

Precáncer y cáncer cutáneo (II)

J.L. Garavís González

Centro de Salud Vitigudino. Salamanca.

CARCINOMAS CUTÁNEOS

Carcinoma basocelular

El carcinoma basocelular (CB) es el tipo más común de cáncer de la piel. Este tumor maligno es localmente infiltrante, agresivo y destructivo, pero tiene poca capacidad de metastatizar. Generalmente se origina sólo en la epidermis con capacidad para desarrollar folículos pilosos, por lo tanto, el CB es infrecuente en el borde rojo del labio y en las mucosas genitales. Se le han dado otras denominaciones (basalioma, epitelioma basocelular) pero hoy día se prefiere la denominación "carcinoma" con el fin de destacar el carácter maligno y destructivo de este tumor.

Etiopatogenia

El hecho de que los CB predominen en la cara y cuello de pacientes de piel clara (fototipo I-II), con profesiones al aire libre o que han tomado el sol de forma indiscriminada, hace que se considere como principal agente etiológico a las radiaciones ultravioleta acumuladas durante años. Otros factores etiológicos que se postulan son la exposición a agentes químicos (arsénico, hidrocarburos aromáticos, etc.), radiaciones ionizantes o predisposición genética (son más frecuentes en pacientes con albinismo o *xeroderma pigmentosum*, en los que existe menos protección cutánea a la acción de las radiaciones ultravioleta).

Clínica

La edad de comienzo es entre los 40 y 50 años y son más frecuentes en hombres que en mujeres. Su localización más habitual es en la cabeza, aunque puede localizarse también en cuello, tronco, extremidades y genitales, por este orden. No afecta a mucosas y si lo hace es por invasión de una lesión contigua. La lesión clínica se puede presentar de múltiples formas (tabla 1) y son numerosas las clasificaciones que se manejan, casi tantas como autores.

Tabla 1. Tipos clínicos de carcinomas basocelulares

Superficial, pagetoide
Plano cicatricial
Esclerodermiforme o morfeiforme
Nodular, nódulo-ulcerativo
Ulcerados (<i>ulcus rodens</i>)
Pigmentado
Fibroepitelioma de Pinkus

Básicamente las formas clínicas pueden agruparse según tengan un crecimiento superficial, tumoral o infiltrante.

Carcinoma basocelular superficial o pagetoide (figs. 1 y 2). Llamado así por sus analogías morfológicas con la enfermedad de Paget de la mama. Tiene una tonalidad rosada-grisácea y su superficie, discretamente infiltrada, está salpicada de pequeñas escamocostras que reposan sobre una dermis atrófica. Sus bordes están elevados y perlados, configurando un collarite de finas perlas, que son la lesiones que mejor definen al CB. Se localiza en tronco y en otras zonas no fotoexpuestas. Es asintomático y tiene un crecimiento muy lento, pudiendo alcanzar un tamaño de más de 30 cm. Debe diferenciarse de eccemas crónicos, que son pruriginosos y responden al tratamiento con corticoides tópicos, de la psoriasis, que produce descamación blanquecina al raspado y de la enfermedad de Bowen, mediante biopsia.



Figura 1. Carcinoma basocelular superficial.

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



Figura 2. Carcinoma basocelular superficial.

Carcinoma basocelular plano cicatricial. En su crecimiento superficial centrífugo se produce una reacción esclerosa que da lugar a una placa extensa de aspecto cicatricial, rodeada de un borde neto perlado. Aparece casi exclusivamente en la cara y puede alcanzar grandes extensiones. En fases muy avanzadas puede ulcerarse.

Carcinoma basocelular esclerodermiforme. Es una variedad muy rara, que tiene cierto parecido a las placas de morfea. Se presenta como una placa de color blanco-amarillento, brillante, esclerosa, indurada, de crecimiento muy lento, casi nunca ulcerada. Sus bordes están poco definidos y no suelen tener perlas. Esta variedad se caracteriza por su alta tasa de recurrencias. Hay que hacer diagnóstico diferencial con cicatriz y placa de morfea.

Carcinoma basocelular nodular o noduloulcerativo (figs. 3 a 7). Es la forma más frecuente. Comienza como una pe-



Figura 3. Carcinoma basocelular nodular.



Figura 4. Carcinoma basocelular nodular.

queña lesión nodular o pápula de superficie translúcida y con finas telangiectasias. Los bordes son netos, brillantes y de apariencia perlada. En fases avanzadas puede ulcerarse. Debe diferenciarse de los *nevus* melanocíticos dérmicos, que son del color de la piel, pero permanecen estables y del carcinoma espinocelular, que no tiene telangiectasias y suele ser más nodular y verrucoso y de evolución más rápida.

