
Rotafolio para la prevención y diagnóstico temprano del cáncer de piel no melanoma dirigido a profesionales de la salud



MINSALUD



Hospital Universitario
CENTRO DERMATOLÓGICO FEDERICO LLERAS ACOSTA
E.S.E.



© Ministerio de Salud y Protección Social

Rotafolio de prevención y diagnóstico temprano del cáncer de piel no melanoma dirigido a profesionales de la salud

Bogotá, Colombia - diciembre de 2015

Nota legal

Esta publicación es producto del Convenio interadministrativo No. 521 de 2015, realizado entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Hospital Universitario - Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, E.S.E.

© Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento, por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de Salud y Protección Social.



Alejandro Gaviria Uribe
Ministro de Salud y Protección Social

Fernando Ruiz Gómez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Carmen Eugenia Dávila Guerrero
Viceministra de Protección Social

Gerardo Burgos Bernal
Secretario General

Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga
Director de Promoción y Prevención



Hospital Universitario
CENTRO DERMATOLÓGICO FEDERICO LLERAS ACOSTA
E.S.E.

Claudia Marcela Rojas Daza
Directora General

Elin Xiomara Perea Flórez
Subdirectora Técnico Científica

John Alexander Nova Villanueva
Médico Dermatólogo - Epidemiólogo

Contenido

▶	Introducción.....	5
▶	1. Prevención.....	6
▶	▶ Prevención primaria	7
▶	▶ Prevención secundaria	7
▶	2. ¿El paciente presenta factores de riesgo para desarrollar CPNM?.....	8
▶	▶ ¿Cuál es el fototipo del paciente?.....	9
▶	3. ¿Tiene el paciente signos de daño solar crónico (el paciente se ha expuesto a lo largo de su vida al sol y es susceptible a desarrollar CPNM)?.....	10
▶	4. Eduque en protección solar.....	11
▶	5. Lesiones sugestivas de cáncer de piel no melanoma.....	12
▶	▶ ¿Tiene el paciente alguna lesión sugestiva de carcinoma basocelular?.....	14
▶	▶ Algoritmo.....	15
▶	▶ ¿Debo seguir al paciente después de ser tratado?.....	16

Introducción

La palabra cáncer de piel incluye una serie de neoplasias originadas en diferentes células, con manifestaciones clínicas y pronósticos diferentes. Los tres tipos de neoplasias primarias de piel más frecuentes son el melanoma, el carcinoma basocelular (CBC) y el carcinoma escamocelular (CEC), los dos últimos agrupados bajo el término de cáncer de piel no melanoma (CPNM).

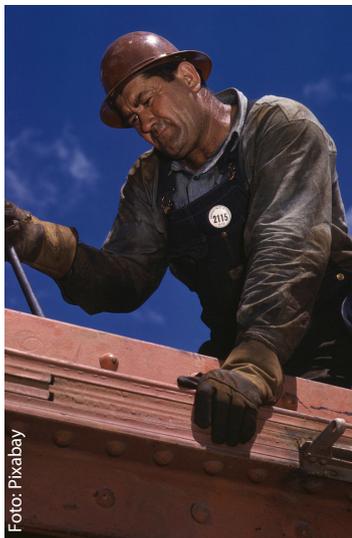
De todas las neoplasias cutáneas, el 80% corresponden a CPNM. Por esta razón, se desarrolla el presente manual dirigido a los profesionales de la salud, el cual tiene por objetivo ayudar y educar en lo concerniente a la prevención del CPNM; así como presentar sus manifestaciones más frecuentes y manejo inicial.

1. Prevención

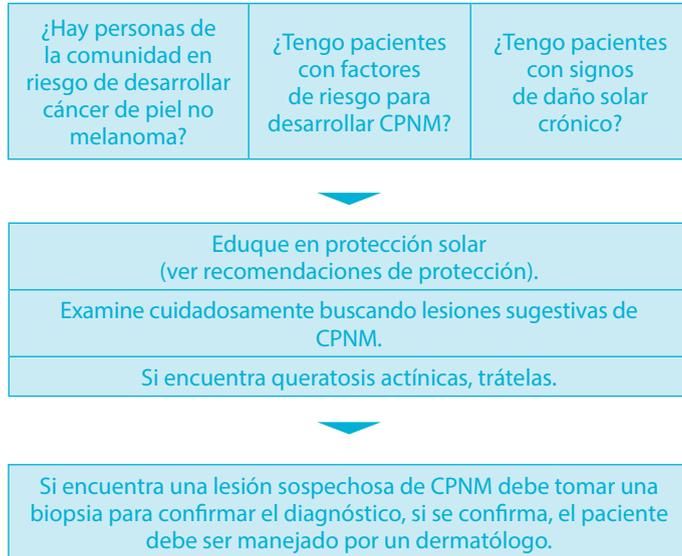
El CPNM está asociado con la exposición al sol.

