



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI
"DR. BERNARDO SEPÚLVEDA GUTIERREZ "



**TUMORES MALIGNOS DE PIEL: FRECUENCIA Y CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA EN
BIOPSIAS DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR BERNARDO SEPÚLVEDA GUTIERREZ", CMN SXXI, IMSS
ESTUDIO RETROSPECTIVO EN 5 AÑOS
(Enero 2004 a Diciembre 2008)**

**TESIS QUE PRESENTA:
DRA. NAYA ALEJANDRA CANEDO GARCIA**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD EN:
ANATOMÍA PATOLÓGICA**

ASESOR: DRA. LUZ MARIA GOMEZ JIMENEZ

MEXICO, D.F.

FEBRERO 2011



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.



IMSS

REGISTRO NACIONAL DE TESIS DE ESPECIALIDAD

Delegación: **SUR DEL DISTRITO FEDERAL** Unidad de adscripción: **UMAE DE ESPECIALIDADES CMN SXXI**

Asesor: Nombre: **DRA. LUZ MARIA GOMEZ J.** Matrícula **7691947**

Paterno: **CANEDO** Materno: **GARCIA** Nombre: **NAYA ALEJANDRA**

Matrícula: **Pasaporte 5164009** Especialidad: **ANATOMÍA PATOLÓGICA** Fecha Grad. **28 / FEBRERO / 2011**

Título de la tesis:

TUMORES MALIGNOS DE PIEL: FRECUENCIA Y CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA EN BIOPSIAS DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ", CMN SXXI, IMSS. ESTUDIO RETROSPECTIVO EN 5 AÑOS (enero 2004 a diciembre 2008)

Antecedentes: El cáncer cutáneo es la forma más frecuente de neoplasia maligna a nivel mundial, ocupó el segundo lugar de incidencia en México, se ha estimado que casi la mitad de quienes alcanzan los 65 años de edad han tenido o tendrán por lo menos un cáncer de piel. 90% de estas lesiones son curables mediante extirpación. En la piel se originan neoplasias benignas, precursoras y malignas; las neoplasias malignas se dividen en tipo melanoma y no melanoma, incluyendo en estos últimos al carcinoma epidermoide (CE) y basocelular (CBC). El cáncer de piel ocupa el 13.6% del total de las neoplasias malignas de acuerdo al Registro Nacional de las Neoplasias en México, siendo el carcinoma basocelular el más común. Se presenta en edad avanzada siendo los varones los más afectados; El melanoma se presenta con mayor frecuencia en la 6ta década de la vida, a pesar de que aumento su frecuencia en pacientes adultos jóvenes, incluso reportes en niños, siendo la neoplasia cutánea con mayor capacidad de metástasis. **Objetivo:** Conocer la correlación clínico-patológica de las neoplasias malignas de piel en el Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez" en el periodo 2004 a 2008, respecto a frecuencia, distribución por género, edad, localización anatómica e histopatología. **Material y Métodos:** Se revisaron los libros de patología quirúrgica del 2004 al 2008 del archivo del servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, se incluyeron al estudio todas las biopsias de piel con diagnóstico histopatológico de neoplasia maligna, se registró en la hoja de recolección para cada caso la edad, genero, localización anatómica y tipo histológico. La información se cuantifico y tabulo en una hoja de cálculo, la cual se grafico para el análisis de los datos obtenidos, **Resultados:** de un total de 30.346 estudios, 3,005 (9.9%) correspondieron a biopsias de piel y de estas 436 (14.5%) casos con diagnostico de neoplasia maligna. De estos 220 (50.4%) mujeres .El rango de edad fue de 21 a 96 años, con una media de 65.07 años. De estos los diagnósticos histopatológicos predominaron los de tipo No melanoma: CBC 266 (61%) casos y Carcinoma epidermoide en 52 (11.9%).39 (8.9%) lesiones precursoras y 44(10%) casos de otras estirpes histológicas. El grupo Melanoma con 11 casos (2.5%). En cuanto al tipo de toma de muestra predomino la de sacabocado 261 (60.7%). La localización anatómica mostro variación de acuerdo a la variante histológica, pero predomino en sitios anatómicos expuestos al sol, de estos cabeza y cuello 313 (71.8%), y de estos la cara en 293 casos (93.6%).**Conclusión:** Las neoplasias del tipo no melanoma por mucho fueron más frecuentes 97.5% con ligero predominio en mujeres (50.4%), de estas lesiones el CBC (61%) y el carcinoma epidermoide (11.9%). La localización anatómica más frecuente fue la centro facial (93.6%).El grupo melanoma como era esperado con 2.5% con predominio en mujeres 63.6% y localizado en espalda 41.6%.Es importante poder contar con registros que puedan reflejar la incidencia de esta entidad, porque como ya se menciono el curso indolente de los mismos hace que se detecten en estadios avanzados y discapacitantes, incluso mortales. Dado que nuestra unidad no es de concentración oncológica, lo que predominó fueron lesiones inflamatorias y patología benigna.

Palabras Clave:

1) TUMORES 2) MALIGNOS 3) CARCINOMA

4) MELANOMA 5) FRECUENCIA Págs. _____ Ilus. _____

(Para ser llenado por el jefe de Educación e Investigación Médica)

Tipo de Investigación: _____

Tipo de Diseño: _____

Tipo de Estudio: _____

DRA. DIANA G. MENEZ DIAZ
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DRA. MARIA DE LOURDES CABRERA MUÑOZ
TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO EN ANATOMÍA PATOLÓGICA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DRA. LUZ MARIA GOMEZ JIMENEZ
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DEDICATORIA

A ti DADY querido, por toda la confianza depositada en mi persona, por ese apoyo incondicional en todo momento de mi vida, sobre todo por haber confiado en ese proyecto de vida llamado “naya”, porque de no haberte peleado hace 30 años con la muerte, hoy no podría ofrecerte este logro que es en realidad NUESTRO logro .

A ti MAMA!!! Adorada, por darme la vida, porque a pesar de todo lo que signifique, esta piedrita en tu zapato hoy tiene se enorgulleces de ofrecerte este logro que es también tuyo.

.

A ti MAMITA LIGIA (Q.E.P.D.), porque querías este logro tanto como yo, y porque siempre confiaste en mi, y aunque no hayas llegado a la meta a mi lado, se que desde el cielo compartes esta inmensa alegría...

A mis lobitas Pao, Devo, Mela....porque siempre estuvieron a mi lado, apoyando a esta loca, que hoy se enorgullece en poder compartir con ustedes un logro más de vida.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS, *por permitirme la gracia de VIVIR este momento y por acompañarme siempre.*

A MIS PADRES, *por darme vida y permitir que este esfuerzo mutuo llegue al culmen.*

A MIS HERMANAS, *por ese apoyo incondicional en las buenas y en las malas.*

A MI ASESORA Dra. Luz María Gómez J., *por el aguante, dedicación, apoyo y confianza depositada.*

Dra. Roció Guadalupe Ramírez Aceves, *por todo el apoyo brindado en mi paso por México, tanto en lo personal como en lo académico.*

A MIS MAESTROS, *por forjar en mí un espíritu de lucha continua, y por enseñarme a librar paso a paso todos los retos que implica mi especialidad, a través de esa única arma válida: "el conocimiento.*

A MIS COMPAÑEROS DE GENERACION (Cesar, Rafa, Jey, Vasty, Harlen, Angeles, Ney), *por haber compartido estos tres años de experiencias inolvidables tanto en lo académico como en el cotidiano vivir, nunca los olvidare y en especial a mi flaco Cesar, gracias por el apoyo, y paciencia para enseñarme todo este tiempo que compartimos la estresante resistencia.*

A Miguel Ángel Muñoz R. *por su leal amistad y apoyo.*

ÍNDICE

1.	RESUMEN.....	Pag.1
2.	INTRODUCCIÓN.....	Pag.3
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN.....	
4.	OBJETIVO.....	
5.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	
6.	RESULTADOS.....	
7.	CONCLUSIÓN.....	
8.	BIBLIOGRAFÍA.....	
9.	ANEXO 1	
10.	ANEXO 2.....	

RESUMEN

ANTECEDENTES El cáncer cutáneo es la forma más frecuente de neoplasia maligna a nivel mundial, ocupando el segundo lugar de incidencia en México, 90% de estas lesiones son curables mediante extirpación. En la piel se originan neoplasias benignas, precursoras y malignas; las neoplasias malignas se dividen en tipo melanoma y no melanoma, incluyendo en estos últimos al carcinoma epidermoide (CE) y basocelular (CBC). El cáncer de piel ocupa el 13.6% del total de las neoplasias malignas de acuerdo al Registro Nacional de las Neoplasias en México, siendo el carcinoma basocelular el más común. Se presenta en edad avanzada siendo los varones los más afectados; El melanoma se presenta con mayor frecuencia en la 6ta década de la vida, a pesar de que aumento su frecuencia en pacientes adultos jóvenes, incluso reportes en niños, siendo la neoplasia cutánea con mayor capacidad de metástasis. **Objetivo:** Conocer la correlación clínico-patológica de las neoplasias malignas de piel en el Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez" en el periodo 2004 a 2008, respecto a frecuencia, distribución por género, edad, localización anatómica e histopatología. **Material y Métodos:** Se revisaron los libros de patología quirúrgica del 2004 al 2008 del archivo del servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, se incluyeron al estudio todas las biopsias de piel con diagnóstico histopatológico de neoplasia maligna, se registró en la hoja de recolección para cada caso la edad, genero, localización anatómica y tipo histológico. La información se cuantifico y tabulo en una hoja de cálculo, la cual se grafico para el análisis de los datos obtenidos, **Resultados:** de un total de 30.346 estudios, 3,005 (9.9%) correspondieron a biopsias de piel y de estas 436 (14.5%) casos con diagnostico de neoplasia maligna. De estos 220 (50.4%) mujeres .El rango de edad fue de 21 a 96 años, con una media de 65.07 años. De estos los diagnósticos histopatológicos predominaron los de tipo No melanoma: CBC 266 (61%) casos y Carcinoma epidermoide en 52 (11.9%), 39 (8.9%) lesiones precursoras y 44(10%) casos de otras estirpes histológicas. El grupo Melanoma con 11 casos (2.5%). En cuanto al tipo de toma de muestra predomino la de sacabocado 261 (60.7%). La localización anatómica mostro variación de acuerdo a la variante histológica, pero predomino en sitios anatómicos expuestos al sol, de estos cabeza y cuello 313 (71.8%), y de estos la cara en 293 casos (93.6%). **CONCLUSIONES:** Las neoplasias malignas del tipo no melanoma son por mucho la más frecuentes, de estas el carcinoma basocelular, y el carcinoma epidermoide al igual que sus precursoras . la frecuencia aumenta a partir de los 60 años, existe predominio en mujeres, y las localizaciones anatómicas mayormente afectadas son las expuestas al daño solar. Es importante poder reconocer estas entidades porque son de curso indolente y por ello se diagnostican en estadios avanzados y/o discapacitantes, incluso mortales. Dado que nuestro hospital no es de concentración oncológica, lo que predominó fue lesiones inflamatorias y patología benigna.

DATOS DEL AUTOR	
APELLIDO PATERNO	CANEDO
APELLIDO MATERNO	GARCIA
NOMBRES	NAYA ALEJANDRA
TELEFONO	5542169010
UNIVERSIDAD	UNIVERSIDAD AUTOMOMA DE MEXICO
FACULTAD	FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIDAD	ANATOMIA PATOLOGICA
No DE CUENTA	508710771

DATOS DEL ASESOR	
APELLIDO PATERNO	GOMEZ
APELLIDO MATERNO	JIMENEZ
NOMBRES	LUZ MARIA
MATRICULA	7691947
CARGO	MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

DATOS DE LA TESIS	
TITULO	TUMORES MALIGNOS DE PIEL
SUBTITULO	FRECUENCIA Y CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA EN BIOPSIAS DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “DR BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ”, CMN SXXI, IMSS. ESTUDIO RETROSPECTIVO EN 5 AÑOS (enero 2004 a diciembre 2008)
No de PAGINAS AÑO	2010

INTRODUCCIÓN

En la piel existen lesiones benignas, precursoras y malignas. Las neoplasias malignas de piel, agrupan varios tumores que tienen en común su comportamiento biológico maligno pero individualmente, presentan diferencias en relación con la capacidad de invasión, tendencia a metástasis y mortalidad. Se dividen en dos grandes grupos: 1. Melanoma y 2. No Melanoma. El primer grupo comprende menos del 10% pero causa la muerte en un 75% con una mayor incidencia en personas de piel blanca, El segundo grupo es el más frecuente y representa el 90% de todas las lesiones (1,2), son el Carcinoma Basocelular (CBC) con un 70 a 80%, el Carcinoma Epidermoide y sus precursores (Enfermedad de Bowen y Queratosis Actínica) a los cuales nos vamos a referir en especial. Los adenocarcinomas de las glándulas sudoríparas o sebáceas son poco frecuentes, así como los linfomas y sarcomas originados en la piel, manifestaciones cutáneas de neoplasias sistémicas, metástasis a piel de primarios conocidos. Se ha visto en los últimos años un aumento en la frecuencia del Sarcoma de Kaposi, en relación al incremento de casos de SIDA.

Entre un 40 y 50% de toda la población han presentado al menos un tipo de neoplasia de piel tipo no melanoma al llegar a los 65 años, con aumento en la incidencia en la población adulta laboralmente activa. (1,2)

A través del Registro Nacional Histopatológico de neoplasias malignas, en México se reporta que el cáncer de piel no melanoma ocupa actualmente el primer lugar en frecuencia. (3)

En México existe un subregistro de casos, ya que la mayoría de ellos no causan mortalidad y reciben tratamiento con cirugía ambulatoria, muchos de ellos sin estudio histopatológico confirmatorio. Debido a la simplicidad del tratamiento por medio de cirugía ambulatoria y a su buen pronóstico, en la mayoría de los casos, no siempre han sido incluidos en los registros de cáncer.

Desafortunadamente los pacientes con tumores de la piel en nuestro país acuden en etapas muy avanzadas, sobre todo los de tipo melanoma, cuando, por lo que es importante identificar cuáles son los grupos de riesgo con respecto a género, edad, localización más frecuentes pero con respecto a casuística propia, basada en nuestros registros.(5)

Las neoplasias del grupo No melanoma son un grupo que a pesar de su baja mortalidad, muestran un crecimiento agresivo, incluso tienen capacidad de producir metástasis lo cual los convierte en un importante problema en salud pública.

El factor causal más importante es la exposición a la radiación solar que genera alteraciones en el ADN, promoviendo mutación del gen supresor tumoral TP53, al igual que PTCH y el oncogén RAS.

Según La Organización Mundial de La Salud (OMS), se clasifica a estas lesiones en el grupo de los *tumores queratinocíticos*, que por definición derivan de los queratinocitos de la epidermis y de los anexos cutáneos, este grupo exhibe una amplia gama de lesiones que abarcan desde lesiones benignas como los acantomas, lesiones precursoras como la queratosis actínica (displasia severa, que para algunos autores entre ellos Ackerman es un carcinoma intraepidémico de Novo y no así una lesión precursora), al final de este espectro se encuentra el Carcinoma epidermoide o escamoso y la Enfermedad de Bowen (carcinoma intraepidérmico). Todos estos grupos histológicos con sus respectivas variantes. (9). Tabla 1.