Carcinoma basocelular ulcerado, "ulcus rodens" (fig. 8). En este caso la ulceración tiene lugar desde el comienzo, dando lugar a una úlcera en sacabocados característica, de bordes cortados a pico, fondo rojo oscuro, granulado y ocasionalmente necrótico, en la que no suelen apreciarse perlas en los bordes. Es una forma poco frecuente pero es la más agresiva pudiendo dar lugar a grandes destrucciones (terebrantes) en las zonas subyacentes que son, preferentemente, la zona media de la cara, región preauricular y cuero cabelludo.



Figura 5. Carcinoma basocelular nodular.



Figura 6. Carcinoma basocelular nodular.

Carcinoma basocelular pigmentado (fig. 9). La presencia de pigmento puede presentarse en todas y cada una de las formas clínicas de CB por lo que algunos autores no lo consideran una entidad clínica individualizada. La hiperpigmentación es de origen melánico por aumento del número de melanocitos y es más habitual en las formas nodulares. Su interés reside en la necesidad de distinguirlos de otros tumores pigmentados, especialmente del melanoma maligno, sobre todo cuando están erosionados, cuya pigmentación es más policroma e irregular y no es translúcida. Se diferencian de las queratosis seborreicas en que éstas tienen la superficie mate, tapones córneos y un tacto untuoso, de los *nevus* melanocíticos en que éstos aparecen en la infancia, se mantienen estables, y su consistencia es más elástica.

Fibroepitelioma de Pinkus. Es una forma extremadamente rara de CB. Se presenta como una pápula o nódulo sesil, recubierto de piel eritematosa o de color rosado generalmente en la región lumbar y que hay que diferenciar de un fibroma.



Figura 7. Carcinoma basocelular nodular.



Figura 8. Carcinoma basocelular ulcerado.

Evolución y pronóstico. Se trata de un tumor maligno que, dejado evolucionar sin tratamiento, tiene un crecimiento lento y progresivo produciendo destrucción local y diseminación por contigüidad, pudiendo llegar a situaciones irreversibles que acaben con la vida del enfermo. Las metástasis a distancia son excepcionales.

El pronóstico, si se realiza un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado, es excelente, sobre todo en los nodulares y en los de extensión superficial. Los ulcerados, terebrantes y el esclerodermiforme son los más agresivos. El mayor peligro proviene de la invasión de planos óseos o de su propagación por orificios naturales (conducto auditivo) o por planos de despegamiento (órbita), por ello las localizaciones perinasales, en ángulos nasoorbitarios, cuero cabelludo y regiones retroauriculares son especialmente pe-



Figura 9. Carcinoma basocelular pigmentado.

El hecho de que los carcinomas basocelulares predominen en la cara y el cuello de pacientes de piel clara (fototipo I-II), con profesiones al aire libre o que han tomado el sol de forma indiscriminada, hace que se considere como principal agente etiológico a las radiaciones ultravioletas acumuladas durante años.

ligrosas pues infiltran en profundidad más precozmente y, además, los tratamientos en estas zonas son más complicados y resultan en ocasiones insuficientes.

Tratamiento

Si la sospecha clínica es fundada debemos remitir a estos pacientes al dermatólogo lo más pronto posible para que éste realice la confirmación diagnóstica y decida la estrategia terapéutica más adecuada. La mayor parte de las lesiones se pueden controlar fácilmente, los problemas surgen en los CB localizados alrededor de los ojos, en los pliegues nasolabiales, en el conducto auditivo o en el surco retroauricular, donde el tumor puede invadir en profundidad el músculo, el hueso e incluso la duramadre.

El tratamiento dependerá de la localización, extensión, tamaño, tipo clínico, estado general del paciente, etc. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica con cierre primario, colgajo cutáneo o injerto. Otras opciones, en algunos casos concretos, pueden ser curetaje-electrodesecación, criocirugía o radioterapia. En las lesiones en zonas peligrosas (área nasolabial, alrededor de los ojos, en el conducto auditivo, en el surco auricular posterior, en el CB esclerodermiforme y en las lesiones del cuero cabelludo) el mejor enfoque es la cirugía con control microscópico (cirugía micrográfica de Mohs), que es una técnica laboriosa basada en la realización de cortes histológicos por congelación en el mismo acto operatorio, analizando el fondo y los bordes de la lesión extirpada y realizando la exéresis necesaria hasta conseguir unos márgenes libres de tumor. Actualmente se están ensayando otras técnicas como las inyecciones intralesionales de interferón, administración de retinoides o la terapéutica fotodinámica.

