



Tumores cutáneos malignos

**CBC, CEC y
*Melanoma***

Dra. María Stringa



Carcinoma Basocelular (CBC)



CBC

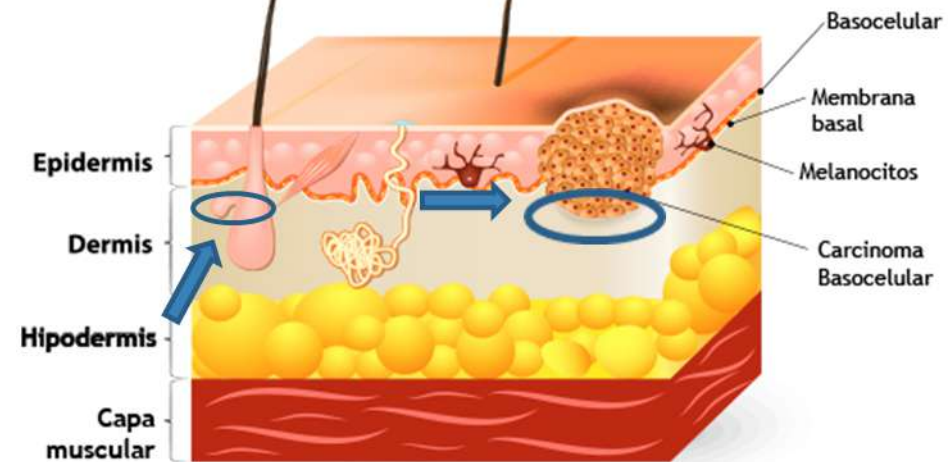
☉ Cáncer más frecuente

- ✓ Tumor maligno epitelial, crecimiento lento y localmente invasor. **MUY RARO MTS.**
- ✓ Compromete áreas fotoexpuestas (cabeza, cuello-nariz) y ricas en unidades pilosebáceas. **No mucosas.**
- ✓ Fototipos bajos, >incidencia 50-70 años, ligero predominio en hombres



CBC

- ✓ Fotodaño crónico, otras: HACRE, cicatrices, úlceras crónicas, genodermatosis (XP, Sme de Gorlin, albinismo)
- ✓ Origen multifactorial: **RUV** la causa mas importante
- ✓ Células pluripotenciales:
 - ⦿ Región basal de epidermis
 - ⦿ VRE del folículo piloso





CBC

- ✓ **PERLA**: elemento clínico distintivo
- ✓ Forma de inicio lesión que sangra y no cura.
- ✓ Tumor hemiesférico, nacarado, traslúcido, sangrante.
- ✓ En todos los tipos de CBC salvo esclerodermiforme y 30% de superficiales.





CBC

● Variedades clínicas

FORMAS DE INICIO	Papuloide	} 85%								
	Erosiva		} 85%							
	Combinadas			} 85%						
FORMAS CONSTITUTIVAS	Superficial				} 85%					
	Nodular					} 85%				
	Planocicatrizar						} 85%			
	Ulcerada							} 85%		
	Esclerodermiforme								} 85%	
	Ulcerovegetante									} 85%
	Terebrante									
Fibroepitelial de Pinkus	} 85%									
Combinado		} 85%								



CBC



Nodular

1ra. 60%. Cabeza, cuello y hombros. Hombres

TU hemiesférico, bien definido, superficie lisa, brillante con telangiectasias

-nódulo quístico: translucido, color azul grisáceo

-nódulo ulcerativo: varios TU copuliformes contiguos que puede sangrar espontáneamente o por ulceración

Superficial

2da. Tronco y miembros. Mujeres.

Pequeña, eritematosa, plana, límites poco netos, ligera descamación. +/- perlas periféricas.

-eritematoso

-eritematoescamoso

-eritematocostroso (Bowenoide)



CBC





CBC

● Dermatoscopía

Vasos
Arboriformes

Vasos finos
truncados



Globulos
azul gris

Estructuras en
Forma de hoja

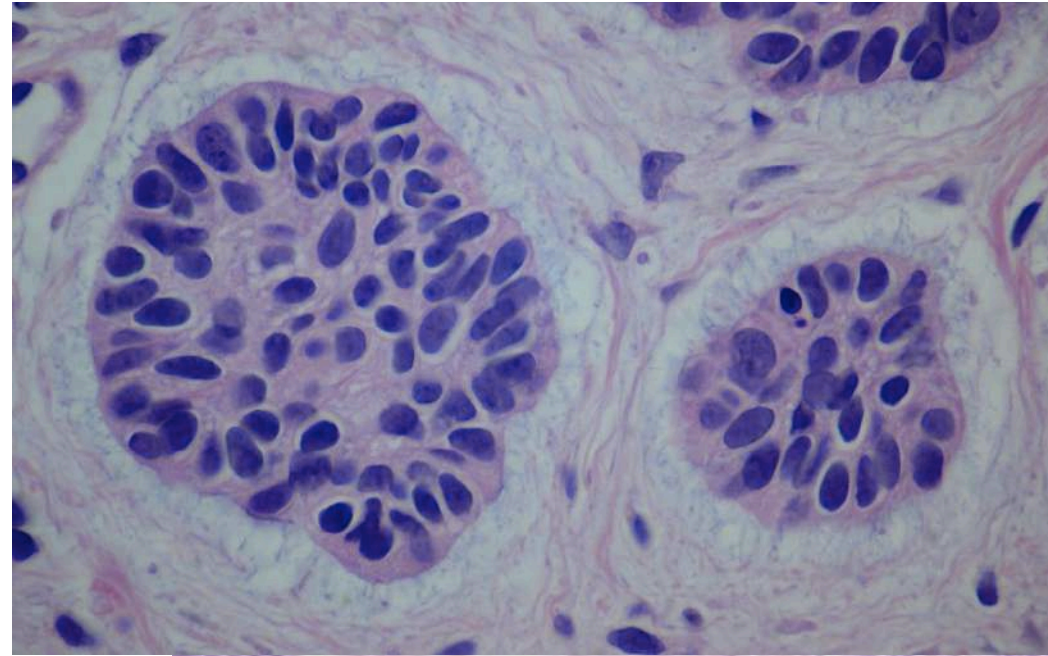
Ulceración



CBC

Variedades histopatológicas:

- Superficiales
- Infiltrativos



Estroma mucoso



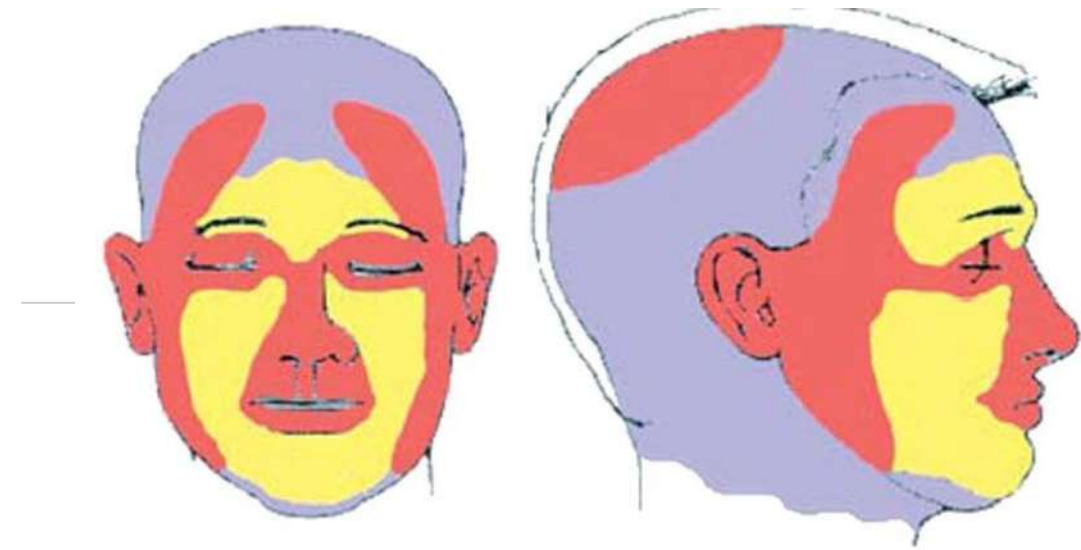
Células basaloides agrupadas

Empalizada periférica

Halo de retracción



CBC



conven... Alto, Intermedio Bajo

TRATAMIENTO DE ELECCIÓN CIRUGÍA:

- ✓ . Bajo riesgo: 4mm de margen (cirugía hasta hipodermis alta)
- ✓ . Alto riesgo: cirugía de Mohs o > de 5 mm de margen (cirugía convencional) hasta hipodermis media.
- ✓ -Otros tratamientos: imiquimod al 5%, 5% fluoruracilo, criocirugía, curetaje y electrocoagulación, terapia fotodinámica.