El sol produce un daño acumulado, porque la radiación solar que se recibe en la infancia, la juventud y la adultez se asocia con CPNM en la vida adulta (50-70 años en promedio).

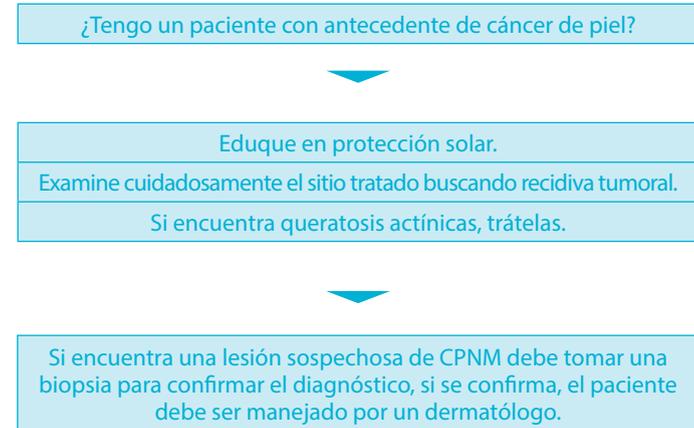
En su comunidad, ¿Hay personas que estén en riesgo de desarrollar cáncer de piel no melanoma?



Prevención primaria



Prevención secundaria



2. ¿El paciente presenta factores de riesgo para desarrollar cáncer de piel no melanoma?

Identifique los siguientes factores de riesgo en el paciente:

Factores de riesgo relacionados con desarrollo de CPNM

Historia familiar de cáncer de piel.

Residencia en área rural después de los 30 años.

Ocupaciones al aire libre a lo largo de la vida.

No uso de sombrero en la infancia.

Prácticas de deporte al aire libre a lo largo de la vida.

Antecedente de más de 10 quemaduras solares a lo largo de la vida.

Fototipo 1-3.

Antecedente de queratosis actínicas.

Numerosas queratosis actínicas en la cara.

Presencia de poiquilodermia de Civatte.

Conjuntivitis actínica.

Fumar más de 10 cigarrillos al día.

¿Cuál es el fototipo del paciente?



Fototipo	Definición
1	Siempre me pongo rojo (siempre me quemo). Nunca se me oscurece la piel (nunca me bronceo).
2	Casi siempre me pongo rojo. Casi nunca se me oscurece la piel.
3	Algunas veces me pongo rojo. Casi siempre se me oscurece la piel.
4	Casi nunca me pongo rojo. Siempre se me oscurece la piel.
5	Nunca me pongo rojo. Siempre se me oscurece la piel, piel morena.
6	Nunca me pongo rojo. Siempre se oscurece la piel intensamente (raza negra).

3. ¿Tiene el paciente signos de daño solar crónico? ¿El paciente se ha expuesto a lo largo de su vida al sol y es susceptible a desarrollar CPNM?

Examine a su paciente e identifique los siguientes signos de daño solar crónico:



▶ Figura 1. Eférides (pecas) y léntigos solares (manchas café, redondeadas, más grandes que una peca), localizadas en el dorso de la mano y la piel alopecíca del cuero cabelludo.



▶ Figura 2. Queratosis actínicas: (placas café y eritematosas, con superficie escamosa, rugosas al tacto).



Figura 3. Poikilodermia de Civatte. Manchas cafés y eritematosas, reticuladas, con telangiectasias, localizadas en la cara anterior del cuello y el pecho.

4. Eduque en protección solar

¿Qué medidas de protección solar se deben recomendar a la población?

Protección física

Promover medidas que eviten la exposición solar entre las 9 am y las 4pm.

Buscar la sombra al practicar actividades y desplazamientos al aire libre.

Usar vestimenta apropiada: sombrero de ala ancha y ropa de manga y bota larga, que impidan el paso de la radiación ultravioleta.

No usar cámaras de bronceo, por el aumento del riesgo de CPNM.

Protección Química

Usar barreras químicas (protector solar) en conjunto con otras medidas de protección física, para prevenir el CPNM.

Usar protector solar sea de amplio espectro (UVA-UVB) con un factor de Protección Solar (FPS) mínimo de 30.