Debe realizarse un seguimiento a largo plazo del paciente para controlar y detectar lo más precozmente posible las posibles recidivas o la aparición de nuevos tumores. Se recomienda hacerlo a los 3 y 6 meses postratamiento y después una vez al año durante 5 años. El tratamiento debe complementarse con medidas de prevención y educación sanitaria, haciendo hincapié fundamentalmente en los consejos de protección de la luz solar (tabla 5 de la primera parte [SEMERGEN 2003;29(7):360-7]) y en el auto-

El carcinoma basocelular nodular es el más frecuente. Comienza como una pequeña lesión nodular o pápula de superficie translúcida y con finas telangiectasias. Los bordes son netos, brillantes y de apariencia perlada. En fases avanzadas puede ulcerarse.

examen, de manera que deben consultar al médico toda lesión nueva que no cure en el plazo de dos semanas.

Carcinoma espinocelular

El carcinoma espinocelular (CE) es, tras el CB, el tumor maligno cutáneo más frecuente, representando el 20% de los cánceres cutáneos. Deriva de los queratinocitos del cuerpo mucoso de Malpighio y su presentación habitual es un nódulo ulcerado o exofítico, que asienta sobre piel fotoexpuesta, generalmente dañada previamente por agentes físicos o químicos, en un hombre de piel clara y mayor de 50 años. Tiene capacidad invasiva y de producir metástasis a distancia.

Etiología

El factor etiológico más importante son las radiaciones ultravioleta B, lo que explica su predilección por zonas fotoexpuestas y que aparezca con frecuencia sobre queratomas actínicos preexistentes, dermatoheliosis, leucoplasias o sobre queratitis actínicas. Existen otros agentes cancerígenos implicados que explicarían la aparición del CE en zonas no expuestas a las radiaciones solares (tabla 2). En general se admite que el CE tiene una etiología multifactorial.

Clínica

El CE puede desarrollarse sobre piel, generalmente previamente lesionada por los agentes oncogénicos que acabamos de describir, y también sobre mucosas y semimucosas, a diferencia del CB, que sólo se desarrolla sobre piel con folículos pilosos. La mayor parte de los casos se localizan en zonas fotoexpuestas (cara, labio inferior, dorso de manos, pabellón auricular), aunque puede aparecer en cualquier parte de la superficie cutánea. Es más frecuente en hombres de piel clara (fototipos I y II), aunque también se da en mujeres, en las cuales aparece con cierta frecuencia en extremidades inferiores. En el apartado de "cáncer *in situ*" hemos estudiado las formas de CE intraepidérmico (enfermedad de Bowen y eritroplasia de Queyrat) y la forma de comienzo (cuerno cutáneo), en las cuales se mantiene íntegra la capa basal de la epidermis y por lo tanto las células cancerosas no invaden la dermis. Ahora corresponde describir las manifestaciones clínicas de los CE en período de estado con invasión de la dermis y tejidos vecinos.

El CE presenta mucho menos polimorfismo clínico que el CB. En su presentación típica comienza como un nódulo

Tabla 2. Etiología del carcinoma espinocelular

Radiaciones ultravioleta B
Virus del papiloma humano (vulva y pene)
Sustancias químicas: arsénico, aceites minerales, alquitranes
Tabaco (labio inferior)
Cicatrices de quemaduras
Rayos X
Tratamiento con inmunosupresores
Enfermedades genéticas (<i>xeroderma pigmentosum</i> , albinismo, etc.)
Inflamaciones crónicas (lupus discoide, liquen plano, úlceras crónicas, etc.)

El carcinoma basocelular es un tumor maligno que, dejado evolucionar sin tratamiento, tiene un crecimiento lento y progresivo produciendo destrucción local y diseminación con contigüidad, pudiendo llegar a situaciones irrecuperables que acaben con la vida del enfermo. Las metástasis a distancia son excepcionales.

lo o pápula dura, levemente eritematosa o del color de la piel, de límites mal definidos y superficie lisa o escamosa. La lesión crece en superficie y en altura, con frecuencia se erosiona, se ulcera, puede sangrar e infiltra en profundidad, apareciendo los bordes elevados e irregulares (figs. 10 y 11). Una lesión de estas características en el labio inferior de un adulto y de 4-6 semanas de evolución nos debe hacer sospechar un CE (fig. 12).

Atendiendo a su aspecto macroscópico se describen diversas formas clínicas fácilmente reconocibles: nodular, noduloulcerosa, ulcerosa, vegetante y superficial. Generalmente son asintomáticos o levemente dolorosos salvo cuando, como consecuencia de la infiltración, se afectan troncos nerviosos, como el trigémino, en los CE de localización en la mejilla. Dejados a su evolución, el crecimiento en profundidad puede llegar a destruir tejidos blandos, músculo y hueso.