TABLA 1. CLASIFICACIÓN DE LA OMS (2003) DE TUMORES QUERATINOCÍTICOS DE PIEL.

TUMORES MALIGNOS Y PRECURSORES ,DERIVADOS DE LOS QUERATINOCITOS

1.CARCINOMA BASOCELULAR (CBC)

- A. SUPERFICIAL
- B. NODULAR (SÓLIDO)
- C. MICRONODULAR
- D.INFILTRANTE
- E.FIBROEPITELIAL
- F.CON DIFERENCIACIÓN ANEXIAL.
- G.BASOESCAMOSO
- H.QUERATÓSICO

2.CARCINOMA EPIDERMOIDE (ESCAMOSO)

- A.ACANTOLÍTICO
- B.FUSOCELULAR
- C.VERRUGOSO
- D.PSEUDOVASCULAR
- E. ADENOESCAMOSO

3.LESIONES PRECURSORAS

3.1 ENFERMEDAD DE BOWEN

- A.PAPULOSIS BOWENOIDE

3.2 QUERATOSIS ACTÍNICA

- A.QUERATOSIS ARSENICAL
- B.QUERATOSIS PUVA

NEOPLASIAS MALIGNAS DE PIEL GRUPO NO MELANOMA

1. CARCINOMA BASOCELULAR

El carcinoma basocelular (CBC) se define como un grupo de lesiones malignas que se caracteriza por la presencia de lóbulos, columnas o cordones de células basaloideas (células germinales de la piel) en un estroma fibroso. Sus células muestran una morfología similar a las del estrato basal de la epidermis, de ahí su nombre.

Sinónimos: Epitelioma basocelular, basalioma, ulcus rodens. (9)

EPIDEMIOLOGÍA

Es el más común de todos, constituye el 70% de las lesiones No Melanoma, Con una incidencia mayor de 3 a 5 veces mayor que el escamoso o epidermoide .En Estados Unidos la incidencia anual es de 146 por 100,000 habitantes, pero estas cifras varían en todo el mundo. En las estadísticas del Servicio de Oncología Cutánea del Centro Dermatológico Pascua de la ciudad de México esta variante ocupó el 72.4% de los tumores malignos de piel. (2).Son lesiones que se caracterizan por que se encuentran en áreas expuestas al daño solar de personas de piel blanca y albinos, predomina en mujeres 3:1, hasta un 70% se presenta en mayores de 50 años. Es una lesión propia del adulto pero también se ha visto en niño sobre todo asociado a problemas genéticos, (9).La incidencia del CBC aumenta con la edad, aunque actualmente se reporta un número creciente de casos en pacientes jóvenes. La literatura mundial menciona mayor incidencia en hombres, aunque en años recientes va aumento en mujeres.

ETIOPATOGENIA

Se asocia a la exposición al arsénico, Intervienen además una exposición excesiva crónica a las radiaciones ionizantes, especialmente rayos X, radium y sustancias radioactivas artificiales y naturales, traumatismos, infecciones y úlceras crónicas y alteraciones genéticas del tipo

mutaciones en el PTCH1 del cromosoma 9q22.3, como causa del síndrome de los nevos basocelulares. Entre otras enfermedades genéticas que suelen acompañarse de estas neoplasias son el xeroderma pigmentosus. No se identifican lesiones precursoras.

Al derivarse de células germinativas embrionarias y de células pluripotenciales que se forman durante toda la vida en la capa de células basales, y menos a menudo en la vaina del pelo o en otros anexos cutáneos hay relación con la expresión de queratinas K4, K8/K18 y K19.(9)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Es un tumor compuesto de uno o varios nódulos pequeños, céreos, semitransparentes, agrupados en torno a una depresión que puede hallarse ulcerada o no, con una costra o sangrado. El borde del tumor tiene un aspecto perlado característico; pueden verse también telangiectasias. Esta úlcera se caracteriza por su cronicidad y su crecimiento lento (5 mm al año) y progresivo a medida que pasa el tiempo, la infiltración casi nula, la agresividad general es baja y mayor en menores de 35 años. Las lesiones son por lo general asintomáticas, en el 30% hay dolor o prurito moderado; la hemorragia y la infección agregada son sus complicaciones más frecuentes. No produce metástasis, ya que dependen en gran manera del estroma de tejido conjuntivo; la incidencia de estas es de 9% en los que miden menos de 10 cm, y de 45% en los mayores de 10 cm de diámetro, en los de más de 25 cm las metástasis y la mortalidad es del 100%. Los casos de metástasis han sido siempre objeto de repetidas escisiones incompletas o bien han llegado a alcanzar gran tamaño.

Las lesiones predominan en zonas expuestas, con folículos Pilosebáceos, sobre todo en la cara (94%); en esta afecta casi exclusivamente la región centro facial (82%): dorso de la nariz, mejillas, párpados, región nasogeniana, frente y región naso labial; en tronco se observa en 5% y predominan las formas múltiples; aparece menos en cuello, extremidades y genitales. No afecta palmas, plantas ni mucosa bucal.

HISTOPATOLOGÍA

La forma clásica de esta lesión son células que se caracterizan por un núcleo grande de forma oval y escaso citoplasma; su aspecto es semejante al de las células de la capa basal y de ahí deriva el término de basocelular. Se agrupan en masas de diferente tamaño, limitadas en la periferia por una hilera de células en empalizada y rodeadas por tejido conjuntivo. Las formas infiltrantes muestran cordones delgados de células neoplásicas que invaden la dermis profunda.

La OMS los subclasifica en :(9).

1. CARCINOMA BASOCELULAR

- A. CARCINOMA BASOCELULAR SUPERFICIAL
- B. CARCINOMA BASOCELULAR NODULAR (SOLIDO)
- C. CARCINOMA BASOCELULAR MICRONODULAR
- D. CARCINOMA BASOCELULAR INFILTRANTE
- E. CARCINOMA BASOCELULAR FIBROEPITELIAL
- F. CARCINOMA BASOCELULAR CON DIFERENCIACION ANEXIAL
- G. CARCINOMA BASOESCAMOSO
- H, CARCINOMA BASOCELULAR QUERATOSICO

1.1 Carcinoma Basocelular Superficial

Sinónimos: *carcinoma intraepidérmico*, *epitelioma basocelular intraepidérmico de Borst – Jadassohn* y *carcinoma basocelular multicéntrico*.

Se da en Forma de lesiones psoriasiformes secas y escamosas con borde filiforme elevado, situadas sobre el tronco. Suelen ser de crecimiento plano y superficial con poca tendencia evolutiva. Pueden llegar a 10 – 15cm sin ulcerarse. Pueden exhibir de forma ocasional atrofia o cicatrización, sin infiltración. En algunos casos la lesión cura en un sitio dejando una cicatriz

atrófica blanca para luego invadir activamente la piel vecina. A menudo existe el antecedente de ingestión de arsénico. Histológicamente el estroma forma una placa continua y sólida. (Figura 1)

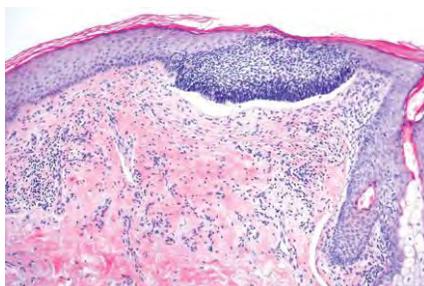


Fig.1 Corte Histológico, Carcinoma Basocelular Superficial

1.1 Carcinoma Basocelular Nodular o Sólido

Es la forma clínica más común. Son lesiones elevadas, de superficie lisa, brillante, eritematosa o telangiectásica, Figura 2. Inicialmente de 1 a 2 cm y de crecimiento lento, pueden ulcerarse en el centro (variedad nódulo ulcerosa) y dar lugar a lesiones destructivas extensas.



Fig. 2. Foto del aspecto clínico del Carcinoma basocelular nodular

El corte histológico revela grandes lóbulos de células basaloides con una característica “palizada periférica de los núcleos”, estos lóbulos se proyectan hacia la dermis profunda, pueden asociarse a degeneración mixoide, quística o mostrar un patrón adenoideo, cribiforme, algunos de estos lóbulos toman una apariencia organoide interconectadas por estroma fibromixoide laxo en el estroma., la periferia de estas lesiones debe ser bien estudiada en busca de patrón micro nodular (9). (Figura 3 y 4)

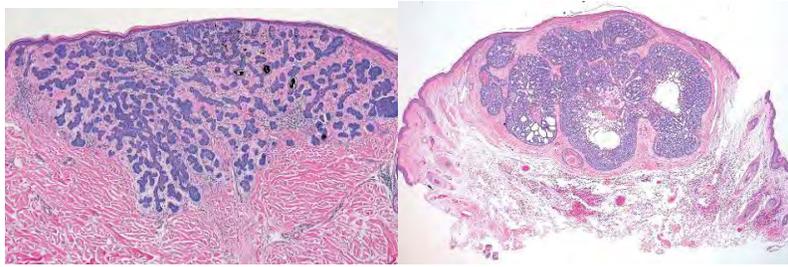


Fig. 3. Cortes Histológicos de Carcinoma Basocelular Nodular, con áreas de degeneración quística,

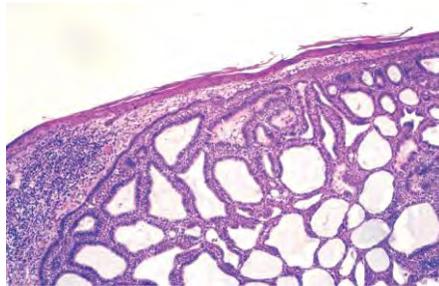


Fig. 4. Corte histológico de Carcinoma Basocelular Nodular, patrón Cribiforme

1.2 Carcinoma Basocelular Micro Nodular

Son lesiones sobre elevadas o infiltrantes planas, su localización más frecuente es la espalda. El corte histológico muestra pequeños nódulos que generan permeación de la dermis, se pueden ver nódulos aislados que parecen estar separados por colágeno normal, estos lóbulos semejan el tamaño de un bulbo folicular y que genera extensión hacia el tejido dérmico profundo, son lesiones en la que se subestima el margen quirúrgico real, comúnmente presentan con extensión perineural por su profundidad.

1.3 Carcinoma Basocelular Infiltrante

Es una lesión compuesta por cordones, columnas de células basaloides que infiltran entre las fibras de colágeno de la dermis y puede extenderse a la dermis profunda y tejidos adyacentes, se presenta como una lesión poco definida, pálida, indurada como placa, situada sobre todo en

tronco superior y cara. Se manifiesta con parestesias o pérdida de la sensibilidad, que es una manifestación de la extensión perineural, en estas lesiones se subestiman los márgenes quirúrgicos. Son lesiones que muestran carcinoma basocelular de patrón infiltrante en cordones, bandas y columnas de células basaloides de escaso citoplasma. La palizada periférica y retracción no se ven en este subtipo. No hay fibrosis, ni esclerosis, el patrón infiltrante se asocia a invasión perineural. Ante la duda de grupos infiltrantes se pueden marcar con Cito queratinas de bajo peso molecular, donde se marcan entre 1 o 2 células en corte transversal en inmunohistoquímica. El diagnóstico diferencial de esta entidad debido a su patrón en cordones, se confunde con el carcinoma micro quístico de anexos, carcinoma escamoso esclerosante y tricoepitelioma desmoplásico. Figura 5

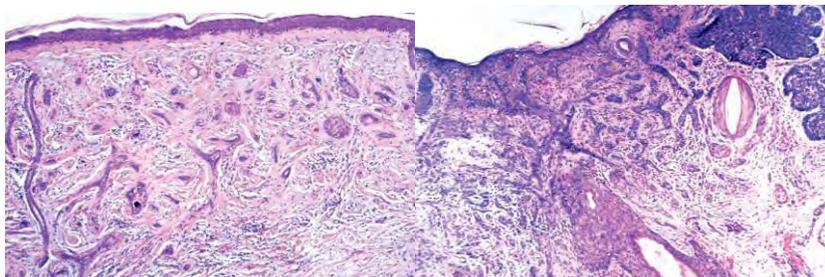


FIG 5. Corte Histológico de Carcinoma Basocelular Infiltrante

1.4 Carcinoma Basocelular Fibroepitelial

Sinónimo: Fibroepitelioma de Pinkus

Es una lesión sésil habitualmente elevada, del color de la piel que recuerda una queratosis seborreica, se localizan con predilección en la espalda, situada sobre la parte inferior del tronco, la región lumbosacra, la ingle o el muslo, son raramente múltiples, se ha asociado a radiación previa. Es una lesión de conducta indolente. La lesión es superficial en personas de mediana edad o ancianos. En el aspecto histológico se encuentran láminas basocelulares entrelazadas, que arborizan que se extiende desde la superficie hasta la profundidad, donde forman una trama

epitelial que engloba un estroma mesodérmico hiperplásico, el estroma es fibrovascular, pequeños conductos pueden estar presentes en los cordones lo cual es señal de extensión a conductos ecrinos pre existentes, estos cordones están asociados a pequeños bulbos tipo folículos los cuales se proyectan a través del tejido conectivo adyacente. La eliminación es simple por escisión o electrocirugía es el tratamiento de elección. Figura 6

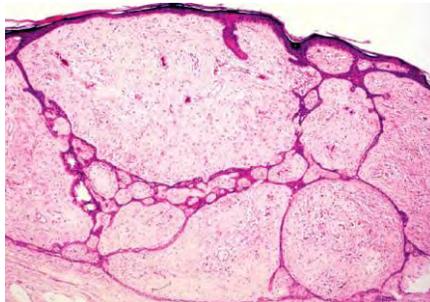


Fig. 6 Corte Histológico de Carcinoma Basocelular Fibroepitelial

1.5 Carcinoma Basocelular con Diferenciación Anexial

Es una variante que se caracteriza porque tiene diferenciación a algún tipo de anexo en un fondo de carcinoma basocelular convencional. No hay nada específico en cuanto a la clínica, pero al corte histológico se suele diferenciar hacia ductos basaloides, elementos triquilémicos, elementos sebáceos, hacia folículos pilosos sobre todo en los superficiales, la diferenciación ecrina y apocrina y en estos casos diferenciarlos de verdaderas lesiones derivadas de las glándulas sudoríparas sobre todo porque estas últimas tienden a la metástasis. Algunas de estas lesiones muestran sobre posición y en este caso se diagnostican como lesiones benignas de los anexos como el hamartoma folicular basaloide, tricoepitelioma, tricoblastoma, se ha propuesto que esta categoría debería denominarse carcinoma tricoblástico. Este patrón de crecimiento no tiene implicación pronóstica. Figura 7,8.

