

11247
2e1
5



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Armada de México
Centro Médico Naval

CANCER DE PIEL **(Experiencia en el Centro Médico Naval** **1980-1985.)**

Tesis de Postgrado

Que para obtener el título de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTEGRAL NAVAL

P r e s e n t a :

Tte. Fragata SNMC

Bárbara Elvira García Torres

Director de Tesis: Tte. Nav. SNMC
José Gabriel González Cervantes

México, D. F.

1988

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PAGINA
JUSTIFICACION.....	01
DEFINICION.....	01
HISTORIA.....	03
GENERALIDADES.....	08
HIPOTESIS.....	25
MATERIAL Y METODOS.....	26
RESULTADOS.....	26
TRATAMIENTO.....	28
COMENTARIO.....	28
CONCLUSIONES.....	34
BIBLIOGRAFIA.....	35

JUSTIFICACION

La elevada mortandad y mortalidad por neoplasias malignas en nuestra población, debida a Cáncer de Piel ocupa el 30%. (1)

El Centro Médico Naval es una Institución de concentración, en donde se canaliza de todos los Hospitales, Enfermerías y Secciones de la Armada de México, derechohabientes con sospecha de neoplasia de piel. El motivo de este estudio es conocer las diversas variedades de Cáncer de Piel, así como su frecuencia.

Generalmente se acepta que los cánceres de piel son los tumores más frecuentes entre la gente de raza blanca, los factores de riesgo incluyen edad avanzada, sexo masculino, descendencia europea, piel cobriza, exposición al sol, escaras crónicas, úlceras y lesiones dérmicas. (2)

En nuestro estudio demostraremos que se pueden presentar otros factores de riesgo como edad variable, se presenta en ambos sexos, no sólo es propio de la raza blanca, se presenta en climas cálidos y fríos.

DEFINICION

En la piel puede aparecer una gran variedad de tumores de diferente comportamiento biológico, que se pueden dividir esquemáticamente en tres grupos: Benignos, Premalignos y Malignos. Estos últimos constituyen el Cáncer de la piel. El término cáncer cutáneo agrupa varias neoplasias que

tienen en común un comportamiento considerado como maligno; pero que individualmente presentan grados muy diversos de agresividad local, tendencia a la metástasis y mortalidad. Estas diferencias de malignidad constituyen una de las características más especiales del cáncer cutáneo.

En la piel se origina el cáncer de menor malignidad: el carcinoma basocelular y es también la piel el sitio de origen de una de las neoplasias más malignas: el melanoma. Pueden observarse, aún en un mismo individuo, desde queratosis precancerosas y carcinomas superficiales de crecimiento lento, hasta tumores muy invasores destructivos y capaces de originar metástasis. Algunos tipos de Cáncer de piel requieren tratamiento extenso, otros en cambio, son susceptibles de curar con métodos conservadores.

El término Cáncer cutáneo incluye tumores de diferente estirpe celular agresividad y pronóstico: Carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular o epidermoide, adenocarcinomas de glándula sebácea y sudorípara, melanoma maligno.

La epidermis es una simbiosis de células queratinizantes (queratinocitos y células productoras de pigmento (melanocitos); las proliferaciones malignas de estos dos tipos celulares constituyen las variedades más comunes de cáncer de la piel: los carcinomas basocelular y espinocelular o epidermoide, derivados del queratinocito y el melanoma maligno, derivado del melanocito.

H I S T O R I A

1.- La Historia del Cáncer de Piel, revela y recuerda alguna de las importantes causas del Cáncer.

- a) La Carcinogénesis química fué descrita por primera vez por Pott en el año de 1755, refiriéndose al Cáncer de Piel del escroto en limpiadores de Chimeneas, este hallazgo llevó a YAMAGIWA Eichicawa en el año de 1915 a inducir Cáncer de piel en animales de laboratorio (roedores), por medio del alquitrán de tabaco. Hutchinson en año - 1887 reportó Cánceres de Piel producidos por arsénico.
- b) La carcinogénesis por radiación fue descrita por primera vez por Becquerel en 1901. Dubrevilh y Klein, implicaron a la luz solar como factor etiológico en el siglo anterior.

2.- La luz solar o los rayos actínicos contienen radiación ultravioleta - que ha sido señalada como un agente carcinogénico en forma particular en las áreas expuestas del cuerpo, por ejemplo la cara y las manos. - El papel de la melanina en la protección del cáncer cutáneo es sugerida por la alta incidencia de cáncer de piel en zonas depigmentadas de la piel negra de los Batus en Africa; y por la susceptibilidad de los albinos.

3.- La Radiación ha inducido neoplasias cutáneas en los pioneros de la Radiología, luego de una exposición incidental. También se han producido neoplasias de piel en los pacientes tratados por condiciones benignas, tales, acné, eczema, etc.

- 4.- Un defecto genético es el mecanismo de reparar ADN por la piel puede - causar Cáncer de Piel en los pacientes con Xeroderma pigmentosa y en - el síndrome autosómico dominante llamado Nevo Basocelular.

- 5.- Los agentes carcinogénicos químicos incluyen: Los arsenicales en aersol utilizados en la agricultura, el alquitrán del carbón, humos y que maduras de metales derretidos. (12,13)

- 6.- Otros factores, como traumatismos repetidos, infecciones crónicas, (tu-berculosis cutánea, lepra, osteomielitis, etc.), úlceras y cicatrices también son capaces de estimular el desarrollo de carcinomas, aún cuando su importancia es menor. La piel alterada por infecciones crónicas úlceras y cicatrices, puede presentar tendencia al desarrollo de cáncer, existen reportes en la literatura de carcinoma en úlceras o cicatrices de tuberculosis cutánea, lepra, fistulas de osteomielitis, etc., y no-otros hemos observado algunos ejemplos.

Por el contrario la frecuencia de carcinomas en las úlceras del complejo cutaneovascular de pierna (ulcera varicosa) es muy baja, la tuberculosis luposa había sido señalada en la literatura de la tercera década de este siglo como precursora del Cáncer cutáneo en un porcentaje de - 0.5% a 4%, aún cuando en la mayoría de los casos reportados existía el antecedente de tratamiento con rayos "X", lo cual probablemente constituía el factor carcinogénico básico o cuando menos coadyuvante. Actualmente la malignización de la tuberculosis luposa es rara, sin embargo, tuvimos la oportunidad de observar el caso de un carcinoma espinocelu-

lar desarrollado sobre una cicatriz de tuberculosis luposa tratada ya con antifímicos actuales.

En general, la frecuencia de malignización de úlceras y cicatrices es baja, aún cuando las cicatrices de quemaduras presentan un riesgo mayor. En cambio, constituyen factor de primera importancia en la etiología del cáncer cutáneo en las poblaciones africanas. Son el predominio del carcinoma espinocelular sobre el basocelular y la mayor localización en las piernas su frecuencia, a diferencia del Cáncer de la raza blanca que predomina en la cara y es más común el basocelular.

Los factores carcinogénicos analizados se relacionan con el carcinoma basocelular y espinocelular en su desarrollo, los factores etiológicos en relación con el melanoma maligno son los menos claros. Se ha señalado la herencia, el trauma y la exposición solar como posibles factores carcinogénicos en relación con melanomas, pero no hay pruebas concluyentes en este respecto.

En la mayoría de los melanomas no existe historia familiar; los melanomas familiares representan únicamente del 1 al 6% de los casos y tienen como características el presentarse a edades más tempranas y la frecuencia de lesiones primarias múltiples. Existen estudios epidemiológicos de Australia e Israel que demuestran influencia de la exposición solar prolongada en individuos de piel blanca en relación con la prevalencia de melanomas; pero por otra parte, las lesiones no predominan en la mayoría de las casísticas en zonas expuestas. Entre nosotros el sol no parece ser un --

factor etiológico de importancia a juzgar por la baja presencia de melanomas en la región facial que contrasta con la gran frecuencia de melanomas en los pies. (14)

Activación de los nevos en pacientes con melanoma maligno: La activación de los nevos melanocíticos en pacientes de melanoma maligno está documentado microscópicamente; los hallazgos de la activación incluyen marcada activación de la unión, carencia de marginación lateral de la activación de confluencia melanocítica y una baja en el incremento de la producción del pigmento, con atipia citológica, inflamación y actividad mitótica. Los cambios son más pronunciados en los nevos de la misma región con drenaje linfático del melanoma maligno sugiriendo un factor de activación local. La presencia de marcada actividad de confluencia en las lesiones y la frecuencia de estos cambios en los pacientes con nevos con melanoma estadio y provee que las lesiones no presentaran metástasis.