Las metástasis se producen por vía linfática hacia ganglios regionales o, menos frecuentemente, por vía hemática, hacia pulmón, hígado, cerebro, piel o hueso. En conjunto la incidencia de metástasis de los CE es del 3%-4%. Los carcinomas de mucosas y semimucosas son los que más metastatizan (CE de labio, de vulva y pene). También metastatizan con frecuencia los de dorso de manos, orejas, cuero cabelludo y extremidades inferiores. Aquellos CE que asientan sobre radiodermatitis, cicatrices o úlceras también tienen mayor tendencia a las metástasis. Por el contrario, los que asientan sobre queratosis actínicas son los que presentan un potencial menor de metástasis.

Diagnóstico diferencial

Cualquier pápula, nódulo, placa queratósica aislada o erosionada, o úlcera persistente, de más de un mes de evolu-



Figura 11. Carcinoma espinocelular.

ción, especialmente si asientan sobre piel con lesión actínica, en el labio inferior, sobre zonas de radiodermatitis, cicatrices de quemaduras o en genitales, deben ser consideradas potencialmente como un CE mientras no se demuestre lo contrario, por lo que hay que remitirlas al dermatólogo para que realice el diagnóstico exacto y decida el proceder terapéutico.

El CE debe diferenciarse del queratoacantoma, que puede presentar una morfología muy similar pero es de crecimiento más rápido. También habrá que diferenciarlo del CB ulcerado.

Tratamiento

Una consideración previa, muy apropiada en este momento, es que "el mejor tratamiento del cáncer es el del precáncer". El abordaje terapéutico será planificado por el dermatólogo en función de las características del tumor, localización, estado general del paciente, etc. En general el tratamiento de elección será la escisión quirúrgica con cierre primario, colgajo cutáneo o injerto, según el tamaño y localización del tumor. En zonas difíciles se utilizará la cirugía con control microscópico de Mohs. Cuando la cirugía no es factible, como puede ocurrir en pacientes ancianos con pluripatología, se puede utilizar la radioterapia pues se trata de un tumor radiosensible. La electrocoagulación y curetaje, crioterapia, terapéutica fotodinámica,



Figura 10. Carcinoma espinocelular.



Figura 12. Carcinoma espinocelular de labio.

Debe realizarse un seguimiento a largo plazo del paciente para controlar y detectar lo más precozmente posible las posibles recidivas o la aparición de nuevos tumores. Se recomienda hacerlo a los 3 y 6 meses postratamiento y después una vez al año durante 5 años. El tratamiento debe complementarse con medidas de prevención y educación sanitaria, haciendo hincapié fundamentalmente en los consejos de protección de la luz solar.

etc., son otras alternativas. Tras el tratamiento la tasa de remisión total a los 5 años es del 90%.

Los dos primeros años debe realizarse un seguimiento frecuente de estos pacientes que incluya exploración cutánea y ganglios linfáticos regionales. Los controles deben mantenerse a largo plazo y habrá que complementarlos con medidas preventivas y autoexamen del mismo modo que para el CB.

Melanoma

El melanoma es un tumor maligno pigmentario derivado de los melanocitos que puede localizarse en la epidermis, dermis y mucosas. Su frecuencia va en aumento y su mortalidad es elevada si no se diagnostica precozmente.

Epidemiología

Su frecuencia se ha incrementado considerablemente en las últimas décadas, siendo el tumor maligno que ha aumentado su incidencia de forma más rápida. Se estima que cada año aumenta un 7% el número de nuevos casos. En España aparecen 5-7 casos nuevos por cada 100.000 habitantes y año, afectando por igual a hombres y mujeres, predominantemente de piel clara (fototipo I y II). Puede aparecer a cualquier edad aunque la mayor incidencia se sitúa entre los 30 y 40 años, excepto el lentigo maligno que se produce en edades más tardías. Es responsable del 1% de todas las muertes por cáncer. Aproximadamente el 70% se desarrollan sobre piel normal y el 30% sobre una lesión melanocítica preexistente.

Factores de riesgo

Aunque la causa exacta del melanoma se desconoce, los estudios epidemiológicos no dejan lugar a dudas de que la luz solar, concretamente las radiaciones UVB, constituyen el factor etiopatogénico más importante. Parece ser que en

Cualquier pápula, nódulo, placa queratósica aislada o erosionada, o úlcera persistente, de más de un mes de evolución, especialmente si asienta sobre piel con lesión actínica, en el labio inferior, sobre zonas de radiodermatitis, cicatrices de quemaduras o en genitales, deben ser consideradas potencialmente como un carcinoma espinocelular.

El carcinoma espinocelular se presenta habitualmente como un nódulo ulcerado o exofítico, que asienta sobre piel fotoexpuesta, generalmente dañada previamente por agentes físicos o químicos, en un varón de piel clara y mayor de 50 años. Tiene capacidad invasiva y de producir metástasis a distancia.