DE ALTO RIESGO ²

PRIMARIO

DE BAJO RIESGO ²

Variedades CLINICAS

Planocicatrízal - Ulcerado -
Ulcerovegetante - Terebrante -
Esclerodermiforme

TAMAÑO: >2 cm

BORDES: Mal definidos

LOCALIZACIÓN:

-Párpados -Labios
-Nariz -Surcos nasogenianos
-Orejas -Cuero cabelludo

CRECIMIENTO: Agresivo

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Alto índice de
sospecha

Variedades CLINICAS

Superficial
Nodular
Tumor fibroepitelial de Pinkus

TAMAÑO: <2 cm

BORDES: Bien definidos

LOCALIZACIÓN: No periorificiales

CRECIMIENTO: Lento

Dermatoscopia

Mejora el
diagnóstico clínico

Biopsia

incisional

Variedades INFILTRATIVAS

- Cordonado:
 - Planocelular
 - Esclerodermiforme
 - Micronodular Infiltrativo
 - Metatípico
 - Multicéntrico
- Bcl 2 (+)

QUIRÚRGICO

Con estudio histopatológico de márgenes

CIRUGÍA CONVENCIONAL
(≥5 mm de margen)

CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS

CURACIÓN
<90% a 5 años

RECAÍDA

CURACIÓN
99% T. Primario
95% Recaída

ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO
Confirma el diagnóstico

TRATAMIENTO

RECAÍDA

Variedades SUPERFICIALES

- Superficial
 - Lobulado
 - Clásico (sólido)
 - Micronodular compacto
 - Seudoquistico
 - Tumor fibroepitelial de Pinkus
 - Infundibuloquistico
- Bcl 2 (-)

QUIRÚRGICO

Con estudio histopatológico de márgenes

CIRUGÍA CONVENCIONAL
(3-4 mm de margen)

CURACIÓN
(90% a 5 años)

CASOS ESPECIALES

- Anclanos
- Enfermedades asociadas
- Condiciones de salud física y psíquica
- Interés cosmético / funcional
- Carcinomas múltiples
- Contraindicaciones quirúrgicas

RADIOTERAPIA

CURACIÓN?

- Electrocoagulación
 - Criocirugía
 - Láser CO₂
 - Radioterapia
 - Terapia fotodinámica
 - Imiquimod
- (no permiten estudios histopatológicos de márgenes)

CURACIÓN?



CBC

- CBC localmente avanzado: tumor no operable. Por tamaño, localización (riesgo órganos y funciones como la vista y el oído), por infiltrativo o destructivo con posibilidad de desfigurar al paciente.
- Vismodegib: inhibidor selectivo de la vía Hh (inhibe al SMO) aprobado para el **tto de CBC metastásico o localmente avanzado**, que no son candidatos a la CX ni RT.
- Sonidegib



1

Caso clínico



Caso clínico 1

- Hombre 65 años
- Consulta por lesión tumoral con ulceración central de 1cm de dm, en surco nasogeniano derecho, 1 año de evolución. Sangra fácilmente.
- Se realiza dermatoscopia y toma de biopsia.





CBC

● Dermatoscopía

Vasos
Arboriformes

Vasos finos
truncados



Globulos
azul gris

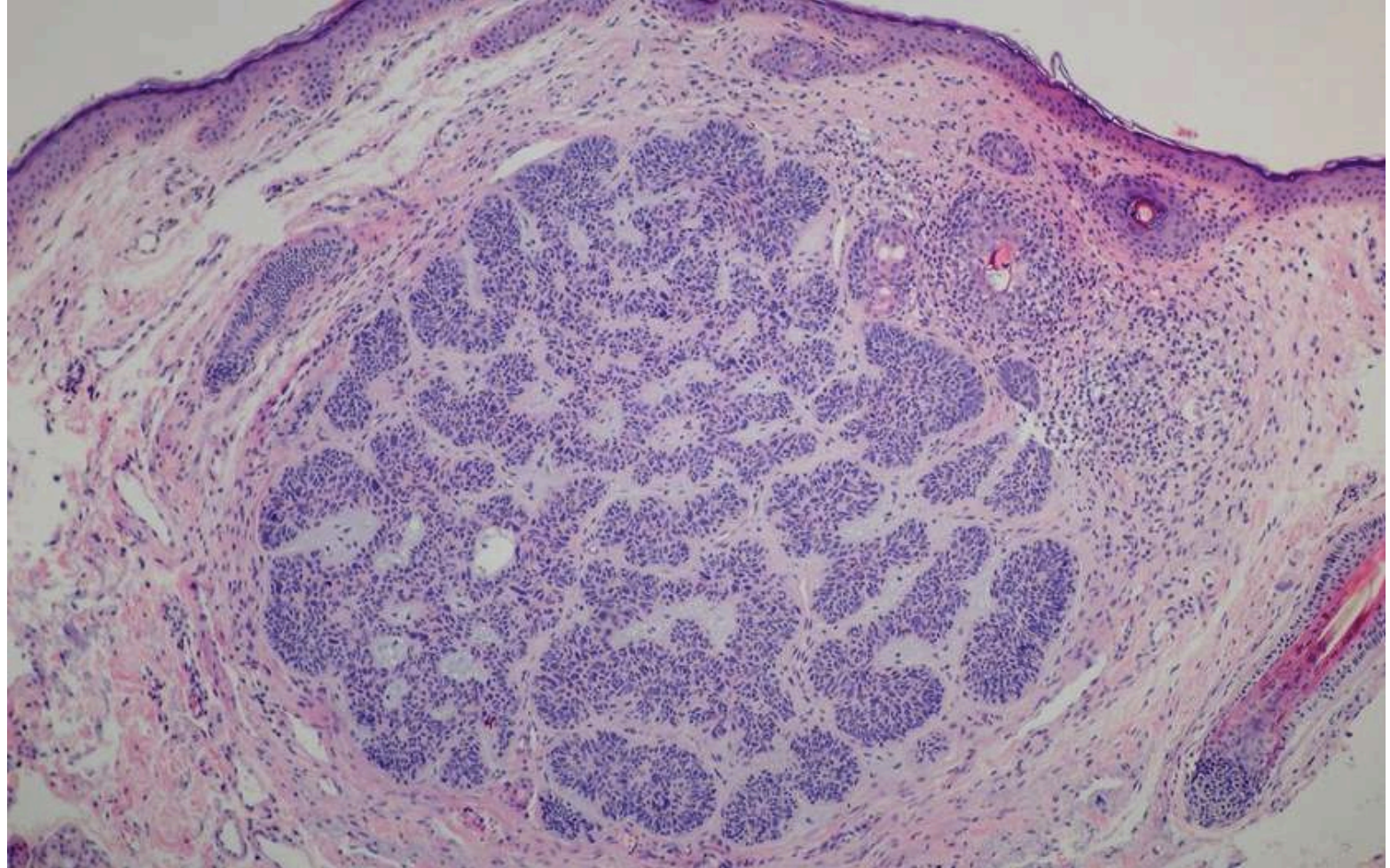
Estructuras en
Forma de hoja

Ulceración



Caso clínico 1

- En dermis células de aspecto basaloide formando nidos, con disposición en empalizada periférica y hendidura de retracción. **CBC superficial lobulado.**

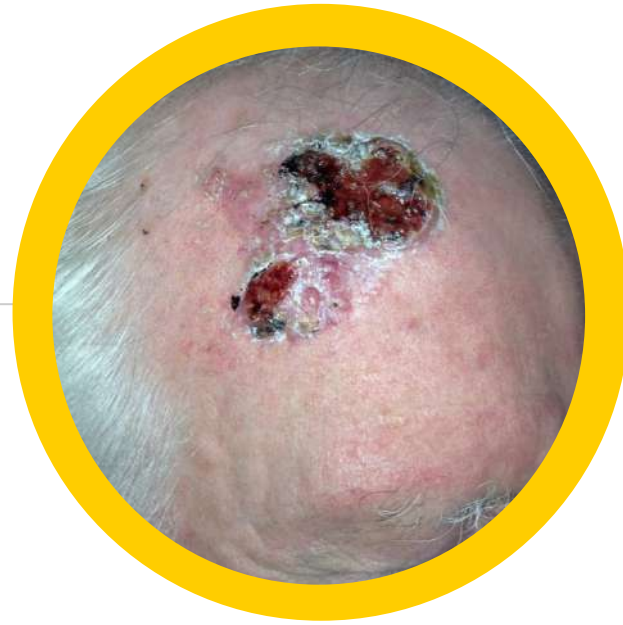




Caso clínico 1

- **Tto:** Por localización de alto riesgo y por considerarse variedad ulcerada se realiza cirugía micrográfica de Mohs.
- Se realizan controles cada 3 meses, los primeros dos años.





