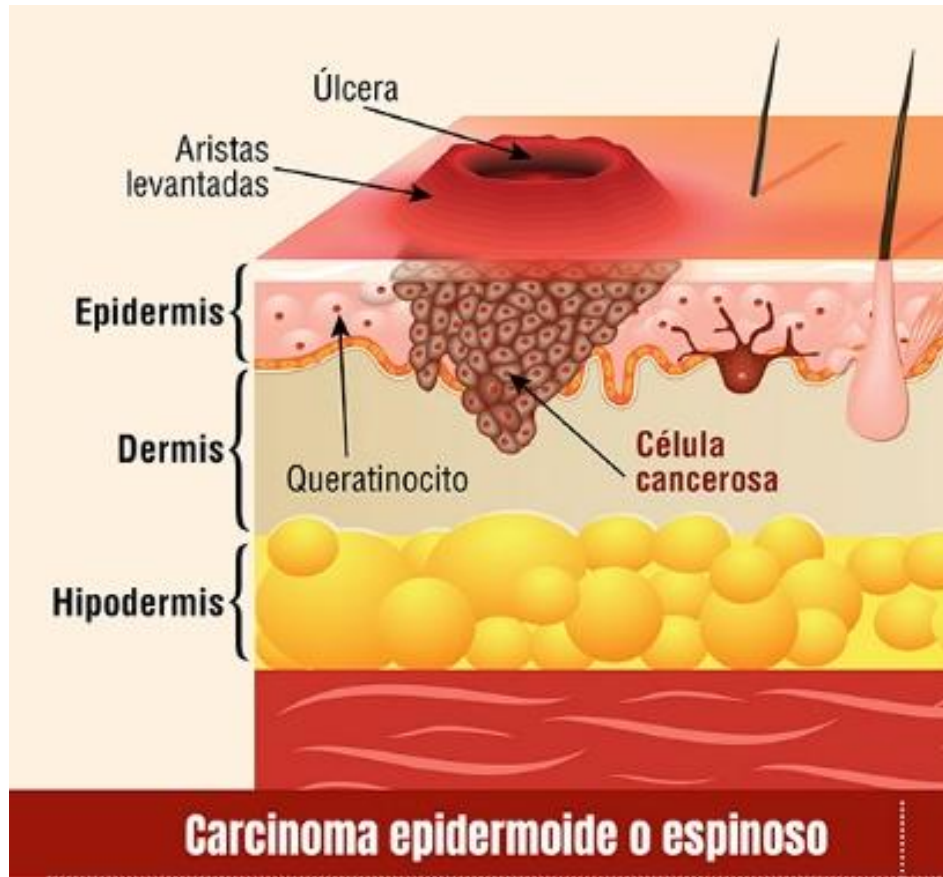
Enfermedad de Bowen: Este CEC in situ afecta hombres y mujeres usualmente mayores de 60 años. Puede afectar cualquier parte de la piel, pero es más frecuente en las áreas expuestas al sol.



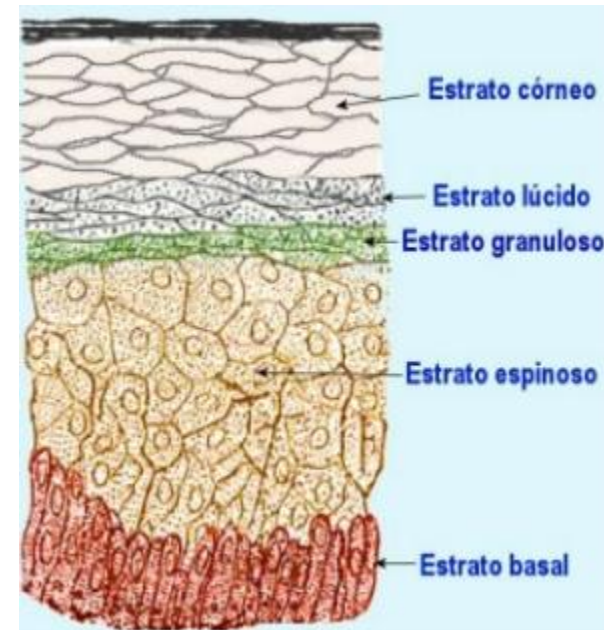
Eritroplasia de Queyrat: Se denominan de esta forma a los CEC intraepidérmicos que se localizan en la zona genital masculina.