5. Lesiones sugestivas de cáncer de piel no melanoma

¿Tiene el paciente alguna lesión sugestiva de CBC?

El CBC se caracteriza por pápulas o placas eucrómicas o casi negras, brillantes, con algunas telangiectasias. En algunas ocasiones pueden sangrar y cubrirse con costras. Identifique si su paciente tiene una lesión sugestiva de CBC.



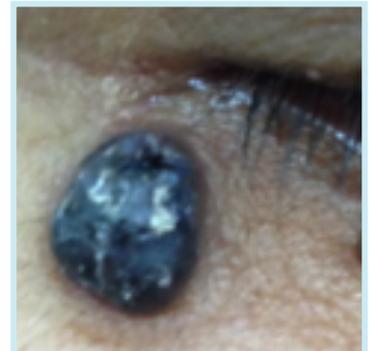
▶ En punta nasal, placa tumoral eucrómica, brillante, con telangiectasias.



▶ Placa brillante, centro deprimido, con algunas áreas de pigmento.



▶ Placa ulcerada, brillante con telangiectasias.



▶ . Placa negra brillante, diagnóstico diferencial de melanoma.



▶ Carcinoma basocelular nodular ulcerado



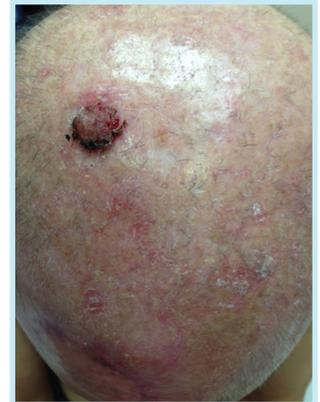
▶ Carcinoma basocelular superficial

¿Tiene el paciente alguna lesión sugestiva de carcinoma escamocelular?

El carcinoma escamocelular se caracteriza por placas escamosas, amarillentas o eritematosas. En algunas ocasiones son nódulos de aspecto hemorrágico cubiertos por costras hemáticas. En las plantas de los pies o palmas de las manos pueden tener un aspecto verrucoso. Identifique si su paciente tiene una lesión sugestiva de carcinoma escamocelular.



▶ Placa eritematosa, escamosa (carcinoma escamocelular in situ).



▶ En piel cabelluda placa tumoral cubierta por costra.



▶ . En planta del pie, placa amarillenta de aspecto verrucoso.

A diferencia del CBC el CEC puede originarse de piel normal o de queratosis actínicas (lesión premaligna), esta es la razón por la que toda queratosis actínica debe ser tratada.

El CEC puede presentarse con un cráter en el centro de la lesión. Además de la piel, el CEC también puede aparecer en los labios, la boca y los genitales.



