

CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOMA

Guía para médicos de atención primaria



Servicio de Dermatología del Hospital Virgen de las Nieves



PRINCIPALES TIPOS DE CÁNCER DE PIEL

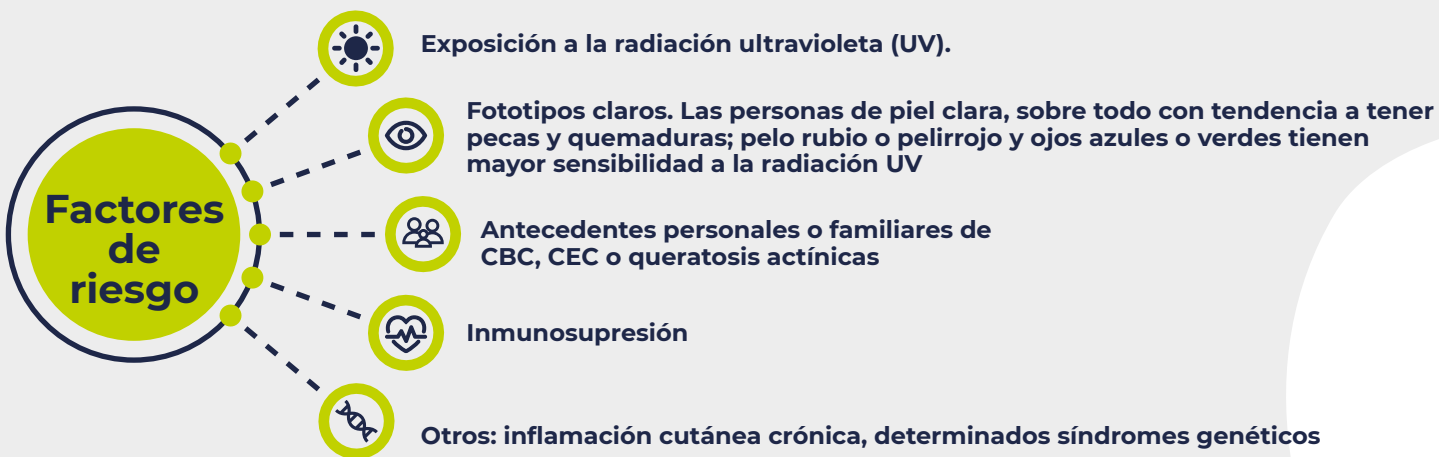
Existen tres tipos principales de cáncer de piel:

El **CBC** y el **CEC** son las formas más comunes de cáncer de piel y, en conjunto, se les

denomina cáncer de piel no melanoma o **cáncer cutáneo no melanoma (CCNM)**.

El **CCNM** es el cáncer más común en España, siendo el **CBC** responsable de más del 75% de estos, y su incidencia está aumentando. A pesar de ser la neoplasia maligna más frecuente, representa menos del 0,1% de las muertes por cáncer.

Carcinoma basocelular (CBC)
Carcinoma espinocelular (CEC)
Melanoma



PRESENTACIÓN CLÍNICA

Carcinoma basocelular

Carcinoma basocelular nodular

El subtipo más frecuente es el **CBC** nodular (50%). Se trata de una pápula o nódulo brillante con una superficie lisa y vasos ramificados. En ocasiones puede ulcerarse, pero suele quedar un borde elevado de brillo perlado. Puede tener un grado variable de pigmentación.

Afecta normalmente a la cara, siendo la nariz el sitio más frecuente, aunque puede aparecer en cualquier zona pilosa de la piel.

Diagnóstico diferencial: nevus melanocítico intradérmico (normalmente más tiempo de evolución, más blandos, vasos en coma a la dermatoscopia), melanoma amelanótico, pápula fibrosa.

Carcinoma basocelular superficial

Es el subtipo más frecuente de CBC en grupos de edad jóvenes. Se suele presentar como una mácula o placa eritematosa bien delimitada, normalmente en el tronco o las extremidades.

Pueden presentar escamas o costras y zonas de hiper o hipopigmentación.

Diagnóstico diferencial: enfermedad de Bowen, queratosis liquenoides, psoriasis, dermatitis, lupus eritematoso cutáneo.

