

## Tumores cutáneos

Por el Prof. R. SCHUPPLI,  
Médico jefe de la Clínica Dermatológica  
de la Universidad de Basilea,  
Hospital Cantonal, Basilea, Suiza

En el curso de los últimos años se ha incrementado el interés por los tumores cutáneos. El número de congresos y publicaciones en torno a la oncología dermatológica va en aumento. Los especialistas centran sobre todo su atención en los problemas de los melanomas malignos y del basiloма resistente a la terapéutica. Los teóricos especulan sobre la posible provocación de tumores cutáneos por la exposición prolongada al sol en las playas y sobre los peligros del empleo de lámparas de rayos UV. A los especialistas en medicina preventiva les inquieta la intensificación de la irradiación UV natural a consecuencia de una reducción de la capa de ozono filtrante, debida a los gases motores fluorados de los aviones a reacción que vuelan a gran altura; temen que aumenten los cánceres de piel. El médico práctico, por otro lado, se ve confrontado todos los días con el dilema de si una neoplasia cutánea - observada por el paciente - es maligna o no. En los últimos años, el hombre se ha vuelto mucho más miedoso al respecto.

Por ello, creemos que este comentario sobre los tumores cutáneos, en el que hacemos hincapié en los nuevos conocimientos, no sólo interesará al dermatólogo.

### *Tumores cutáneos benignos*

En principio, cualquier tejido cutáneo puede originar una proliferación benigna congénita - por ejemplo: nevos, angiomas, lipomas, fibromas, enfermedad de Recklinghausen y antojos pigmentados - o adquirida a lo largo de la vida, especialmente las verrugas seniles o seborreicas en el tronco o la cara, las cuales se observan en personas de mediana o avanzada edad. Son tumores marrones, grises o de color negro sucio, planos o prominentes, ásperos al tacto y que pueden alcanzar el tamaño de una mo-

neda (figura 1). Molestan al paciente desde el punto de vista estético y constituyen un motivo de preocupación también para el médico, quien a menudo le aconseja dirigirse a un dermatólogo o cirujano para que le practiquen una escisión. A veces es muy difícil distinguirlos de un basiloма pigmentado o un melanoма. El diagnóstico histológico es, en cambio, fácil: la epidermis está engrosada y presenta un depósito hiperqueratósico sin crecimiento en profundidad. El origen de estas verrugas seborreicas sigue siendo un misterio. A menudo, se tiene la impresión de que esas neoformaciones aparecen de modo similar a las infecciones, mas, hasta el presente, no se ha podido comprobar la existencia de gérmenes patógenos, ni siquiera de virus.

Nunca se produce una degeneración maligna. El tratamiento del tumor cutáneo benigno es sencillo: raspado con la cucharilla y coagulación mediante diatermia o un cáustico (ácido tricloroacético o ácido acético concentrado).

### *Lesiones precancerosas*

Hay toda una serie de lesiones cutáneas que pueden degenerar en afecciones malignas, si bien la frecuencia con que se producen dichas transformaciones y la agresividad del malignoma resultante varían sobremanera. Las formas más inocuas en este sentido son las queratosis actínicas y la enfermedad de Bowen.

Las queratosis actínicas surgen en las regiones cutáneas expuestas a la luz. Al principio, no es difícil raspar las lesiones costrosas, las cuales, con el tiempo, se vuelven más gruesas y resistentes, sangrando fácilmente al arrancarlas (figura 2). El examen histológico revela la presencia de anomalías nucleares en células basales atípicas, que empiezan a proliferar en profundidad.

La enfermedad de Bowen se manifiesta principalmente en el tronco y comienza en forma de foco único indurado y ovalado, de color lívido o parduzco, que puede alcanzar progresivamente un tamaño considerable (figura 3). El examen histológico revela alteraciones típicas, las llamadas «células apelmazadas», que contienen núcleos multilobulados y denotan tendencia a crecer en forma atípica.

Cuando se manifiesta a nivel del glande, la enfermedad de Bowen se llama de Queyrat; esta eritroplasia ha de tomarse mucho más en serio. Puede degenerar relativamente deprisa en un carcinoma agresivo.

Antes se pensaba que los afectos de enfermedad de Bowen eran a menudo portadores de un carcinoma interno. Un estudio catamnóstico de todos los pacientes tratados en los últimos decenios en nuestra clínica por esta enfermedad confirmó tal hipótesis. La mitad de esos pacientes desarrollaron carcinomas viscerales, sin que por ello – dato interesante – su esperanza de vida se viera reducida.

