

Actitud ante una tumoración cutánea

Iria Arias Amorín¹; Tania Teijo Vázquez²; Ricardo García Sieiro³

1 MIR 4MFyC. C.S. Cambre. A Coruña.

2 Adjunto MFyC. A Coruña.

3 Adjunto MFyC. C.S. Cambre. A Coruña.

Cad Aten Primaria
Año 2014
Volume 20
Pág. 101-102

Palabras clave: Neoplasia, piel, seguimiento.

INTRODUCCIÓN

Varón de 67 años con antecedentes de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y hemiplejía izquierda tras ACV. Acude a nuestra consulta por lesión en tórax de 6 meses de evolución, crecimiento rápido, pruriginosa y sangrante ocasionalmente. En exploración vemos una lesión nodular, gomosa, con costra, con molestia a palpación, no calor ni rubor y sin signos infección actualmente que se muestra en la imagen.

PREGUNTAS

1.- Según la imagen mostrada, ¿cuál es su sospecha diagnóstica?

- a) Epitelioma basocelular.
- b) Verruga vulgar.
- c) Queratoacantoma.
- d) Carcinoma epidermoide.

2.- ¿Cuál sería su actitud?

- a) Observación de la evolución de la lesión.
- b) Exéresis en centro de Salud sin anatomía patológica ya que es benigna.
- c) Exéresis con estudio anatomopatológico y según resultado nueva valoración de actitud a seguir.
- d) Derivación a Dermatología.



FIGURA 1

DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO

Carcinoma epidermoidequeratinizante e infiltrante con bordes quirúrgicos libres.

COMENTARIO

El carcinoma epidermoide cutáneo (CEC) tiene una incidencia de un 10% en población general, es la segunda neoplasia más frecuente del grupo de cáncer cutáneo no melanoma, tras el carcinoma basocelular.

La mayoría muestran un comportamiento benigno y pueden ser erradicados mediante cirugía, con una supervivencia global tras cinco años del mayor del 90%³, pero existe un subgrupo de alto riesgo que se asocia a mayor capacidad de desarrollo de metástasis nodal, aumentando la morbimortalidad.

Existe una serie de criterios clínicos e histológicos que debemos identificar para clasificar un CEC como de alto riesgo. Los criterios clínicos son: antecedentes personales de lesión cutánea maligna, inmunosupresión (trasplante, enfermedad hematológica, VIH, etc.), localización en labio, anogenital o pabellón auricular, que sea una

Correspondencia

Iria Arias Amorín
Arias.iria@gmail.com
C.Saúde de Cambre. Agra de Samosteiro, 4.
CP 15660. Cambre. A Coruña.

recurrencia tumoral o tenga un diámetro mayor de 5 cm.

Los criterios histológicos son: espesor tumoral mayor de 6mm , invasión perineural, invasión ósea, variante histológica de acantolítico, basoescamoso o de células aisladas.

Ante cualquiera de estos criterios debería derivarse para valoración por Dermatología. Una vez descartados los criterios de alto riesgo podríamos realizar una excisión quirúrgica y seguimiento desde atención primaria, descartando recidiva local y aparición de adenopatías locorreionales a nivel del territorio de la localización tumoral con la siguiente frecuencia: los dos primeros años, de forma trimestral; del 3º al 5º año de forma semestral y a partir del 5º año de forma anual.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1 Martorell-Calatayud A, et al. Carcinoma epidermoide cutáneo: definiendo la variante de alto riesgo. *Actas Dermosifiliogr.* 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2011.12.019>
- 2 Klaus Wolff , Lowell A. Goldsmith , Stephen I. Katz , Barbara A. Gilchrest , Amy S. Paller, David J. Leffell . Fitzpatrick. *Dermatología en Medicina General.*
- 3 Kwa RE, Campana K, Moy RL. Biology of cutaneous squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol.* 1992;26:1--26.
- 4 Atlas en Color de Dermatología
Levene, G.M. 3ª edición.