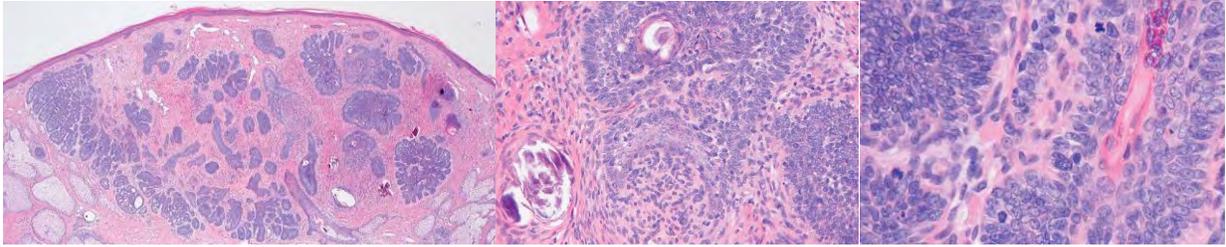


Fig.7 Cortes Histológicos de Carcinoma Basocelular Nodular con Diferenciación Folicular

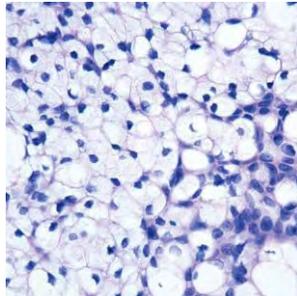


Fig. 8 Cortes histológicos de Carcinoma Basocelular con diferenciación sebácea.

1.6 Carcinoma Basocelular Basoescamoso

Sinónimos: Metatípico, carcinoma basoescamoso.

Termino que se usa para describir un carcinoma basocelular asociado a diferenciación escamosa. En esta lesión no existen datos clínicos específicos. A los cortes histológicos son lesiones en las que la célula tumoral tiene abundante citoplasma con marcada queratinización, el núcleo es vesicular con cromatina abierta y pleomorfismo, y las palizadas pueden estar focalmente perdidas. Esta lesión puede tener fibrosis central y anillo radiado periférico de células que se extienden en la dermis y subdermis. Esta variante es importante porque es más agresiva y se asocia a diseminación regional y/o metástasis.

1.7 Carcinoma Basocelular tipo Queratósico

Es una variante que se caracteriza por la presencia de formación de queratina en forma de quistes córneos en el centro de la lesión o en las islas tumorales. Esta lesión se presenta como milia, se ve perlada por los quistes con queratina. En el corte histológico comparte características de carcinoma basocelular convencional, pero con queratina sea esta laminar o infundibular, hialino, o fantasmas de células queratinizadas que sería una diferenciación pilo matricial. Las calcificaciones distróficas son frecuentes, la queratina triquilemal se asocia a acentuada apoptosis en las células tumorales adyacentes y queratinocitos. El diagnóstico diferencial es el basoescamoso, pero muestra quistes de queratina superficiales, el carcinoma basoescamoso tiende a ser más grande y poco circunscrito. Figura 9

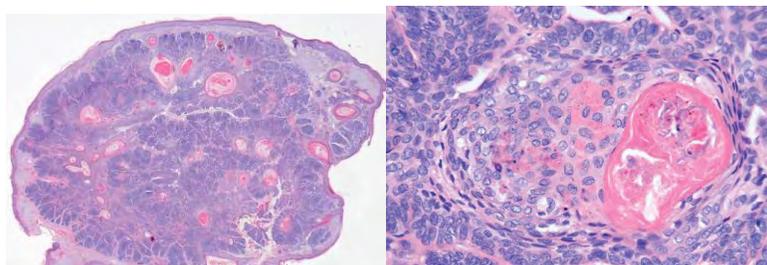


Fig. 9 Cortes histológicos del Carcinoma Basocelular tipo Queratósico

1.8 Otras variantes de carcinoma Basocelular:

- a) **Quístico**: que forma uno o más espacios quísticos y se encuentran cerca del centro de los nidos tumorales, puede haber mucha mucina entre las células que borden el espacio central. Figura 10

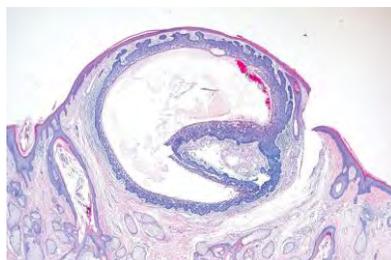


Fig. 10 Corte histológico de Carcinoma basocelular Quístico.

- b) **Adenoideo:** tiene un patrón reticulado, con mucina estromal, puede asociarse al nodular. Figura 11

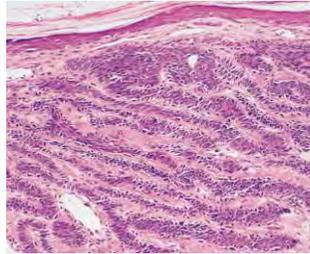


Fig. 11. Corte Histológico de Carcinoma Basocelular Adenoideo

- c) **Carcinoma Basocelular Esclerosante o tipo morfeico o Esclerodermiforme:**

Se compone de bandas y nidos de células tumorales que se hallan embebidos en un estroma denso, fibrotico, hay autores que son estrictos en la denominación solo en presencia de colágeno queloidal en bandas, en el estroma y otros consideran que solo un estroma fibroso es válido. Clínicamente es una lesión indurada como placa con una superficie brillante y márgenes poco definidos. Figura 12, 13



Fig. 12. Aspecto macroscópico del carcinoma basocelular Esclerodermiforme

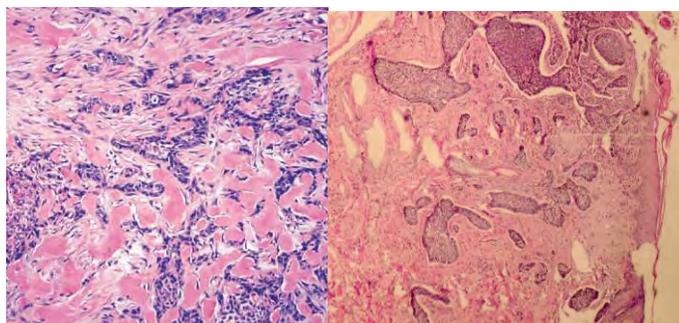


Fig. 13. Cortes Histológicos de Carcinoma Basocelular Esclerodermiforme

- d) **Infundíbulo quístico**; se confunde a menudo con el tipo queratósico, esta variante tiene estructuras tipo infundíbulo quístico pero con queratina central y un componente periférico basaloide. Son nidos anastomosados. Suelen ser múltiples.
- e) **Pigmentado** es en realidad un fenómeno que puede darse en cualquiera de las variantes antes mencionadas. Los melanocitos están esparcidos a través de la lesión, y los melanófagos están en el estroma, clínicamente se confunde con melanoma. Fig 13 y 14



Fig. 13. Vista macroscópica de Carcinoma Basocelular Pigmentado, ulcerado.

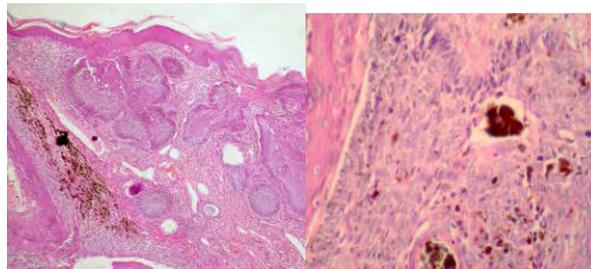


Fig. 14 Cortes histológicos de Carcinoma Basocelular Pigmentado, ulcerado

- f) **Misceláneos**, otras variantes aun más raras que se han publicado en reporte de caso incluyen célula clara, célula en anillo de sello, células granulares, células monstruosas, adamantinoide, neuroendocrino y schwannoide.

g) **Ulcerado** pueden mostrar ulceración desde el inicio de la lesión o formar parte de la cronicidad del cuadro. En general son lesiones que Siguen un curso crónico, durante el cual se desarrollan nuevos nódulos, se forman y desprenden costras y la ulceración se agranda; algunas de las lesiones tienden a curar espontáneamente. La ulceración puede llegar profundamente al tejido celular subcutáneo, o hasta el cartílago y el hueso, ocasionando una destrucción y mutilación extensas. Figura 15

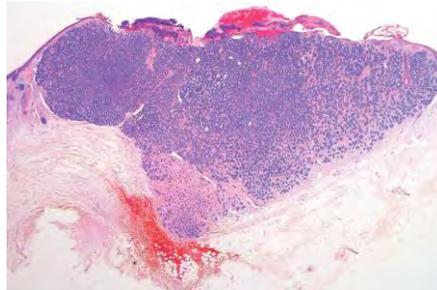


Fig. 15. Corte histológico de Carcinoma Basocelular Nodular Ulcerado

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

No obstante la gran variedad de aspectos morfológicos, el diagnóstico clínico del carcinoma basocelular es posible en la mayoría de los casos, especialmente si muestra el *borde perlado*, brillante característico de este tumor. El diagnóstico clínico debe de ser confirmado por el estudio histopatológico.

TRATAMIENTO

No existe ni un solo tratamiento ideal para todas las lesiones, así que deben combinarse. El objetivo de todo tratamiento es conseguir una

Cura definitiva con los mejores resultados estéticos. Está indicado controlar evolutivamente al enfermo durante 5 años, en busca de nuevas lesiones, ya que en 35 a 40% de los pacientes se produce el desarrollo de un segundo carcinoma basocelular. En todas las lesiones ha de realizarse una biopsia. Opciones terapéuticas *Extirpación, Radioterapia ionizante, Electrocirugía,*

Cirugía de Mohs, Terapéutica citotóxica tópica, Criocirugía, Terapéutica con láser y Otras modalidades como interferón intralesional, El uso de cisplatino y de la doxorubicina en las lesiones avanzadas.

2. LESIONES PRECURSORAS

Son lesiones que muestran desórdenes proliferativos (displasias) que pueden considerarse precursores del carcinoma epidermoide, entre estos tenemos a la Queratosis Actínica y la Enfermedad de Bowen (carcinoma intraepidérmico/ carcinoma epidermoide in situ) (9).

2.1 QUERATOSIS ACTÍNICA

Neoplasia intraepidérmica de piel expuesta al sol caracterizada por atipia de los queratinocitos, también llamada *queratosis solar*. Son lesiones que se presentan en adultos de edad avanzada, de piel blanca, que difícilmente se broncea, también surgen en áreas de vitíligo. Estas lesiones predominan en hombres porque tienen mayor exposición, es por eso que los caucásicos muestran como 40 a 60 % de prevalencia de estas lesiones, sobre todo en pacientes mayores de 40 años, cerca del 80% en la séptima década de la vida, el riesgo es mayor en el xeroderma pigmentado, síndrome de Cockayne y Bloom, síndrome de Rothmund-Thompson

Son lesiones que muestran atipia confluyente de los queratinocitos en la capa basal de la epidermis, es difícil determinar la incidencia de la queratosis actínica ya que son lesiones que vienen y van con el tiempo. Estudios longitudinales sugieren que son precursoras del carcinoma escamoso, a pesar de que el rango de transformación maligna es pequeño, que se expresa como menos de 1 en 100 casos por año. Los estudios sugieren que estas lesiones remiten cuando se reduce la exposición al sol, por ello la mayoría de estos no progresa a carcinoma.

En cuanto a factores etiológicos, la exposición acumulada e intermitente al sol está implicada, la radiación UVB y también PUVA, estas inducen alteraciones en TP53, este daño genera una proliferación clonal de estas células que genera la queratosis actínica y luego de que el daño

genético es notorio el carcinoma puede desarrollarse. La luz ultravioleta es un iniciador y promotor de estos cambios. Una entidad denominada epidermodisplasia verruciforme asociada a VPH se ha visto en pacientes con queratosis actínica en pacientes post trasplantados renales. Los sitios de afección más frecuentes son aquellos expuestos al sol como ser cara, orejas, cuero cabelludo, dorso de manos, antebrazo y cuello lateral. Se presentan como lesiones eritematosas multiples asintomáticas y persistentes la mayoría mide menos de 1 cm y son hiperqueratoticas. Las lesiones del tipo atrófico predominan en la cara, el engrosamiento de estas lesiones nos habla de progresión a carcinoma invasor. Son lesiones circunscritas de menos de 1 cm como maculas o pápulas, placas ligeramente sobre elevadas, que van de eritematosas, a café grisáceas con áreas amarillentas. Algunas pueden ser mas grandes, mas irregulares incluso pigmentadas. Las lesiones en dorso de la mano y antebrazo tienden a ser verrugosas o hiperqueratoticas, con un cuerno cutáneo. Los cortes histológicos muestran los tipos atrófico, bowenoide, acantolítico, pigmentado y liquenoide. La mayoría muestra paraqueratosis, hipo granulosis, desorden en la maduración con atipia citológica incluyendo agrandamiento nuclear, con pleomorfismo, Hiperchromasia, nucléolo evidente, mitosis, disqueratosis y citoplasma pálido. Hay quienes le dan grado histológico similar al usado en cérvix NIQ I, II, III, de estos se ha propuesto que el I y II son los que dan lugar al carcinoma invasor. Figuras 16, 17, 18.



Fig. 16. Aspecto macroscópico de la Queratosis Actínica en cara.

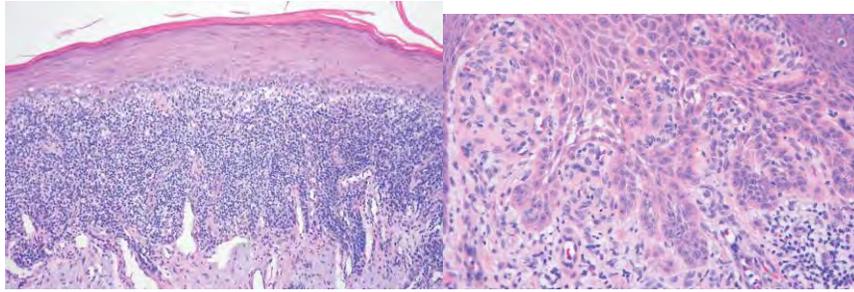


Fig. 17 Cortes Histológicos de Queratosis Actínica.

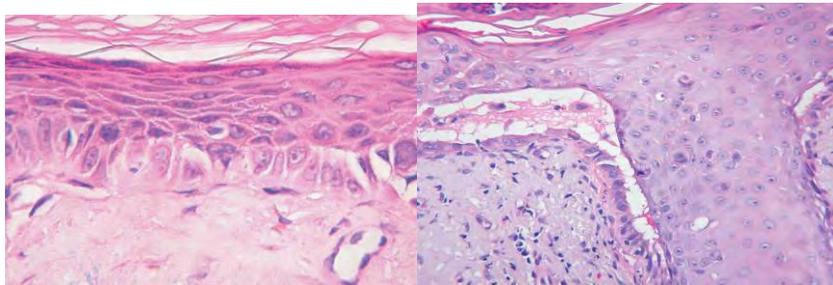


Fig. 18 Cortes Histológicos de queratosis actínica de izquierda a derecha: variante atrófica y variante acantolítica.

