

Precáncer y cáncer cutáneo (I)

J.L. Garavís González

Centro de Salud Vitigudino. Salamanca.

INTRODUCCIÓN

Los carcinomas cutáneos son los tumores malignos más frecuentes en el hombre, más que el resto de los tumores malignos juntos. Entre los factores de riesgo incriminados en el desarrollo de los cánceres de piel, junto con el color de la piel (fototipos I y II) (tabla 1), el fundamental es la exposición solar, tanto por motivos profesionales como de recreo, y más si la misma determina quemaduras y éstas se producen en las dos primeras décadas de la vida. Existen descritos otros muchos factores de menor trascendencia epidemiológica.

Desde la década de los sesenta la incidencia del cáncer de piel se está incrementando de tal forma, que podemos decir que ha alcanzado proporciones de epidemia y constituye un grave problema de salud. A este incremento ha contribuido de forma significativa la pérdida progresiva de la capa de ozono, con la consiguiente disminución de su efecto protector sobre las radiaciones solares más lesivas, y la moda del bronceado que ha provocado un incremento de la exposición a las radiaciones solares.

Los datos estadísticos sobre frecuencia de cáncer de piel son, por lo general, escasos y poco rigurosos salvo para el melanoma, por el hecho de haber estado centrada la atención mayormente sobre el mismo. En orden de frecuencia se sitúan los *carcinomas basocelulares*, que representan las

tres cuartas partes del total de los cánceres de piel, seguidos por los *carcinomas espinocelulares* y, finalmente, el *melanoma maligno*, que representa aproximadamente un 4% del total.

Las tasas de incidencia varían, según las razas y los países, en un amplio abanico: 40-700/100.000 habitantes año para el *carcinoma basocelular*; 5-250/100.000 habitantes año para el *carcinoma espinocelular* y 4-40/100.000 habitantes año para el *melanoma*. España, que dentro de la Unión Europea soporta una de las tasas más bajas debido a las características fenotípicas de sus habitantes, con un mayor grado de pigmentación melánica, presenta los siguientes datos: 5-7 por 100.000 habitantes y año para el *melanoma* y 20-30 por 100.000 habitantes y año para los cánceres nomelanoma en su conjunto (*carcinoma basocelular* y *carcinoma espinocelular*). Las tasas de mortalidad han aumentando en los últimos decenios, si bien no en la misma proporción que la experimentada por la incidencia.

Nos encontramos, por lo tanto, ante un problema de salud importante en el que el médico de Atención Primaria debe desempeñar un papel fundamental (tabla 2) ya que el fácil acceso a la exploración de estas lesiones hace que su diagnóstico, si se tiene un conocimiento preciso de las mismas y de su historia natural, sea relativamente sencillo y pueda ser realizado precozmente en la mayoría de los casos, lo cual, como en todo tumor maligno, es clave para la realización de un tratamiento eficaz, que en estos tumores alcanza tasas muy altas de curación.

Además, los médicos de Atención Primaria podemos actuar de forma determinante sobre la incidencia del cáncer

Correspondencia:
J.L. Garavís González.
C/ Azucenas, 57.
Urb. Los Cisnes.
37190 Terradillas. Salamanca.

TABLA 1. Fototipos cutáneos

Fototipo	Descripción	Reacción al sol	
Tipo I	Pelirrojo, con pecas	Siempre se quema	Nunca se pone moreno
Tipo II	Piel clara, ojos azules	Casi siempre se quema	Casi nunca se pone moreno
Tipo III	Caucasiano más oscuro	Casi nunca se quema	Casi siempre se pone moreno
Tipo IV	Mediterráneo	Casi nunca se quema	Siempre se pone moreno
Tipo V	Latinos, mestizos, árabes	Rara vez se quema	Se broncea intensamente
Tipo VI	Negros	Nunca se quema	Se pone muy moreno

TABLA 2. Papel del médico de Atención Primaria

El médico de Atención Primaria debe:

- Conocer las lesiones tumorales más frecuentes
- Diferenciar claramente las lesiones benignas de las malignas y premalignas
- Derivar precozmente al dermatólogo las lesiones sospechosas
- Fomentar hábitos preventivos: minimizar la exposición a la luz solar

de piel mediante la implementación de medidas de *prevención primaria*, habida cuenta que las mismas se basan prioritariamente en la reducción a la exposición solar, junto al uso de vestimentas adecuadas y la utilización de pantallas solares de protección.