Tabla 3. Factores de riesgo de desarrollar melanoma

Quemaduras solares en la infancia o adolescencia
Fototipos I y II
Historia familiar de melanoma
Presencia de <i>nevus</i> atípicos
Existencia de múltiples <i>nevus</i> (más de 50 de más de 2 mm)
Inmunosupresión

este caso no es el efecto acumulativo de las radiaciones solares, como ocurría en el CE, sino que son las exposiciones intermitentes e intensas, con la consiguiente quemadura (baños de sol en la playa), principalmente en la infancia y adolescencia, las responsables en buena medida de la aparición de melanomas. Un dato preocupante en la actualidad es el aumento de la cantidad de radiaciones (UVB) que llega a la superficie terrestre debido a la destrucción de la capa de ozono. Hay otros factores de tipo genético que indudablemente influyen en su aparición como lo demuestra la existencia de melanomas de tipo familiar. Están especialmente predispuestas las personas con fototipos I y II (piel clara, pelo rubio y ojos azules), probablemente debido a una menor resistencia de la piel a las radiaciones UVB. En la tabla 3 podemos ver los factores que aumentan el riesgo de desarrollar melanoma.

Clínica

Se describen 4 formas anatomoclínicas de melanoma: melanoma de extensión superficial, lentigo maligno melanoma, melanoma lentiginoso acral y melanoma nodular. Otras variantes menos frecuentes son el melanoma amelanótico, melanoma desmoplásico y melanoma de las mucosas.

Melanoma de extensión superficial (fig. 13). Es el más frecuente y representa el 70% de todos los melanomas. Se



Figura 13. Melanoma de extensión superficial.

El melanoma es el tumor maligno que ha aumentado su incidencia de forma más rápida. Se estima que cada año aumenta un 7% el número de nuevos casos.

presenta como una placa pigmentada, plana y asimétrica, de bordes irregulares que durante un tiempo variable (1-7 años) sólo crece lateralmente, en superficie, en forma de mancha de aceite (fase de crecimiento radial). En esta fase las células malignas están confinadas en la epidermis y en la dermis papilar y, por tanto, no metastatizan. Su coloración es una mezcla de marrón oscuro, azul, negro y rojo en cuyo interior puede haber zonas blanquecino-azuladas que corresponden a áreas de regresión tumoral. Se localiza fundamentalmente en las piernas en las mujeres y en la espalda en los hombres. Si se deja evolucionar se desarrolla sobre esta lesión un nódulo tumoral con infiltración en profundidad (fase de crecimiento vertical) y puede dar lugar a metástasis.

Lentigo maligno melanoma (fig. 14). Se habla de *lentigo maligno* cuando la lesión está limitada a la epidermis. Durante mucho tiempo fue considerada una lesión precancerosa, pero hoy día, por sus características histológicas, se considera un melanoma intraepidérmico o *in situ*, que no ha rebasado la membrana basal. Cuando la lesión se hace invasiva hablamos de *lentigo maligno melanoma*. Constituye aproximadamente el 5% de los melanomas. Se localiza principalmente en zonas fotoexpuestas (cara, cuello y dorso de manos) de personas de edad avanzada. Esto es debido a que en este caso el principal agente etiopatogénico es el efecto acumulativo de las radiaciones solares, aunque también intervienen otros factores (tabla 3).

Se inicia como una mácula plana, pigmentada, policroma (tonos de marrón y negro), de crecimiento periférico (fase radial) y contornos muy irregulares. En algún momento, tras un período de latencia de varios años (5-20 años), comienza a invadir en profundidad (fase de crecimiento vertical), aparecen sobre su superficie áreas focales de pápulas o nódulos y puede metastatizar. Estamos en-

La luz solar, concretamente las radiaciones UVB, constituyen el factor etiopatogénico más importante del melanoma. Las exposiciones intermitentes e intensas, con la consiguiente quemadura (baños de sol en la playa), principalmente en la infancia y adolescencia, son las responsables en buena medida de la aparición de melanomas.

tonces ante un lentigo maligno melanoma. Puede alcanzar un tamaño de 3 a 20 cm, o más.

Melanoma lentiginoso acral (fig. 15). Se localiza en las palmas de las manos, dedos, plantas de los pies y bajo las uñas, generalmente de personas mayores de 65 años. Es el menos frecuente de los melanomas, aunque es el más frecuente en negros y asiáticos (35%-60%). Clínicamente se presenta como una placa hiperpigmentada, de bordes irregulares, parecida al lentigo maligno pero de coloración más uniforme, marrón oscuro, y sin ninguna relación con la exposición al sol. Puede estar cubierta de una capa córnea y, en fases avanzadas, ulcerarse. Es asintomático y se suele diagnosticar en fases muy avanzadas por lo que tiene muy mal pronóstico.