La enfermedad extramamaria de Paget tiene un pronóstico desfavorable. La que afecta a la mamila debe considerarse siempre como carcinoma, mientras que la forma extramamaria, generalmente localizada en la vulva, suele confinarse primero a la epidermis y presentarse durante mucho tiempo como un enrojecimiento erosivo, claramente delimitado (figura 4). El examen histológico pone en evidencia células gigantes, que secretan un material mucilaginoso PAS-positivo y probablemente proceden de glándulas sudoríparas apocrinas. Una degeneración maligna se traduce en una rápida extensión del foco y la formación de pequeños tumores, lo cual determina destrucción e infiltración en tejidos profundos.

### *Tumores malignos*

#### Epitelioma basocelular

Este tumor, generalmente rodeado de un reborde firme, que crece muy despacio y sólo en una fase tardía acusa una úlcera central (figura 5), todavía puede calificarse de semimaligno, ya que nunca produce metástasis. En la mayoría de los casos, se lo puede eliminar definitivamente mediante radioterapia, crioterapia, raspado o escisión. La opinión sostenida a menudo de que el epitelioma basocelular es en general benigno y fácil de tratar no se justifica en absoluto, pues en un 5-10% de los casos su crecimiento es particularmente tenaz e invade los tejidos adyacentes. Los más rebeldes y que escapan literalmente a todo tratamiento son los epiteliomas esclerodermiformes o escirrosos. El examen histológico pone de manifiesto finos cordones de células basales que penetran entre los haces de fibras colágenas del corion, lo que explica por qué en clínica se subestima su extensión.

#### Epitelioma espinocelular

Crece de manera más rápida y agresiva que el basiloma (figura 6). Cuando aparece en las zonas de transición entre la piel del rostro y las mucosas auriculares, bucales y nasales es casi imposible de dete-

ner. Los epiteliomas espinocelulares que nacen de una lesión cutánea crónica – lupus vulgar, lupus eritematoso o cicatriz de quemaduras – suelen ser en extremo malignos. En alrededor del 5% de los casos, los epiteliomas espinocelulares producen metástasis en los ganglios linfáticos regionales.

#### Molusco sebáceo o queratoacantoma

Antes se clasificaba entre los epiteliomas espinocelulares a un tumor muy singular, que hoy día constituye una entidad independiente, el molusco sebáceo o queratoacantoma. Desde el punto de vista histológico es a veces muy difícil distinguirlo del epitelioma espinocelular; en cambio, su cuadro clínico y evolución son típicos. En la piel descubierta del rostro o las manos, el molusco sebáceo comienza en forma de nódulo redondeado de consistencia firme, que en el plazo de unas seis semanas se transforma en un tumor de 1 cm de diámetro y 0,5 cm de altura, aproximadamente. En el centro se forma un pequeño cráter del que sale una masa queratinosa de color pardo blanquecino, cuando se ejerce una presión lateral (figura 7). Sin ser tratado, puede regresar tras un período más o menos largo o proliferar de repente y formar metástasis en los ganglios linfáticos. Un extracto acuoso de tejido tumoral da muchas veces una reacción positiva en la prueba intracutánea efectuada en tales pacientes. Por lo tanto, se trata de un tumor que entraña ambas potencialidades, la de curar espontáneamente y de degenerar en afección maligna. Hasta la fecha no se ha estudiado hasta qué punto la reacción inmunológica puesta en evidencia por la cutirreacción determina una u otra evolución.

#### Melanoma maligno

Los problemas planteados por este tumor se han estudiado con particular ahínco en los últimos años, porque su incidencia está aumentando notablemente en casi todas las regiones del mundo y pertenece a las neoplasias más malignas que se conocen. Puesto que afecta a menudo a personas de mediana edad, que se encuentran ante decisiones personales o profesionales cruciales, la evaluación del pronóstico es particularmente importante. Hace unos años se creía que la nueva clasificación de CLARK y cols.<sup>1</sup> – es decir: la distinción entre los melanomas nodular (figura 8), superficial extensivo (figura 9) y por lentigo maligno (figura 10), así como la determinación de la penetración en las diferentes capas dérmicas, el llamado microstadío – permitía una mejor evaluación del pronóstico. Pero desde entonces se ha descubierto que lo

que decide la suerte del paciente es sobre todo la profundidad de la invasión del tumor. Un melanoma que penetra menos de 1,5 mm en la dermis autoriza un pronóstico relativamente bueno. Ello no obstante, a partir de una profundidad de 0,75 mm, se hace necesaria la extirpación de los ganglios regionales; excediendo de 1,5 mm, el pronóstico empeora conforme aumenta la profundidad del tumor. Es malo, asimismo, habiendo ya metástasis locales o distantes y cuando, en el hombre, el melanoma se asienta en el torso. En cambio, es netamente más favorable en las mujeres que presentan el melanoma en las extremidades.