En su aspecto clásico de melanoma maligno según Allen y Spitz notaron "Activación" de nevos melanocíticos en pacientes afectados. Los hallazgos de activación incluían: Pleomorfismo nuclear, inflamación, vacuolización; con nidos finamente pigmentados de melanocitos en una posición de unión.

Tales hallazgos pueden representar signos tempranos de transformación maligna y así mismo un incremento de esos cambios en los nevos definiría un grupo importante de afectados. (15)

7.- Carcinomas de los anexos de la piel (Carcinomas Ecrinos) el diagnóstico de carcinoma de glándulas sudoríparas generalmente es obstaculizado por su rareza y semejanza histológica con varios tumores viscerales conllevando a la confusión con metástasis.

Con referencias de promedio de edad en 13 y 84 años; el factor más importante que contribuye a confundir el diagnóstico de las neoplasias -- ecrinas es la rara frecuencia; una incidencia de 0.05% se ha citado para carcinomas de glándulas sudoríparas entre todas las neoplasias malignas epiteliales de la piel. Otros dos factores dificultan el diagnóstico y son su rango histológico y sus semejanza con metástasis de carcinoma de mama, broncopulmonar, riñón y otros sitios. Macroscópicamente se ha apreciado un nódulo dérmico no ulcerado firme no adherido a planos -- profundos; microscópicamente en adenocarcinomas ductales se encontró -- que estaban compuestos de cordones de células con nidos anastosados separados por estroma fibroso, el núcleo generalmente era central irregular con nucleolo central y con citoplasma eosinofílico y con mitosis.

En las adenocarcinomas mucinosos, la mucina extracelular era copiosa -- con nidos de pequeñas células tumorales, suspendidas y sostenidas por -- septos fibrovasculares. En los porocarcinomas se observaron nidos uniformes de células tumorales en la dermis y microcalcificaciones. (17)

GENERALIDADES

El cáncer Cutáneo es una de las formas más comunes de malignidad. El principal factor carcinogénico para individuos de raza blanca es la exposición solar prolongada, debido al escaso pigmento protector del daño provocado por la fracción carcinogénica de la luz ultravioleta. Por tal motivo la frecuencia del cáncer cutáneo varia en relación con condiciones climáticas especiales que favorecen un mayor grado de exposición solar, y en poblaciones con predominio de piel blanca. En Australia estas condiciones coinciden con una población descendiente de inmigrantes ingleses que habitan en el medio ambiente de gran exposición solar, lo que da lugar a que en esa región tenga máxima frecuencia mundial de Cáncer Cutáneo. En Australia más de la mitad de todos los cánceres se originan en la piel. (3,4)

En Estados Unidos la tercera parte de los casos de cáncer corresponden al cáncer cutáneo. (5). Al disminuir la latitud, aumenta la cantidad de sol que recibe la población, de tal modo que la frecuencia de cáncer cutáneo es mayor en los estados del sur, en comparación con los del Norte.

Por el contrario, en poblaciones con predominio de raza negra, la frecuencia del cáncer de piel es baja, ya que no obaría en ellas el principal factor carcinogénico, el sol; sino únicamente otros factores de menor importancia, en México es difícil señalar la morbilidad ya que se cuentan con pocas estadísticas al respecto, por otro lado múltiples carcinomas estirpados en consultorios y clínicas privadas los cuales no son reportados a las estadísticas nacionales. González Ochoa (6) refiriendose a pacientes del -

Instituto Nacional de Cancerología señaló que de 1944 a 1958 se registraron 2030 casos de cáncer cutáneo. En el Hospital General de México S.S.A., el cáncer de piel ocupa el tercer lugar en frecuencia. El carcinoma basocelular es el tipo más frecuente de cáncer cutáneo, 76.3% de un grupo de 1869 tumores le siguió en frecuencia el espinocelular en el 15% y el melanoma - 8.7, estos datos son de las estadísticas del Hospital General de México.

El Carcinoma basocelular es el tipo de cáncer cutáneo más frecuente, - lo observamos en 51.2% de un total de 41 casos en nuestro hospital. El carcinoma epidermoide representa 39.1%; el melanoma 7.3% y los casos de carcinoma verrucoso de pene 2.4%.

FACTORES CARCINOGENICOS Y DERMATOSIS PREGANCEROSAS.

Herencia.- La Influencia del factor hereditario en la susceptibilidad al cáncer cutáneo es más bien de tipo indirecto, a través de un determinado color de piel, con escaso pigmento protector de la acción carcinogénica solar. Sin embargo, en algunos casos el factor genético puede ser directamente responsable del desarrollo del cáncer cutáneo. Como sucede en el -- Xeroderma pigmentoso, padeciendo raro de tipo autosómico recesivo, en el - cual la piel al nacimiento es aparentemente normal, pero debido a un defecto enzimático carece de un mecanismo que protege el ADN celular de la acción carcinogénica solar. Estos pacientes desarrollan precozmente lesiones múltiples de cáncer cutáneo y habitualmente fallecen antes de alcanzar la edad adulta, a menos que estén bajo un control médico estricto desde los - primeros años de vida, para realizar medidas de protección solar y tratar precozmente las neoplasias malignas que se desarrollan, otro cáncer cutáneo

inducido es el síndrome de carcinomas basocelulares nevoides (7), este es un padecimiento autosómico dominante (8), caracterizado por la aparición de carcinomas basocelulares múltiples desde la primera y segunda década de la vida.

La queratosis solar es común en áreas expuestas libremente a la radiación en personas que habitan en áreas calurosas, lo mismo se ha visto en personas expuestas a radiación solar que trabajan en el campo, mar, etc.(9)

Carcinoma In Situ: Se emplea este término para analizar neoplasias que no muestran capacidad invasora más allá del epitelio. El término es inespecífico y subjetivo. Todos los diagnósticos patológicos son subjetivos, pero no por ello confiables, ya que generalmente si el patólogo observa un nevo en una lesión pigmentada se trata indefectiblemente de un nevo melanocítico. En la piel el carcinoma de células escamosas in situ tiene un denominador común con una queratosis atípica que se localiza fuera de la epidermis en la capa basal de la cornea. Basándose en este criterio tal diagnóstico es real y correcto, los dermatólogos y los patólogos reconocen la enfermedad de Bowen como una expresión clínica de células escamosas del carcinoma in situ.

El carcinoma epidermoide in situ tiene potencialmente la capacidad de producir una lesión invasiva, puede desarrollar raramente metástasis. Se ha propuesto el término atipia epitelial para utilizarse en lugar de carcinoma in situ, una enfermedad de Paget extramamaria o hiperplasia pseudocarcinomatosa y cada una de las entidades es diferente histológicamente, de la

misma manera se podría aplicar al término "Hiperplasia Melanocítica" atípica, la cual no es concluyente de una lesión del tipo Nevo de Spitz (el nevo de la capa de células epiteloides), o un nevo con halo o a un melanoma maligno in situ. Finalmente se hace mención que es mayor el impacto social y psicológico para el paciente saber que tiene carcinoma in situ.

Se dice que para reconocer los diferentes tipos de neoplasias intra-dérmicas de la piel deben conocerse las posibilidades de potencialidad biológica y la capacidad del clínico para diferenciarlas y que los términos: Cáncer, Invasión y Atipia se utilizan de manera frecuente sin especificarse.

DETECCION Y DIAGNOSTICO.

Detección Clínica: Los cánceres cutáneos ocurren en superficies expuestas de la economía en el 90 al 95% de los casos, ofreciendo un diagnóstico preciso. Todos los médicos deben conocer los hallazgos típicos de esta enfermedad, por ejemplo cualquier lesión que forme repedidas costras y no cicatrice.

1.- El carcinoma basocelular se presenta como una lesión de placa dura, roja o rojo grisáceo, de aspecto perlado en la zona "T" de la frente, el párpado, las mejillas, la nariz y los labios. El clásico "ulcus rodent" con su marcada ulceración central, su borde elevado y duro, y la falta de cicatrización, es habitualmente un carcinoma basocelular tardío.

2.- El carcinoma espinocelular o escamosos es un tumor descamante queratósico, ligeramente sobre elevado y con un borde irregular; y se encuentra

habitualmente con una ulceración crónica superficial. Las lesiones tardías son exofíticas, friables, muestran grandes ulceraciones y tienen costras -- que no cicatrizan.