2.2 ENFERMEDAD DE BOWEN

Son lesiones que muestran atipia en los queratinocitos que involucra todo el espesor de la epidermis. Existe también involucro del folículo piloso y rara vez conductos sudoríparos. A pesar de que esta lesión ha sido clasificada como un carcinoma in situ no existen estudios longitudinales publicados en cuanto a su transformación maligna. Aunque ocurra el carcinoma escamoso invasor en el contexto de esta lesión, se cree que el componente in situ puede perdurar por muchos años. (9), ocurre predominantemente en caucásicos, ambos géneros se afectan de igual manera, el 20% son mujeres. Afecta a pacientes de la sexta a octava décadas de la vida, pero se ha visto una media de afección a los 48 años. La afección es similar en piel expuesta y no expuesta al sol, es muy raro que afecte a piel oscura pero cuando esto ocurre predomina en áreas no expuestas al sol (9)

En cuanto a la etiología de esta entidad se la describe como incierta aunque se ha asociado a daño crónico por el sol que genera disrupción en la maduración de los queratinocitos generando mutaciones en el TP53 y lo cual genera atipia en estas lesiones. Los sitios anatómicos de piel no expuesta se da sobre todo en pacientes con antecedentes de exposición a PUVA o terapia UVB, también se relaciona a la ingestión de arsénico inorgánico (queratosis arsenical) que muestran similitud con la enfermedad de Bowen, esta queratosis arsenical se ha visto con alta asociación a carcinoma invasor sobre todo en poblaciones rurales que consumen agua contaminada con arsénico inorgánico, se ha logrado demostrar afección por el Virus del Papiloma Humano, sobre todo 16 y 18 que se expresan en lesiones a nivel genital con verrugas no condilomatosas o papulosis bowenoide. los tipos 15 y 16 se han descrito en lesiones de extremidades distales, también se ha descrito el VPH 31, 54, 58, 61 ,62 y 73. otros factores causales se han descrito como ser aberraciones en el sistema inmunitario , traumatismos, irritación crónica, factores mutágenos y tabaco.(9)

En cuanto a su localización se ha visto que hasta un 33% son lesiones de cabeza y cuello, sobre todo en cara, en hombres predomina en el cuero cabelludo y orejas, mientras que en la mujer son las mejillas y piernas, es muy raro que afecte el lecho ungueal y periungueal .(9)

La clásica apariencia de estas lesiones en piel es de una o múltiples lesiones eritematosas, de redondas a irregulares, lenticulares, queratósicas, fisuradas, nodulares o erosionadas, placas o parches pigmentados, estas placas carecen de pelos y están bien demarcadas de la piel no afectada, puede intercalarse con piel sana si la lesión es muy extensa. Miden de 1 a 5 cm, en zonas intertriginosas, se muestran como parches y en la localización ano genital, son de aspecto polipoide o verrugoso. (9) Figura 19 y 20.



Figura 19: Aspecto macroscópico de la Enfermedad de Bowen.

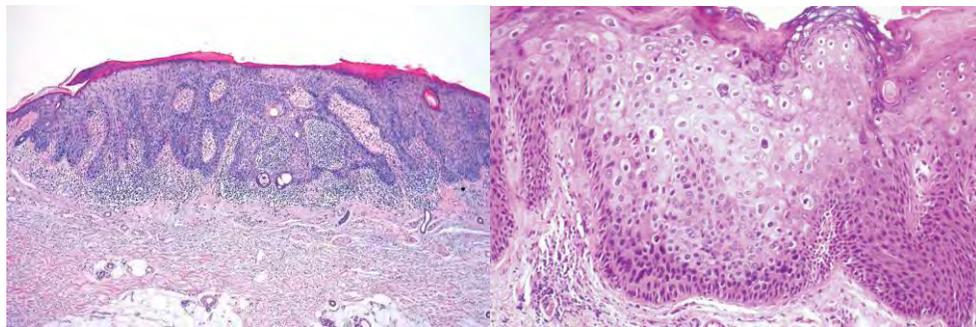


Figura 20. Cortes histológicos de Enfermedad de Bowen,

En los cortes histológicos a bajo aumento se ve hiper-para queratosis, hipo o hipergranulosis, acantosis tipo placa con un aumento en la celularidad y un infiltrado inflamatorio crónico en la base de la lesión, la epidermis exhibe, pérdida de la polaridad y pérdida de la maduración, queratinocitos atípicos con Hiperchromasia con citoplasma pálido o vacuolado, con ocasionales células multinucleadas, hay disqueratosis y mitosis anormales. Todos estos cambios se acompañan de una unión dermoepidermica intacta. En sitios con pelo hay afección de los acrosiringios, infundíbulo y de las glándulas sebáceas. En muchos casos hay células vacuoladas atípicas que pueden remedar el efecto citopatico del VPH, con un aspecto pagetoide, con un acrosiringio ocasionalmente involucrado. La dermis superficial tiene infiltrado inflamatorio, linfoplasmocitario y, macrófagos, ectasia de los vasos capilares superficiales es común, elastosis

solar en sitios de exposición al sol, cuando surge un carcinoma invasor en este contexto puede ser escamoso, basoescamoso, pilar, sebáceo, pilo sebáceo, poco diferenciado y a veces de conductos. Estos queratinocitos atípicos y vacuolados son negativos para mucinas. Figura 20.

3. CARCINOMA EPIDERMOIDE O ESCAMOSO

El carcinoma epidermoide es una neoplasia maligna de los queratinocitos epidérmicos. Es el segundo en frecuencia de lesiones tipo no melanoma. El carcinoma epidermoide crece más rápidamente y es más invasor que el carcinoma basocelular; puede originar metástasis, generalmente a los ganglios regionales. El riesgo de metástasis está relacionado con una serie de factores: tamaño mayor de 2 cm, invasión en profundidad, localización en áreas mucosas como el labio y los genitales externos, inmunosupresión.

EPIDEMIOLOGÍA

El carcinoma epidermoide sigue en frecuencia al basocelular entre los cánceres cutáneos, con un 19.1%, y se calcula un caso por cada 1,000 pacientes dermatológicos. Desde 1960 la incidencia anual ha aumentado de 4 a 8%+; en E.U. se presenta un promedio de 41 por cada 100,000 hab., en Australia se encuentra la tasa más alta en el mundo, de 201 casos por cada 100,000 hab. Predominan en sujetos de piel blanca, afecta menos a individuos de raza negra. Es más frecuente en varones, con una proporción de 2:1; tiene importancia la ocupación; la mayor parte de los casos se observa en campesinos, marineros, comerciantes, ambulantes y amas de casa que hacen que hacer al aire libre. Predomina después de los 60 años; en niños y adolescentes tiene relación con trastornos genéticos.

ETIOPATOGENIA

Se deriva de las células de la epidermis y sus anexos, y el proceso de carcinogénesis se divide en tres etapas: iniciación, promoción, y progresión. La causa es multifactorial; depende de factores ambientales y del huésped. Entre los factores extrínsecos el más importante y trascendental es el daño de origen actínico, acumulativo, y que depende de exposición prolongada a la luz solar; la luz ultravioleta, en especial la radiación UVB, se sabe desempeña un papel de primordial importancia, ya que pueden predisponer al cáncer cutáneo, no sólo por su acción lesiva sobre el DNA, sino también por lesión local de las células de Langershans. La foto quimioterapia – psoralenos más luz UVA, se Acompaña de la formación de Carcinomas epidermoide según Stern y cols. La carcinogénesis química es causa clásica de cáncer cutáneo; los efectos más conocidos son los provocados por los hidrocarburos Aromáticos policíclicos, que incluyen el 3,4 – benzopireno. Entre otros factores tenemos: la exposición a mostaza nitrogenada, arsénico, alquitrán, parafina, cerosota, el antraceno, el tabaco y los cromatos; la dermatitis crónica por radiaciones, debida a rayos X ó radium. Así como agentes infecciosos, cicatrices de quemaduras, úlceras y dermatosis crónicas. Entre otros factores intrínsecos están: la pigmentación cutánea, enfermedades linfoproliferativas, xeroderma pigmentoso, albinismo virus del papiloma humano, especialmente los tipos 16, 18, 30 y 33, se asocian al carcinoma escamoso se observa en la epidermodisplasia verruciforme, envejecimiento, expresión de queratinas (K1/K10, K4, K8/K18 e involucrina) y la inmunosupresión por fármacos, trasplante de órganos y probablemente SIDA.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Predomina en partes expuestas a la luz solar. Se observa en cara (50 a 86.7%); extremidades (37%), principalmente las superiores; tronco (9%), y piel cabelluda (5%). Predomina en el labio inferior, mejillas, pabellones auriculares y dorso de manos; así mismo, se observa en la

Mucosa genital, bucal y anal. Aparece casi siempre sobre una queratosis actínica o sobre una piel dañada por la luz solar por queratosis y telangiectasias, pero puede hacerlo sobre una piel sana. La evolución es crónica, pero más rápida que la del carcinoma basocelular. La lesión puede ser superficial, dura y bien definida, y surge a partir de una base redonda, elevada e indurada. Es de color rojo oscuro y contiene telangiectasias. En otros casos los tumores comienzan en forma de pequeñas placas eritematosas, infiltradas, duras y escamosas sobre una piel previamente dañada. Las lesiones se agrandan en el transcurso de semanas o meses, y son profundamente nodulares, ulceradas. La úlcera al principio es superficial y está oculta por una costra. La superficie ulcerada puede tener aspecto de coliflor, compuesta de proyecciones filamentosas que contienen un exudado viscoso, purulento y maloliente. Este tumor se halla localizado durante las primeras fases, más tarde y en forma gradual, se vuelve difuso, más o menos deprimido y fijo. Figura 21,22



Fig. 21 aspecto macroscópico de carcinoma epidermoide.



Fig. 22 Aspecto macroscópico de carcinoma epidermoide

HISTOPATOLOGÍA

La biopsia es definitiva. La epidermis presenta hiperqueratosis con paraqueratosis, así como proliferación irregular y anárquica de células del estrato espinoso, dispuestas en cordones mal limitados que invaden dermis. El grado de malignidad muestra relación directa con las atipias, e Inversa con los perlas córneas, esto es, con la diferenciación: los menos diferenciados son más agresivos en su conducta. Los bien diferenciados son parecidos a epidermis (epidermoide). En dermis superficial hay infiltrado inflamatorio crónico moderado. Histológicamente existen variantes, que según la OMS (2003) se subclasifica de la siguiente manera: (9).

CARCINOMA EPIDERMOIDE O ESCAMOSO

- 1.CARCINOMA ESCAMOSO ACANTOLITICO
- 2.CARCINOMA ESCAMOSO FUSOCELULAR
- 3.CARCINOMA ESCAMOSO VERRUGOSO
4. CARCINOMA ESCAMOSO FUSOCELULAR
- 5.CARCINOMA ESCAMOSO PSEUDOVASCULAR
- 6.CARCINOMA ADENOESCAMOSO

El **Carcinoma epidermoide convencional** son nidos, laminas y bandas de células epiteliales escamosas que surgen de la epidermis y se extienden hacia la dermis de manera variable. Son células de citoplasma amplio eosinófilo, con núcleo vesicular, con puentes intercelulares, con variable queratinización y formación de perlas corneas dependiendo del grado de diferenciación del tumor, son bien, moderadamente y poco diferenciados, el grado de anaplasia en la lesión nos ayuda a dar el grado histológico, la mayoría de estas lesiones surgen de la queratosis solar, y podemos encontrar esta lesión a la periferia del tumor. (Figura 23) El carcinoma escamoso ocasionalmente infiltra a través de fibras nerviosas, adventicia de los vasos sanguíneos, linfáticos y planos de la fascia. Cuando Existen linfocitos peri neurales es una clave para buscar

intencionadamente invasión perineural, puede haber infiltrado crónico a la periferia del tumor, que puede incluir eosinófilo, existen variantes muy raras como ser el de células claras, anillo de sello, pigmentado, basaloide, inflamatorio, infiltrante, desmoplásico y rabdoide.

Las células en esta lesión son positivas para Cito queratinas de alto peso molecular, EMA

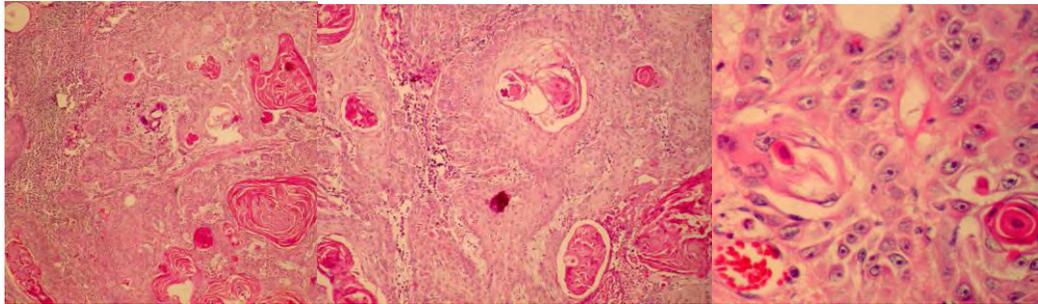


Fig. 23. Cortes histológicos de carcinoma epidermoide Queratinizante, moderadamente diferenciado

3.1 Carcinoma Epidermoide tipo Acantolítico

Es una variante del carcinoma escamoso, que se caracteriza por pérdida de las uniones intercelulares lo cual deriva en acantolisis de las células neoplásicas. Pueden ser in situ o invasores, sinónimos son *carcinoma escamoso adenoideo*, o *carcinoma pseudoglandular*.

Esta variante implica del 2 a 4 % de los carcinomas escamosos cutáneos, el rango de edad es amplio pero sobre todo afecta a adultos mayores, y predomina en hombres. Al igual que el convencional lo más implicado en la etiología es la luz UV como factor de riesgo se localiza en cabeza y cuello, sobre todo cercano a las orejas. Se presenta clínicamente igual que el convencional, ocasionalmente se ulcera. La micro de las lesiones muestra de manera típica un epitelio engrosado, ulcerado, a menor aumento se divisa epitelio aplanado, normal o hiperplásico con o sin asimetría, e islas tumorales infiltrantes, a menor aumento se distinguen acantolisis supra basal o intratumorales, son capaces de producir grandes cavidades

intraepidérmica y las áreas acantolítica pueden extenderse hacia áreas foliculares, y generar aspecto glandular, también puede generar un patrón pseudovascular que remeda un angiosarcoma. Las células que lo componen son de tipo escamoso con disqueratosis, atipia de los queratinocitos, con aumento en la relación núcleo citoplasma, Hiper cromasia, alteraciones de la maduración y muchas mitosis típicas y atípicas. Se usan marcadores como cito queratinas de alto peso molecular, EMA. En la patogénesis se incluye pérdida de las moléculas de adhesión como sindecan, e-cadherinas y gen productor de la displasia ectodérmica anhidrotica.

El diagnostico diferencial se basa en patologías acantolítica, carcinoma adenoescamoso.

La conducta biológica de estas lesiones depende de la profundidad de invasión, pero en general es más agresiva que el convencional, las lesiones in situ son capaces de recurrir y en mas del 10 % puede verse micro invasión, las lesiones que miden mas de 1cm de invasión dan metástasis

en 5 a 19%. Fig. 24

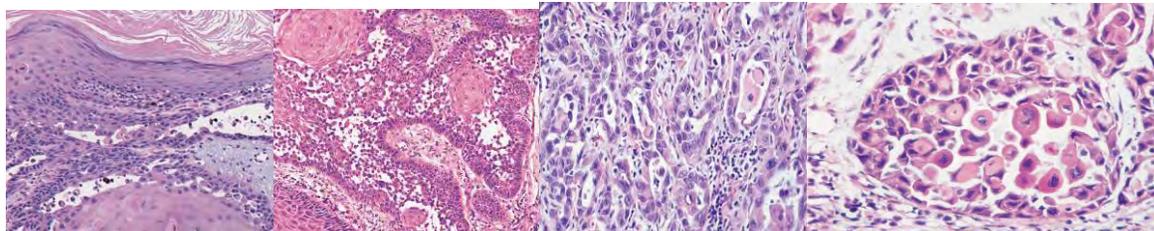


Fig. 24. Cortes histológicos de carcinoma epidermoide variante Acanolítica.