Carcinoma Espinocelular (CEC)



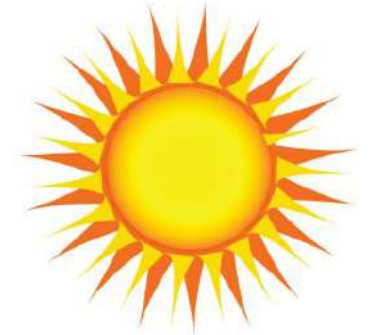
CEC

- 2° ca de piel en frecuencia (1° CBC)
- Origen: queratinocitos epiteliales
- Ubicación nosológica: Carcinomas queratinocíticos → CBC 80%, CEC 20%
- Tasa de MTS ganglionares 4%. Tasa mortalidad 2%.
- PERO x su elevada frecuencia es la 2° causa de muerte x ca cutáneo luego de MM



CEC

- Afecta **PIEL Y MUCOSAS**
- Se caracteriza por la infiltración
- FR + importante: **Exposición solar!** → >85% cabeza y cuello
- Hombres>Mujeres → 2-3: 1
- + Fototipos I y II
- Mayores de 40 años





CEC

Factores predisponentes:

- Exposición acumulativa a RUV
- Infección por HPV
- Inmunosupresion: transplantados (+sólidos), oncohematológicos, HIV
- Radiación ionizante: riesgo tardío (luego de 10 años)
- Carcinógenos químicos (arsénico, hidrocarburos, tabaco, OH)
- Inflamacion crónico, cicatrices, quemaduras, úlceras, radiodermatitis, L vulgar
- Medicamentos: Inhibidores RAF (Vemurafenib, Dabrafenib), Voriconazol (fotosensibilizante), hidroxiurea, vismodegib, hidroclotiazida, anti TNF.
- Genodermatosis (Xeroderma pigmentoso, Epidermodisplasia Verruciforme)
- Lesiones precancerosas: queratosis actínica, leucoplasia.

Lesiones premalignas:



Queratosis Actínica



- Lesiones **pre-malignas** (hablan de predisposición)
- Riesgo de desarrollar CEC: 10 – 20% a 10 años.
- **Se sugieren tratar** (60 – 80% CEC provienen de una QA)
- Placas eritematosas con escama adherente, **ÁSPERA**, que al desprenderla deja una erosión superficial.
- Áreas fotoexpuestas.
- “CEC in situ = QA con atipía transepidérmica”
- **Sospechar CEC cuando QA: >1cm, rápido ↑, persistencia/recurrencia post tto, síntomas (dolor, sangrado, prurito)**

- Áreas fotoexpuestas: daño actínico → cabeza y cuello (85%), extremidades.
- Áreas cubiertas: genitales, glúteos, pies → R HPV, dermatosis previas, carcinógenos.



CEC: formas clínicas

CEC in situ

Eritroplasia de Queyrat → mucosa genital

Enfermedad de Bowen → piel

CEC in situ de cavidad oral

CEC invasor

Exofítico

Ulcerado

Mixto

Formas especiales

Queratoacantoma

CEC verrugoso

Ca cuniculatum o de la piel lampiña

Papilomatosis oral florida

Condiloma acuminado gigante de Buschke-Löwenstein

CEC in situ en piel



Enfermedad de Bowen

- Áreas fotoexpuestas y no. Tronco y miembros
- Más frecuente en gente añosa y hombres
- Tumor/Placa eritemato-escamo-costroso de bordes policíclicos/imprecisos/escotados.
- Dx Diferenciales: QA, CBC superficial, tiña, psoriasis, eccema numular.



CEC in situ en piel



Eritroplasia de Queyrat

- Glante, surco balanoprepucial.
- Hombres 30-60 años, no circuncidados
- Mácula delimitada roja, lisa, brillante, “aspecto barnizado”.
- Relacionado con inflamación crónica.
- Si evoluciona a invasor > MTS ganglionares (20%)
- Dx D: eccema, balanitis de Zoon (de células plasmáticas)



CEC in situ en piel

● Carcinoma de cavidad oral

- 95% de los Ca de mucosa oral
- Sexo masculino.
- Áreas alto riesgo: piso de la boca, cara inferior y laterales de lengua, paladar blando
- Relacionado con OH y TBQ
- **OJO lesiones precancerosas:** leucoplasia, eritroplasia, queilitis actínica, otras inflamaciones crónicas: prótesis/mal estado bucodentario.





CEC: formas clínicas

CEC in situ

Eritroplasia de Queyrat → mucosa genital

Enfermedad de Bowen → piel

CEC in situ de cav oral

CEC invasor

Exofítico

Ulcerado

Mixto

Formas especiales

Queratoacantoma

CEC verrugoso Ca cuniculatum o de la piel lampiña

Papilomatosis oral florida

Condiloma acuminado gigante de Buschke-Löwenstein

CEC: Formas especiales

● CEC verrugoso

- Tumor exo-endofítico de lenta progresión
- Vegetante
- Senos drenan queratina
- Maloliente
- Invasión loco regional
- Bajo índice de metástasis
- Relacionado con HPV 6 y 11



Ca verrugoso



Papilomatosis oral
florida



Condiloma gigante de
Buschke y Lowenstein



Carcinoma
cuniculatum



Carcinoma verrugoso

CEC: Formas especiales



Queratoacantoma

- Tumor exofítico, solitario: nódulo liso o verrugoso con cráter central queratósico, crecimiento
- Doloroso
- Cara-antebrazos-manos-piernas
- Bajo potencial mts y de destrucción local

- Biopsia: CEC bien diferenciado
- Puede aparecer asociado a neoplasias sebáceas y ca de colon en el Sme de Muir Torre





CEC: formas clínicas

CEC in situ

Eritroplasia de Queyrat → mucosa genital

Enfermedad de Bowen → piel

CEC in situ de cav oral

CEC invasor

Exofítico

Ulcerado

Mixto

Formas especiales

Queratoacantoma

CEC verrugoso Ca cuniculatum o de la piel lampiña

Papilomatosis oral florida

Condiloma acuminado gigante de Buschke-Löwenstein

CEC invasor



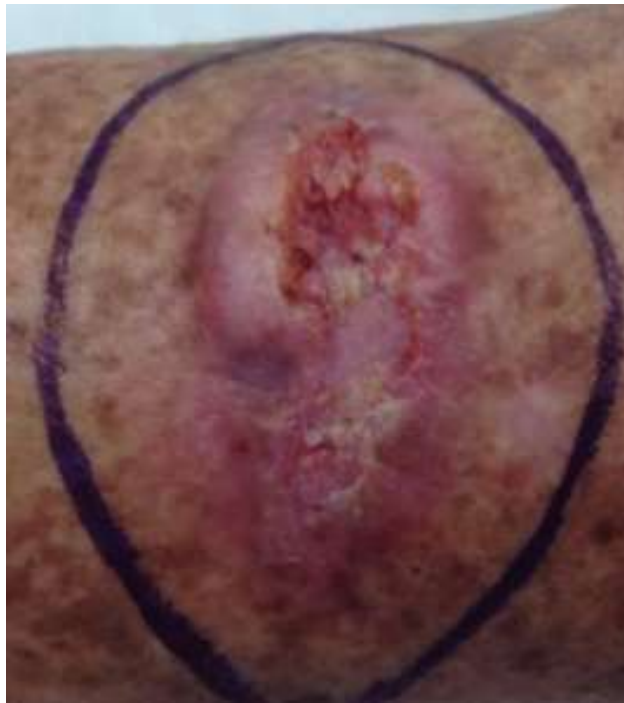
CEC invasor

- Tumor eritematoso o color piel con o sin queratosis
- Clínicamente podrá ser:
 - Exofítico
 - Ulcerado
 - Mixto
- Síntomas tardíos: dolor, parestesias o parestias motoras (diseminación perineural) → ojo post cx!!
- Recordar infiltración