Carcinoma basocelular esclerodermiforme

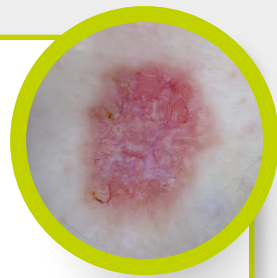
Es el subtipo menos frecuente de **CBC**, pero el de comportamiento más agresivo, pudiendo ocasionar una destrucción local extensa. Se presenta como una zona ligeramente elevada o deprimida de color rosado claro a blanco, pareciéndose a una cicatriz. Puede presentar erosiones o ulceraciones y, aunque puede faltar el borde elevado brillante, suele tener telangiectasias.

Dermatoscopia del carcinoma basocelular

La dermatoscopia aporta un beneficio demostrado en el diagnóstico del **CBC**.

Las principales características que ayudan al diagnóstico de CBC con dermatoscopia son:

- **Vasos arboriformes.** Se ven bien enfocados.
- **Erosiones pequeñas múltiples.** Estructuras redondeadas marrón-amarillentas dispuestas de forma aleatoria por toda la lesión.
- **Nidos ovoides.** Estructuras azul-grisáceas redondeadas y grandes.
- **Glóbulos azul-grises.** Múltiples áreas pigmentadas circulares bien definidas de diámetro > 0,1 mm, aunque menores que los nidos ovoides.
- **Puntos azul-grises enfocados.** Pequeñas estructuras puntiformes múltiples que se ven de forma nítida al examen dermatoscópico.
- **Estructuras lobuladas o en hojas de arce.** Estructuras de color marrón a azul-gris que recuerdan la silueta de la hoja de un árbol.
- **Estructuras en rueda de carro.** Estructuras lineales de color marrón a azul-gris que confluyen en un punto central hiperpigmentado. Recuerdan a los radios de una rueda.



Carcinoma espinocelular

Carcinoma espinocelular in situ

También llamado enfermedad de Bowen. Se presenta en forma de una mácula o placa eritematosa y descamativa en una zona fotoexpuesta de personas de edad avanzada o con mucho daño solar acumulado. A la dermatoscopia suelen observarse áreas de vasos glomerulares.

Diagnóstico diferencial: CBC superficial, queratosis liquenoides, psoriasis, dermatitis, lupus eritematoso cutáneo.

Carcinoma espinocelular invasivo

Se trata generalmente de una pápula o nódulo eritematoso con un grado variable de descamación. Puede presentar costras, erosiones o ulceraciones. Asienta normalmente sobre piel dañada por el sol, típicamente cuero cabelludo sin pelo, cara, dorso de antebrazos y manos y cara anterior de las piernas. Pueden existir formas de crecimiento rápido e incluso dolorosas.

Son CEC de mayor riesgo aquellos que afectan las orejas, la sien y las zonas mucosas (genitales, labios). Se deben palpar los ganglios linfáticos regionales en busca de adenopatías.

Diagnóstico diferencial: queratosis seborreica irritada, verruga vulgar, quistes inflamados o proliferativos, melanoma amelanótico.

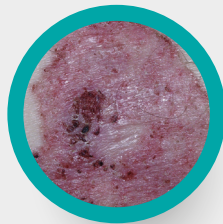
Queratoacantoma

Pápula que crece con rapidez y forma un nódulo crateriforme con núcleo queratósico. Afecta a piel de zonas fotoexpuestas. Puede involucionar dejando una cicatriz atrófica.

Diagnóstico diferencial: verrugas vulgares, molluscum contagiosum.



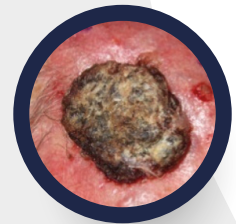
Carcinoma basocelular nodular



Carcinoma basocelular superficial



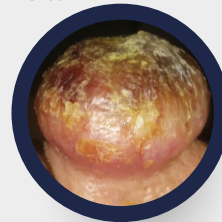
Carcinoma epidermoide in situ



Carcinoma epidermoide invasivo



Carcinoma basocelular esclerodermiforme



Queratoacantoma

Criterios de derivación

Todos los pacientes con sospecha de carcinoma basocelular o carcinoma epidermoide deben ser derivados a dermatología de forma preferente.