3.2 Carcinoma Epidermoide Verrugoso

Sinónimos: *papilomatosis florida*, *tumor de Ackerman*, *epitelioma cuniculatum*, *condiloma gigante acuminado*

Es una variante rara que corresponde al carcinoma epidermoide bien diferenciado de bajo potencial maligno que comprende 2 al 12% de los carcinomas epidermoides de la piel. Estas

lesiones predomina en hombres, de la quinta década de la vida, el carcinoma verrugoso de las extremidades se dan también en hombres pero predominan en la sexta década de la vida la incidencia de la variante genital es en menores de 50 años y son del 5 al 24% de los tumores en pene, entre las teorías de la etiopatogenia están la irritación crónica, inflamación y falta de respuesta inmune. En las variantes de la cavidad oral se asocia la mala higiene oral, mascar tabaco, en las lesiones genitales también se implica la falta de higiene, la fimosis, y otras teorías incluyen el VPH sobre todo 6 y 11 y carcinógenos externos. La localización de estas lesiones incluyen la cavidad oral, mucosa retro molar, encía, piso de la boca, lengua y paladar duro, también surgen en la planta de los pies, palmas, dedos parte distal o en muñones de amputación. Las lesiones genitales se dan sobre todo en el surco balanoprepucial y glande, se han descrito en vagina y región perianal. Otras localizaciones menos frecuentes implican piel cabelluda, cara, espalda y extremidades, sobre todo asociado a úlceras de decúbito o cicatrices sobre todo en la región pretibial. Son lesiones que remedan una coliflor, exofítico, endofíticos o papilomatosos son blanquecinos, algunos duelen sobre todo en la planta del pie.

En los cortes histológicos se distingue una lesión proliferativa bien diferenciada, el epitelio escamoso con un patrón exo-endofítico, de bordes infiltrantes romos, empujantes, infiltra profundamente la dermis en la cual hay un infiltrado linfoplasmocitario importante, las células tumorales muestran atipia leve y bajo índice mitótico. La presencia de neutrofilos es importante factor diagnóstico ya que forman pequeños abscesos intraepidérmico, no debe haber patrón de epidermoide convencional. El diagnóstico diferencial se hará con proliferaciones benignas. Se cree que las lesiones precursoras de esta variante son la leucoplaquia, liquen plano, LES, candidiasis. Si la lesión se quita por completo el pronóstico es excelente, pero si no pueden recurrir y eso baja la supervivencia global, luego de aplicar terapia con radiación la conducta de la lesión puede cambiar a una enfermedad metastatizante. fig 25 y 26



Fig. 26 Aspecto Macroscópico de Carcinoma Verrugoso, de izquierda a derecha: lesión en planta del pie y lesión de pene.

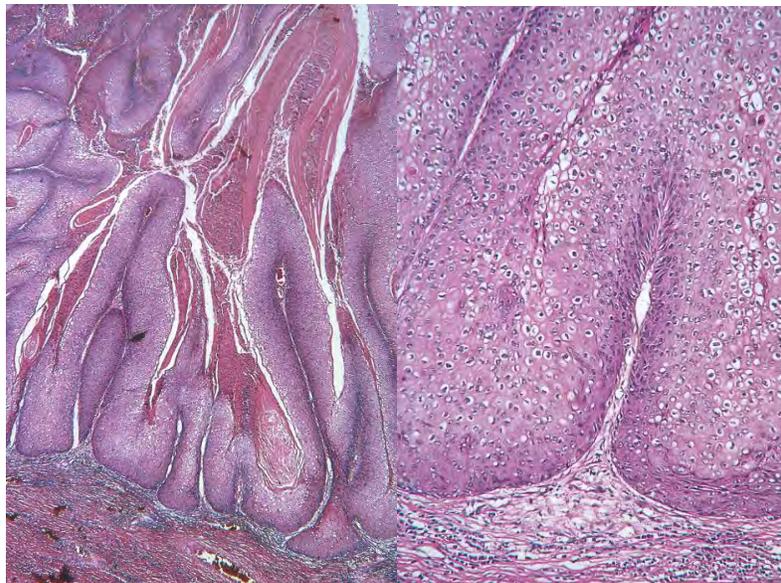


Fig. 27. Cortes histológicos de Carcinoma Epidermoide Verrugoso

3.3 Carcinoma Epidermoide, variante adenoescamosa

Es una rara variante del carcinoma escamoso, que se origina de una célula pluripotenciales relacionado al acrosiringio y que se caracteriza por la formación glándulas secretoras de mucina, la mayoría de los casos son de cabeza y cuello en pacientes de edad avanzada, predomina en hombres, puede afectar el pene. Se presenta como un nódulo asintomático blando en la

superficie de la piel o como lesión grande y ulcerativa a profundidad. En La micro lo que se distingue son lengüetas invasivas, laminas, columnas, de células escamosas con disqueratosis, y atipia, que surgen con glándulas que tienen un epitelio secretor de mucina, que es PAS+, mucicarmin+, AA +. Son células positivas a las cito queratinas, EMA y CEA en las glándulas. Puede haber conexión de estas células hacia el acrosiringio y permeación neural. El diagnóstico diferencial del carcinoma mucoepiermoide que tiene células poligonales escamosas, y células Caliciformes sin glándulas. También de metástasis de otros carcinomas adenoescamosos de localizaciones como glándula salival, pulmón, aparto genital femenino. Es una variante agresiva que da metástasis y recurre, el pronóstico mejora si se trata de lesiones superficiales.fig28

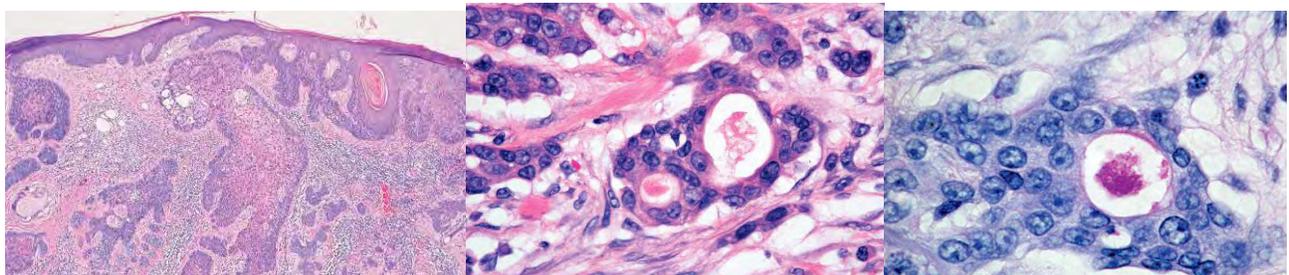


Fig. 28 cortes histológicos de carcinoma epidermoide variante adenoescamosa

3.5 Carcinoma Escamoso, Fusocelular

Rara variante, que muestra morfología fusocelular, lesiones que se originan de piel con daño solar o irradiación previa, casos que se han visto asociados a liquen escleroso y vulva, la incidencia de esta variante es mayor en pacientes inmunosuprimidos. Se presenta como una placa o nódulo en la piel que clínicamente es indistinguible de otras lesiones, pero en general crecen rápido a diferencia de las otras variantes. Se compone en la histología por células fusiformes, o tiene áreas de convencional y fusocelular, estas células fuso celulares tienen núcleo grande y vesicular, escaso citoplasma eosinófilo, de bordes poco definidos. El

pleomorfismo es variable, mitosis abundantes. El diagnóstico diferencial será con lesiones tipo melanoma fusocelular, fibroxantoma atípico, leiomioma, el uso de Ck5/6 es positivo, coctel de cito queratinas, MNF116, pueden coexpresar vimentina y cito queratinas lo cual nos habla de cambios metaplásicos con características mesenquimatosas. Al ser una lesión poco diferenciada se asocia a una clínica agresiva, da metástasis en un tercio de los casos y sobre todo a ganglios

METÁSTASIS

La frecuencia de metástasis ganglionares tiene un promedio de 10 a 80%; aparece en meses o años; es baja ante neoplasias consecutivas a queratosis actínicas inferior al 1%, y alta en las de mucosa bucal y genital del 10 al 20%; así como en las formas ulceradas del 20 – 30%; la Diseminación hematogena y las metástasis viscerales son excepcionales; en 18% estas complicaciones son letales. En los pacientes inmunosuprimidos, estos carcinomas tienden a mostrar carácter más agresivo.

TRATAMIENTO

Puede ser quirúrgico en la mayoría de los pacientes; la terapéutica depende del grado de malignidad, tamaño localización, evolución, edad del enfermo, importancia estética, estado general y medios económicos del individuo, así como de la capacidad y experiencia del cirujano. Debido a la capacidad del carcinoma epidermoide de metastatizar, debe llevarse a cabo un tratamiento radical. La técnica quirúrgica de Mohs es la más adecuada, especialmente grande, las que se localizan en el surco retroauricular, las que aparecen sobre la piel irradiada o cicatrizal, o las que surgen en áreas donde debe salvarse la mayor cantidad posible de piel. Los resultados de esta técnica son excelentes. La radioterapia también es eficaz.

En la enfermedad metastásica o de grado avanzado se ha utilizado el cisplatino y la doxorubicina así como la bleomicina sola o combinada.

NEOPLASIA MALIGNA GRUPO MELANOMA

Pertenece a la clasificación de la OMS de tumores melanocíticos, que a la vez incluye una gran variedad de lesiones desde benignas hasta malignas, desde el punto de vista clínico y de salud pública es el Melanoma maligno el grupo más importante de estas lesiones y de las lesiones de piel en general, son en su mayoría fatales, porque tiene tendencia intrínseca a las metástasis linfática y hematógena. El factor de riesgo más importante es la radiación UV a altas dosis de manera intermitente, además de la susceptibilidad genética, son lesiones que afectan sobre todo a grupos caucásicos, y también se ha visto afección a personas de piel más oscura. El aumento en cuanto la incidencia, refleja actitudes en el estilo de vida a través de la exposición solar en personas que vacacionan, es así que la prevención primaria y el tamizaje de lesiones en etapa temprana se considera el factor más importante para poder reducir la mortalidad por melanoma.

1. MELANOMA

El melanoma es una neoplasia originada en las células productoras del pigmento cutáneo: los melanocitos, con una gran capacidad de diseminación metastásica.

EPIDEMIOLOGÍA

El melanoma es un tumor predominantemente del adulto entre la quinta y séptima décadas. Los casos en niños son raros y generalmente se desarrollan en nevos congénitos gigantes. Afecta por igual hombres y mujeres. Esta neoplasia predomina en individuos de raza blanca. En las últimas décadas ha aumentado en forma considerable la frecuencia de este tumor constituyendo actualmente el 3% del cáncer en la población norteamericana. Sin embargo, el mejor conocimiento clínico de la lesión y, por consiguiente, un diagnóstico más oportuno, ha permitido identificar un mayor número de melanomas curables y esto se ha reflejado en los porcentajes de supervivencia a cinco años que en la década de los años treinta era alrededor del 40% y

actualmente es mayor del 80%.

TOPOGRAFÍA DE LAS LESIONES

El tumor puede desarrollarse en cualquier área de la piel, pero las estadísticas en poblaciones de raza blanca muestran una mayor frecuencia de localización en la espalda, para el sexo masculino y en la pierna, para la mujer. Los casos de melanoma en nuestra población no muestran la misma distribución anatómica que en caucásico. En un estudio de del Hospital General de México, las lesiones de la espalda no fueron muy frecuentes y alrededor de la tercera parte de los melanomas en la población mexicana se localizaron en las plantas de los pies, constituyendo la localización plantar el 38% de los melanomas en el hombre y el 31% en la mujer. (8,9)

ASPECTOS CLÍNICOS

El melanoma es un tumor generalmente pigmentado con diversos aspectos morfológicos que dan lugar a 4 tipos clínico patológico: melanoma léntigo maligno, melanoma de extensión superficial, melanoma acral lentiginoso y melanoma nodular.

En la clasificación de tumores melanocíticos de la OMS (2003), el melanoma se subdivide en :

MELANOMA

- 1.DISEMINACIÓN SUPERFICIAL
- 2.NODULAR
- 3.LENTIGO MALIGNO
- 4.ACRAL LENTIGINOSO
- 5.DESMOPLÁSICO
- 6.ORIGINADO EN NEVO AZUL
- 7.ORIGINADO EN UN NEVO CONGÉNITO GIGANTE
- 8.NEVOIDE
- 9.PERSISTENTE

- a) Melanoma Léntigo Maligno.** Se desarrolla en el contexto de un léntigo maligno, es más común en la cabeza y cuello de personas de edad avanzada, con un pronóstico favorable.

El léntigo maligno también denominado peca melanótica es una forma de inicio poco común del melanoma. Se observa en la cara en forma de una mancha pigmentada con diferentes tonalidades de café o negro y crecimiento lento. Después de varios años, se puede desarrollar una placa indurada, una úlcera o un tumor en la mancha, que nos indica la progresión hacia un melanoma invasor. En la primera etapa que puede durar 5, 10 o más años, las alteraciones celulares neoplásicas están confinados a epidermis y no existe peligro de diseminación. Figura 29 y 30



Fig. 29 Diversos aspectos macroscópicos de Melanoma

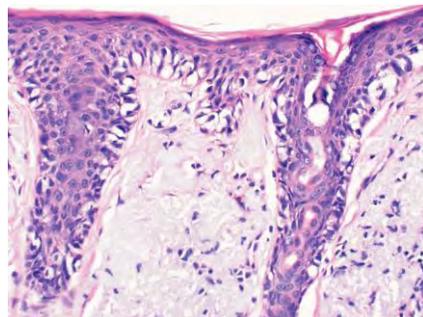


Fig. 30 corte histológico de Melanoma Lentigo Maligno

b) Melanoma de Extensión Superficial. Se inicia con una lesión plana en la cual se observan diferentes tonos de pigmentación café o negro; otra de sus características es la alteración de la superficie que borra las líneas normales de la piel. Después de meses a 2 o 3 años se desarrollan en la mancha áreas infiltradas, nodulares o ulceradas que nos indican el crecimiento vertical del tumor. Este tipo de melanoma es el más frecuente en poblaciones de raza blanca. Predomina en el tronco y en las áreas proximales de las extremidades. Figura 31 y 32



Figura 31. Melanoma de extensión superficial

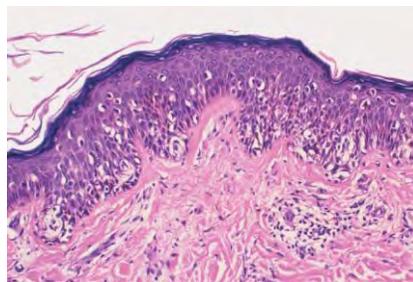


Fig.32 Corte Histológico de Melanoma de extensión superficial

c) Melanoma Acral Lentiginoso. También se inicia como una mancha irregular con diferentes tonalidades, generalmente localizada en regiones palmares, plantares o lechos subungueales. Después de meses o 1 a 2 años, la etapa de invasión se manifiesta clínicamente por áreas de infiltración o ulceración o por el desarrollo de tumores nodulares o vegetantes. Este tipo de melanoma es uno de los más frecuentes en nuestra población (8) Figura 33 y 34



Figura 33 Aspecto macroscópico de Melanoma Acral Lentiginoso de miembro inferior.