CEC invasor





CEC genital





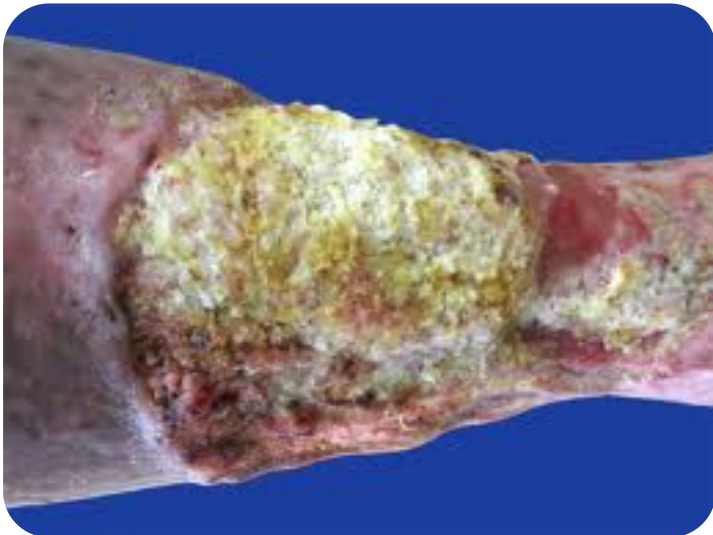
CEC sobre dermatosis crónicas



TBC
cutánea



Radiodermitis
crónica



Úlcera
crónica

cicatriz

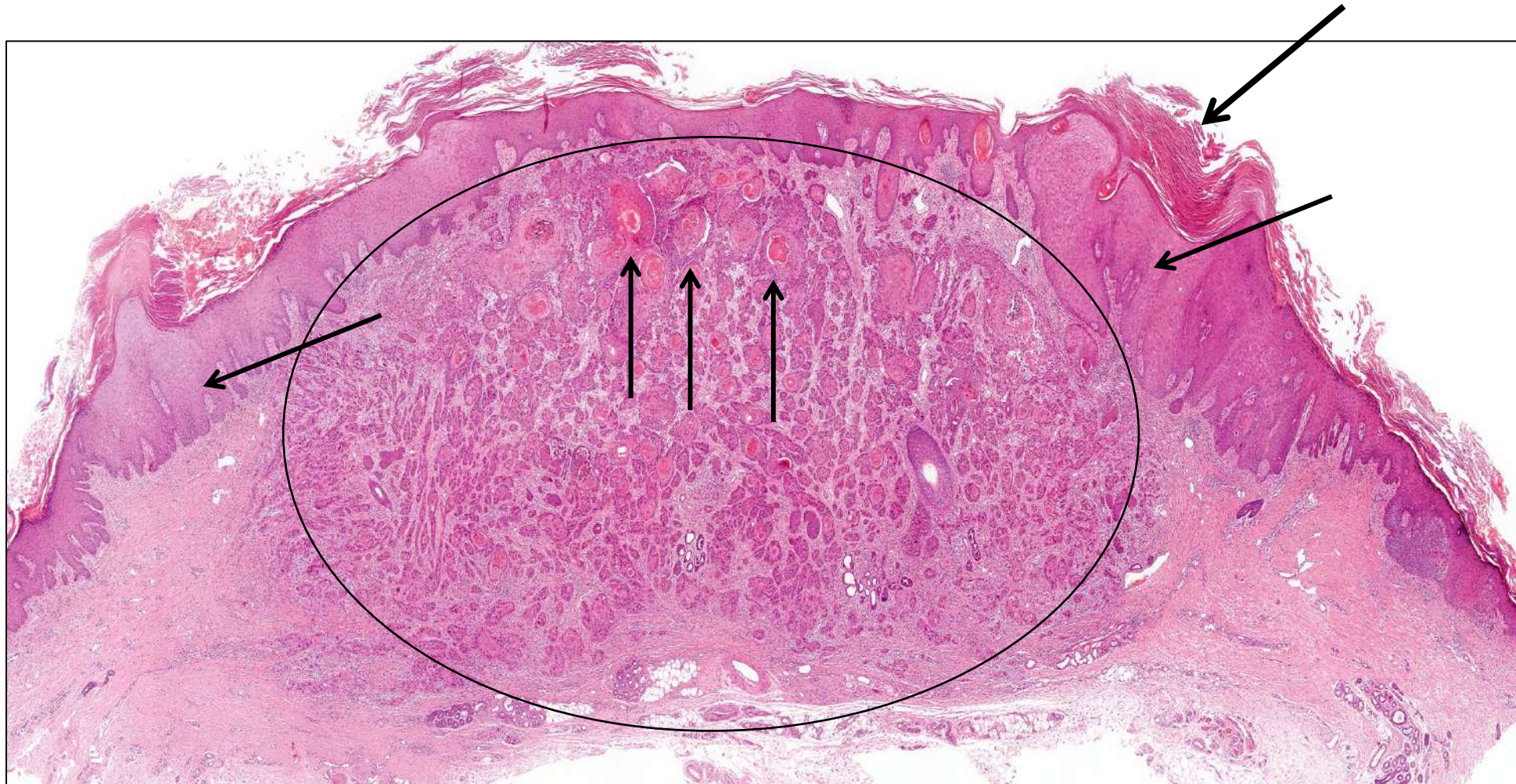




Dermatoscopia



CEC invasor

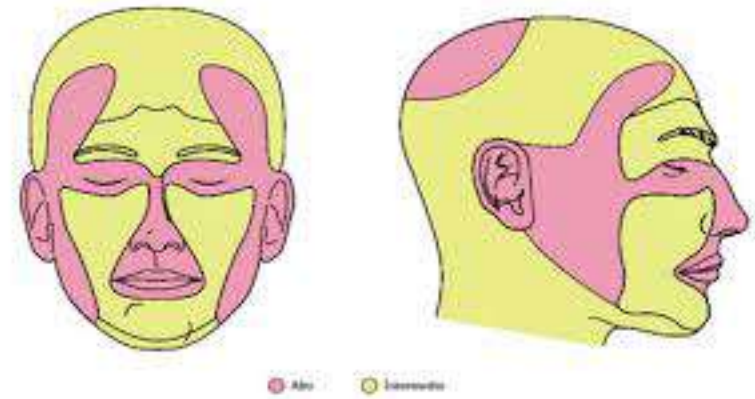


Hiperqueratosis

Acanthosis

Perlas córneas

áreas en las que cornifica hacia el interior de los brotes tumorales



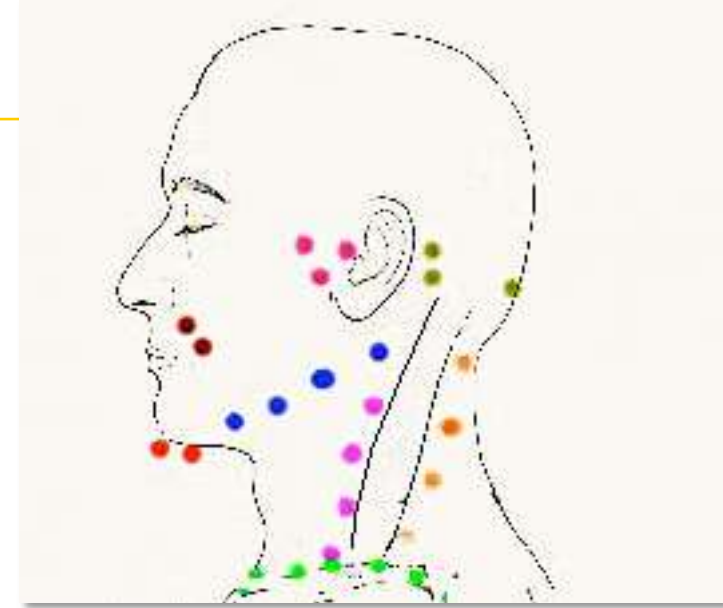
● Alto ● Intermedio

Tabla 2 Factores pronósticos en el carcinoma escamoso cutáneo (CEC): CEC de bajo riesgo y CEC de alto riesgo

	Bajo riesgo	Alto riesgo
Clinicos		
Tamaño	< 20 mm	< 20 mm
Localización	Fuera de la zona H	Oreja, labio inferior, sien
Primario/recurrente	Primario	Recurrente
Bordes	Bien definidos	Mal definidos
Estado inmune	Inmunocompetente	Inmunodeprimido
Velocidad de crecimiento	Lenta	Rápida
Clinica asociada	Asintomático	Dolor, parestesias
Histopatológicos		
Espesor	< 6 mm	> 6 mm
Profundidad de invasión	Dermis	Más allá de la grasa
Grado de diferenciación	Bueno-moderado	Pobre
Invasión perineural	No	Sí (nervios 0,1 mm o más, profundos)
Subtipo histológico	Verrucoso, queratoacantoma	Desmoplásico, adenoescamoso

Evaluación de compromiso ganglionar

- **Palpación *bilateral*** de ganglios regionales: **siempre**
- **Ecografía (o TAC)** para tumores de alto riesgo
- Si clínica o radiológicamente detecto ganglios afectados → PAAF o Bx ganglionar → si +: Resección ganglionar + TAC o RMN con cte
- No recomiendan biopsia de ganglio Centinela, salvo para ensayos clínicos.



ALGORITMO CARCINOMA ESPINOCELULAR 1

DE ALTO RIESGO 2

Variedades CLINICAS

- | | | |
|--|--|---|
| a) Exofítica:
vegetante,
queratósica,
indurada | b) Endofítica:
úlceras induradas | c) Combinada:
ulcerovegetante |
|--|--|---|

TAMAÑO: >2 cm

BORDES: Mal definidos

LOCALIZACIÓN:

- | | |
|-----------|------------------|
| -Párpados | -Dedos |
| -Nariz | -Cuero cabelludo |
| -Orejas | -Genitales |
| -Labios | -Mucosas |

CRECIMIENTO: Agresivo

Variedades HISTOPATOLÓGICAS

- Infiltrativo moderadamente diferenciado y pobremente diferenciado.
- Invasión hasta la hipodermis (> 4 mm), perineural o linfática.
- Ulceración extensa.
- Diferenciación fusocelular, acantolítica o adenoescamosa.
- Estroma desmoplásico.