Los instrumentos de los que dispone el Médico de Atención Primaria para la realización de un diagnóstico preciso y precoz son la realización de una correcta historia clínica y una exploración cutánea adecuada y, cuando así lo requiera el caso, será la biopsia realizada por el dermatólogo la que confirme este diagnóstico.

Historia clínica

Debe hacer hincapié en aquellos aspectos de especial trascendencia en la génesis de las lesiones (tabla 3):

Edad

- La mayoría de los tumores malignos aparecen a partir de los 40 años.

Profesión

- Es fundamental preguntar expresamente sobre trabajos que se desarrollan al aire libre (agricultor, ganadero, albañil, marinero, minería a cielo abierto, jardinería, maderos, etc.).
- Preguntar expresamente sobre trabajos relacionados con la industria del petróleo: extracción, transporte, destilación, garajistas, trabajadores que usan disolventes.
- Industria de colorantes, peletería, curtiduría.
- Trabajos de radiología, industria de radiaciones ionizantes.

Antecedentes

- Hay que inquirir al paciente sobre antecedentes familiares de tumores cutáneos, interrogando expresamente acerca de la existencia de melanoma y basalioma.

TABLA 3. Factores de riesgo

Preguntar sobre:

- Profesiones de riesgo: exposición solar, petróleo, radiaciones ionizantes
- Antecedentes familiares de cáncer cutáneo
- Quemaduras solares en la infancia
- Tratamientos previos: radioterapia, arsénico, inmunosupresores, citostáticos
- Velocidad de crecimiento del tumor

La incidencia del cáncer de piel se está incrementando de tal forma, que podemos decir que ha alcanzado proporciones de epidemia y constituye un grave problema de salud.

- Preguntar sobre exposiciones solares repetidas y prolongadas con o sin quemaduras. Es muy importante interrogar sobre quemaduras solares en la infancia.

– Tratamientos previos con psoraleno y luz ultravioleta (PUVA) o radioterapia. Interesa reseñar como prioritario el consumo de inmunosupresores, citostáticos y arsénico, ya sea en el momento actual o en algún momento de su vida.

Evolución y curso de las lesiones:

- En general los tumores malignos tienen un crecimiento progresivo y rápido mientras que los benignos suelen ser más estables. Las excepciones a esta regla son el queratoacantoma y el granuloma piogénico que son tumores benignos de crecimiento rápido y el carcinoma basocelular que, siendo un tumor maligno, puede tener un crecimiento lento y permanecer estable durante largo tiempo.

Exploración cutánea

Una exploración cutánea cuidadosa y un estudio macroscópico de las lesiones nos ayudará a discernir si se trata de un tumor benigno o maligno (tabla 4).

Características de las lesiones

- Debemos pensar en un tumor maligno cuando es único, asimétrico, con límites poco precisos y de bordes irregulares.
- La inflamación, la ulceración, o si la lesión sangra con facilidad, son también signos de malignidad. Son excepciones a esta regla las queratosis seborreicas que pueden inflamarse y el granuloma piogénico que puede ulcerarse y sangrar y, sin embargo, se tratan de tumores benignos.
- Muy importante es la palpación de las lesiones. Si al presionar lateralmente la base de la lesión notamos que tiene una consistencia más dura que la piel adyacente es signo de crecimiento en profundidad y, por lo tanto, muy representativo de malignidad.