Papulosis bowenoide: Se presenta en forma de una o varias placas verrugosas localizadas en glande, dorso del pene, labios mayores y menores, coincide con el cuadro histológico de la enfermedad de Bowen. Estas pápulas están inducidas por el HPV 16 y tienen potencialidad maligna.



Epidermis

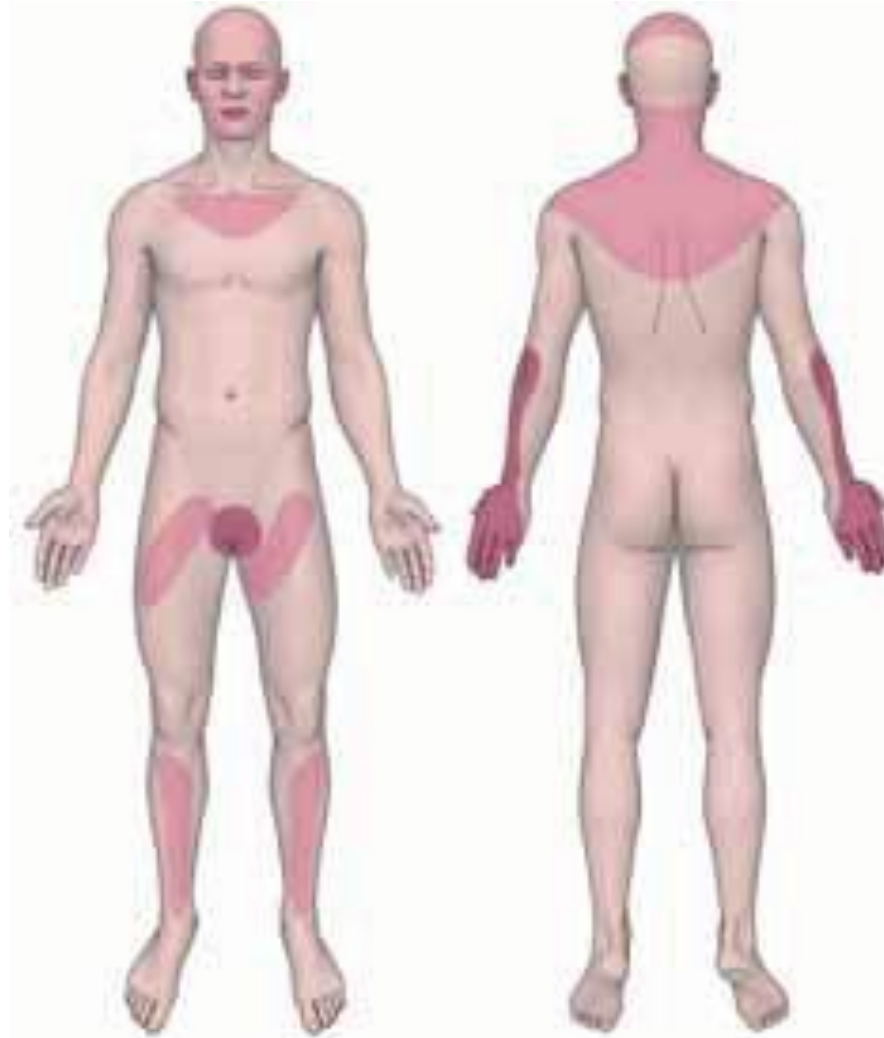


El carcinoma epidermoide o espinocelular deriva de los queratinocitos del estrato espinoso de la epidermis, crece más rápido que el carcinoma basocelular pudiendo invadir otros órganos y causar metástasis