Los nevos pigmentados diseminados, de carácter familiar y conocidos por el nombre de *BK-Mole-Syndrom*, así como los grandes nevos pilosos congénitos, degeneran mucho más a menudo que los nevos aislados.

Tienen, por el contrario, un pronóstico muy favorable los melanomas juveniles. Histológicamente acaso sean difíciles de deslindar de un melanoma corriente, pero desde el punto de vista clínico son fáciles de reconocer porque son pápulas de color marrón rojizo, no inflamatorias, de forma redonda regular y tamaño no superior al de un guisante (figura 11). Casi siempre benigno es también el nevo azul, nódulo de color negro profundo y superficie lisa.

Se ignora la causa de la incidencia creciente de los melanomas. La sola exposición prolongada a la luz no basta como explicación.

Nuestros principios terapéuticos no han variado en los últimos años. Queda por ver si la utilidad de los métodos inmunoestimulantes – vacuna BCG, sensibilización mediante dinitroclorbenzol, inyección de extractos de melanoma autólogos – mejora el pronóstico, pues la supervivencia de cinco años no es criterio de curación válido en los casos de melanoma. Sólo después de unos ocho años puede enjuiciarse el valor terapéutico de una medida específica. Lo que en cambio sí es seguro, es que ninguno de los quimioterápicos empleados ha contribuido a mejorar el pronóstico.

#### *Tumores cutáneos de origen no dérmico*

##### Linfomas

Infiltraciones linfocitarias tumorales, como parte de una enfermedad generalizada del sistema linfático, se dan en la leucemia linfocítica crónica o la enferme-

dad de Hodgkin. Los linfomas de células T con aspecto de micosis fungoide pueden afectar a la piel sola.

##### Sarcoma idiopático (enfermedad de Kaposi)

Esta afección caracterizada por un tumor morado inicialmente plano, que comienza en los pies y en las piernas, es endémica en Africa y esporádica en Europa. El tumor consiste en una proliferación de tejido angiofibroblástico – a menudo diagnosticado como sarcoma –, que contiene mucha hemosiderina. Hallazgos recientes inducen a pensar que podría tratarse de un tumor de origen vírico. Responde bien a la radioterapia.

##### Linfangiosarcoma de Stewart-Treves

Este tipo de sarcoma es una formación tumoral insólita en una extremidad gravemente lesionada por una linfostasis. Suele manifestarse en forma de infiltraciones duras, difusas, de color morado, en el antebrazo edematoso algunos años después de la linfadenectomía axilar a causa de un carcinoma mamario. El pronóstico es sumamente sombrío.

#### *Metástasis cutáneas de tumores viscerales*

No son muy frecuentes, pero pueden suministrar indicios valiosos sobre tumores viscerales malignos no detectados aún. El carcinoma mamario es el que más metástasis da en la piel, en especial el cuero cabelludo. Estas metástasis se manifiestan como focos redondos de alopecia y pueden confundirse, en un examen superficial, con la alopecia areata. A diferencia de esta enfermedad, presentan una infiltración firme y son palpables. Metástasis cutáneas pueden aparecer también en el carcinoma bronquial; son menos frecuentes en los casos de cáncer de próstata, estómago y ovarios. No cabe establecer reglas en cuanto a su manifestación clínica; pueden adoptar formas muy singulares, por ejemplo, la de induraciones esclerodermiformes a nivel de los ojos.