PRIMARIO CUTÁNEO

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Alto índice de sospecha

Factores de riesgo

- Genética y herencia.
- Dermatitis inflamatorias e infecciones crónicas.
- Traumatismos e irritaciones crónicas.
- Queratosis actínicas, cicatrices, inmunodepresión (transplantados, HIV, fármacos, leucemia).

BIOPSIA

INCISIONAL

ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO

Confirma el diagnóstico

DE BAJO RIESGO 2

Variedades CLINICAS

- **Clásica de inicio:** lesión indurada con o sin erosión, y lesión tipo cuerno cutáneo.

TAMAÑO: <2 cm

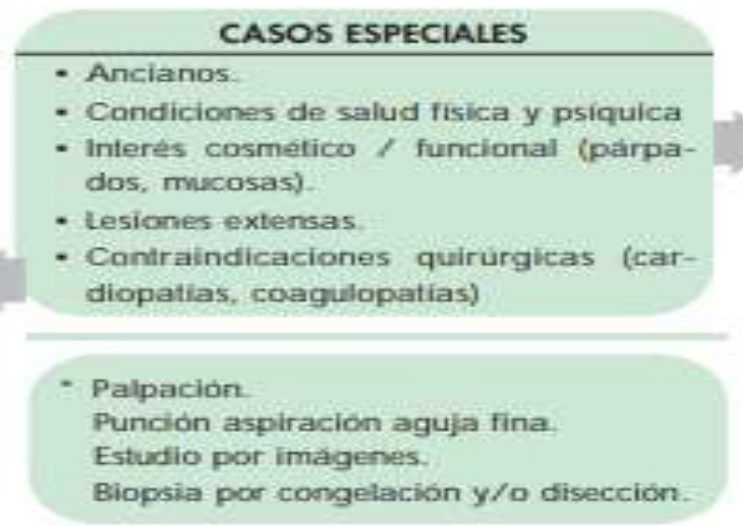
BORDES: Bien definidos

LOCALIZACIÓN: No periorificiales ni mucosas

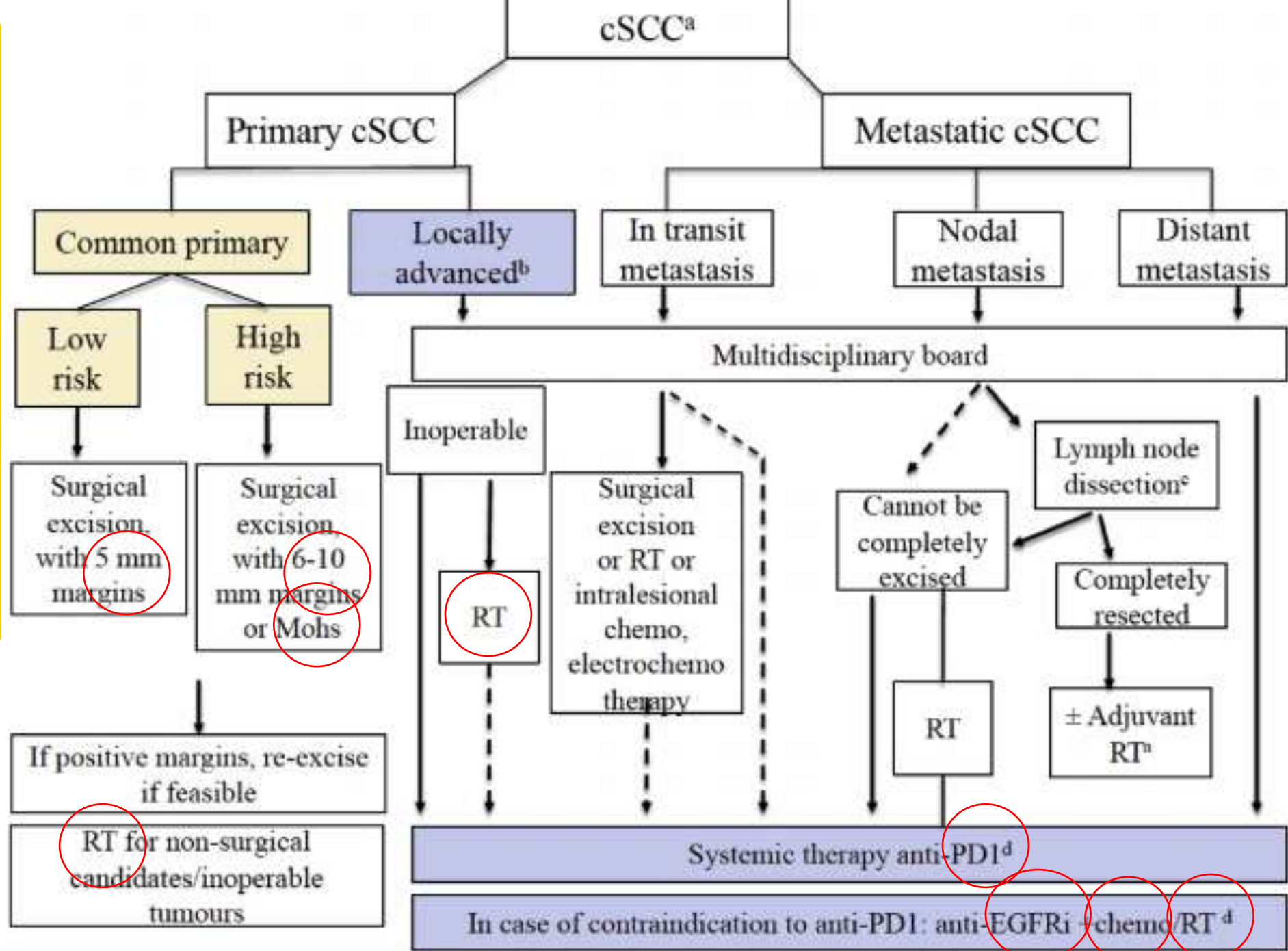
CRECIMIENTO: Lento

Variedades HISTOPATOLÓGICAS

- Diferenciado.
- CEC "in situ": queratosis actínica con atipia transepidermica, enf. de Bowen, eritroplasia de Queyrat, papulosis bowenoide.
- Carcinoma verrugoso: Panoral, genitaloanal, palmoplantar y de la piel lampiña.



**TTO: CEC
localmente
avanzado
y/o
metastásico**





Radioterapia

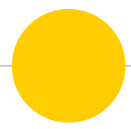
- ⦿ Pacientes no candidatos a CX : CECla, comórbidos, o que rechazan cirugía)
- ⦿ Casos en los que CX curativa no es posible o será desfigurante u ocasionará un resultado disfuncional (++ cara: párpado, nariz, labio, lesiones grandes en oreja, frente, cc).
- ⦿ RT POP en casos donde los márgenes quirúrgicos fueron positivos pero no es possible re-operar.
- ⦿ Se propone asociarla a inmunoterapia (Anti PD 1).

Inmunoterapia



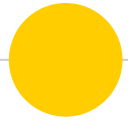
● Anti PD 1

- PD -1 y PD-L1 (su ligando) son dos moléculas mutadas en el CEC → Sirven como TARGET
- **Cemiplimab** se propone en 3mg/kg IV cada 2 semanas para ptes sin posibilidad de cirugía o RT curativas.



Inhibidores del EGFR (R del factor de crecimiento epidérmico)

- ⦿ ↑EGFR → 43-100% de los CEC lo expresan, y correlaciona con riesgo metastásico.
- ⦿ **Cetuximab** y Panitumumab → Ac monoclonales inhibidores del EGFR.
- ⦿ Cetuximab es **2° línea** en CECIa y CECm → se usa para quienes no respondieron o no toleran inmunoterapia. Y se prefiere asociado a RT o QT (Cisplatino) que en monoterapia.



Quimioterapia

- ⦿ Para pacientes que no responden o no toleran anti PD 1 (inmunoterapia).
- ⦿ Se prefieren agentes de platino (Cisplatino)
- ⦿ Puede ser más efectiva al combinarla con inhibidores de EGFR (Cetuximab) o con RT.