3.- Otros tipos de tumores de la piel se presentan sin apariencia típica debiéndose tomar una biopsia para determinar el diagnóstico definitivo, cuando se esta en presencia de una lesión de piel que crece y/o presenta -- una elevación o ulceración.

4.- Las lesiones premalignas (precancerosas) se denominan así a las -- lesiones que de no ser tratadas progresan a cáncer invasor; razón por la -- cual deben ser observadas cuidadosamente.

a) La queratosis senil y seborreica.- La queratosis senil se presenta en -- forma de sobrelevaciones callosas en superficies expuestas, discretas y escamosas. Habitualmente se localizan en las manos, la cara y el cuello, tienden a transformarse en displasia con células grandes con núcleo hipercromático. Se debe hacer el diagnóstico diferencial con la queratosis seborreica, que es una lesión benigna de color marrón bien delimitada, plana y derivada de verrugas indolentes.

b) La queratosis arsénica.- Se presenta como excroencias múltiples, duras y en forma de maiz, en las palmas de las manos y plantas de los pies. La - superficie de la piel adyacente puede encontrarse pigmentada en forma difusa, con gotas de rocío (areas depigmentadas), que histológicamente muestran hiperqueratosis y acantosis.

c) La enfermedad de Bowen se presenta en cualquier parte del cuerpo como lesión única, en forma de pápula ligeramente elevada que aumenta de tamaño -

gradualmente hasta alcanzar varios centímetros; es superficial y eritematosa, formando eventualmente costras porosas, tiene poca tendencia a cicatrizar y una historia de varios años de existencia de denominación como carcinoma escamoso "Grado Medio".

d) La dermatitis por radiación: puede presentarse en cualquier área previamente irradiada donde la piel muestra los típicos cambios tardíos de atrofia, telangiectasia, queratosis y eventual ulceración. Tiene tendencia a presentarse en las regiones que recibieron dosis bajas de irradiación (aproximadamente 1000 rads ó menos), y donde los cambios en la piel son menores a los producidos en áreas tratadas terapéuticamente con dosis mayores a los 4000 rads.

e) La Xeroderma pigmentosa: Estas lesiones se presentan en superficies de exposición como lesiones múltiples de pigmentación, ulceración, telangiectasias, queratosis múltiples y epitelomas; éste es un síndrome genético infrecuente y se debe a la incapacidad de las células para reparar el daño en las moléculas de ADN, inducido por la luz ultravioleta. Las lesiones se presentan en la infancia o en la niñez.

f) Los carcinomas cicatrizales pueden aparecer en cicatrices de quemaduras, en cicatrices quirúrgicas en áreas expuestas al trauma, sitios de repetidas infecciones atrofias resultantes "lupus vulgaris", o lupus crónico eritematoso discoide. Estos tumores pueden presentarse súbitamente y crecer velozmente.

g) El queratoacantoma se presenta como una lesión en la forma de cúpula con un centro queratósico, que puede crecer rápidamente formando un gran centro necrótico; cuando recurre puede comportarse como un carcinoma escamoso de piel, por lo que en caso de duda se le debe tratar como si fuera un carcinoma;

se han informado casos en que la lesión involucionó espontáneamente.

h) El síndrome de los nevos basocelulares.- Se presenta como epiteliomas múltiples "Palmer Pitz" quistos dentígeros, cicatrices e hipertelorismo generalmte en la cara. Comienzan con la segunda y tercera década de la vida y continúa en edades más avanzadas.

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS.

1.- Se recomienda una biopsia escisional con márgenes de 0.5 a 1 cm.,- si la lesión es pequeña (hasta 2 cms.) y si la localización lo permite. Esto dará al patólogo un espécimen con márgenes adecuados en todas las direcciones, (incluyendo profundidad), no se debe comenzar ningún tratamiento definitivo. Si los márgenes resultan inadecuados, se requiere una terapéutica ulterior, que es habitualmente quirúrgica o radiante, dependiente de la ubicación, del tipo de lesión, de las estructuras contiguas y de los resultados esperados.

2.- Biopsia Incisional, incluyendo a uno de los márgenes, se justifica para lesiones más grandes con el propósito de obtener un diagnóstico histológico. El tratamiento definitivo ya sea quirúrgico o radiante debe comenzarse tan pronto como sea posible y dependerá de la localización tipo de -- lesión, estructuras contiguas y resultados esperados.

3.- En los pacientes con queratosis múltiples debe aplicar vaselina o "aquafor" durante un mes para limpiar las lesiones. Aquellas que luego de este tratamiento persisten deben comenzarse tan pronto como sea posible.

PROCEDIMIENTOS PARA DETERMINAR EL ESTADIO.

Procedimientos Recomendados: En la mayoría de estas neoplasias, lo principal es un examen cuidadoso, ya que en general son superficiales y menores de 3 cms. de diámetro.

1.- El cáncer primario es una lesión superficial que puede fácilmente ser definida y medida. El carcinoma basocelular de tipo "miliar" es una excepción a lo antedicho, ya que resulta muy difícil de evaluar directamente, la extensión lateral en profundidad. En los tumores cutáneos, la extensión en profundidad del tumor es de difícil determinación. Es más importante consignar si existe o no fijación o invasión al cartilago o al hueso; en caso de no existir fijación se deben tomar radiografías para determinar la destrucción del hueso.

2.- Los ganglios linfáticos pueden estar involucrados en el carcinoma escamoso; los carcinomas basocelulares practicamente nunca metastatizan. Se debe hacer hincapié en la evaluación de los ganglios regionales en casos de tumores recurrentes o fijos.

3.- Las metástasis a distancia son muy infrecuentes y de incurrir lo hacen preferentemente al pulmón. Por lo tanto, se debe considerar la obtención de una radiografía de tórax en las lesiones avanzadas, tal como en el caso del "ulcus rodent", que destruye gran parte de la anatomía facial particularmente si se trata de una lesión recurrente.

TRATAMIENTO DE CANCER DE PIEL.

Electrocoagulación para cáncer de piel: Aunque muchos dermatólogos -- han usado la electrocoagulación y el curetaje como tratamiento en el cáncer de piel, desafortunadamente muchos cirujanos oncólogos la desconocen. Tradicionalmente los tumores locales han sido manejados con cirugía plástica, -- radiaciones o quimioterapia tópica, pero la experiencia sugiere que la electrocoagulación el curetaje deben ser considerados como la terapia ideal para conocer el cáncer de piel. Siendo de los pioneros John L. Maddon, quien escribió múltiples artículos al respecto; se reportan 5 casos de tumores de piel (de células escamosas y basales en diversos sitios), en los cuales se efectuó la resección y electrocoagulación sin evidencia de recurrencia (18).

CIRUGIA

1.- Para las lesiones de 2 cms. de diámetro o menos una biopsia escisional con un margen de 0.5 a 1 cm., es con frecuencia el tratamiento definitivo. Las lesiones de más de 2 cms., pueden ser extirpadas en diversas -- áreas de la cara y de las manos; sin embargo se debe realizar un plan terapéutico adecuado para obtener resultados cosméticos óptimos. Este plan-- teamiento puede incluir la confección de colgajos rotatorios locales y/o -- injertos totales de piel.

2.- Se indica la cirugía cuando la neoplasia invade el cartilago ó el hueso, en el caso infrecuente, donde se encuentran metástasis en los ganglios cervicales se indica una disección radical del cuello como terapia -

definitiva de las metástasis.

3.- Cuando se extirpa macroscópicamente un carcinoma basocelular, aún en el caso de encontrarse con tumor cerca del margen de resección la baja incidencia de recidivas (menos del 25%) permite una cuidadosa observación en vez de un tratamiento complementario inmediato.

4.- Cuando los resultados y los efectos cosméticos de la cirugía y -- la radioterapia son comparables, se favorece el tratamiento quirúrgico; -- particularmente en personas jóvenes, debido a la posibilidad de carcinogénesis.

RADIOTERAPIA.

1.- La radioterapia es tan efectiva como la cirugía. Si la biopsia -- escisional muestra márgenes inadecuados de excisión tumoral, la radioterapia puede ser utilizada. Esta terapéutica puede también emplearse en localizaciones tales como los párpados donde la extirpación quirúrgica podría necesitar una cirugía reconstructiva amplia, la radioterapia está habitualmente contraindicada cuando la lesión maligna invade el hueso o el cartilago siendo la mano una excepción.

