

EL EXPERTO
dermatología

Lunares y cáncer de piel

Por la Dra. Lorea
Bagazgoitia
Dermatóloga



Quien más quien menos ha acudido alguna vez a la típica 'revisión anual de la piel'. Nosotros, los dermatólogos, la aconsejamos en personas con especial riesgo de cáncer de piel e insistimos aún más en la autoobservación. Por otro lado, conocer los lunares y manchas que uno tiene con el fin de poder identificar algún cambio en ellos, puede ser más útil incluso que la revisión por un profesional.

Pero, ¿qué se intenta detectar en esas revisiones? Para dar respuesta a esta pregunta repasaremos las lesiones cutáneas más relevantes relacionadas con el cáncer de piel.

LUNARES

El término 'técnico' para denominar a los comúnmente llamados lunares es *nevus melanocítico*. Estos son neoplasias benignas formadas por un conjunto de melanocitos, las células que dan pigmento a la piel.

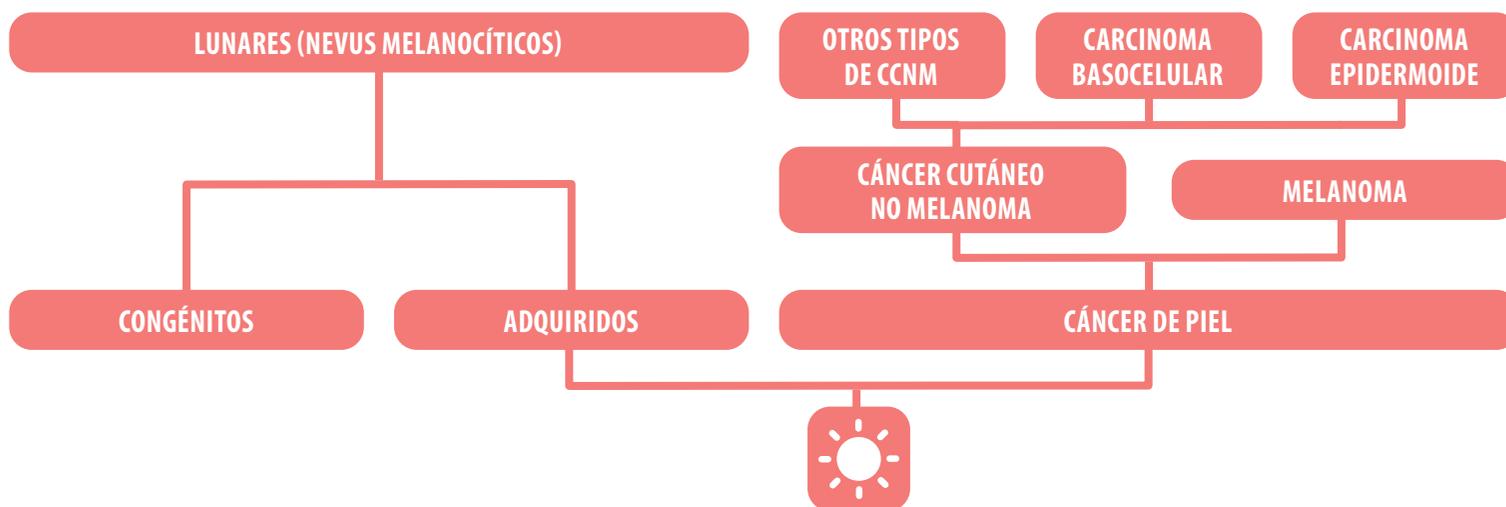
Por un lado, existen **nevus melanocíticos congénitos**, es decir, presentes desde el nacimiento o los primeros días de vida (a los que solemos llamar 'antojos'). Por otro lado, los **nevus melanocíticos adquiridos** van surgiendo a lo largo de la vida, más frecuentemente

en la infancia. Estos últimos están condicionados genéticamente en parte, pero se desarrollarán más cuanto más expuesta al sol esté la piel. Los *nevus melanocíticos* son lesiones benignas. Tanto los adquiridos como los congénitos pueden tener cierto riesgo de malignizar a lo largo de la vida (por eso los vigilamos), pero paradójicamente, la mayoría de melanomas (neoplasia maligna derivada de los melanocitos) aparecen sobre piel donde previamente no existía ningún lunar. El mensaje importante, en consecuencia, es que no solo hemos de observar y proteger del sol los lunares existentes, sino también la piel donde no los hay, es decir, siempre y meticulosamente todo nuestro cuerpo.