2

Caso clínico



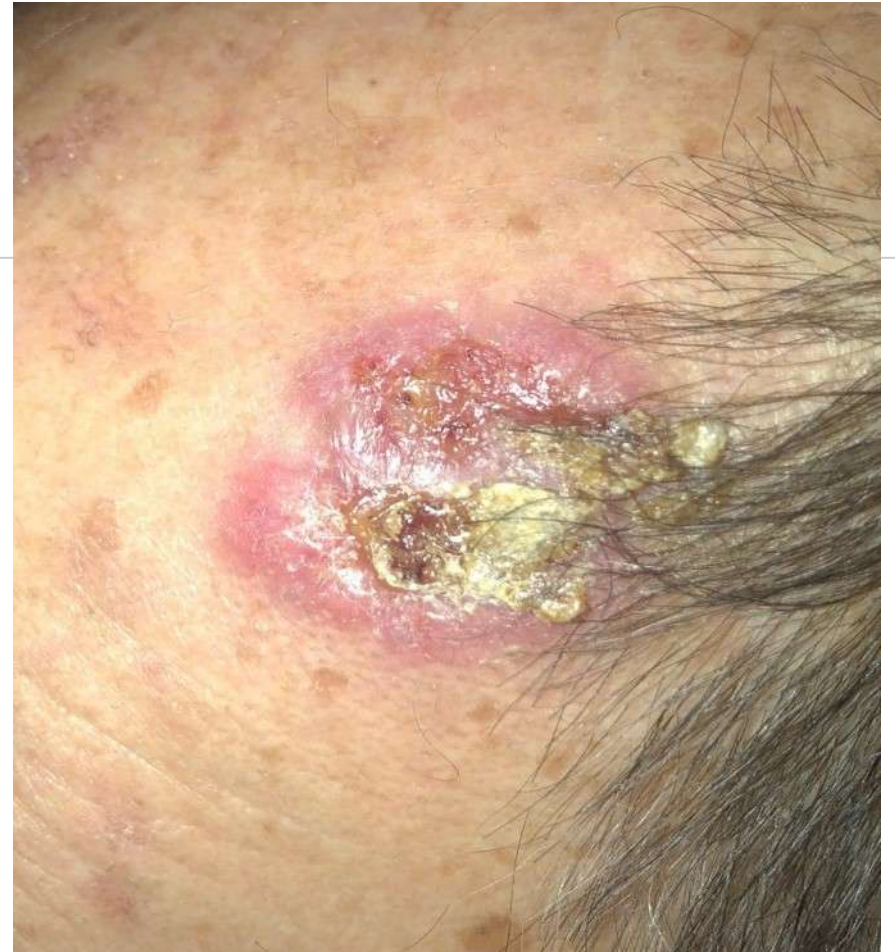
Caso clínico 2

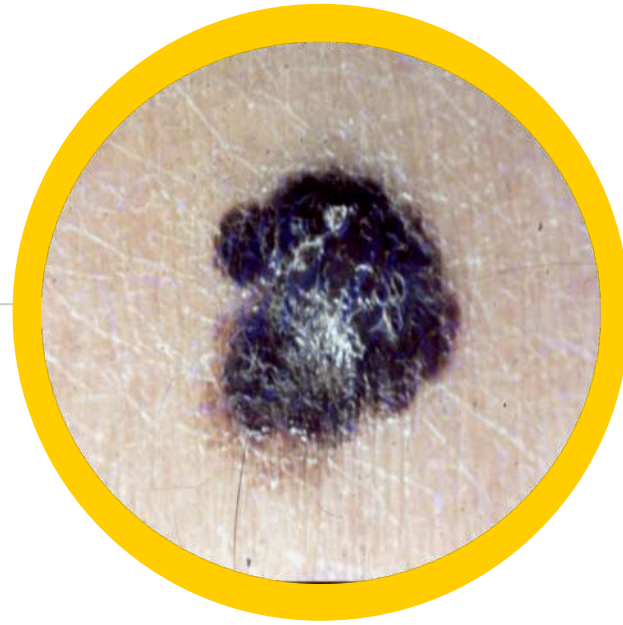
- Paciente varón de 67 años, que consulta por lesión en área frontoparietal izquierda de 3 años de evolución. Refiere que creció paulatinamente a lo largo de ese tiempo. Presenta leve prurito y sangrado ante traumatismos mínimo
- Al examen físico presenta tumoración de 3x4 cm con límites definidos, reborde eritematoso infiltrado y centro escamocostroso .No se palpan adenopatías.
- Se toma biopsia incisional , tomando borde y centro de la lesión.
- Informe histopatológico: Carcinoma espinocelular semidiferenciado que invade dermis profunda.



Caso clínico 2

- Es un tumor de alto riesgo por la clínica (exofítica queratósica e indurada), localización , tamaño, bordes mal definidos y por histopatología.
- Se realizó cirugía de Mohs
- Ecografía de ganglios.





Melanoma (MM)



Melanoma

- ✓ Tumor maligno originado por la proliferación atípica de melanocitos de la piel y otros tejidos (mucosas, ojo, SNC, mesenterio, etc). Origen multifactorial, alta capacidad de generar **MTS**.
- ✓ Puede surgir de piel y mucosas normales o de lesiones melanocíticas previas. (NMC gigante, nevo azul, nevo displásico, etc)
- ✓ 4% de todos los cánceres de piel
- ✓ **ALTA MORTALIDAD**
- ✓ **¡Clave el diagnóstico precoz!**

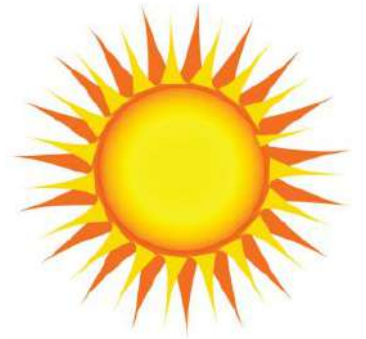




Melanoma

Factores de riesgo:

- ☉ **DAÑO SOLAR, grandes exposiciones solares, quemaduras solares**
- ☉ Cama solar
- ☉ Fototerapia (PUVA)
- ☉ Fototipos claros (I-II)
- ☉ N° de nevos
- ☉ Nevos displásicos o atípicos (marcadores de riesgo)
- ☉ NMC gigante
- ☉ Antecedentes personales de MM, CEC y CBC, Antecedentes familiares de MM de 1° grado
- ☉ Genodermatosis (Xeroderma pigmentario), o lesiones precursoras como nevo azul, nevo de Ota, nevo de Spilus gigante.
- ☉ Transplantados , inmunodepresión.








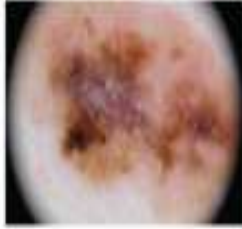






Melanoma

- Sol (muy importante, pero no es el único)
- > piel normal (2/3), 1/3 sobre lesiones precursoras (**CONTROL ANUAL DE NEVOS**)
- Puede haber alteraciones epigenéticas y Genes alterados: (160 mencionados)
 - ✓ BRAF
 - ✓ NRAS
 - ✓ KIT
 - ✓ CDKN2A



Melanoma

Los melanomas son de aspecto irregular, con intenso desorden de sus componentes dermatológicos objetivos. A: asimetría; B: bordes irregulares; C: colores variados; D: diámetro de mas de 5 mm y/o síntomas subjetivos (prurito, dolor, ardor). Son evolutivamente inestables.

Benigno		Maligno
	A Asimetría	
	B Borde	
	C Color	
	D Diámetro	
	E Evolución	



Melanoma

Variedades Clínico-patológicas

- Los 3 primeros crecimiento intraepidémico inicial. El nodular crecimiento intradérmico invasivo de novo.(nodular)

Extensivo superficial

- Más frecuente
- ♀ tronco
- ♀ miembros inferiores
- (52-70%)
- Sol intermitente
- BRAF +

Lentigo maligno

- Cara y cuello
- Añosos
- Muy lento crecimiento
- 5-6%
- Sol crónico
- Puede ser BRAF +

Acral lentiginoso

- Palmas, plantas, subungueal
- 9-10% (70% piel negra)
- No sol
- Muchos amelanóticos
- 1/2 marcadores -

Nodular

- Tronco, cabeza y cuello
- Rápido crecimiento, invasivo
- Mal pronóstico
- 15-27%
- BRAF -
- Tendencia a ulcerarse



Melanoma

Variedades Clínico-patológicas

Extensivo superficial

- Más frecuente
- ♀ tronco
- ♀ miembros inferiores
- (52-70%)
- Sol intermitente
- BRAF +





Melanoma

○ Variedades Clínico- patológicas

Lentigo maligno

- Cara y cuello
- Añosos
- Muy lento crecimiento
- 5-6%
- Sol crónico
- Puede ser BRAF +
- Lentigo maligno de Hutchinson (in situ)





Melanoma

Variedades Clínico-patológicas

Acral lentiginoso

- Palmas, plantas, subungueal, mucosa
- 9-10% (70% piel negra)
- No sol
- Muchos amelanoticos
- 1/2 marcadores -



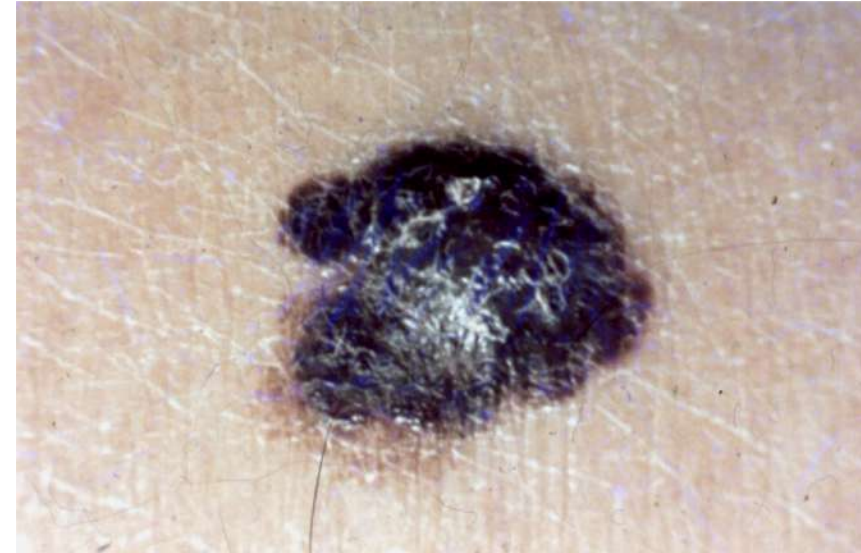


Melanoma

● Variedades Clínico-patológicas

Nodular

- Tronco, cabeza y cuello
- Rápido crecimiento, invasivo
- Mal pronóstico
- 15-27%
- BRAF -
- Tendencia a ulcerarse