2.- Este tratamiento se recomienda especialmente para las lesiones pequeñas las cuales, la reconstrucción quirúrgica es un problema desde el punto de vista estético. Como ejemplos de estas lesiones podemos citar a el - canto interno del ojo, los párpados en general, el repliegue nasolabial.

3.- Las dosis de radiación deben ser administradas en un esquema --- altamente fraccionado; por ejemplo 4500 rads en tres semanas con una dosis diaria de 250 rads., prestando especial atención a la protección de los tejidos circundantes, ésto es particularmente cierto en las lesiones que se encuentran circundantes, ésto es particularmente cierto en las lesiones - que se encuentran circundantes cartilagos (oído y nariz), y los huesos - - (frente y cuero cabelludo). Este tratamiento a veces es rechazado por los pacientes debido a su prolongada duración.

4.- Cuando el hueso y el cartilago están profundamente invadidos, un tratamiento combinado con irradiación pre ó postoperatoria y cirugía, es a menudo exitoso, particularmente en los carcinomas epidermoides del oído y la mastoides. En estas circunstancias; la radioterapia exclusiva no es -- efectiva en la mayoría de los casos y se prefiere a la cirugía. Habitualmente en las lesiones basocelulares que invaden en profundidad, el índice de fracasos es alto; y aunque estas lesiones pueden ser salvadas por otro método terapéutico; las posibilidades de recidiva son significativas.

5.- La radionecrosis tardía con una ulceración dolorosa y falta de - reepitelización, pueda evitarse utilizando dosis fraccionadas apropiadas, durante el curso de radioterapia.

QUIMIOCIROGIA.

1.- La quimioterapia es otro método del tratamiento de cáncer cutáneo desarrollado por Mohs utilizando el cloruro de zinc y otros ingredientes -

como los agentes fijadores. Estas sustancias son aplicadas como una medicación tópica. Y controladas por biopsias múltiples señaladas en esquemas. - Estas formas de tratamiento se reservan habitualmente, para aquellas lesiones recurrentes poco comunes, que fueron tratadas por cirugía previa y/o radioterapia.

2.- La electrocirugía debe reservarse para las lesiones menores de 5 - mm. de diámetro localizadas sobre cartílagos o huesos, este tratamiento es poco recomendable, aplicable a casos selectos, se debe preferir la biopsia escisional y estudio histopatológico. de los márgenes, se utilizan estos métodos debido a que, la mayoría de los cánceres de piel son superficiales e indolentes; sin embargo si estos pacientes son tratados en forma inadecuada pueden presentarse deformidades severas. La criocirugía no se aconseja como tratamiento para el cáncer de piel.

QUIMIOTERAPIA.

1.- La utilización del 5-FU en forma tópica, se utiliza para el tratamiento de la queratosis actínica premaligna y refracteria. El tratamiento simple con múltiples aplicaciones de vaselina y protegiendo las áreas expuestas al sol es el primer paso en el tratamiento de esta enfermedad.

2.- Las lesiones por queratosis múltiples en áreas extensas es tratada eficazmente con aplicaciones tópicas de 5-FU, entre los 5-20 días de -- tratamiento, se presenta una reacción que habitualmente consiste en eritema, vesiculización, erosión, ulceración, necrosis y cicatrización. Esta -- última ocurre durante las dos semanas de terminado el tratamiento.

3.- La quimioterapia tópica mencionada anteriormente, no es aconsejada aún en el caso de carcinomas pequeños, ya que existen diversos tratamientos exitosos para controlar esta neoplasia.

El tratamiento de los carcinomas múltiples superficiales es una excepción.

4.- En el caso de un tumor recurrente que no puede ser manejado por cirugía y radiación, se han utilizado diversos agentes quimioterapéuticos:

- * Infusión Arterial.
- * Inyección Local.
- * Aplicación Tópica.

Estos agentes no tienen propiedades altamente curativas, pero pueden controlar lesiones difíciles por un período relativamente largo.

INMUNOTERAPIA:

1.- La aplicación de los principios inmunoterapéuticos en el tratamiento del cáncer fué desarrollado con éxito en Roswell Park Memorial Institute, por Hemll y Klein utilizando 2, 4 dinitroclorobenceno (DNCB) y trietilten-immuno-benzoquinona (TEIB), para inducir a la hipersensibilidad retardada. Las lesiones tales como el carcinoma epidermoide, las metástasis a piel, etc., fueron impregnadas repetidamente con crema de NCD induciendo una reacción inmunológica en el huésped con erradicación de la lesión debido a una reacción linfocítica al agente sensibilizante.

Las nuevas lesiones pueden dejarse descubiertas, pintando solo la llamada "piel normal" de los pacientes con lesiones múltiples, esta nueva técnica debe ser empleada solamente por dermatólogos bien entrenados en oncología cutánea y por oncólogos. Esta técnica se indica principalmente en pacientes con neoplasias superficiales extensas y múltiples con lesiones premalignas de piel, tales como la dermatitis por radiación. La Xeroderma pigmentosa, la dermatitis arsénica y los síndromes cancerosos hereditarios.

CONSIDERACIONES ESPECIALES DEL TRATAMIENTO.

1.- Los adenocarcinomas de glándulas sudoríparas y sebáceas, son lesiones de crecimiento lento e indoloro; representando un problema diagnóstico se manejan mejor con la escisión quirúrgica debido a que son radioresistentes.

2.- Los linfomas, la micosis fungoide y el síndrome de Cozary, representan enfermedades malignas de linfocitos T que preferentemente se infiltran en la piel sin involucrar la médula ósea esta enfermedad eventualmente se disemina a los ganglios linfáticos o a la visera. El síndrome de Cozary puede presentar el cuadro clínico de una leucemia. Estas lesiones se presentan con extensos infiltrados de piel que evolucionan en tres etapas:

- * Descamación eritematosa, prurito y placas geográficas.
- * Lesiones nodulares sobre elevadas.
- * Tumores ulcerados e infectados.

La diseminación de esta neoplasia es común con otros linfomas, el tratamiento local con irradiación es efectivo; y el tratamiento de todas las -

superficies del cuerpo con electrones es de valor en casos de lesiones deficiencias del cuerpo con electrones. es de valor en casos de lesiones dermatológicas extensas. Los tópicos con mortasas nitrogenadas aplicadas en los estadíos tempranos de la enfermedad, han controlado la misma en algunos periodos prolongados, la quimioterapia puede ser efectiva y consiste en programas con drogas múltiples.

3.- El sarcoma de Kaposi muestra mayor incidencia en las razas Judía e Italiana, se presenta como una lesión nodular eritematosa de origen vascular y que presenta infiltrados de células pequeñas. Esta lesión se presenta en las extremidades inferiores, pudiendo eventualmente diseminarse a las viseras, para aquellos pacientes con enfermedad extensa e invalidante, la quimioterapia es efectiva utilizando actinomicina-D, vincristina y DTIC, produciendo remisión completa en la mayoría de los casos. En algunos pacientes se ha logrado controlar las lesiones utilizando la escisión local y la radioterapia en pequeñas dosis. Las aplicaciones tópicas de 5-FU efectuadas diariamente en las áreas lesionales pueden eliminar a las mismas cuando el área en cuestión se respiteliza, luego de 2 meses.

4.- Los hemangiomas en forma de "fresas" aumentan de tamaño el primer año, presentan estabilización en el 2/DO. año y regresan o desaparecen en el 3º ó 5º año y aunque estas lesiones son radiosensibles, no se irradian al menos que causen molestias excesivas o amenacen la vida. Los posibles efectos tardíos de la irradiación exceden los límites de las consideraciones cosméticas de un tratamiento inmediato.

5.- Los cánceres cutáneos secundarios o metastásicos, consisten en --
nódulos subcutáneos, y ocurren con más frecuencia con los tumores primarios
de mama, estómago, pulmón y riñón. El tratamiento puede consistir en irra-
diación o extirpación local.

6.- Los carcinomas superficiales múltiples constituyen una forma espe-
cial de cáncer puede ser basocelular o epidermoide. Se presentan como le--
siones planas eritematosas y descamantes con una profundidad de pocos mili-
metros. Sus principales problemas son su multiplicidad y su naturaleza in-
dolora. Cuando la extirpación simple se dificulta debido a las numerosas -
localizaciones, se puede utilizar para su tratamiento irradiación con elec-
trones o con rayos beta superficiales, con parches impregnados con P32. El
uso tópico de 5-FU también es útil en estos casos.

PRONOSTICO.