En la etiopatogenia del CEC se consideran:

- Factores de riesgo ambientales
 - ✓ radiaciones ultravioletas
 - ✓ radiaciones ionizantes
 - ✓ el arsénico
 - ✓ exposición crónica a productos generados por la combustión y destilación del carbón
 - ✓ petróleo y gas natural

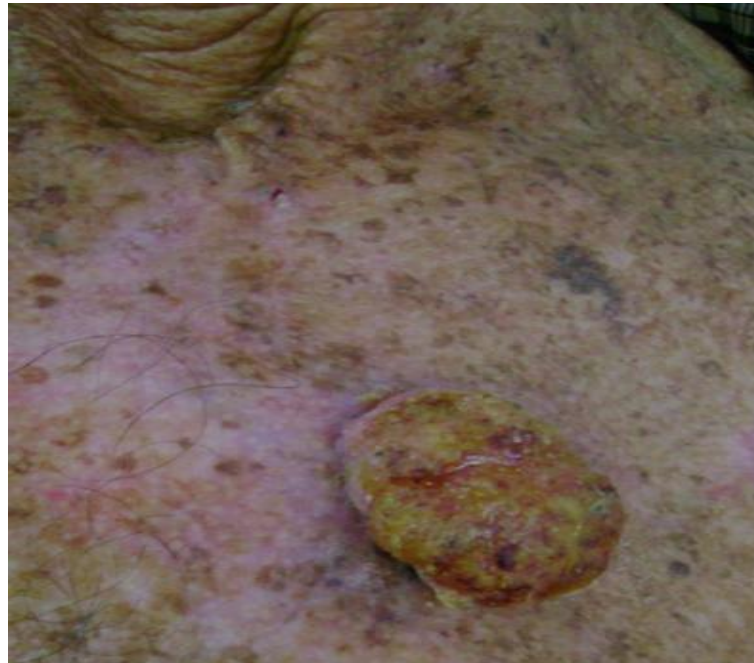
Sitios predominantes del Carcinoma epidermoide.



Carcinoma epidermoide o espinocelular invasivo

- Invasivo: Surge habitualmente de lesiones superficiales intraepidérmicas.

“Nodular” queratósico. Primero puede simular una verruga vulgar o una queratosis; al crecer, la lesión presenta una base infiltrada y su superficie muestra grados diversos de queratosis, que puede llegar hasta lesiones con aspecto de cuernos cutáneos.



Carcinoma epidermoide o espinocelular invasivo

Ulceroso. Es la variedad más frecuente. En su forma típica se observa una úlcera de superficie irregular que asienta sobre una base saliente, indurada, que infiltra los tejidos adyacentes en mayor o menor grado. Algunas de estas lesiones pueden crecer con rapidez y destruir los tejidos en profundidad. Las metástasis suelen ser más frecuentes en este tipo clínico.



Carcinoma epidermoide o espinocelular invasivo

Vegetantes. El carcinoma espinocelular también puede ser una lesión saliente de superficie irregular, al punto de conformar una masa vegetante que puede alcanzar hasta 10 cm o más.



El CEC invasivo puede distinguirse en dos tipos: diferenciado e indiferenciado.