Tabla 4. Criterios de benignidad y malignidad de los tumores cutáneos

Benignidad	Malignidad
Edad menor de 30 años	Edad mayor de 40 años
Crecimiento lento o lesión estable	Crecimiento progresivo o rápido
Lesiones múltiples	Lesión única
Lesiones simétricas	Lesiones asimétricas
Límites precisos, bordes regulares	Límites poco precisos, bordes irregulares
Lesión no infiltrada	Infiltración en profundidad
Superficie lisa	Ulceración, sangrado

Muy importante es la palpación de las lesiones. Si al presionar lateralmente la base de la lesión notamos que tiene una consistencia más dura que la piel adyacente es signo de crecimiento en profundidad y, por lo tanto, muy representativo de malignidad.

Piel adyacente

– Fototipo: se ha convenido una clasificación de la piel según su pigmentación y su respuesta a la exposición a las radiaciones solares (tabla 1). El cáncer de piel se produce más frecuentemente en personas de fototipo I y II.

– La presencia en la piel adyacente al tumor de otras lesiones producidas por exposición solar (queratosis actínica), por radiaciones ionizantes (radiodermatitis), o cicatrices retráctiles, nos debe alertar sobre la posibilidad de que se trate de un cáncer cutáneo.

Seguidamente describiremos las lesiones premalignas y los cánceres cutáneos más frecuentes y fácilmente diagnosticables (tabla 5), intentaremos resaltar los aspectos clínicos que nos puedan orientar hacia un diagnóstico co-

La precancerosis son aquellos cambios tisulares cuya evolución natural lleva al desarrollo de un tumor maligno.

recto y expondremos cuál debe ser, a nuestro juicio, el manejo por el médico de Atención Primaria de cada una de las situaciones, haciendo hincapié en el diagnóstico precoz y en las medidas preventivas.

LESIONES PRECANCEROSAS

En el III Congreso Internacional de Dermatología celebrado en Londres en 1896, Dubreuilh acuñó el término precáncer y fue aceptado plenamente. En la actualidad la definición establecida por Bloch en 1932 permanece totalmente vigente y describe de forma muy significativa el concepto: “la precancerosis son aquellos cambios tisulares cuya evolución natural lleva al desarrollo de un tumor maligno”. Las lesiones precancerosas se caracterizan por:

– Presentar alteraciones histológicas muy variables: desde simples alteraciones inflamatorias con hiperplasia a carcinoma *in situ*.

– Evolucionar espontáneamente hacia un tumor maligno.

– La lesiones no superan la capa basal de la epidermis. Cuando invaden la dermis estamos ante su transformación en cáncer cutáneo.

Vamos a estudiar a continuación las lesiones precancerosas que por su frecuencia tienen mayor interés para el médico de familia.

Queratosis actínicas

También llamadas queratosis solares o queratomas actínicos.

Epidemiología

Es la más frecuente de las lesiones precancerosas en nuestro medio, afectando a personas adultas y ancianos de piel clara (fototipos I, II y III, infrecuente en el fototipo IV y casi nunca en personas de raza negra) y que han sufrido una exposición crónica al sol. Por ello afecta más a personas que por su profesión desarrollan su actividad al aire libre sin protección adecuada (agricultores, marineros, albañiles) y la prevalencia es mayor en regiones y países muy soleados (Australia, sur de EE.UU. y, en España, en Andalucía, Extremadura, Levante y las dos Castillas).