1.- Las tasas de curación del carcinoma basocelular son hasta de 90-95%
ya sea con tratamiento quirúrgico o radiaciones. Las lesiones de menos de 1
cm. de diámetro tienen un porcentaje de curabilidad del 100%.

2.- La tasa de curaciones del carcinoma epidermoide, es de aproximada-
mente de 75-80%, con cualquiera de las dos modalidades de tratamiento men--
cionadas. Los resultados varían con la localización anatómica, grado de --
diferenciación y etapa clínica al ser tratado.

RECURRENCIAS.

La recurrencia es la complicación más seria del cáncer de piel, la aparición de un nuevo tumor primario es muy posible; por lo tanto, los pacientes que han padecido de un cáncer cutáneo deben visitar al médico de 2 a 4 veces por año.

La posibilidad de que la lesión recurrente invada al hueso o al cartilago exige una especial atención. Las metástasis son pocas comunes afortunadamente, pero si ocurren en los ganglios linfáticos exige un tratamiento rápido y definitivo. Las posibilidades de controlar una recurrencia tumoral son altas, un cuidadoso seguimiento puede ser muy útil.

LA GENTE JOVEN Y EL CARCINOMA DE PIEL.

Una persona joven que desarrolla un cáncer de piel tiene muchas posibilidades de desarrollar otra neoplasia cutánea durante su vida. Por lo tanto, el seguimiento de estos pacientes es obligatorio, al igual que en las otras neoplasias. La radioterapia puede inducir cánceres luego de un periodo de latencia entre los 20 y 40 años; por tal motivo está posiblemente contraindicada en el tratamiento del cáncer de piel entre los jóvenes.

TIPO CELULAR.

El carcinoma epidermoide puede metastatizar mientras que el carcinoma basocelular generalmente permanece localizado. El tipo basocelular-escamoso (metatípico), puede recidivar y metastatizar, debiendo ser considerado un cáncer cutáneo de alto riesgo.

EL CANCER INDUCIDO POR RADIACION.

El cáncer de piel que se desarrolla después de un tratamiento radiante como áreas de acné irradiadas, también tiende a recurrir a metastatizar y a desarrollar nuevas lesiones.

RAZONES DE FRACASO.

La razón de fracaso habitual es la negligencia del paciente en buscar consejo médico hasta que la lesión invade al hueso y/o cartilagos, o se presenta por metástasis en los ganglios linfáticos. También son considerados razones de fracaso el tratamiento primario inadecuado y la falta de seguimiento adecuado basandose en el dicho "es solamente un cáncer de piel". El presente estudio se planea con el fin de conocer la incidencia, diagnóstico, tratamiento y evolución clínica del cáncer de piel, en un Hospital de concentración de segundo nivel.

HIPOTESIS.

El cáncer de piel es una de las neoplasias más frecuentes en individuos de raza blanca, sin embargo, en nuestro medio la incidencia en relación a otras neoplasias malignas es alrededor del 30%. Este hallazgo en una revisión general motiva a conocer mejor la problemática en relación a esta entidad - básicamente por la exposición solar a que esta sujeta nuestra población. Se trata de abordar aspectos epidemiológicos conocer la mejor forma de diagnóstico y control; por cada una de las variedades histológicas estudiadas en -

este lapso de tiempo "1980-1985" (Experiencias en el Centro Médico Naval en cáncer de Piel).

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los expedientes clínicos del Centro Médico Naval en forma retrospectiva en un periodo de 5 años (1980-1985), se seleccionaron todos los casos en que el diagnóstico fue cáncer de piel, se efectuó revisión de las preparaciones histológicas correspondientes a cada caso, de cada uno de ellos; se recabo la información clínica en particular edad, sexo, tiempo de evolución, antecedentes de exposición al sol, tratamiento y sobrevida.

La relación a los aspectos histológicos, se revisaron las laminillas en cada caso y se clasificaron de acuerdo a los lineamientos que indica la -- organización mundial de la salud. Se obtuvieron datos de histogénesis, grados de diferenciación, grado de invasión y posibles factores agregados con valor pronóstico.

RESULTADOS

De los datos estadísticos e histológicos del Departamento de Anatomía Patológica y Archivo Clínico se encontró que el cáncer de piel ocupa el -- segundo lugar de las neoplasias malignas. (Cuadro No.1)

de 41 casos anatomopatológicos efectuados en el lapso de 1980-1985 -- correspondientes a 17 casos a carcinoma epidermoide (41.5%), 21 casos a car-

cinoma basocelular (51.2%), 3 casos de melanoma (7.3%).

El sitio en que se presentaron los cánceres de piel fue el siguiente:
Carcinoma Basocelular: CARA 14, TRONCO 2, EXTREMIDADES 3, NO ESPECIFICADO
2) Carcinoma Epidermoide: CARA 10, TRONCO 2, EXTREMIDADES 2, NO ESPECIFICADO 0; Melanoma: CARA 0, TRONCO 1 (axila), EXTREMIDADES 2 (Dedo, Pie), NO ESPECIFICADO 0.

El rango de edad fue de 10 a 87 años, el sexo más frecuente fue el masculino 23 casos, promedio 56.1%, al femenino 18 casos 43.9%.

Tiempo de evolución carcinoma epidermoide 1-6 meses, 3 casos 7-12 meses, 4 casos 13-24 meses, 9 casos mayores de 24 meses 1 caso; de los cuales 9 se perdieron sin actividad tumoral 4 se perdieron con tumor, 1 vive con tumor, 1 vive sin tumor.

Carcinoma basocelular evolución 1-6 meses 4 casos, 7-12 meses 1 caso, 13-24 meses 1 caso, mayores de 24 meses 15 casos de los cuales 5 se perdieron sin tumor, 11, se perdieron con tumor, 5 viven sin tumor.

Melanoma evolución 1-6 meses 0 casos 7-12 meses 2 casos 13-24 meses, 1 caso de los cuales 1 perdido sin tumor, 2 perdidos con tumor.

El tratamiento es el siguiente:

CARCINOMA DE PIEL 41 CASOS

TRATAMIENTO

	RADIOTERAPIA	QUIMIOTERAPIA	QUIRURGICO	NINGUNO
BASOCELULAR:	1		14	6
EPIDERMOIDE:	1		16	
MELANOMA:	1		1	2

C O M E N T A R I O

La piel es un órgano complejo, compuesto de epidermis, dermis y ane--
xos cutáneos. En la epidermis ocurre una amplia variedad de lesiones be--
nignas y malignas, a esta diversidad de lesiones y especialmente a las --
hiperplásicas no corresponde de un conocimiento claro de su conducta bio--

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 29 -

lógica respecto a su potencial de transformación maligna. Esta deficiencia se ha suplido con términos descriptivos como "displasia", "distrofia" y --- "carcinoma in situ" o intraepitelial.

En el material quirúrgico del Hospital Central Naval, de 1980 a 1985, el cáncer de piel ocupó el segundo lugar entre todas las neoplasias diagnósticadas de un total de 41 casos, al 51.2% correspondieron a carcinoma basocelular, el 41.5% a carcinoma epidermoide y 7.3 a melanoma. Es claro que el mejor pronóstico de las lesiones en piel resultará de su manejo quirúrgico oportuno, por lo que se requiere un conocimiento actualizado de lesiones con características precancerosas o preinvasoras para lograr un control adecuado de éstas.

Se analiza en esta revisión lesiones con potencial oncogénico que -- afectan queratocitos, melanocitos, componentes primordiales de la epidermis.

LESIONES DE QUERATOCITOS:

Poco se conoce en la secuencia de eventos de su transformación maligna, sin embargo se sabe que el carcinoma epidermoide se origina de precursores como son la queratosis solar, la arsenical, la enfermedad de Bowen, epidermodisplasia y otras. Algunas no experimentan etapas evolutivas y -- permanecen estacionarias e inclusive involucionan por lo que lesión premaligna solo podrá designarse a aquella lesión benigna que a menudo se asocia con el desarrollo de tumores malignos.

Entre las queratosis actínicas o solares se observan múltiples variantes, entre las que destacan la atrofica, acantolítica, hiperquetítica, la de tipo "Bowenoide" y la forma pigmentada diseminada. No es claro cuando estas variantes tengan diferente potencial oncogénico. Histológicamente el único parámetro es su grado de atipia celular.

De tal manera al acantoma de células grandes se presenta en piel expuesta al sol como una lesión macular café clara e histológicamente como acantosis, alternando con áreas atróficas, hiperpigmentación de capa basal y queratocitos más grandes de lo habitual.