Melanoma

Metástasis:

- ⦿ ↑ MTS: gl regionales, piel, pulmón, hígado, cerebro y huesos.
- ⦿ Capacidad MTS de sus células, espesor (+ grueso), ulceración, índice mitótico, localización.
- ⦿ No existe una terapéutica altamente efectiva para controlar el MM avanzado.
- ⦿ El 75% de las MTS ocurre en los 2 primeros años pos cirugía.
- ⦿ La presencia de MTS sistémica suele ser indicadora de rápido desenlace fatal: sv 6-10 meses en grl.
- ⦿ Solo el 5% de los pacientes con MTS sobrevive a los 5 años.

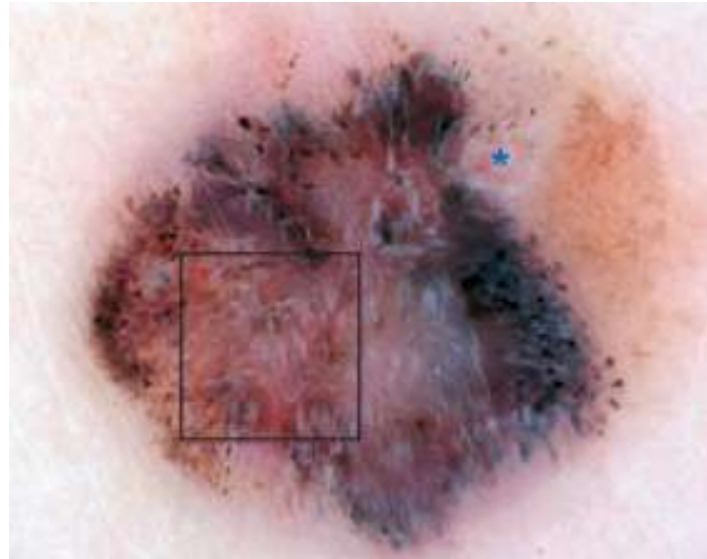
Diagnóstico Melanoma



Clínica

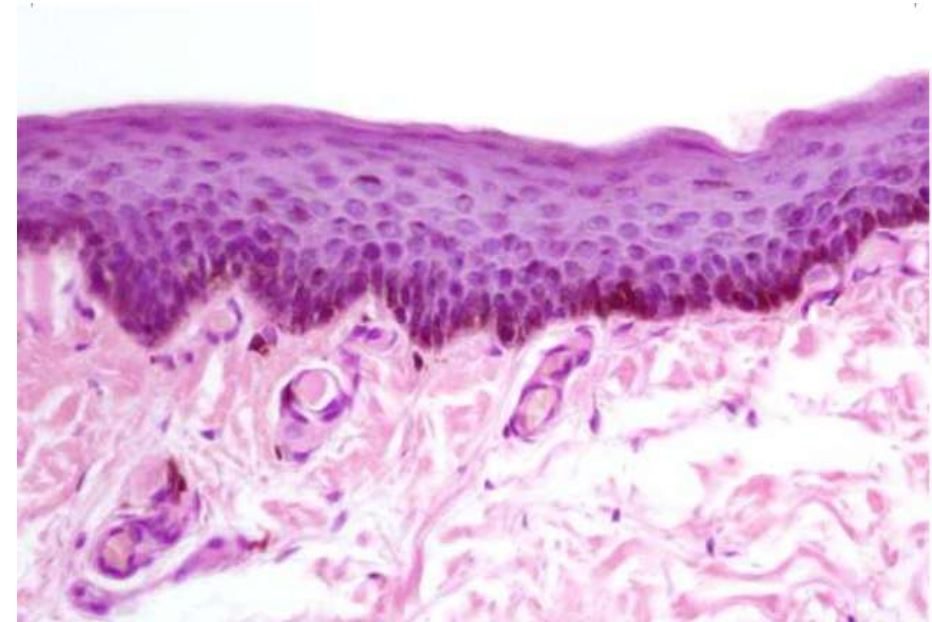
- A, B, C, D, E.
- Variedades clínicas.