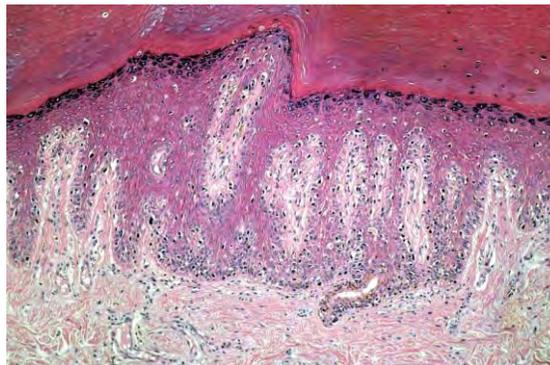


Fig.34 corte histológico de Melanoma Acral Lentiginoso

d) Melanoma Nodular. Es un tumor saliente con superficie lisa o vegetante con color negro o azulado que carece de la pigmentación macular que rodea las lesiones anteriormente descritas. En este tipo de melanomas la etapa de crecimiento horizontal es muy corta y es invasor desde su inicio y con mayor tendencia a la metástasis temprana. Figura 35 y 36

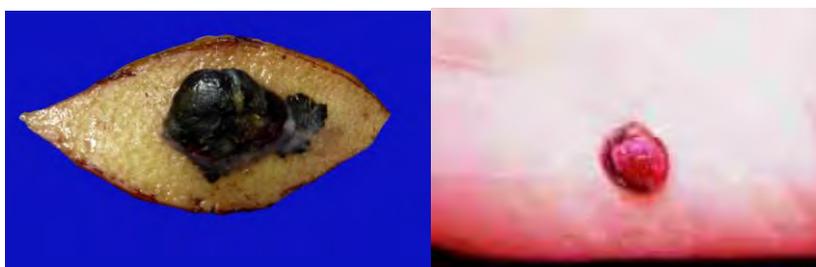
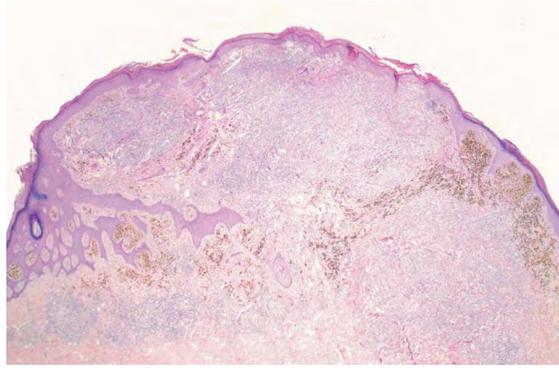


Fig. 35 Resección amplia de Melanoma Nodular de la espalda.



Fig, 36 Corte histológico de Melanoma Nodular

HISTOPATOLOGÍA

Los hallazgos histológicos que permiten el diagnóstico consistente en una proliferación de melanocitos atípicos que, por lo general, se inicia en la capa basal de la epidermis e invade progresivamente la epidermis y la dermis, actividad de la unión, asimetría de la lesión. El grado de pleomorfismo y la actividad mitótica es variable, pero el dato más importante para el pronóstico es el nivel de invasión (Clark con 5 niveles que van desde el in situ o intraepidérmico hasta el 5 con invasión a tejido celular subcutáneo) y el espesor de la lesión (Breslow, que con medida menor de 0.76 mm son considerados delgados y de buen pronóstico).

METASTÁSIS

El melanoma maligno es el tumor con mayor tendencia a la diseminación metastásica. Esta puede ser regional, por vía linfática, a la piel, el tejido celular subcutáneo o los ganglios; o distante, por vía sanguínea a cualquier órgano, incluyendo la piel.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del melanoma es uno de los problemas de mayor responsabilidad en la práctica clínica. En el caso del melanoma avanzado suele ser relativamente fácil, pero los resultados del

tratamiento son desalentadores. Por el contrario, el reconocimiento temprano del tumor ha mejorado en forma importante los porcentajes de supervivencia a 5 y 10 años. El diagnóstico del melanoma curable es difícil porque la lesión puede simular una gran variedad de lesiones pigmentadas benignas, y debe ser realizado por el especialista con experiencia en este campo.

Se han señalado como guía de este diagnóstico clínico las siguientes características:

- Asimetría de la lesión.
- Borde irregular
- Color irregular
- Diámetro mayor de 6 mm

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características clínico- patológicas de neoplasias malignas de piel en nuestra unidad?

Los datos clínico-patológicos en nuestra unidad hospitalaria con respecto a neoplasias malignas de piel en general son escasos, en los últimos años la incidencia de cáncer de piel ha ido en aumento hasta localizarse entre las 5 primeras causas de cáncer de la población en general. El cáncer de piel, no genera síntomas de alarma y por ello muchas veces pasa inadvertido, llegando a estadios avanzados al momento de su diagnóstico, empeorando pronóstico. Al conocer y reconocer las características clínico-patológicas de nuestra casuística, se hace más fácil el poder captar grupos de riesgo y generar campañas de difusión y educación con fines de prevención. Por ejemplo, en México, los hombres y la población de la tercera edad registran el índice más frecuente de cáncer de piel, debido a la actividad laboral en espacios abiertos y la falta de información sobre los efectos de la radiación solar.

JUSTIFICACIÓN

Debido al aumento en la frecuencia de neoplasias malignas de piel , es importante dar a conocer cuál la correlación en la casuística de nuestra unidad, ya que de esta manera se podrían determinar datos importantes para que el conocimiento del personal clínico, los mismos basados en casos enviados a estudio histopatológico, porque se requiere conocer y reconocer las neoplasias malignas de piel tipo no Melanoma, que son las más frecuentes, con respecto a subtipos histológicos, al género, edad y localización, para así poder determinar factores y grupos de riesgo que orienten al clínico a abordar campañas de prevención .

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Conocer la frecuencia de las neoplasias malignas de piel en el Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, así como su distribución por género, edad, localización anatómica e histopatología.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- a) Determinar cuál el porcentaje de biopsias de piel con diagnóstico de neoplasia maligna de las biopsias de piel evaluadas en el servicio de anatomía patológica HE CMN SXXI en el periodo de 5 años (01 de enero 2004 a 31 de diciembre 2008)
- b) Del total de biopsias de piel con diagnóstico de neoplasia maligna, determinar tipo histológico y su relación a género, edad, localización.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DE ESTUDIO: *DESCRIPTIVO, TRANSVERSAL, RETROSPECTIVO.*

UNIVERSO DE TRABAJO

Se revisaron libretas de registro de piezas quirúrgicas y biopsias del servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, CMN SXXI, IMSS, en el periodo comprendido entre 01 de enero de 2004 a 31 de diciembre de 2008.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

De un total de 30,346 estudios registrados en el servicio de patología en el lapso de 5 años (01 enero 2004 al 31 de diciembre del 2008). Un total de **3,005** estudios correspondieron a

biopsias de piel (“punch” (sacabocado) y huso (excisionales, incisionales) y de estos 436 con diagnóstico de neoplasia maligna.

Criterios de inclusión: Del total de muestras se incluyeron al estudio biopsias de piel con diagnóstico de neoplasia maligna.

Criterios de exclusión: Biopsias de piel con diagnóstico histológico de patología inflamatoria, infecciosa o de neoplasia benigna.

Criterios de eliminación: Biopsias de piel sin diagnóstico o que con datos clínicos incompletos en cualquier rubro requerido en los objetivos tales como edad, género, sitio anatómico.

PROCEDIMIENTOS.

.+ Se diseñó una hoja de recolección de datos, que incluyó número de folio (del servicio de anatomía patológica), Número de afiliación del paciente, género, edad, tipo de muestra, localización o sitio de toma de biopsia (diagrama anatómico) y diagnóstico histopatológico.

+ Se recolectaron los datos y se clasificaron según los fundamentos de la clasificación de la OMS en neoplasias malignas de piel y se verificó que los datos antes mencionados, al igual que la aplicación de criterios de selección de la muestra estén vigentes.

RECURSO HUMANO

Dra. Naya Canedo García, residente del tercer año de la especialidad de anatomía patológica. (Recolección y procesamiento de datos), Dra. Luz María Gómez, médico adscrito al servicio de anatomía patológica (supervisión y procesamiento de datos), Histotecnólogos en turno para facilitar material de revisión.

RECURSO MATERIAL

Laptop para recolección y procesamiento de datos en base EXCEL y WORD; 15 libretas de registro del servicio de Anatomía patológica del 01 de enero del 2004 al 31 de diciembre del 2008, cámara fotográfica digital para evidencia de cortes histológicos, microscopio de luz para evaluación del material, trabajo de autofinanciamiento

RESULTADOS

De acuerdo al análisis retrospectivo de los expedientes del archivo del departamento de Anatomía patológica del Hospital de Especialidades “Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” del Centro Médico Nacional Siglo XXI, correspondiente a 5 años en el periodo comprendido del 01 de enero de 2004 al 31 de diciembre de 2008, se determinó que de un total de 30.346 estudios de piezas quirúrgicas y biopsias, 3.005 (9.9%) correspondieron a biopsias de piel (Tabla 1) .

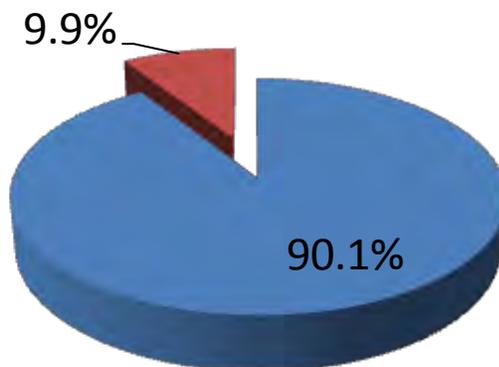
(Grafica 1), de las cuales se incluyeron al estudio 436 (14.5%) casos de pacientes con diagnóstico histopatológico de neoplasia maligna, resto del material 2.569 (85.5%) fue excluido por mostrar diagnósticos de neoplasia benigna, patología inflamatoria, (Grafica 2).De este material 265 (60.8%) correspondieron a toma de biopsia por sacabocado, y 171(39.2%) a biopsias en huso tanto incisionales como excisionales (Grafica 3).

TABLA 1.DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE TODAS LAS BIOPSIAS Y AQUELLAS LOCALIZADAS EN PIEL ENERO 2004 A DICIEMBRE 2008

<i>No LIBRETAS DE ARCHIVO</i>	<i>PERIODO POR AÑO</i>	<i>TOTAL DE QUIRÚGICOS POR AÑO</i>	<i>TOTAL DE BIOPSIAS DE PIEL POR AÑO</i>
3	2004	6.162	725
3	2005	6.045	708
3	2006	5.717	512
3	2007	6.242	550
3	2008	6.180	510
TOTAL 15	5 AÑOS	TOTAL 30.346	TOTAL 3.005

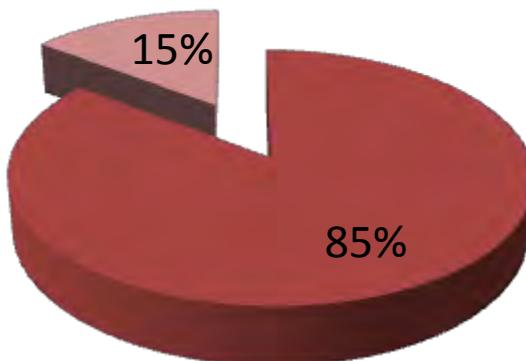
GRAFICA 1 . ESTUDIOS HISTOPATOLÓGICOS QUE CORRESPONDEN A BIOPSIAS DE PIEL, 2004 A 2008 EN EL DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DE CMN SXXI

■ QUIRÚRGICOS TOTALES ■ BIOPSIAS DE PIEL



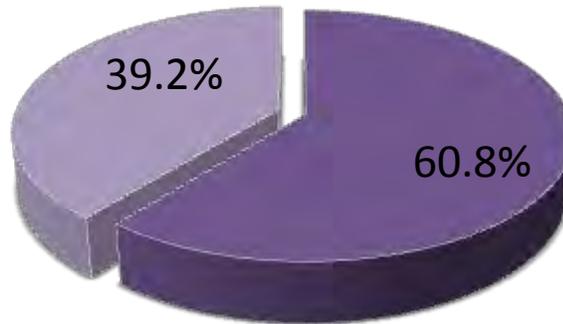
GRAFICA 2. FRECUENCIA DE NEOPLASIAS MALIGNAS EN BIOPSIAS DE PIEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI 2004-2008

■ NEOPLASIA BENIGNA, PATOLOGÍA INFLAMATORIA ■ NEOPLASIA MALIGNA



GRÁFICA 3. TIPOS DE BIOPSIA DE PIEL EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI 2004-2008

■ BIOPSIAS POR "PUNCH" O SACABOCADO ■ BIOPSIAS EN HUSO



De los 346 casos en estudio 220 fueron hombres (50.5%) y 216 mujeres (49.5%). (Grafica 4).

GRAFICA 4. DISTRIBUCIÓN SEGÚN GÉNERO DE NEOPLASIAS MALIGNAS DE PIEL, HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI 2004-2008

■ MASCULINO ■ FEMENINO

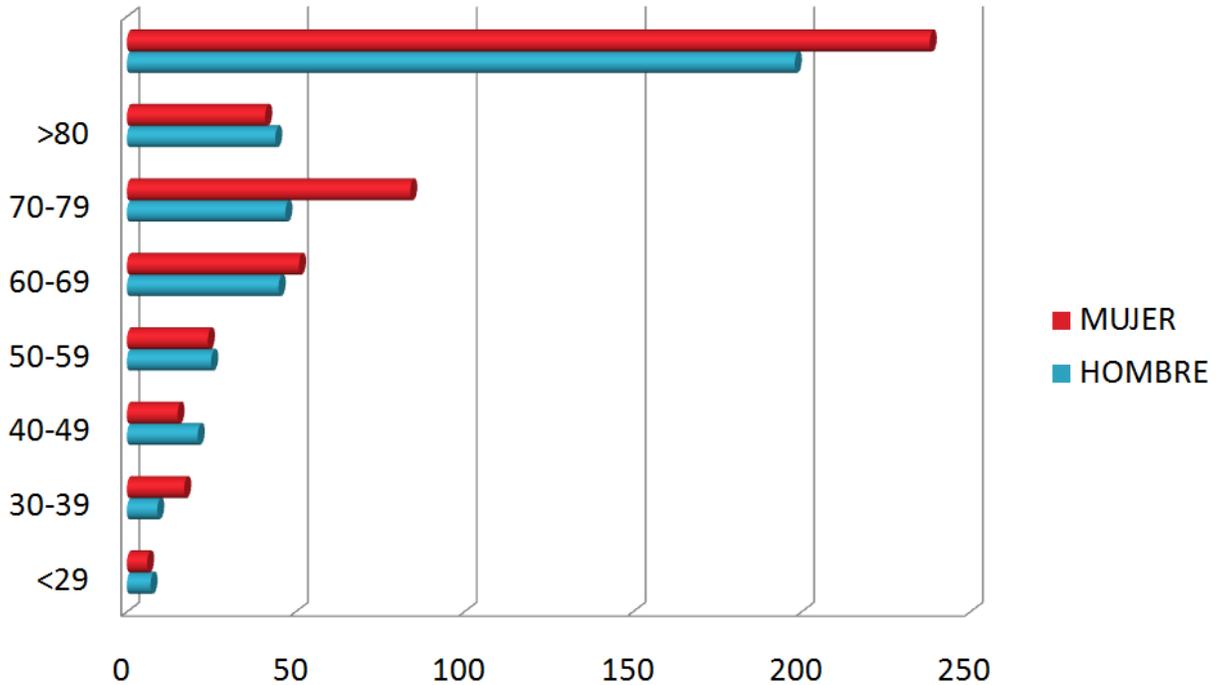


La distribución de las neoplasias malignas de piel, en general mostro un amplio rango entre la segunda y octava décadas de la vida, con una media a los 65.07 años, con una mínima de 21 años (Carcinoma Basocelular en un hombre) y una máxima de 96 años (Carcinoma Epidermoide en un hombre) (Grafica 5) (Tabla 2).