Melanoma nodular (figs. 16 y 17). Supone el 10%-15% de los melanomas cutáneos por lo que es el segundo en frecuencia, tras el melanoma de extensión superficial. La edad media de aparición es de 50 años y su incidencia es similar en hombres y mujeres. Se puede originar sobre un *nevus* preexistente pero con mayor frecuencia aparece sobre piel normal, en cualquier localización, siendo discretamente más frecuente en las piernas de las mujeres y en el torso de los hombres. Carece de crecimiento radial, tiene un crecimiento vertical rápido (6 a 18 meses), lo que le confiere un mal pronóstico, siendo observado por el paciente como un nuevo *nevus* que no estaba antes. Clínicamente se presenta como una lesión pápulo-nodular, de 1



Figura 14. Lentigo maligno melanoma.



Figura 15. Melanoma lentiginoso acral.



Figura 16. Melanoma nodular.



Figura 17. Melanoma nodular.

a 3 cm de diámetro, de color marrón oscuro o azul negro, de bordes bien definidos, que con frecuencia es friable y sangra fácilmente.

Diagnóstico

El diagnóstico de melanoma se sospecha por la clínica; pueden ser útiles algunas técnicas complementarias como la microscopía de epiluminiscencia, ultrasonografía e incluso resonancia magnética nuclear. La confirmación diagnóstica la dará el estudio histopatológico.

El diagnóstico precoz del melanoma es fundamental pues de ello depende en buena medida la vida del paciente. Ante toda lesión pigmentada debemos recordar 5 signos de sospecha, para lo cual es muy útil la regla mnemotécnica del ABCDE (tabla 4). Se debe remitir al dermatólogo, para su observación y control, a todo paciente con *nevus* que cumplan al menos dos de estas características. Esta regla debe comentarse también a los pacientes con múltiples *nevus*, recomendándoles que acudan a consulta si observan alguno de estos signos y, en todo caso, que realicen un control dermatológico al menos una vez al

Tabla 4. Signos de sospecha de melanoma

- A.** Asimetría en la forma: una mitad diferente a la otra (con una regla se divide por la mitad la lesión y se comprueba)
- B.** Borde irregular, bordes mal definidos, digitiformes, festoneados
- C.** Color policromo. Color moteado, disposición al azar de diferentes tonos (marrones, grises, rojizos...)
- D.** Diámetro mayor que el de un lápiz (6 mm)
- E.** Elevación en superficie (papuloso) o aumento de tamaño (del inglés *enlargement*)

La labor del médico de familia es fundamental en la prevención del melanoma pues sobre él descansan en buena medida el diagnóstico precoz y la educación sanitaria.

año. Como complemento de estos signos de sospecha tenemos que conocer unos signos de alarma (tabla 5) que exigen la derivación urgente al dermatólogo para su extirpación y estudio histológico inmediato.

Una vez diagnosticado el melanoma se realizará el estadiaje del mismo, concepto clínico que será de utilidad para establecer un pronóstico y decidir la actitud terapéutica. En el estadio I la enfermedad está localizada en la piel, en el estadio II hay afectación ganglionar y en el estadio III ya hay metástasis a distancia (melanoma diseminado). También se utiliza otro estadiaje para el melanoma basado en la clasificación TNM de los tumores.

Criterios de derivación al dermatólogo

Debemos remitir al dermatólogo para una evaluación más precisa y, en su caso, estudio histológico, a los pacientes que presenten lesiones pigmentadas con las características descritas en la tabla 6.

Diagnóstico diferencial

El melanoma se diferencia de los *nevus* melanocíticos comunes en que éstos son estables, tienen el borde redondeado y una coloración uniforme. El melanoma nodular se puede confundir con un hemangioma (crecimiento más lento) y con un granuloma piogénico (evolución más rápida, semanas), siendo en ocasiones prácticamente indistinguible de un carcinoma basocelular pigmentado. Puede plantear también diagnósticos diferenciales con las verrugas seborreicas, dermatofibromas, hemorragias puntiformes del talón (talón negro) de tenistas y personas que realizan deportes sobre superficies duras. En el lecho ungual con el *nevus* de matriz ungual y con hemorragias subungueales postraumáticas. Cuando exista duda diagnóstica será preciso realizar un estudio histológico de la lesión.