Dermatoscopía

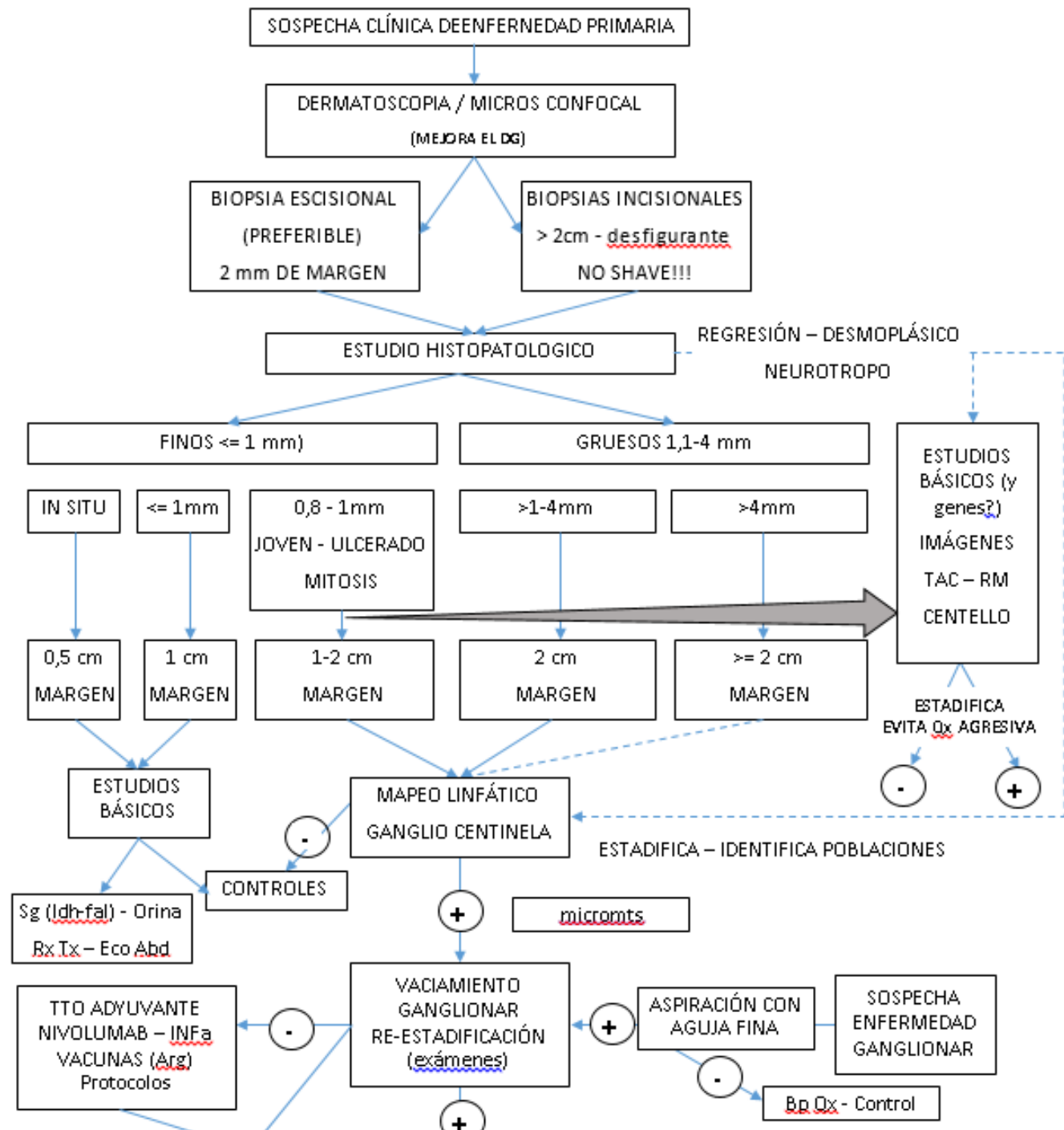


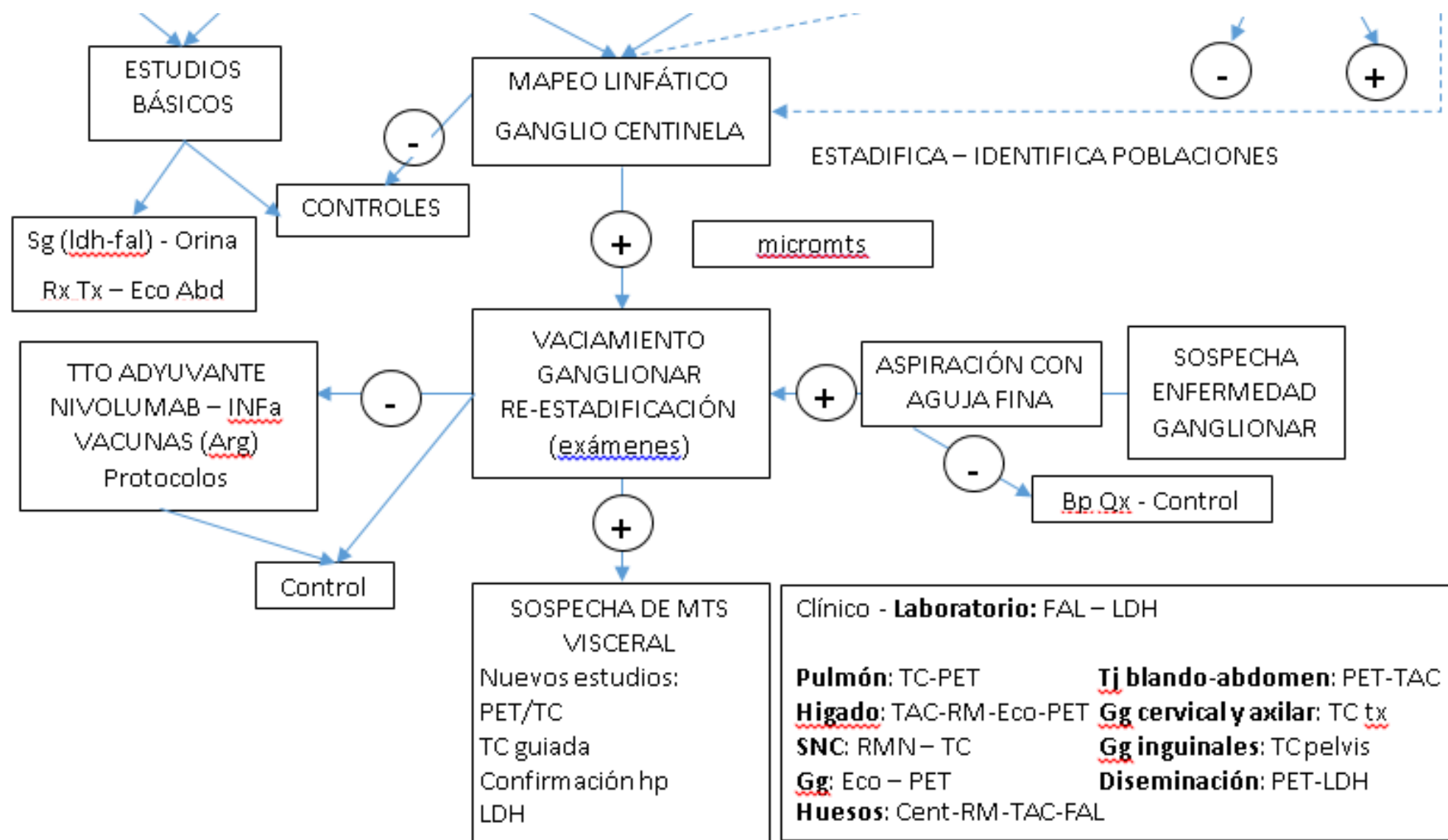
- Red de pigmento atípica
- Velo azul-blanquecino
- Patrón vascular atípico
- Proyecciones irregular
- Glóbulos / puntos irregulares
- Manchas de pigmento irregulares
- Estructuras asociadas a regresión

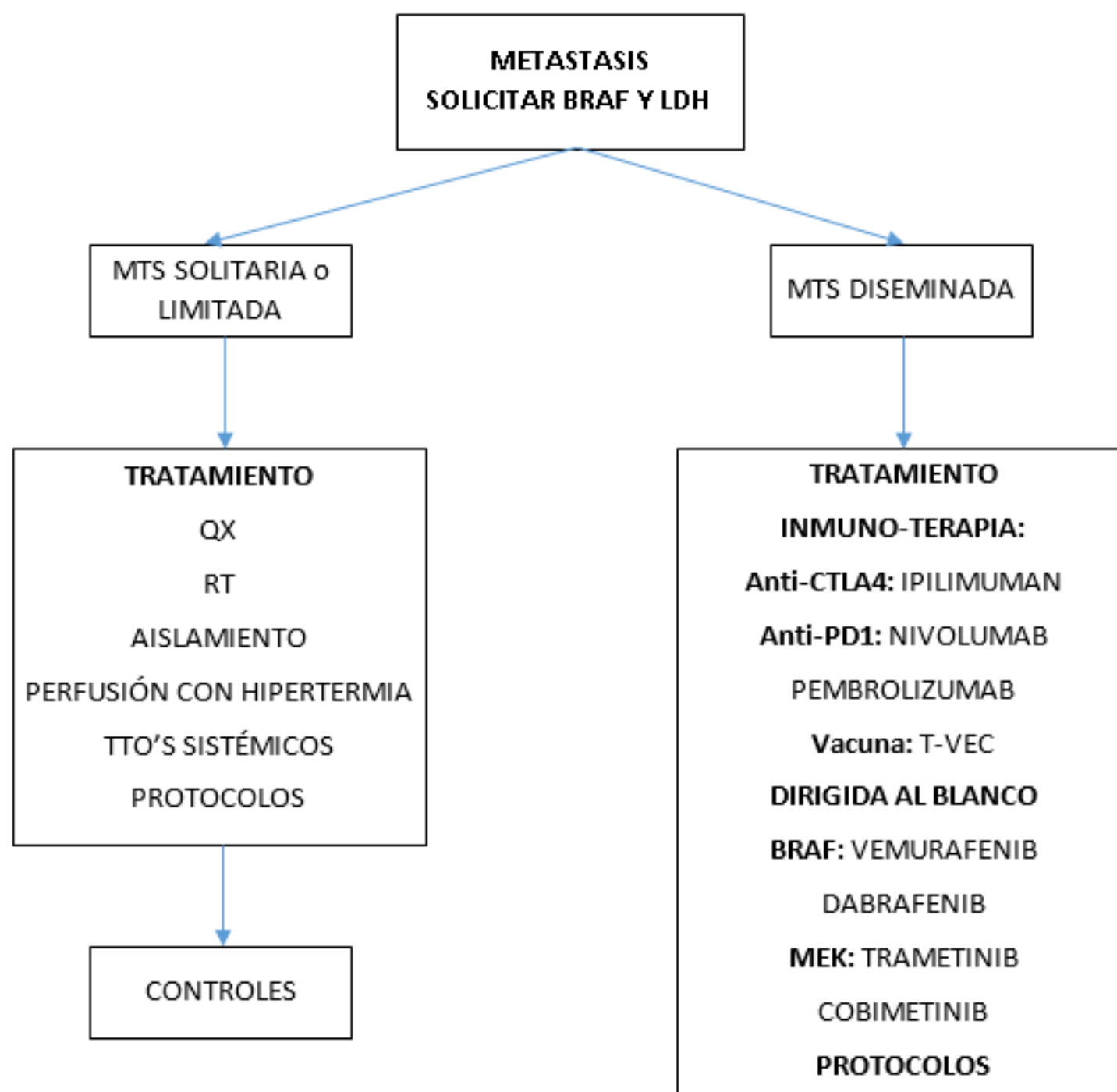
Histopatología



Indice de **BRESLOW**







3

Caso clínico



Caso clínico 3

- Paciente de 75 años de edad, hipertenso, Diabético tipo II. Consulta por tumoración en abdomen, de crecimiento rápido en los últimos 3 meses, sangrante.
- Al examen físico se evidencia lesión pigmentada exofítica, de 2,3x2cm, duro elástica a la palpación. Presenta nevos displásicos en tronco.
- No se palpan adenomegalias.
- Trae biopsia **insicional** que informa: Melanoma invasor **breslow no menor a 3 mm**, ulceración epidérmica, 10 mitosis por mm, sin invasión linfovascular ni perineural.



Caso clínico 3

- Variedad nodular.
- Recordar que los nevos displásicos (marcadores de riesgo para melanoma).
- El breslow de la pieza total puede ser diferente por eso dice no menor a 3mm.
- Indicación de ganglio centinela: (+) vaciamiento ganglionar.
- Ampliación de margen a 2cm.
- Se pidieron estudios complementarios: laboratorio (FAL-LDH), Pan TAC y RMN de cerebro (o PET). Estudio inmunogenético.





Muchas gracias

Dra. María Stringa

Mail: mariastringa@hotmail.com