**TABLA 2. DISTRIBUCION DE NEOPLASIAS MALIGNS SEGÚN ESTIRPE HISTOLÓGICA, GÉNERO Y EDAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI (2004-2008)**

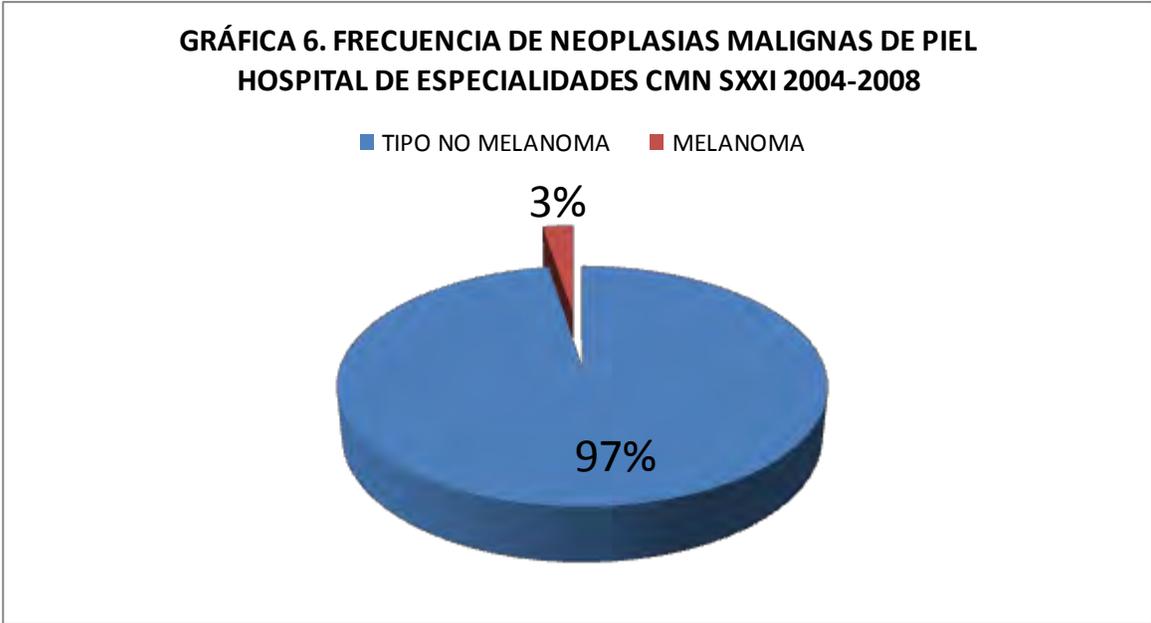
	TOTAL DE CASOS	RANGO DE EDAD	HOMBRES	MUJERES
NEOPLASIA MALIGNA	436	21-96 (65.07)	220 (50.4%)	216 (49.6%)
CA BASOCELULAR	266	21-95 (67.62)	126 (47.4%)	140 (52.6%)
CA EPIDERMOIDE	52	21 -96 (63.96)	31 (59.6%)	21 (40.4 %)
ENF. DE BOWEN	18	35-93 (70.27)	11 (61.1%)	7 (38.9%)
QUERATOSIS ACTÍNICA	21	40-82 (63.19)	10 (47.6%)	11 (52.4%)
MICOSIS FUNGOIDE	24	23-89 (59,29)	11(45.8%)	13 (54.2 %)
MELANOMA	11	25-73 (70.27)	4(36.4%)	7 (63.6%)
INFILTRACION SISTÉMICA	19	21-92 (58.05)	9 (47.4%)	10 (52.6%)
METASTASIS	3	35-77 (59.66)	0	3 (100%)

GRAFICA 5. DISTRIBUCIÓN DE NEOPLASIAS MALIGNAS SEGÚN GÉNERO Y GRUPO ETÁREO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SIGLO XXI (2004-2008)

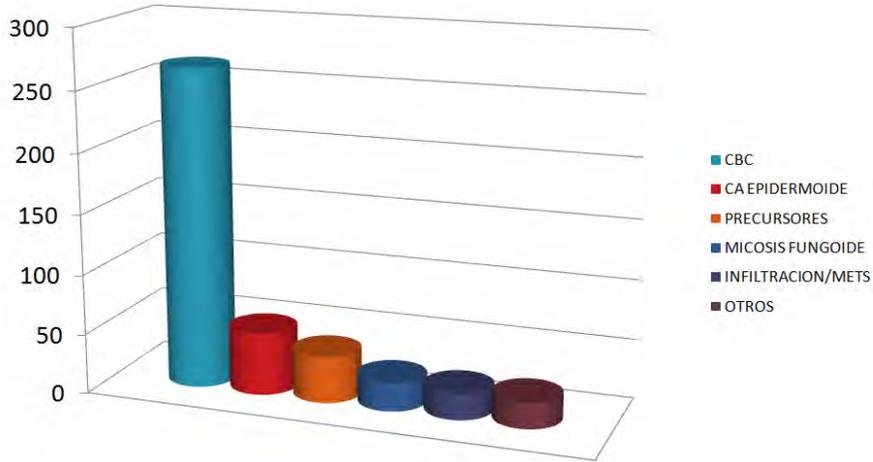


De 436 casos con diagnóstico histopatológico de neoplasia maligna, las lesiones del grupo No melanoma que corresponden a la clasificación de la Organización Mundial de la Salud como tumores derivados de los queratinocitos, el carcinoma Basocelular con 266 casos (61.0%), 52 casos (11.9%) de Carcinoma Epidermoide, 39 casos (8.9%) a Lesiones Precursoras de las cuales 21 casos (4.8%) fueron Queratosis Actínica y 18 casos (4.1%) Enfermedad de Bowen. Hubieron 2 casos (0.5%) de Carcinoma de Células de Merckel, 3 casos (0.7%) de Carcinoma Sebáceo y 1 caso (0.2%) de Carcinoma poco diferenciado. Las lesiones por afectación sistémica fueron 22 casos (5.0%) de las cuales 19 (4.4%) correspondieron a Infiltración por

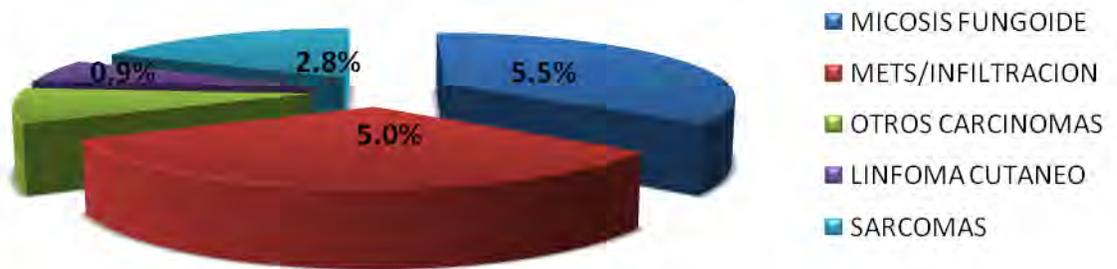
Linfoma/leucemia y solo 3 casos (0.7%) a Metástasis de primario NO conocido. Las Lesiones de estirpe linfoide como la Micosis Fungoide con 24 casos (5.5%) ,4 casos (0.9%) de Linfoma cutáneo primario, de estas 1 caso de linfoma cutáneo de célula pequeña, 1 linfoma cutáneo pleomórfico, 2 casos de linfoma primario cutáneo No Hodgkin de células grandes tipo B Las neoplasias de estirpe mesenquimal con 12 casos (2.8%) de las cuales 6 casos (1.4%) de Sarcoma de kaposi, 5 casos (1.1%) de Dermatofibrosarcoma Protuberans (DFSP) ,1 angiosarcoma epitelioides (0.2%).El grupo melanoma correspondió a 11 casos (2.5%) del total de neoplasia malignas. De estos el melanoma in situ en 8 casos (72.7%), 1 melanoma acral lentiginoso (9%), 2 casos de melanoma nodular (18%) (Grafica 6, 7 Y 8).



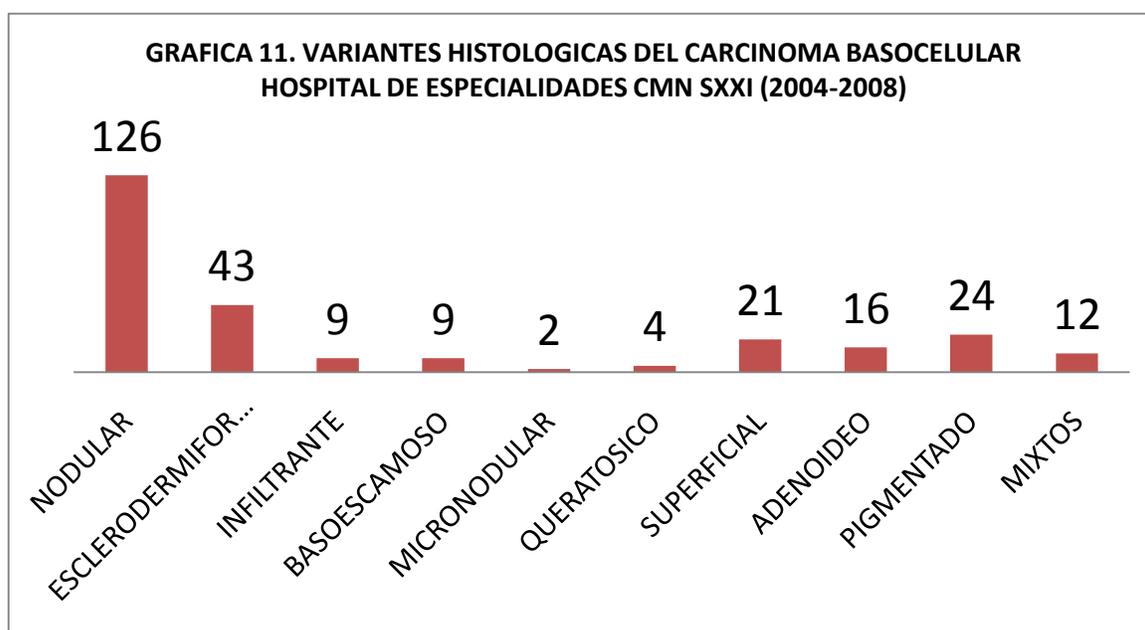
GRAFICA 7. FRECUENCIA DE NEOPLASIAS MALIGNAS DE PIEL GRUPO NO MELANOMA SEGÚN ESTIRPE HISTOLÓGICA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SIGLO XXI (2004-2008)



GRÁFICA 8. FRECUENCIA DE LESIONES MALIGNAS DE PIEL , OTRAS ESTIRPES HISTOLÓGICAS HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI (2004-2008)

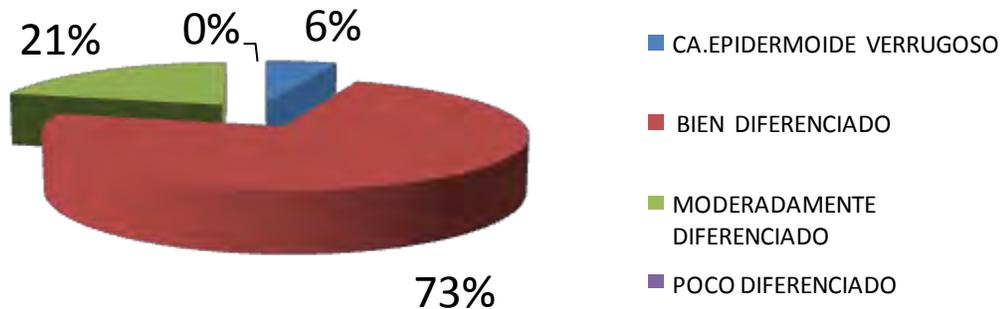


Con respecto al grupo No melanoma , de las lesiones derivadas de los queratinocitos de la OMS (2003), las variantes encontradas del carcinoma Basocelular fueron la nodular o solido con 126 casos (47.3%), seguido del esclerodermiforme con 43 casos (16.1%), la variante superficial 21 casos (7.9%), el basoescamoso y el infiltrante con 9 casos cada uno(3.4%), se encontró 4 casos (1.5%) de la variante queratósica y 2 (0,8%) del micro nodular. Fig. 11



El carcinoma epidermoide con 52 casos encontrados, se identificaron las variantes , del tipo bien diferenciado 38 casos (73%), seguido del moderadamente diferenciado 11 casos (21%), y 3 casos de la variante verrugosa (6%).(Gráfica 12)

GRÁFICA 12. VARIANTES HISTOLÓGICAS DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI 2004-2008