Clínica

La lesión característica es una escama amarillenta o marrón, hiperqueratósica, seca y áspera que se aprecia mejor por su tacto rasposo que por inspección, “se tocan mejor que se ven” (figs. 1 a 5). Se desprende con dificultad y si lo hacemos duele y deja un lecho erosionado y sangrante. Asienta comúnmente sobre una piel con signos de envejecimiento o degeneración debida a la sobreexposición solar,

Tabla 5. Lesiones precancerosas y cáncer cutaneomucoso

Lesiones precancerosas

Queratosis actínica
Queratosis sobre radiodermitis
Queratosis sobre termodermitis
Queratosis por sustancias químicas
Queratosis arsenicales
Queratosis por alquitranes
Leucoplasia
Queilitis actínica
Nevus atípico o *nevus* de Clark
Cicatrices hipertróficas y queloides
Lesiones precancerosas poco frecuentes
Xeroderma pigmentosum
Epidermodisplasia verruciforme
Poroqueratosis
Nevus sebáceo de Jadassohn

Cáncer *in situ*

Enfermedad de Bowen
Eritroplasia de Queyrat
Cuerno cutáneo

Cáncer cutáneo

Carcinoma basocelular
Carcinoma espinocelular
Melanoma maligno
Melanoma de extensión superficial
Lentigo maligno melanoma
Melanoma lentiginoso acral
Melanoma nodular

Otros cánceres menos frecuentes

Dermatofibrosarcoma *protuberans*
Sarcoma de Kaposi
Adenocarcinomas salivales
Adenocarcinomas ecrinos
Adenocarcinomas apocrinos
Enfermedad de Paget del pezón y areola mamaria
Enfermedad de Paget extramamaria
Carcinomas de las glándulas ceruminosas y de Moll
Adenocarcinomas sebáceos
Merkelomas



Figura 1. Queratosis actínica.

lo que se ha llamado *dermatoheliosis* (fig. 3): piel atrófica, seca, hiperpigmentada y con múltiples arrugas. Se localizan en zonas fotoexpuestas: frente, dorso de la nariz, mejillas, cuero cabelludo en los calvos, pabellones auriculares, dorso de manos y antebrazos. Probablemente dentro de pocos años aparecerán en todo el tronco como consecuencia de la moda del bronceado. Generalmente son múltiples y tienen un curso progresivo haciéndose cada vez más hiperqueratósicas, pudiendo evolucionar muy lentamente, en un 20%-25% de los casos, hacia un carcinoma espinocelular poco agresivo, con un potencial metastático muy bajo.



Figura 2. Queratosis actínica.



Figura 3. Queratosis actínica sobre dermatoheliosis.

Diagnóstico diferencial

Se debe hacer principalmente con la verruga seborreica, también llamada queratosis seborreica. Se diferencian en que ésta es de color más marrón, y puede localizarse también en el tronco, pero sobre todo por el tacto: la verruga seborreica es de superficie blanda y tiene un tacto untuoso mientras que la queratosis actínica tiene una superficie más dura y su tacto es rasposo, áspero.

Tratamiento

Debemos explicar al paciente la naturaleza premaligna de las lesiones y proceder a su remisión al dermatólogo para su eliminación mediante cualquiera de los métodos terapéuticos que existen. Si esto no es posible habrá que hacer un seguimiento periódico de la evolución de las lesiones para detectar precozmente la aparición de un carcinoma. Las lesiones pueden destruirse mediante tratamientos médicos o quirúrgicos (tabla 6), dependiendo la elección del método de diferentes factores como el número, tamaño y localización de las lesiones, estado general del paciente, etc. Actualmente el método de elección es la crioterapia mediante spray de nitrógeno líquido. Un método alterna-



Figura 4. Queratosis actínica.



Figura 5. Queratosis actínica.

Tabla 6. Tratamiento de la queratosis actínica

Crioterapia
Electrocoagulación
Radiocirugía
Dermoabrasión
Extirpación quirúrgica
Crema de 5-fluoracilo
Peeling químico con ácido tricloroacético
Retinoides tópicos
Terapia fotodinámica

tivo que puede utilizarse en Atención Primaria es la aplicación de pomada de 5-fluoracilo dos veces al día durante aproximadamente dos a tres semanas, hasta conseguir la erosión de la lesión. Debe ser aplicado por personal entrenado pues puede producir intensa irritación en la piel adyacente y hay que saber decidir en qué momento debe suspenderse el tratamiento.