Pronóstico

El melanoma es uno de los tumores más malignos y, como todo tumor maligno, su pronóstico dependerá en buena medida de la fase en que sea diagnosticado y tratado. Hay

Tabla 5. Signos de alarma en lesiones pigmentadas. Derivación urgente al dermatólogo

- Alteraciones súbitas de la superficie o del tamaño de la lesión
- Cambios rápidos en los bordes o en la coloración
- Presencia de halo inflamatorio alrededor de la lesión
- Brote de nódulos o manchas alrededor de la lesión
- Exudación o sangrado
- Ulceración
- Picor o dolor
- Adenopatías regionales

Tabla 6. Criterios de derivación al dermatólogo de lesiones pigmentadas

Lesión pigmentada que presente al menos dos de los <i>criterios de sospecha</i> ABCDE (tabla 12)
Lesión pigmentada que presente alguno de los <i>signos de alarma</i> (tabla 13)
Nódulo negro de bordes uniformes
Todos los <i>nevus</i> melanocíticos congénitos
Los pacientes con <i>nevus</i> en zonas ocultas (región anogenital, cuero cabelludo y mucosas)
Lesión pigmentada que aparece después de los 30 años
Todos los familiares de pacientes con melanoma, para descartar <i>nevus</i> atípico
Cualquier lesión pigmentada que le llame la atención al médico como algo "fuera de lo corriente"

Tabla 7. Factores pronósticos del melanoma

Edad: a más edad peor pronóstico
Sexo: peor pronóstico en hombres que en mujeres
Localización: peor pronóstico en espalda, brazos, cuello y cuero cabelludo. Mejor en cara y piernas
Nivel de Clark: a más invasión peor pronóstico
Índice de Breslow: a más espesor del tumor peor pronóstico
Ulceración: mal pronóstico
Regresión: mal pronóstico

diferentes factores clínicos e histológicos que se sabe condicionan el pronóstico del melanoma (tabla 7). Los pacientes de edad avanzada suelen tener un peor pronóstico que los más jóvenes y las mujeres mejor que los hombres. Son más agresivos los que afectan a la espalda, brazos, cuello y cuero cabelludo, mientras que los de extremidades inferiores y cara tienen mejor pronóstico. El nivel de Clark (tabla 8) y el espesor según Breslow (tabla 9) son dos conceptos histopatológicos que tienen una importante significación pronóstica. Otros parámetros pronósticos a tenerse en cuenta son la ulceración (peor pronóstico los ulcerados), la regresión o sustitución de un área previamente

Tabla 8. Niveles de Clark

Nivel	Localización de las células del melanoma	Supervivencia a los 5 años
I	Epidermis	99%
II	Infiltran la dermis papilar	72%
III	Invaden toda la dermis papilar	47%
IV	Infiltran la dermis reticular	32%
V	Invaden el tejido adiposo subcutáneo	12%

Tabla 9. Espesor de la lesión (índice de Breslow)

Espesor en mm	Tasa de supervivencia a los 8 años
< 0,76	93,2%
0,76-1,69	85,6%
1,70-3,60	59,8%
> 3,60	33,3%

El grosor de la lesión se mide microscópicamente desde la capa granular de la epidermis hasta la zona más profunda de infiltración tumoral.

Tabla 10. Consejos para prevenir el melanoma

Disfrute del sol de manera inteligente y proteja su piel
Evite la exposición solar entre las 12 y las 16 h
Expóngase progresivamente al sol y evite totalmente las quemaduras solares
Renueve la aplicación de su protector solar con la frecuencia adecuada y, sobre todo, después de cada baño
No utilice un fotoprotector para aumentar su tiempo de exposición al sol
Utilice un protector solar adaptado a su tipo de piel y a las condiciones de exposición al sol
No exponga al sol a los bebés
Proteja a los niños con camiseta, gorra y gafas de sol
Tenga en cuenta la reflexión de los rayos solares por el agua de mar, arena y nieve
Si advierte que un lunar cambia de tamaño forma o color, consulte a su dermatólogo

ocupada por el tumor por tejido fibroso, que es también factor de mal pronóstico. Actualmente se están estudiando nuevos marcadores pronósticos del melanoma como son: antígenos tumorales, factores de crecimiento, alteraciones genómicas, determinación de niveles de tirosinasa, etc. que pueden tener valor en el futuro para el diagnóstico y seguimiento del melanoma.

Tratamiento

El tratamiento del melanoma es quirúrgico. La extirpación con un margen suficiente de un melanoma localizado en la epidermis supone su curación, por lo que su diagnóstico precoz y remisión urgente al dermatólogo es fundamental. Si el melanoma ya ha iniciado su fase de crecimiento vertical el pronóstico empeora notablemente y habrá que proceder a una extirpación quirúrgica con márgenes más amplios que puede acompañarse de vaciamiento ganglionar y otros tratamientos coadyuvantes (quimioterapia, inmunoterapia, radioterapia). En los últimos años ha supuesto un avance importante en el tratamiento del melanoma la detección, mediante técnicas isotópicas, del ganglio centinela, primer ganglio de drenaje del melanoma, en el que puede haber micrometástasis. Cuando ya existen metástasis a distancia el pronóstico es infausto a corto plazo habiéndose ensayado numerosas combinaciones terapéuticas entre las que destaca la administración de dacarbazina, que consigue un buen porcentaje de respuestas satisfactorias pero, por lo general, de corta duración.

