

CÁNCER DE PIEL

El Cáncer de piel es el más frecuente de todos los cánceres calculándose que un 50% las personas mayores de 60 años padecerán algún tipo de cáncer de piel y un 25% mas de uno.

La aparición del cáncer de piel depende de 2 factores, la exposición solar y el tipo de piel.

Éste último no podemos modificarlo pues depende de nuestra carga genética y los clasificamos en 6 tipos diferentes según el tono de piel y su resistencia a quemarse con el sol, y se denominan Fototipos siendo el fototipo I blancos, de ojos azules y pelo rubio que se queman siempre con la exposición solar y VI la reza negra predominando en España los fototipos II y III.

La radiación solar es necesaria para la vida del planeta, activa la vitamina D necesaria para el depósito del calcio en los huesos y eleva el estado de ánimo como hechos fundamentales. Sin embargo, la exposición continuada y la intermitente en los meses de verano, con el deporte o los baños de radiaciones ultravioleta UV, induce daños en el DNA de las células de la piel que van acumulando defectos cromosómicos (efecto memoria) los cuales llegado un momento el organismo no los puede reparar por lo que comienzan a aparecer las lesiones precancerosas y posteriormente el cáncer de piel.

Dentro de las radiaciones solares, los más peligrosos son los rayos ultravioleta A (UVA) y B (UVB) capaces de generar quemaduras solares, fotoenvejecimiento y cáncer de piel. Los rayos ultravioleta nos pueden afectar con la exposición solar o en las cabinas de bronceado siendo tan peligroso lo uno como lo otro.

Existen muchos tipos de cáncer de piel, pero con mucho los más frecuentes son los Carcinomas Basocelular y Espinocelular y los Melanomas, Siendo estos últimos los más agresivos.

El Carcinoma Basocelular es el más frecuente pero carece de la capacidad para emigrar a otras localizaciones (metastatizar) siendo un tumor localmente agresivo destruyendo e invadiendo los tejidos circundantes sin límites ocasionando grandes destrucciones. Debido a que se produce por exposiciones repetidas y largas su localización preferente es la cara pudiendo ocasionar lesiones importantes en párpados, nariz, o invadir huesos, nervios etc., por lo que su reconocimiento precoz evitará estas destrucciones. Se manifiesta clínicamente como una lesión con brillo perlado y una costra que crecen constantemente y no tienden a curar



El Carcinoma Espinocelular le sigue en frecuencia y agresividad, suele aparecer, como el anterior, sobre lesiones precancerosas que denominamos Queratosis Actínicas, y tienen capacidad de dar metástasis a distancia en un 13% de los casos, sobre todo si se afectan los labios, boca, orejas. El virus del papiloma humano HPV puede causar estas lesiones a nivel genital femenino (Cáncer de cuello uterino) y menos frecuentemente en los genitales masculinos (Carcinoma Verrugoso), o en la planta del pie (Carcinoma cuniculatum). Se manifiesta como una lesión de base roja o rosada y superficie verrugosa, rasposa localizada preferentemente en zonas de exposición solar.



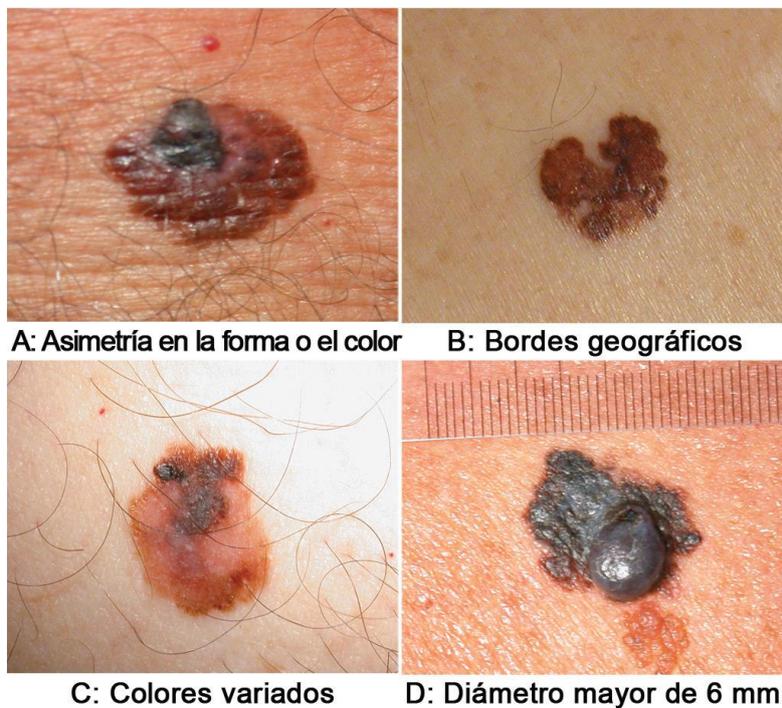
El Melanoma presenta una frecuencia de 3 a 5 casos por 100.000 habitantes y año, es con mucho el más peligroso, deriva de las mismas células que los Nevus “lunares” y el 80% de ellos asientan sobre un Nevus. Se produce por exposiciones a rayos ultravioleta intermitentes (veranos, deportes...), en pacientes de piel clara, con más de 20 nevus. Puede asentar en cualquier localización pero lo hace preferentemente en el tronco en los hombres y en las piernas en las mujeres. Tiene gran capacidad para generar metástasis y prontamente por lo que su detección precoz es el mejor y único tratamiento curativo posible, ya que no existen otros tratamientos con fines curativos.