Prevención

Al tratarse de un proceso en cuya etiología desempeña un papel fundamental la exposición a las radiaciones solares habrá que recomendar al paciente la utilización de filtros solares de alta eficacia y explicarle otras medidas de fotoprotección (tabla 7). De esta forma se puede prevenir la aparición de nuevas lesiones o reducir su número en pacientes predispuestos. Además se ha demostrado que con una fotoprotección extrema durante un año, hasta un 25% de las lesiones involucionan espontáneamente.

La lesión característica es una escama amarillenta o marrón, hiperqueratósica, seca y áspera que se aprecia mejor por su tacto rasposo que por inspección, "se tocan mejor que se ven".

TABLA 7. Medidas de fotoprotección

Evitar la exposición en horas cenitales (de 12 a 16 h)
Controlar la exposición al sol de los niños
Utilizar sombreros de ala ancha
Ropas adecuadas en verano: manga larga, sombrillas
Filtros solares de alta eficacia
No utilizar bronceadores ni lámparas de rayos UVA

Queratosis sobre radiodermatitis

Todavía se pueden ver hoy día queratomas semejantes a los descritos anteriormente en profesionales (pediatras, odontólogos, radiólogos, etc.) que no se protegían adecuadamente de la acción de los rayos X. Como consecuencia de la acción de dosis mínimas repetidas durante largos períodos de tiempo se produce, en el dorso de las manos y superficies dorsolaterales de los dedos, la llamada *radiodermatitis distrófica tardía* que se caracteriza por sequedad de la piel, depilación, zonas hiperpigmentadas que alternan con otras hipocrómicas, telangiectasias y atrofia cutánea. Posteriormente, sobre estas lesiones pueden aparecer queratomas con evolución a carcinomas espinocelulares. Menos frecuentemente pueden aparecer también carcinomas basocelulares.

Queratosis sobre termodermatitis

También la exposición crónica a una fuente de calor excesiva puede dar lugar a que los rayos infrarrojos produzcan lesiones precancerosas en la piel. En nuestro medio esto ocurre por el uso del brasero y se da sobre todo en mujeres de edad avanzada, en la cara anterior de las piernas, donde pueden aparecer queratomas sobre el llamado eritema *ab igne* (cabrillas). Estos queratomas, al cabo de los años, pueden dar lugar a carcinomas espinocelulares, por lo que hay que tratarlos precozmente.

Queratosis arsenicales

Las queratosis producidas por el uso medicamentoso del arsénico son hoy día excepcionales, pero todavía pueden verse queratosis arsenicales en ciertas profesiones expuestas como minas de plata y cobre, industrias de colorantes, manejo de insecticidas, fungicidas, herbicidas y defoliantes, o por exceso de arsénico en el agua en determinadas regiones. Las lesiones en este caso se localizan en palmas de las manos, plantas de los pies y tronco, y en un 5% de los casos malignizan hacia un carcinoma espinocelular.

Queratosis por alquitranes

El contacto continuado de la piel con otros productos químicos como las breas y aceites minerales pueden originar también queratomas indistinguibles de los actínicos y sus-

Quando los rasgos clínicos nos ofrezcan dudas o bien si crece o sufre variaciones, debe extirparse para su estudio histológico.

No responde al tratamiento con corticoides tópicos lo que nos sirve para diferenciarla de otras lesiones con aspecto eczematoso.

ceptibles de malignizar. El cáncer de escroto de los desholliadores de Londres fue el primer cáncer profesional que se describió y, aunque hoy día es raro que se presente, todavía aparece en ocasiones en profesionales que trabajan con estos productos por no observar una protección adecuada.