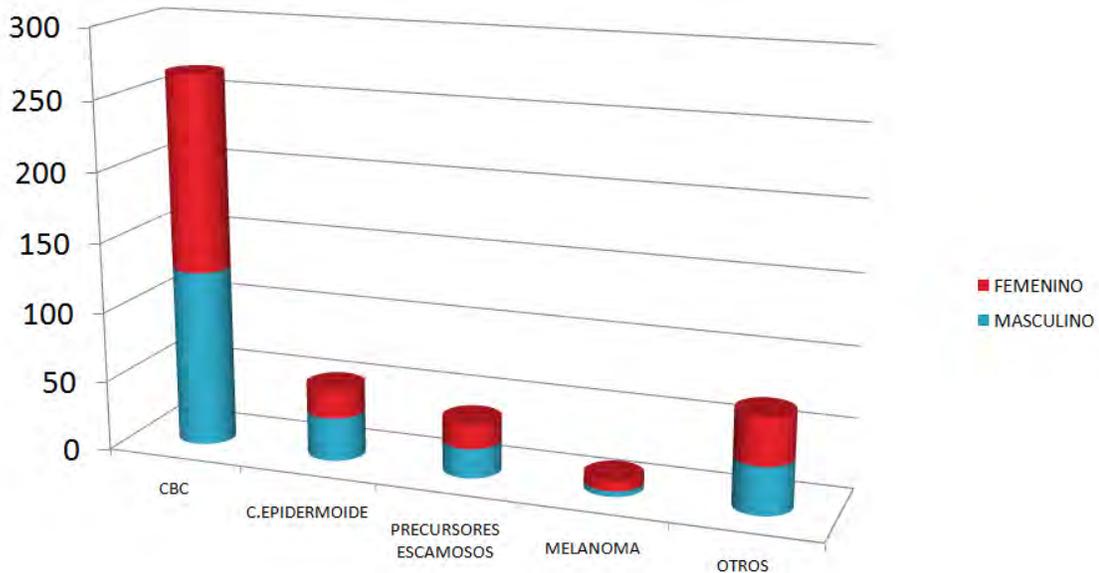


Con respecto a distribución de neoplasias malignas por género según la estirpe histológica encontrada perteneciente al grupo No Melanoma, de 266 casos de Carcinoma Basocelular, fueron 140 mujeres y 126 hombres con una relación (1,1:1), de 52 casos de carcinoma epidermoide 31 hombres y 21 mujeres, con una (1,5:1), de 39 lesiones precursoras fueron 18 mujeres y 21 hombres con una relación (1,2:1). En el grupo Melanoma se encontraron 11 casos con diagnóstico de Melanoma Maligno, 4 hombres y 3 mujeres con una relación (1,7:1). Con respecto a lesiones de otras estirpes histológicas de 58 casos corresponden a 34 hombres y 24 mujeres con una relación (1,4:1), se detallan a continuación por subgrupo específico según la tabla 2. (Grafica 9)

TABLA 2.RELACIÓN EN DISTRIBUCIÓN DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS DE PIEL POR GÉNERO SEGÚN LA ESTIRPE HISTOLÓGICA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SIGLO XXI (2004-2008)

TIPO HISTOLÓGICO	HOMBRE	MUJER
CARCINOMA BASOCELULAR	126 (47.4%)	140 (52.7%)
CARCINOMA EPIDERMÓIDE	31(59.6%)	21(40.4%)
LESIONES PRECURSORAS	21(53.8%)	18(46.2%)
MELANOMA MALIGNO	4 (36.4%)	7(63.6%)
MICOSIS FUNGOIDE	11(45.8%)	13 (54.2%)
INFILTRACION/METS	9(47.36%)	13 (59.1%)
CA. DE CELULAS DE MERCKEL	1	1
CARCINOMA POCO DIF.	0	1
CARCINOMA SEBACEO	2	1
DFSP	3 (60%)	2
LINFOMA CUTANEO PRIMARIO	2	2
SARCOMA DE KAPOSÍ	5 (83.3%)	1

**GRÁFICA 9. DISTRIBUCIÓN DE NEOPLASIAS MALIGNAS SEGUN GÉNERO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SIGLO XXI (2204-2008)**

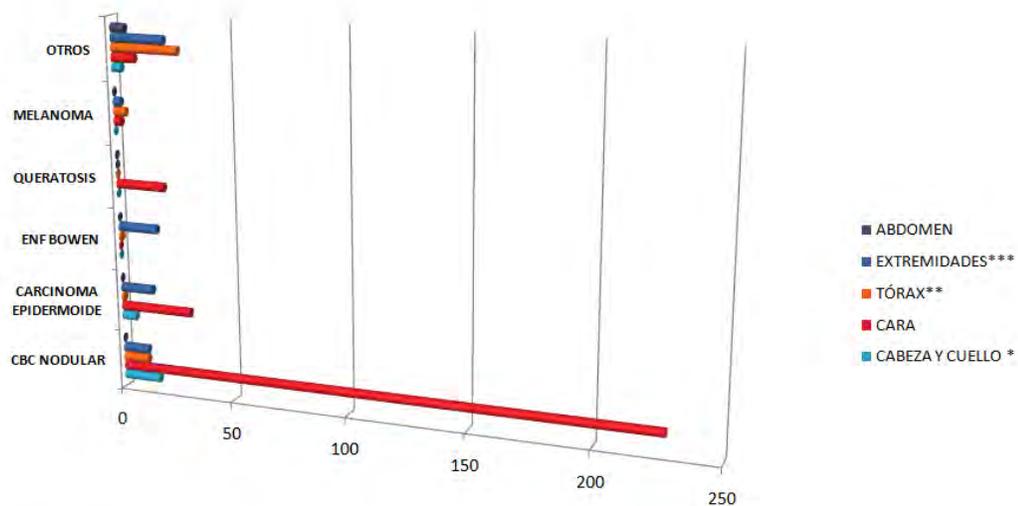


En cuanto a la localización anatómica de las lesiones neoplásicas malignas de piel, en las del grupo No melanoma, hubo predominio de áreas expuestas al sol, pero las mismas mostraron variabilidad de acuerdo al tipo histológico es así que de 266 casos de Carcinoma Basocelular, 228 (85.7%) fueron en cara de localización centro facial con predominio en dorso y ala de la nariz con 98 casos (43.0 %), con respecto al Carcinoma epidermoide de 52 casos revisados, 31(59.6%) en cara, localización centro facial con predominio en mejilla 13 casos (43.0%).Las lesiones precursoras de un total de 39 casos, la enfermedad de Bowen 18 casos de los cuales hubo predominio en extremidades con 17 casos (94.4%), y de estas las extremidades inferiores con 10 casos (58.9%). Se

encontraron 21 casos de Queratosis Actínica en cara de localización centro facial con predominio en dorso y ala nasal 7 casos. Con respecto a las lesiones del grupo melanoma, no se relaciono a áreas expuestas es así que de 11 casos, se encontró predominio en tórax posterior en 5 casos (45.6%). En el rubro referente al caso compromiso cutáneo por enfermedad sistémica se vio infiltración por linfoma /leucemia en 19 casos, 7 (36.8%) en extremidades, seguida de abdomen con 5 casos (26.3%). Enfermedad metastásica (de primario desconocido) en 3 casos y en todas había afección de tórax anterior.

En relación a otras estirpes histológicas tras la revisión se concluye que de 24 casos de Micosis Fungoide, 11 se localizaron en tórax (45.8%) y 11 en extremidades (45.8%) con ligero predominio de extremidad inferior 6 casos (54.5%). Se encontraron 4 casos de linfoma cutáneo primario (de estos 1 caso de linfoma cutáneo de célula pequeña, 1 caso de linfoma cutáneo pleomórfico, 2 caso de linfoma cutáneo de células grandes tipo B) hubo predominio de afección en tórax anterior en 2 casos (50%), 2 casos de Carcinoma de Células de Merckel, uno localizado en piel cabelluda y un caso en extremidad superior. Se encontraron 3 casos de Carcinoma Sebáceo, 2 localizados (66.7%) en cara. Al respecto de la topografía de lesiones de estirpe mesenquimatosas, de 6 casos Sarcoma de kaposi, 4 (66.7%) en cara, localización centro facial, de 5 casos de Dermatofibrosarcoma Protuberans 4 (80%) en tórax y 2 (20%) en extremidad inferior y 1 caso de angiosarcoma epitelioides que localización en extremidad inferior. (Grafica 10).

**GRAFICA 10. DISTRIBUCIÓN TOPOGRÁFICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS DE PIEL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI (2004-2008)**



*Corresponde a lesiones de piel cabelluda, y cuello.

** Lesiones de tórax anterior, y espalda.

*** Lesiones de Extremidades superiores e inferiores tanto proximales como distales.

CONCLUSIONES

La piel es el órgano más extenso del cuerpo humano y es accesible para la toma de biopsia, siendo la piel asiento de múltiples tipos de lesiones, tanto neoplásicas como las no neoplásicas.

Las lesiones neoplásicas de la piel pueden ser malignas, benignas y ser precursoras de lesiones malignas; en nuestro hospital predominan las lesiones inflamatorias y las neoplasias benignas, este trabajo demostró que las neoplasias de tipo No melanoma fueron las más frecuentes, de estas el primer lugar fue para el carcinoma Basocelular en 61.0 %, con predominio en mujeres en 52.6%, con una media de edad a los 67.6 años, con predominio de localización centro facial en el 85.7% y el carcinoma epidermoide en 11.9% , con predominio en hombres en 59.6%, , la media de edad 67.62 años y su localización más frecuente, en áreas expuestas al sol de estas el 59.6% en cara, zona centro facial. Con sus lesiones precursoras en 8.9% de acuerdo con lo reportado en la literatura mundial,

Con respecto al grupo melanoma, constituyó 2.5% del total de neoplasias malignas como era esperado, las variantes in situ la más frecuente en 73%, seguido del el nodular en 18%, y 9% el acral lentiginoso. Hubo predominio en mujeres 63.3%, con una media de edad de 59.9 años, la localización no tuvo relación a la exposición solar, ya que predominó la espalda en 45.6%

De las neoplasias malignas que se diagnosticaron, llama la atención que lesiones del tipo sarcomas constituyen el 2.75% de estos el sarcoma de Kaposi fue el 50%, con predominio en hombres 83.3%, la media de edad 39.3 años, de localización en cara 66.7%: el dermatofibrosarcoma 33.3%, predominio en hombres 60% , la media de 43.6 años y la localización más frecuente fue tórax en 80%, 1 caso de angiosarcoma epitelioide que se presentó en un hombre de 75 años, y se localizó en muslo. Las infiltraciones sistémicas fueron

el 4.3%, con predominio en mujeres 52.6% de predominio en abdomen con 26.3 %, la media de edad a los 58.05 años. Incluso lesiones hemato-linfoideas representaron el 6.4% predominio el género femenino en el 53.6%, media de edad a los 59.1 años y predominio en 46.4% en extremidades., de estas predominan la micosis fungoide representa el 85.7% de las lesiones de estirpe linfoide y 5.5% de las neoplasias no melanoma, de predominio en mujeres 54.2% con una media de edad de 59.2%y de estas la localización mas frecuente es tórax en 45.8%. y los linfomas primarios cutáneo son solo el 14.3% de las lesiones linfoides en piel y el 0.91% de todas las neoplasias malignas que afectan la piel, sin predominio de género, la media de edad 58.3%, la localización más frecuente es el tórax en 50%.

Es importante conocer el comportamiento de las neoplasias malignas ya que es obvio que con la edad aumenta la incidencia, y a esto se suman otros factores tales como personas de piel blanca, predisposición genética, exposición prologada a los rayos UV.

Como menciona la literatura, el sarcoma de kaposi representa el 50% de los sarcomas de piel y 1.4% de todas las neoplasias malignas de piel en estudio, por mucho más frecuente en hombres 83.3%, de localización mas frecuente en cara 66.7% y de estas en boca y frente con igual frecuencia. Las edades en rango de 21 a 69 años con una media a los 39.3 años, son neoplasia que al respecto de las epiteliales ya mencionadas afectan a grupos etáreos mas jóvenes, tiene aumento en la incidencia, con respecto a pacientes inmunodeprimidos, por ello predomina mas en hombres y es una de las pocas lesiones que no se asocia de manera directa la exposición solar, que en realidad es la historia natural de la enfermedad en los tumores derivados de los queratinocitos.

Como era de esperarse el predominio de las lesiones es para el grupo no melanoma, ya que el diagnostico de melanoma formo una pequeña parte de nuestro estudio, y como menciona la literatura son menos del 10%.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Johnson P, Almoester J. Early detection and treatment of skin cancer. Am Fam Physician 2007; 53(2):289.
2. Southerlan D. Risk factors for basall cell carcinoma. Act Oncol 2007; 26(8):539-45.
3. Galder L. Cáncer cutáneo no melanoma: Epidemiología y factores de riesgo. Rev Chilena Cir 2007; 25(3): 2-7.
4. Carbajosa IJ, Arenas RF. Tumores de la piel, consideraciones clínicas. Dermatol Rev Mex 2002; 37(3): 177-80.
6. Menéndez GD. Análisis de la incidencia de tumores de la piel. Rev Cub Med 2000; 67:143-52.
7. Saraiya M. Preventing skin cancer. MMWR 2007; 52(RR15):1-12.
8. Rosa Ma Gutiérrez Vidrio. CANCER DE PIEL. 2003 Rev Fac Med UNAM Vol.46 No.4 Julio-Agosto.
9. Phillip E. Le Boit, y cols. PATHOLOGY AND GENETICS SKIN TUMORS. WHO classification of tumors. 2006; pag 10-34

10. Ackerman AB: Disagreements about the classification of malignant Melanomas. Am J Dermatopathol 1982, 4:447.

11. Espinoza CG, et al: Immunohistochemical localization of keratintipe proteins in epithelial neoplasms. Am J Clin Pathol 1982, 78:500.

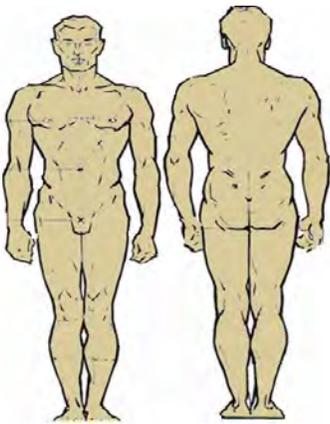
12-CLINICAS DE NORTEAMERICA. ACTUALIZACION EN DERMOPATOLOGIA Editorial Mc-Graw-Hill Interamericana. Volumen 3/ 1999.2.

ANEXO 1

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TUMORES MALIGNOS DE PIEL

- EDAD (en años).....
- No DE AFILIACIÓN.....
- GÉNERO Masculino _____.
 Femenino _____.
• TIPO DE BIOPSIA:
 - Punch o Sacabocado _____
 - Incisional _____
 - Excisionales _____
- LOCALIZACIÓN ANATÓMICA _____.



- DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO:
 - 1. CARCINOMA BASOCELULAR Nodular____ Esclerodermiforme____
Pigmentado____ Ulcerado____ OTROS_____

2. CARCINOMA EPIDERMOIDE Bien Diferenciado _____

Mod. Diferenciado _____

Poco Diferenciado _____

Queratinizante _____

NO Queratinizante _____

Invasor _____

Ulcerado _____

3. QUERATOSIS ACTÍNICA _____

4. ENFERMEDAD DE BOWEN _____

5. MELANOMA _____

Breslow _____

Clark _____

6. OTRAS ESTIRPES HISTOLÓGICAS _____

ANEXO 2

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ROL DE ACTIVIDADES PERIODO 2009-2010	
ACTIVIDADES	2009-2010
Elaboración de Protocolo	<i>FEBRERO 2009 A MARZO 2010</i>
Registro de protocolo ante el Comité de Investigación	<i>03 DE MAYO DE 2010</i>
Recolección de información	<i>MARZO 2009 A MAYO 2009</i>
Captura de datos	<i>MARZO 2009 A MAYO 2009</i>
Análisis de datos	<i>FEBRERO 2010 MAYO 2010</i>
Interpretación de resultados	<i>FEBRERO 2010 A MAYO 2010</i>
Formulación de reporte	<i>JUNIO 2010</i>
DISEÑO Y ENTREGA DE TESIS DE GRADO	<i>JULIO 2010</i>