El carcinoma intraepitelial o in situ que se define como atipia que atinocítica máxima, identifica a entidades con diferente historia natural y etiología; entre más características se encuentra la enfermedad de Bowen que se presenta como lesión en placa, generalmente de la región del tronco a este grupo pertenece la "papulosis Bowenoide" habitualmente localizada en área genital y que clínicamente semeja al condiloma acuminado e histológicamente a un carcinoma intraepitelial, en el que se han demostrado frecuentemente antígenos de Papilomavirus.

LESIONES DE MELANOCITOS:

A partir de la década de los 60s, se ha incrementado el conocimiento de las lesiones precursoras del melanoma maligno como son los factores genéticos, la exposición al sol y otros.

Displasia o hiperplasia melanocítica: Existe evidencia de que el melanoma se desarrolla a partir de melanocitos de capa basal y se reconocen dos tipos morfológicos: el lentiginoso y el epiteloide. El primero afecta al sistema melanocítico y el segundo al nevocítico y todos pueden subclasificarse por su grado de atipia celular.

Hiperplasia lentiginosa: Clínicamente es una lesión macular altamente pigmentada que ocurre generalmente en zonas expuestas al sol, asintomática que mide entre 2 y 3 mm. siendo su potencial maligno impredecible, aun cuando muestran cambios variables de atipia celular.

Displasias Lentiginosas Melanocíticas: El paso de hiperplasia o displasia no siempre es fácil de documentar clínica e histológicamente, la diferencia más significativa está en relación a su patrón de crecimiento más que en cambios celulares. De esta manera en la región facial se conocen como "lentigo maligno" ó "peca melanótica de Hutchinson" ocurre a menudo en pacientes de edad avanzada; las de palmas y plantas y región subungueal se modifican por factores locales y el tipo de piel, las troncales son a menudo de menor dimensión que las faciales y su historia natural es menos conocida.

Hiperplasia Epiteloide: Las lesiones benignas de éstos son poco frecuentes, el principal problema es el diagnóstico diferencial con melanoma, ya que la lesión más común, el nevo de células epitelioides, no tiene potencial maligno.

Displasia Epiteliode: Son menos comunes que las displasias lentiginosas, difieren de las hiperplasias con su mayor atipia celular y reacción estromal intensa; en etapas avanzadas produce invasión a la epidermis de tipo "Pagetoide".

Nevo Displásico: Originalmente descrito como hereditario y familiar con desarrollo de múltiples lesiones pigmentadas y melanomas; actualmente se conocen lesiones similares sin historia familiar y este término se ha extendido a lesiones aisladas o solitarias.

Nevo Displásico Solitario: La Mayoría de lesiones se inician como -- proliferaciones atípicas en edad temprana (nevo de unión), que a menudo -- irrumpen en la dermis (nevo compuesto), y finalmente sólo se observan en pa cientes de edad avanzada.

Síndrome de Nevo Displásico: Es sinónimo de síndrome de B-K, hiper-- plasia intraepidérmica melanocítica atípica y de síndrome de lunares grandes atípicos familiares y esporádicos. Se inicia en edad temprana con lesiones individuales experimentan transformación maligna; histológicamente muestran grados variables de atipia melanocítica que puede llegar a melanoma in situ.

Melanoma Temprano: La mayoría de melanomas se inician intraepidérmicamente, la secuencia de invasión a la dermis y su potencial metastásico -- es especulativo. Se han propuesto 5 fases con respecto al melanoma: 1.- -- Hiperplasia melanocítica; 2.- Displasia Melanocítica; 3.- Melanoma in situ;

4.- Melanoma Invasor y 5.- Metastásico.

En pocas lesiones se exige la participación del clínico en combinación con el patólogo como en las lesiones antes señaladas. La sobrevivencia del paciente depende de la detección temprana con la confirmación por biopsia.

Nuestras observaciones nos permiten afirmar que la frecuencia de cáncer de piel en nuestro medio ocupa el segundo lugar de las neoplasias malignas.

Dada la importancia que para nosotros reviste esta área de práctica médica y la dificultad que observamos para recopilar datos clínicos es conveniente el superamiento del médico general en los establecimientos médicos a flote, establecimientos médicos en tierra como contacto del primer nivel, para identificar en el personal de la Armada de México las lesiones dérmicas que pudieran ser un riesgo como lesiones precancerosas y de esta manera son los programas de fomento a la salud de la Dirección General de Sanidad Naval, se reduzca el consenso.

De los tratamientos antineoplásicos que existen actualmente, fue el quirúrgico con el que obtuvieron mejores resultados.

CONCLUSIONES

- 1.- Durante 5 años de 1980 a 1985 se estudiaron 41 casos de cáncer de piel en el Departamento de Patología del Centro Médico Naval.
- 2.- El número de expedientes fue bajo.
- 3.- El grupo de edad más frecuente fue de 41 a 81 años de edad.
- 4.- El sexo más frecuente fue el masculino, 23 casos 56.1%
- 5.- La exposición al sol fue en el 60% de los pacientes.
- 6.- No observamos recurrencias en los casos detectados.
- 7.- El número de pacientes perdidos con tumor fue de 17 casos.
- 8.- El carcinoma basocelular fue el más frecuente 21 casos 51.2%.
- 9.- El tratamiento más usado en el carcinoma de la piel fue el quirúrgico - en 31 casos: Radioterapia 3, Quimioterapia 0, y que no recibieron tratamiento 8.

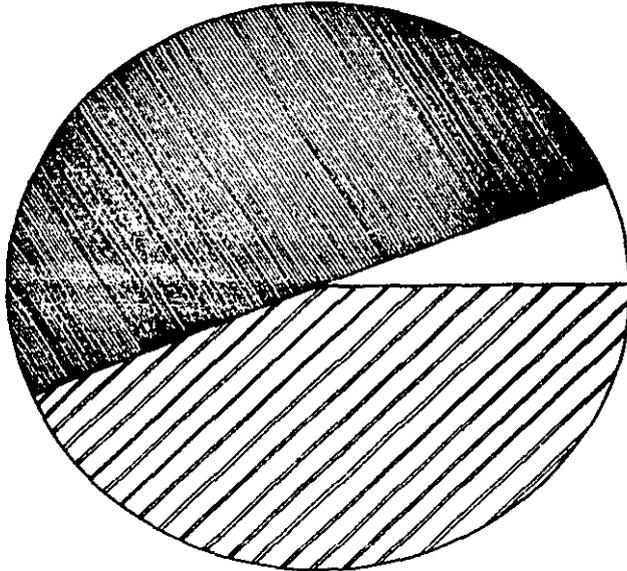
B I B L I O G R A F I A

- 1.- Barajas E. El Registro Nacional de Cáncer Salud Pública de México, -- 1246-3466, 1970.
- 2.- Francine A. Risk Factor of Carcinoma of the Skin Cancer 55-9079, 1119, 1985.
- 3.- Belisario M.D. Precancerous Lesions of the skin Acta Int. Cáncer 20, - 681, 1984.
- 4.- Bassot A. Epidemiología de los Cánceres Cutáneos, Congresos Argentinos, Dermatología Septiembre 1984.
- 5.- Belisario Precancerous Lesion of the Skin Cancer 706-811, 1984.
- 6.- González Ochoa, Epidemiología del Cáncer Cutáneo en México, Med. 33, -- 1899, 1961.
- 7.- Howell J.B. Anderson D.E. The Nevoid Basal Cell Carcinoma Syndrome In. Cancer of the Skin Edit. Andrade, Vol. 2, Puplan Grand Rees. 1986, England.
- 8.- Albores Saavedra J., Algunas Consideraciones sobre 9412 Autopsias Realizadas en H.G.M. Gac. Med. Méx. 1024, 1971.
- 9.- Robin Marks Keratosis solar cancer 56: 2332-2336, 1985.
- 10.- A. Bernard Ackerman Carcinoma in situ Human Patology, Vol. 10, March 2, 1979.
- 11.- J.G. González C., Análisis Clínico Patológico de Neoplasias Malignas en el Centro Médico Naval, Rev. Med. Sanidad Naval, México, Dic. 1985.
- 12.- Robert M. Mcklormarck Cancer of the Skin, Cancer 1986.
- 13.- Martín B. Lenine, Cancer of the Skin Oncol. Med. 1985.
- 14.- Peniche, Cáncer de la Piel, Rev. Fac. Med. Méx. 1987, Vol. 21 18-25.
- 15.- Stephen T. Activation Nevous en Pacientes Melanoma Malignus Cancer, 46, 882, 827, 1980.
- 16.- Clasificación Gráfica Estudio Anatomopatológico.
- 17.- Marck Wick John Carcinoma de los anexos de la piel, Cáncer 1147, 1162, 1985.
- 18.- Charles Swerlan, Electrocoagulación for the Skin, Cancer 47, 2280, 2287, 1981.