Leucoplasia

Es un concepto clínico que se define como una o varias placas blanquecinas y persistentes, de límites bien definidos, de superficie lisa y algo elevada, que está muy adherida, por lo que si se intenta desprender sangra. Se localizan en la mucosa oral, casi siempre en el prolabio inferior (fig. 6), sobre una queilitis actínica, o en la mucosa de las mejillas, lengua o paladar y más raramente en la mucosa genital. Generalmente es secundaria a un irritación crónica por agentes físicos o químicos: prótesis dentales mal ajustadas, alcohol, tabaco, etc.

Se diferencia de la candidiasis oral en que en ésta la placa se desprende más fácilmente. También habrá que diferenciarla de un liquen plano o de un lupus eritematoso. Si se sospecha debe biopsiarse siempre pues es frecuente su malignización a carcinoma espinocelular y, por lo tanto, su tratamiento, además de actuar sobre los posibles factores desencadenantes (tabaco, prótesis dentales, etc.), debe incluir su eliminación mediante electrocoagulación, crioterapia o extirpación quirúrgica.

Queilitis actínica

Es el equivalente a la queratosis actínica en la semimucosa del labio inferior (fig. 7). Es una de las lesiones precancerosas más frecuentes, sobre todo entre los agricultores, pues debido a la morfología y situación del labio inferior éste recibe directamente la acción de las radiaciones solares. Además en su aparición está implicado el hábito de fumar por la acción directa sobre la mucosa labial del humo del tabaco y por las pequeñas quemaduras producidas por la costumbre de dejar que se queme el cigarrillo apoyado entre los labios. La lesión consiste en una atrofia de la semimucosa, con pérdida de los pliegues y pequeñas placas hiperqueratósicas o escamas adheridas, que en ocasiones el paciente se arranca con los dientes dejando pequeñas erosiones.



Figura 6. Leucoplasia.

TABLA 8. Rasgos clínicos del *nervus atípico*

- Brotan en la adolescencia o edad adulta
- Diámetro de 0,5 a 1 cm
- Número de 10 a más de 100
- Borde asimétricos e irregulares
- Predomina el componente macular
- A veces elevación (pápula) central
- Coloración variable: marrón claro, marrón oscuro, grisáceo, rosado
- Localizados en la espalda y zonas cubiertas

mar por la acción directa sobre la mucosa labial del humo del tabaco y por las pequeñas quemaduras producidas por la costumbre de dejar que se queme el cigarrillo apoyado entre los labios. La lesión consiste en una atrofia de la semimucosa, con pérdida de los pliegues y pequeñas placas hiperqueratósicas o escamas adheridas, que en ocasiones el paciente se arranca con los dientes dejando pequeñas erosiones.

El tratamiento, en fases iniciales, consiste en emplear cremas protectoras de alta eficacia y sugerir al paciente la necesidad de dejar de fumar. Se debe realizar un seguimiento de la lesión cada dos o tres meses y cuando esté plenamente establecida se puede tratar con láser, crioterapia o 5-fluoracilo tópico. Si la lesión es extensa habrá que realizar una extirpación de toda la semimucosa del labio (bermellectomía).

Nevus atípico o *nevus* de Clark

Se trata de una lesión cutánea pigmentada, adquirida, que aparece en la adolescencia y edad madura, raramente en niños prepuberales, con un diámetro entre 0,5 y 1 cm, de bordes asimétricos, irregulares y difuminados, con un componente maculoso predominante siempre presente, aunque puede haber un componente papular, elevado, generalmente en el centro de la mácula (tabla 8). Tienen una coloración variable con tonos marrón claro, marrón oscuro, zonas grisáceas, e incluso rosadas (fig. 8). Su número es muy variable, por regla general hay más de 10 (en el tipo familiar hasta un centenar), predomina



Figura 7. Queilitis actínica.



Figura 8. Nevus atípico.

minan en la espalda y zonas cubiertas como glúteos, genitales y mamas, también en extremidades y cuero cabelludo.