La dificultad de diferenciar un Nevus de un Melanoma hace que la clase médica y más concretamente los Dermatólogos dediquen muchas horas y recursos a su investigación, habiéndose desarrollado una técnica de seguimiento denominada **Mapeo Corporal Digital**, que permite una comparación fotográfica en los años de seguimiento y que se complementa con la **Dermatoscopia** visión o imagen tomada con 20 aumentos y luz polarizada o con luz normal e inmersión con líquidos, que nos permite detectar una serie de signos dermatoscópicos estandarizados desde el año 2000 que nos aseguran un mejor control y diagnóstico sobre la benignidad, peligrosidad o malignidad de las lesiones pigmentadas (Lentigos, Nevus, Melanoma).



Diagnóstico: El diagnóstico del cáncer de piel suele ser sencillo para cualquier dermatólogo, con la simple inspección suele diagnosticarse en más del 90% de los casos, precisándose siempre la confirmación patológica a través de la biopsia. En el caso del Carcinoma Basocelular, el paciente suele referir que presenta una lesión plana, abultada o ulcerada que cada vez es mayor y no tiende a curar con ninguno de los

tratamientos recibidos, el aspecto clínico que mencionamos anteriormente y si fuera necesaria la biopsia confirmará el diagnóstico. El Carcinoma Espinocelular suele manifestarse como una lesión rosada de superficie rugosa, dura al tacto, y habitualmente rodeadas de otras lesiones rugosas o verrugosas, de crecimiento lento y constante. El Melanoma se asemeja mucho a un Nevus y debemos atender siempre al denominado *ABCDE del Melanoma*. Acrónimos de **A**: asimetría en la forma o el color, **B**: bordes irregulares o geográficos, **C**: color, más de dos colores o con distribución irregular del pigmento dentro del mismo nevus, **D**: diámetro mayor de 0,6 cm, como excepción, desde el desarrollo de la Dermatoscopia se están encontrando melanomas de menor tamaño, **E**: evolución, normalmente los nevus de una persona evolucionan a un ritmo similar entre ellos, si un nevus creciera mas deprisa, o cambiara sangrando, picando, doliendo, modificando su color debe ser consultado por la posibilidad de una transformación maligna. Se ha descrito también el signo del “Patito Feo” como criterio de riesgo que consiste en que en una persona los nevus tienden a parecerse entre si, si existiera uno muy diferente al resto podría tratarse de un Melanoma.



Tratamientos: Existen tratamientos clásicos como la cirugía, electrocoagulación, crioterapia o radioterapia, que serían la primera elección en casi todos los casos de Carcinomas, pero se han generado nuevos tratamientos como la *Cirugía Micrográfica de Mohs* con menor índice de recidivas (reaparición del tumor), técnica que consiste en estudiar microscópicamente los bordes de la lesión durante la intervención quirúrgica, indicando al cirujano por que lado de la lesión debe continuar extirpando por estar aún afectado por el carcinoma, proceso que continuará hasta que esté completamente eliminado para luego cerrar la herida quirúrgica. Desde hace años se utilizan fármacos quimioterápicos en base de crema (5-fluorouracilo) con resultado variables, pero estos han sido sustituidos por un nuevo fármaco Imiquimod estimulante de la inmunidad local que ocasiona una inflamación importante que dará lugar a la erradicación del tumor.

La Terapia Fotodinámica es una novedosa técnica que emplea una sustancia (metilaminolevulinato) que se incorpora a las células siendo mucho mayor su entrada en aquellas células que tienen un metabolismo mayor, lo que habitualmente ocurre en las células tumorales, tras 3 horas de incubación se exponen a una luz roja que estimula dicha sustancia situada ya en el interior de las células tumorales ocasionando la destrucción de las mismas y respetando los tejidos sanos que les rodea.

Mención aparte recibe el Melanoma cuyo único tratamiento posible consiste en la cirugía que deberá eliminar además del tumor un margen de 1 a 3 cm según la profundidad del tumor. Cuando el Melanoma mide entre 1 y 3 mm de grosor está indicado realizar la técnica del ganglio centinela, técnica sencilla que detecta cual es el primer ganglio al que migrarían las células del melanoma, este ganglio se extirpa y se analiza al microscopio conociéndose precozmente si existen o no metástasis ganglionares y modificando el seguimiento y tratamiento del paciente. Con esta técnica somos más precisos en el diagnóstico de extensión del Melanoma, evitamos la extirpación de todos los ganglios regionales en todos y cada uno de los pacientes eliminando así grandes cirugías con mucha morbilidad o sufrimiento por parte del paciente.