TABLA NUM. 1
 FRECUENCIA DE NEOPLASIAS MALIGNAS
 EN 5 AÑOS (1980-1984)

S I T I O	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
CUELLO UTERINO.		82	82	31.1
PIEL.	19	14	33	12.5
PRIMARIO NO CONOCIDO.	7	6	13	4.9
GLANDULA MAMARIA.		17	17	6.4
PROSTATA.	16		16	6.0
VEJIGA URINARIA.	6	6	12	4.5
ESTOMAGO.	5	6	11	4.1
ENDOMETRIO.		10	10	3.8
PULMON.	8	1	9	3.4
GLANDULA TIROIDES.	4	5	9	3.4
VESICULA BILIAR.	2	10	12	4.5
COLON.	4	3	7	2.6
OVARIO.		8	8	3.0
TEJIDOS BLANDOS.	3	1	4	1.5
RIÑON.	3	3	6	2.2
LINFOMAS.	3		3	1.1
HUESO.	2		2	0.7
NASOFARINGE.	1	1	2	0.7
GLANDULA SALIVAL.	1		1	0.3
ESOFAGO.		1	1	0.3
PANCREAS.	1		1	0.3
CARIOCARCINOMA GESTACIONAL.		1	1	0.3
LARINGE.	1		1	0.3
LENGUA.	1		1	0.3
T O T A L E S	85	178	263	100%

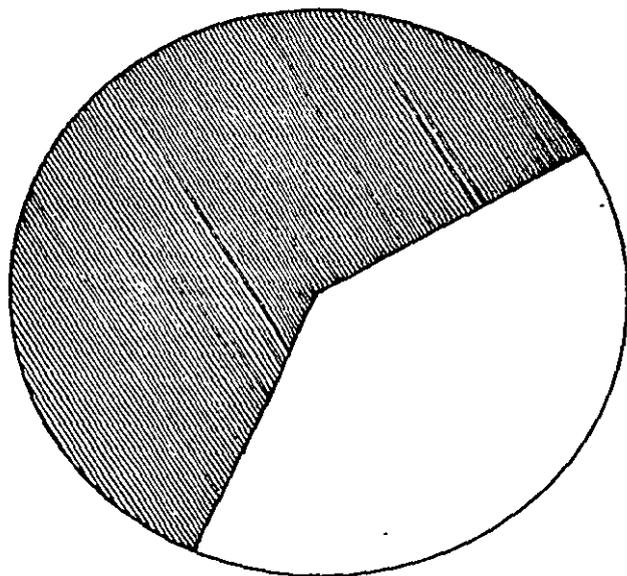
CANCER DE LA PIEL



■	CARCINOMA BASCULAR	21	CASOS	—	51.2%
▨	CARCINOMA EPIDERMOIDE	17	CASOS	—	41.5%
□	MELANOMA	3	CASOS	—	7.3%
	TOTAL	41	CASOS	—	100%

RANGO DE EDAD

CANCER EN LA PIEL POR SEXO

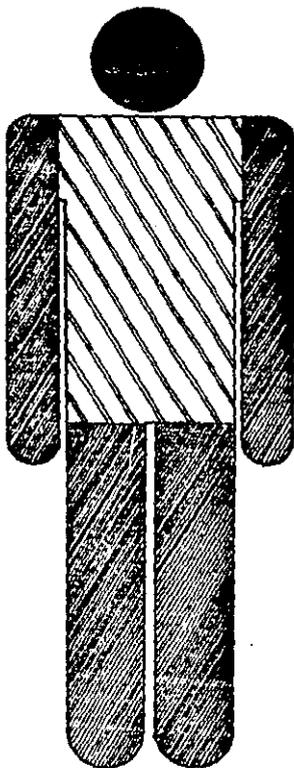


■ MASCULINO 23 CASOS ——— 56.1%
□ FEMENINO 18 CASOS ——— 43.9%

20 A 87 AÑOS

ES MAS FRECUENTE DE 41 A 81 AÑOS

CANCER DE LA PIEL
TIPO Y SITIO
EPIDERMÓIDE

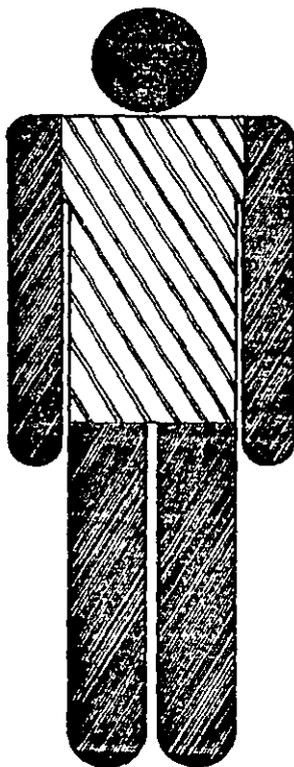


■	CARA	10 PERSONAS
▨	TRONCO	2 PERSONAS
▩	EXTREMIDADES	2 PERSONAS
□	NO ESPECIFICADO	0 PERSONAS

CANCER DE LA PIEL

T I P O Y S I T I O

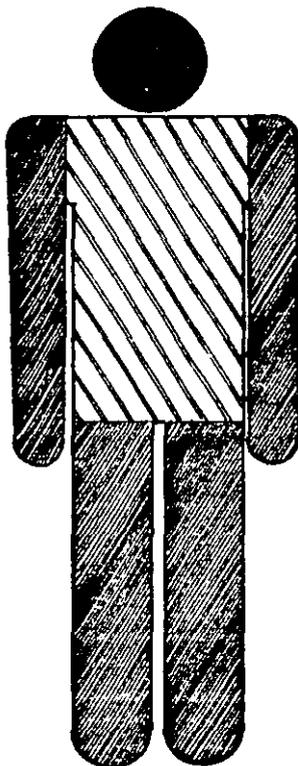
(BASOCELULAR)



<input checked="" type="checkbox"/>	CARA	14	PERSONAS
<input checked="" type="checkbox"/>	TRONCO	2	PERSONAS
<input checked="" type="checkbox"/>	EXTREMIDADES	3	PERSONAS
<input type="checkbox"/>	NO ESPECIFICADO	2	PERSONAS