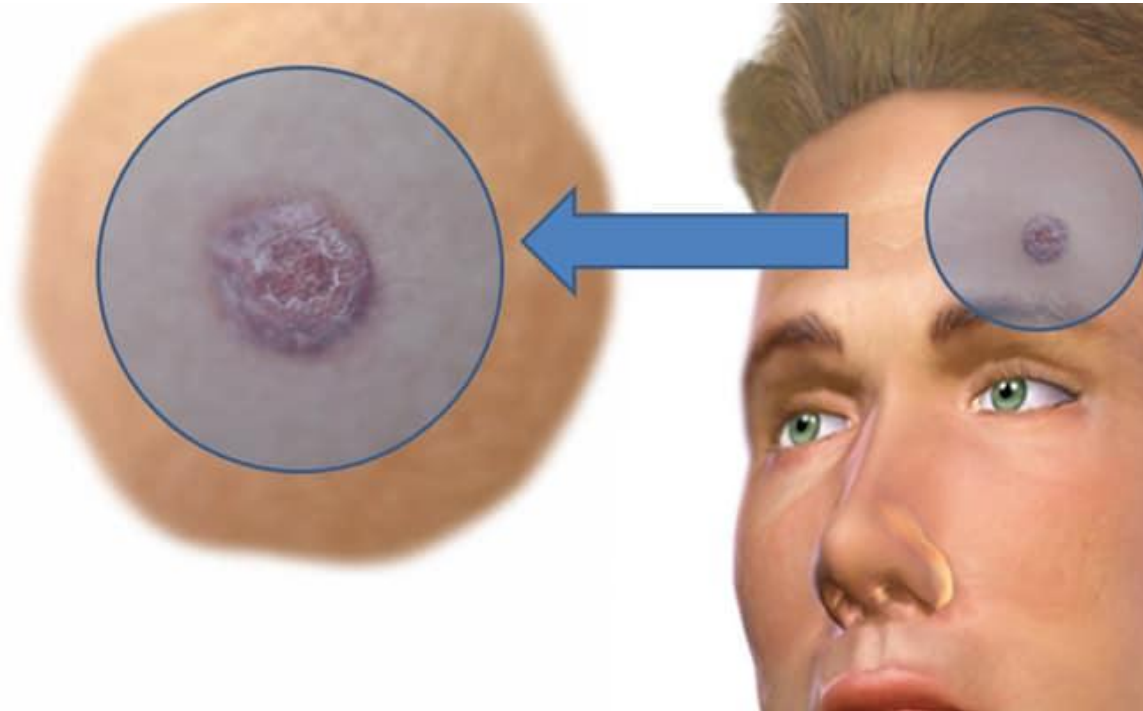
diferenciado	indiferenciado
son duros y firmes a la palpación	suaves a la palpación
muestran signos de queratinización	no muestran signos de queratinización
No sangran regularmente	aparecen sangrantes y granulomatosos

Los CEC indiferenciados son más agresivos, con mayor incidencia de metástasis.

Diagnóstico

Al igual que en el CBC, el diagnóstico clínico no debe ofrecer problemas, este tumor suele desarrollarse sobre zonas de piel con daño solar, especialmente a partir de queratosis actínicas, con menos frecuencia se origina en áreas de radiodermatitis, queratosis arsenicales, úlceras crónicas o cicatrices.

El estudio histológico confirmaría el diagnóstico.



Diagnóstico diferencial.

Queratoacantoma	Chancros tuberculoso cutáneo y esporotricósico
Carcinoma basocelular	Linfoma cutáneo de células B
Queratosis seborreica	Granuloma piógeno
Melanoma amelánico	Psoriasis en placas
Cromoblastomicosis	Tuberculosis verrugosa

TRATAMIENTO

Para el tratamiento del CEC tenemos que tener en cuenta medidas preventivas en el surgimiento de esta neoplasia y tratamiento específico al igual que en el CBC.

Puede ser quirúrgico en la mayoría de los pacientes, el mejor tratamiento es la extirpación quirúrgica.

Bibliografía básica:

- Manzur Katrib J, Díaz Almeida JG, Cortés Hernández M. Dermatología. Editorial Ciencias Médicas. Ciudad de La Habana. Cuba.2002.

Bibliografía de consulta:

Rex,J y Ferrandiz,C: Nevus Melanocíticos En: Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Dermatología
Pedíatrica.México,2001:175-183.