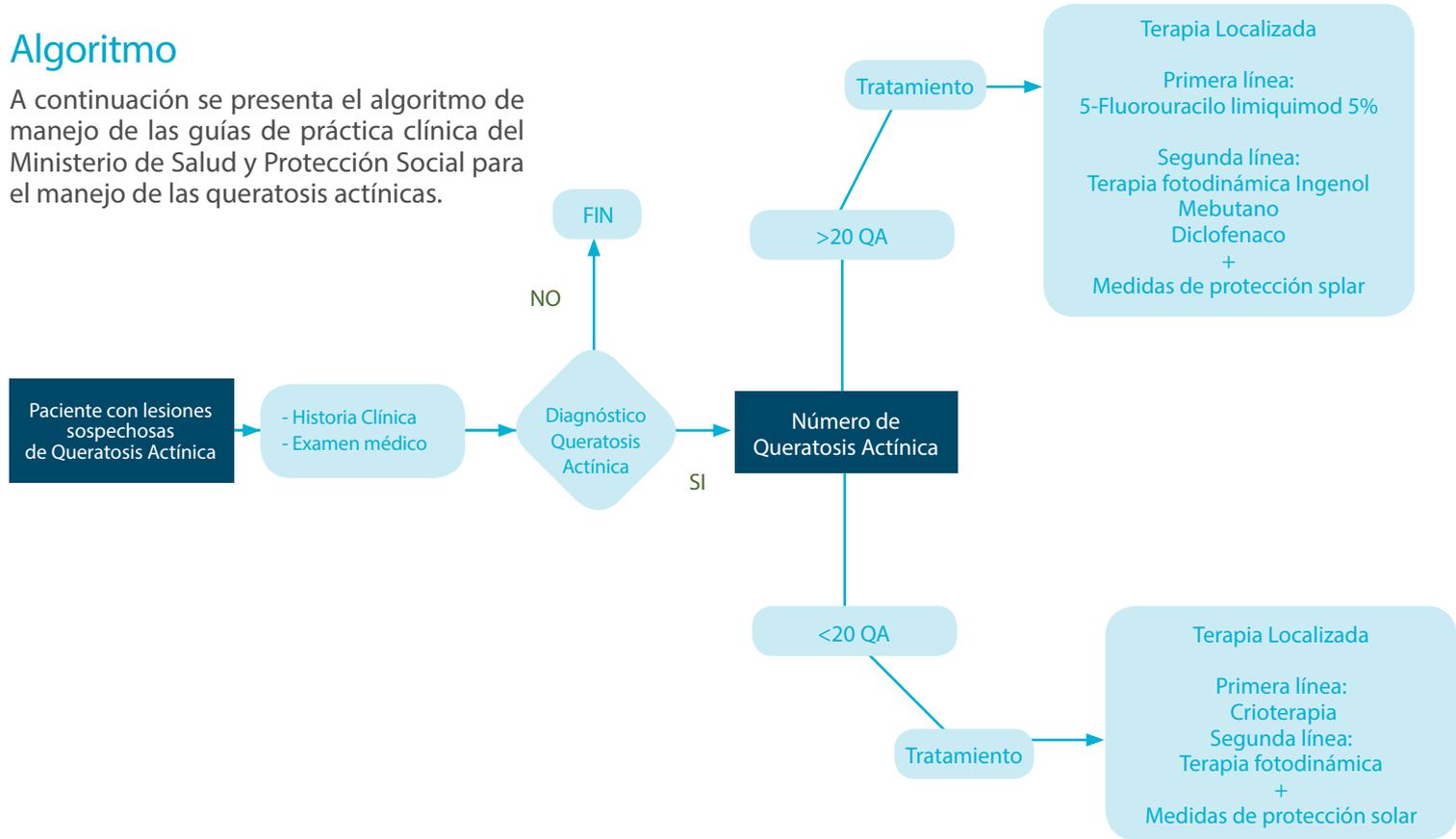
▶ En punta nasal placa eritematosa, con crater central.



▶ En labio inferior se observa una placa tumoral, infiltrada, ulcerada.

Algoritmo

A continuación se presenta el algoritmo de manejo de las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud y Protección Social para el manejo de las queratosis actínicas.



De todas las opciones terapéuticas, la que está al alcance del médico general es el 5 - fluoracilo en crema o ungüento. El 5 - fluoracilo podría usarse cuando el paciente presenta pocas o muchas queratosis actínicas. Existen tres opciones de tratamiento:

- Aplicar 2 veces al día en todas las zonas foto expuestas (usualmente cara, orejas, cuello, V del escote, dorso de antebrazos y dorso de manos) por 20 días. Esta genera una gran irritación y poca adherencia del paciente.
- 1 vez en la noche por 20 días.
- 1 vez en la noche por 20 días y un corticoide de baja potencia (hidrocortisona o desonida) en la mañana por los 20 días de tratamiento.

Esta última es la más tolerada pero la menos efectiva, por lo tanto se debe seguir al paciente y repetir el tratamiento si persisten o reaparecen las queratosis actínicas.

¿Debo seguir al paciente después de ser tratado?

Si, porque ese paciente puede hacer recidiva del tumor o puede hacer nuevos tumores en las áreas expuestas al sol a lo largo de la vida.

Bibliografía

Acosta A, Rueda X, Nova J, Sánchez G, Rodríguez A, Arévalo I, et al. Guía atención integral con evaluación económica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma: Carcinoma basocelular. <http://gpc.minsalud.gov.co>.

Acosta A, Rueda X, Nova J, Sánchez G, Rodríguez A, Arévalo I, et al. Guías de atención integral con evaluación económica para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento del cáncer de piel no melanoma: queratosis actínicas. <http://gpc.minsalud.gov.co>

Acosta A, Rueda X, Nova J, Sánchez G, Rodríguez A, Arévalo I, et al. Guía de atención integral con evaluación económica para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento del cáncer de piel no melanoma: carcinoma escamocelular. <http://gpc.minsalud.gov.co>

Nova J SG, Tejada C. Clinical prediction rule for nonmelanoma skin cancer. *ccji*. 2015;4:323-6.

Mancebo SE, Hu JY, Wang SQ. Sunscreens: a review of health benefits, regulations, and controversies. *Dermatologic clinics*. 2014;32(3):427-38, x. Epub 2014/06/04.