Los *nevus* atípicos pueden verse en pacientes de forma esporádica o en un contexto familiar, y constituyen un factor de riesgo muy importante de desarrollar melanoma, tanto sobre el *nevus* como sobre piel normal. Este riesgo es mayor en pacientes con historia familiar de melanoma (en familiares de primer grado) en cuyo caso deben ser examinados periódicamente para tratar de detectar el melanoma en estadios precoces. Cuando los rasgos clínicos nos ofrezcan dudas o bien si crece o sufre variaciones, debe extirparse para su estudio histológico. Estos pacientes no deben tomar baños de sol y deben utilizar filtros solares.

CÁNCER *IN SITU*

Enfermedad de Bowen

Esta entidad corresponde a un carcinoma espinocelular *in situ* o intradérmico, es decir, que no ha llegado a romper la membrana basal de la epidermis y, por lo tanto, no invade la dermis. Es un proceso poco frecuente que suele aparecer como una lesión solitaria, en cualquier parte de la anatomía cutánea, casi siempre en mayores de 30 años, en forma de una placa eritematoparduzca, de bordes irregulares pero bien definidos y cuya superficie está recubierta en algunas zonas por una escamocrosta difícil de desprender (figs. 9 y 10).

La lesión es muy persistente, tiene una evolución muy lenta, es asintomática y no responde al tratamiento con corticoides tópicos, lo que nos sirve para diferenciarla de otras lesiones con aspecto eczematoso cuya evolución suele ser más aguda y sí responden al tratamiento con corticoides. Habrá que diferenciarla también del carcinoma basocelular superficial. No hay tendencia a la regresión espontánea y suele persistir durante mucho tiempo



Figura 9. Enfermedad de Bowen.

limitada a la epidermis, pero, en ocasiones, se estima que un 5% de los casos, de forma brusca e imprevisible, puede atravesar la membrana basal y hacerse invasivo con todas las características del carcinoma espinocelular en período de estado. El tratamiento de elección será la escisión quirúrgica.

Eritroplasia de Queyrat

Es el equivalente a la enfermedad de Bowen en mucosa genital, es decir, carcinoma espinocelular *in situ*, generalmente en la mucosa del glande. Se produce en hombres no circuncidados de edad avanzada, y se ha atribuido a diversos factores etiológicos: irritación crónica (depósitos de esmegma, fricción), infecciones víricas (virus del papiloma humano [VPH], herpes genital) tóxicos (ingesta de arsénico). La lesión es una mancha o placa de color rojo vivo, de bordes bien definidos, no infiltrada, a nivel del glande y superficie interna del prepucio (fig. 11). Se debe diferenciar de la psoriasis, que presenta lesiones en otras localizaciones, de la candidiasis, que cura con antifúngicos, del liquen plano y del liquen escleroatrófico.



Figura 10. Enfermedad de Bowen.



Figura 11. Eritroplasia de Queyrat.

Puede aparecer también en la vulva y es resistente a cualquier tratamiento tópico. Progresas lentamente en un 30%

de los casos hacia una neoplasia invasiva, por lo que, cuando se sospeche, habrá que realizar un diagnóstico preciso mediante biopsia. El tratamiento consistirá en escisión quirúrgica y habrá que realizar un seguimiento continuo.

Cuerno cutáneo

Es una forma de comienzo del carcinoma espinocelular. Se trata de una forma clínica que, como su nombre indica, simula el cuerno de un animal. Aparece sobre todo en la cara, labio inferior y dorso de las manos, pudiendo asentar sobre piel previamente sana o sobre un queratoma. Se presenta como una excrecencia córnea, circunscrita, de base infiltrada, de crecimiento muy lento, que puede llegar a medir varios centímetros de longitud. Si se desprende la masa queratósica queda una superficie ulcerada de fondo papilomatoso y sangrante.

BIBLIOGRAFÍA

La bibliografía recomendada aparecerá publicada en la segunda parte de este artículo.