#### *Etiología de los tumores cutáneos*

Los tumores cutáneos son un buen ejemplo de que el crecimiento maligno no obedece a una sola causa, sino que intervienen – a menudo asociados – diversos factores cancerígenos. Se conocen múltiples causas generadoras de transformación maligna en la

epidermis. Acaso la oncología dermatológica es la que más ha progresado en el conocimiento de los factores internos y externos. Desde hace muchos años se sabe, por ejemplo, que los pacientes que han tomado arsénico durante largo tiempo presentan una incidencia elevada de epiteliomas basocelulares o espinocelulares originados en una queratosis precancerosa. El hollín y el alquitrán, sobre todo con el concurso de la luz, son notorios cancerígenos externos. Los rayos ionizantes y ultravioleta pueden producir epiteliomas espinocelulares tras un largo período de latencia; pueden transcurrir hasta cincuenta años entre la irradiación y la aparición del carcinoma. Todavía se encuentran ancianos con cáncer de la piel en el lugar donde, en su juventud, se les habían aplicado rayos X a causa de una adenopatía tuberculosa o una micosis en el cuero cabelludo. Se conoce la triste suerte de los radiólogos que experimentaron con los rayos X sin protegerse y que con el paso de los años enfermaron de cáncer de la piel.

Recientemente se descubrió que existen ocho tipos diferentes de virus productores de papilomas (verrugas), de los cuales uno, por lo menos, ha de considerarse oncógeno. Se trata del tipo 5, que se

encuentra en la epidermodisplasia verruciforme y puede originar la transformación de ésta en un epiteloma espinocelular agresivo. También se supone que el herpesvirus de tipo 2 desempeña un papel en la génesis del cáncer del cuello uterino.

### Tratamiento

No podemos abordarlo aquí en detalle. La elección de la radioterapia, la quimioterapia o la crioterapia en un caso determinado o la decisión de recurrir a la cirugía o la cauterización química, o bien a la inmunoterapia adyuvante cuando no al método más reciente que consiste en utilizar un retinoide, dependerán de la situación personal y social de cada paciente, así como de la experiencia del médico responsable.

### Bibliografía

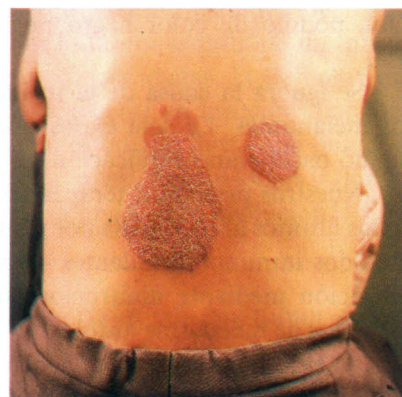
1. CLARK, W.H., Jr., FROM, L., BERNARDINO, E.A., MIHM, M.C.: The Histogenesis and Biological Behavior of Primary Human Malignant Melanomas of the Skin. *Cancer Res* 29, 705-726 (1969).



1



2



3



4

Figura 1. Queratosis senil en la espalda.

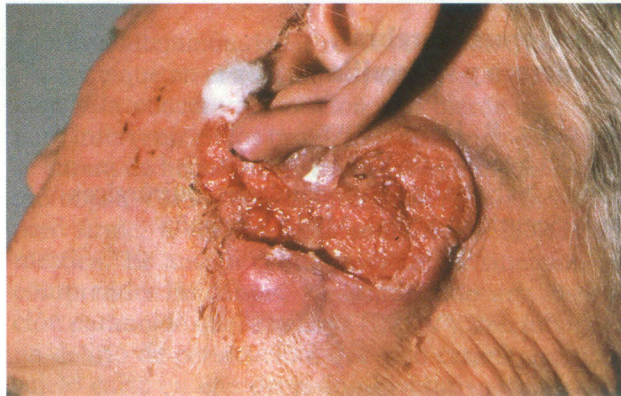
Figura 2. Queratosis actínica en la frente.

Figura 3. Enfermedad de Bowen extensa.

Figura 4. Enfermedad de Paget en la región abdominoinguinal.



5



6



7



8



9



10

Figura 5. Epitelioma basocelular que data de un año, aproximadamente.

Figura 6. Epitelioma espinocelular de unos cuatro meses.

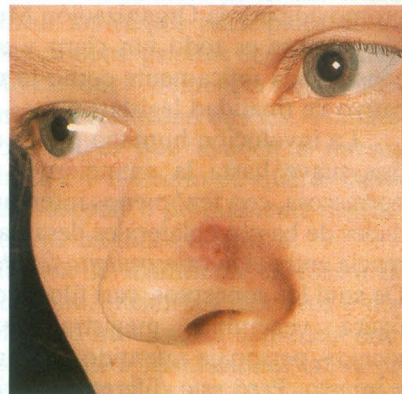
Figura 7. Molusco sebáceo (queratoacantoma) de unas seis semanas.

Figura 8. Melanoma nodular.

Figura 9. Melanoma de extensión superficial.

Figura 10. Melanoma por lentigo maligno.

Figura 11. Melanoma juvenil.



11