CANCER DE LA PIEL

T I P O Y S I T I O MELANOMA

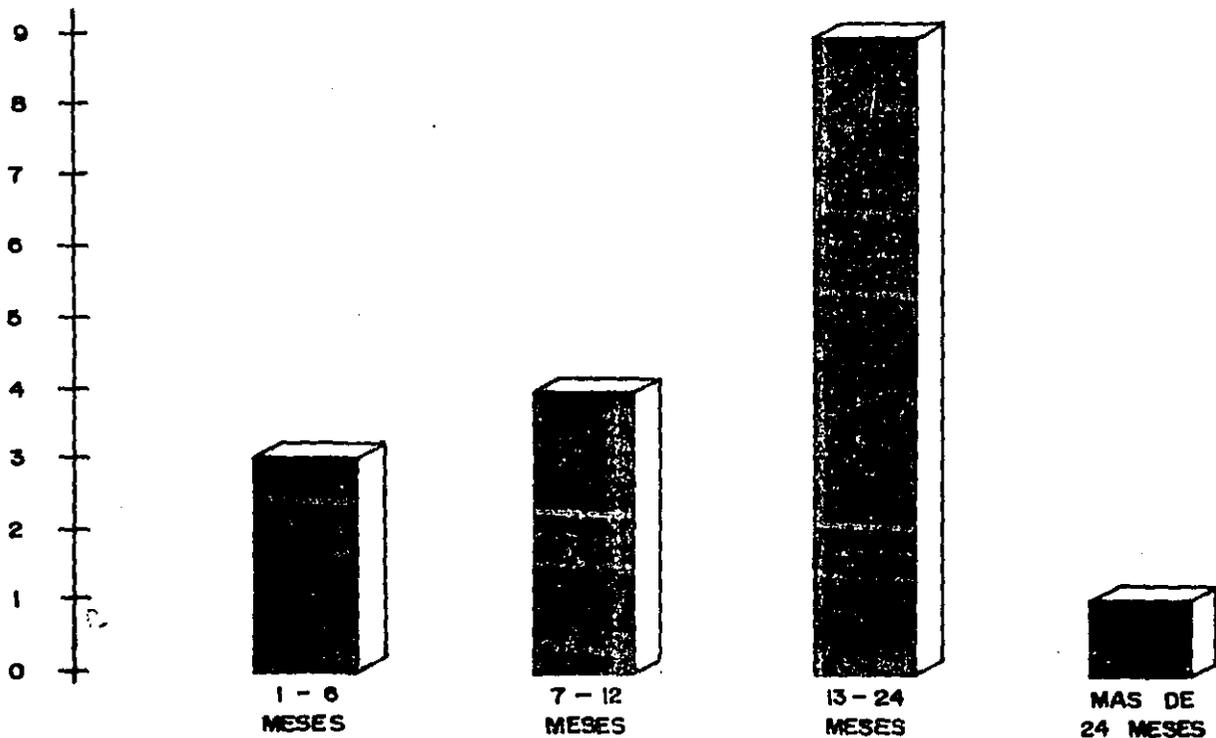


■	C A R A	0	P E R S O N A S
□	T R O N C O	1	P E R S O N A
□	E X T R E M I D A D E S	2	P E R S O N A S
□	N O E S P E C I F I C A D O	0	P E R S O N A S

CANCER DE LA PIEL

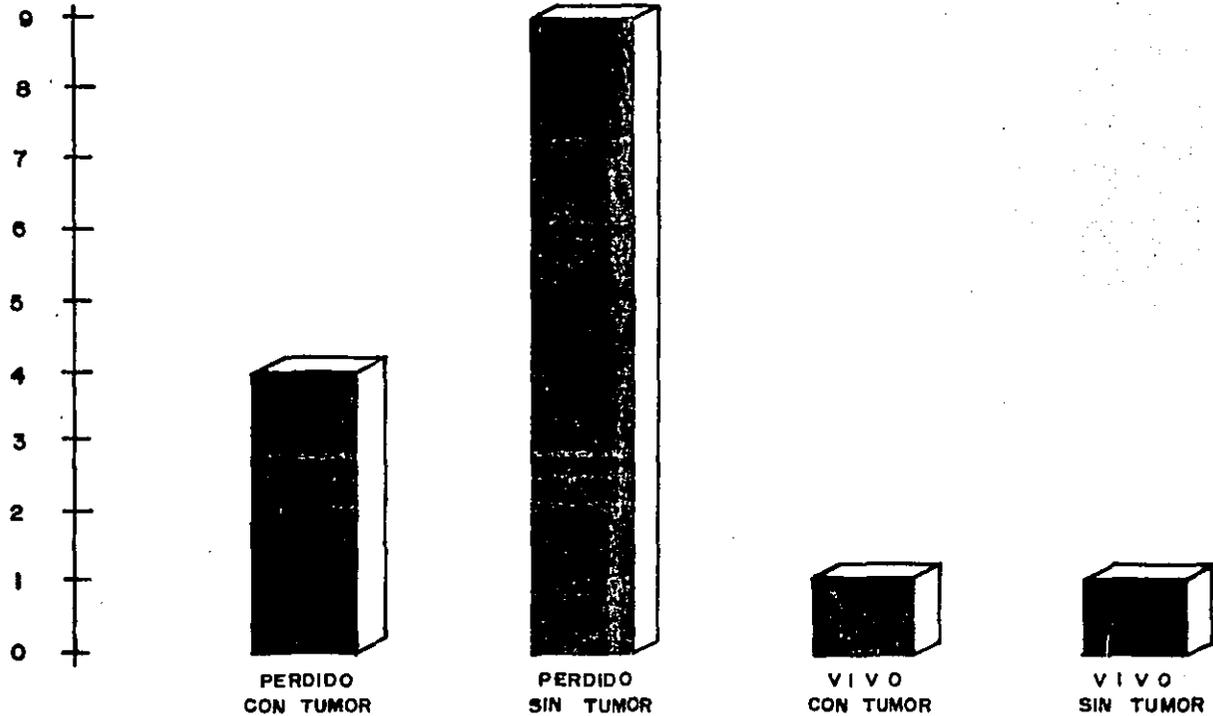
E V O L U C I O N

CARCINOMA EPIDERMÓIDE



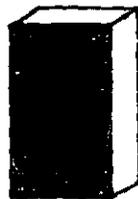
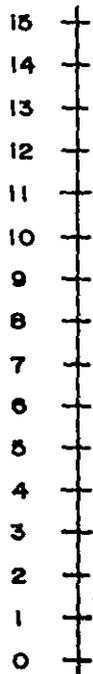
CANCER DE LA PIEL E V O L U C I O N

EPIDERMOIDE



CANCER DE LA PIEL E V O L U C I O N

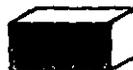
BASOCELULAR



1 6
MESES



7 12
MESES



13 24
MESES



MAS DE
24 MESES

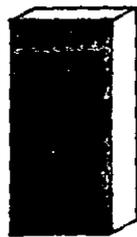
CANCER DE LA PIEL E V O L U C I O N

BASOCELULAR

15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0



**PERDIDO
CON TUMOR**



**PERDIDO
SIN TUMOR**



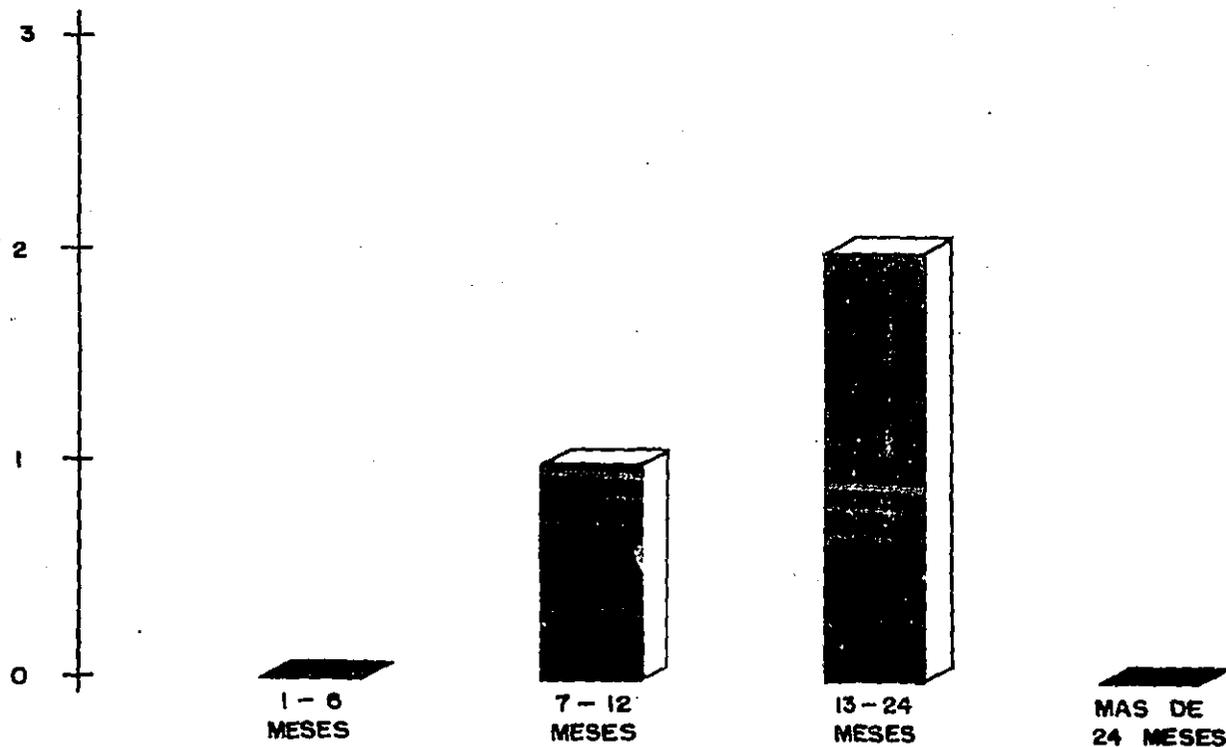
**VIVO
CON TUMOR**



**VIVO
SIN TUMOR**

CANCER DE LA PIEL
E V O L U C I O N

MELANOMA



CANCER DE LA PIEL E V O L U C I O N

MELANOMA