Prevención

La labor del médico de familia es fundamental en la prevención del melanoma pues sobre él descansan en buena medida el diagnóstico precoz y la educación sanitaria tendente a prevenir la exposición excesiva a las radiaciones solares mediante consejos adecuados en la consulta (tabla 10), o participando activamente en campañas sanitarias. La prevención debe incluir también medidas institucionales para preservar la capa de ozono y una reglamentación que regule el uso de las cabinas de rayos UVA con fines cosméticos.

Agradecimientos

Quiero expresar mi agradecimiento al servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Salamanca por haberme cedido amablemente las imágenes que ilustran este trabajo y, especialmente, al Prof. Dr. Pablo de Unamuno, Catedrático de Dermatología de la Universidad de Salamanca.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Argila de D. Tumores cutáneos no melánicos (I). Tumores benignos. JANO 1999; LVII: 472-80.
- Argila de D. Tumores cutáneos no melánicos (II). Precancerosis y tumores malignos. JANO 1999; LVII: 991-1000.
- Armijo M. Carcinomas basocelulares. En: Armijo M, Camacho F, editors. Tratado de Dermatología. Madrid: Grupo Aula Médica, 1998.
- Armijo M, Camacho F, Aliaga A. Tumores pigmentocelulares. Coristomas melanocíticos. Melanomas. En: Armijo M, Camacho F, editors. Tratado de Dermatología. Madrid: Grupo Aula Médica, 1998.
- Arribas JM, Vela C. Lesiones por exposición solar. Aspectos terapéuticos y consideraciones preventivas. JANO 1999; LVII: 1783-6.
- Asensio D, Botella E, Garavís JL, García J, Terrero D, Vicente M. Precáncer y cáncer cutáneo en una zona rural de Salamanca. Memoria científica anual; Fundación Vicente y García Corselas; Universidad de Salamanca. Salamanca: 2002.
- Ashton-Leppard B. Diagnóstico diferencial en Dermatología. Barcelona: IATROS-GRASS Ed, 1994.
- Bellas B, Cierco P, González J, Martín N, Melús E, Alonso JM, Marzo M. Prevención del cáncer. Aten Primaria 2001; 28 (Supl 2): 65-7.
- Camacho F. Precáncer epitelial cutáneo-mucoso. En: Armijo M, Camacho F, editors. Tratado de Dermatología. Madrid: Grupo Aula Médica, 1998.
- Camacho F, Armijo M. Carcinomas espinocelulares. Adenocarcinomas, Merkelomas. En: Armijo M, Camacho F, editors. Tratado de Dermatología. Madrid: Grupo Aula Médica, 1998.
- Casanova JM, Ribera M. Conducta a seguir ante un tumor cutáneo en Atención Primaria. Medicina Integral 1999;33:65-75.
- Fitzpatrick T, Jonhson R, Wolf K, Suurmond D. Atlas en color y sinopsis de Dermatología Clínica. 4th Ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 2001.
- Fry L. Atlas de Dermatología. Vol 2. Barcelona: Ámbito Farmacéutico S.A., 2001.
- García Pérez A. Dermatología Clínica. Salamanca: Gráficas Cervantes, 1997.
- González J. Precáncer y cáncer cutáneo. Aproximación clinicoterapéutica. Aten Primaria 1994;14:1148-53.
- Guillén C, Botella R, Sanmartín O. Manual de enfermedades de la piel. Ed. Janssen Pharmaceutica; 1993.
- Lázaro P. Dermatología Texto y Atlas. 3rd Ed. Madrid: MEDITECNIA, S. A., 2003.
- Marengo R. Dermatitis paraneoplásicas. Lesiones precancerosas. En: Lázaro Ochaita P, editor. Dermatología. Texto y Atlas. 3rd Ed. Madrid: MEDITECNIA, S. A., 2003.
- Poyner T. Enfermedades cutáneas comunes. Barcelona: J&C Ediciones Médicas S.L., 2001.
- Rodríguez G, García-Cruces J, Hobson S, Rodríguez F, Villaa del Campo MC, González M. Validez del diagnóstico clínico del carcinoma basocelular en Atención Primaria. Aten Primaria 2001;28:391-5.
- Suárez R, Rojo S, de Eusebio E, López E. El melanoma. Medicina Integral 1996;27:25-9.
- Umbert P, Sánchez Regaña M. Manual de Dermatología práctica. Barcelona: J.R. Prous Editores, 1995.
- Zaballos P, Garrido AM, Rodero J, Ara M. Los tumores cutáneos faciales. Medicina Integral 2001;37:270-8.
- Zambrano A, Torrelo A, Zambrano E. Dermatitis más frecuentes en la edad escolar. Asociación Española de Medicina y Salud Escolar y Universitaria. Madrid: Sanidad y Ediciones, 2001.