CÁNCER DE PIEL

Cualquier célula de la piel puede evolucionar a algo maligno, y dado que esta tiene diferentes tipos celulares el abanico de posibles cánceres de piel es muy amplio (carcinomas, sarcomas, melanomas, angiosarcomas, etc.).

De cualquier modo, la inmensa mayoría de los tumores malignos de la piel habitualmente los englobamos en dos grupos que hacen su comprensión y manejo relativamente sencillo. Estos son: melanoma y cáncer cutáneo no melanoma.



Melanoma

El melanoma es de origen melanocítico. Digamos que es la versión maligna de los *nevus melanocíticos* mencionados con anterioridad y el cáncer de piel más temido por los médicos. Diagnosticado en sus estadios más precoces tiene una supervivencia del cien por cien, mientras que, si el diagnóstico es tardío, sus consecuencias pueden ser fatales. Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas. Habitualmente aparece en piel expuesta al sol, pues este es el principal factor causal del melanoma. Se ha visto que el patrón de exposición estacional (muy intenso durante pocos meses al año), así como las quemaduras solares (especialmente en la infancia) tienen una influencia importante en las probabilidades de desarrollar un melanoma a lo largo de la vida. Las personas con muchos lunares o antecedentes personales o familiares de melanoma tienen también mayor riesgo de padecerlo.

Lo bueno de este y otros cánceres de piel es que aparecen en la superficie del cuerpo y son fácilmente detectables (a diferencia de otros cánceres internos). Por eso los dermatólogos hacemos tanto hincapié en el diagnóstico precoz.

Para ello, existen ciertos signos a vigilar en nuestros *nevus melanocíticos* que nos deben alertar y orientar para solicitar una valoración dermatológica. Se explican sencillamente mediante la regla ABCDE:

- A: Asimetría. Si un lunar pasa de ser simétrico, ya sea en su estructura o su color, a asimétrico es razonable consultar.
- B: Bordes. Que el contorno de un lunar varíe puede ser un motivo para solicitar una valoración por un dermatólogo.
- C: Color. Los cambios de color, especialmente si observamos más de tres tonos diferentes de marrón en un lunar son un signo de sospecha.
- D: Diámetro. Cuando una lesión crece es aconsejable consultar con un dermatólogo.
- E: Evolución. Cualquier signo peculiar o distinto en un lunar (picor, sangrado, aparición reciente) también deben ser entendidos como signos de alarma.

Una vez diagnosticado un melanoma, en un primer momento se trata mediante extirpación quirúrgica. En los casos más superficiales esto puede ser suficiente, sin embargo, en función de la extensión a ganglios linfáticos u otros órganos, puede ser necesario plantear un tratamiento oncológico.

Cáncer cutáneo no melanoma

Existen numerosos tipos de cáncer cutáneo no melanoma. A continuación, mencionaré las nociones básicas sobre los más frecuentes y, por tanto, los que más cuestiones puedan plantear en la oficina de farmacia.

• **Carcinoma basocelular:** El carcinoma o epiteloma basocelular es el tumor maligno más frecuente en el ser humano. Deriva de los queratinocitos de la epidermis y tiene un vínculo claro con la exposición solar.

Su aspecto clínico es muy variado. Puede presentarse como un granito brillante que va creciendo progresivamente, una herida que no cura, tener color carne, ser marrón o, incluso, cobrar el aspecto de cicatriz. Generalmente surgen en piel expuesta al sol.

Afortunadamente, el crecimiento de los carcinomas basocelulares es puramente local. Puede crecer en profundidad o en extensión invadiendo los tejidos que subyacen a la piel (como el cartílago en el caso de la oreja o la nariz, por ejemplo), pero solo muy excepcionalmente puede causar metástasis y dar problemas a nivel sistémico. En este sentido, la buena noticia es que el tratamiento del carcinoma basocelular es en la mayoría de los casos curativo.

Existen diferentes tipos de carcinomas basocelulares (infiltrativo, nodular, superficial). Todos ellos se pueden tratar mediante extirpación quirúrgica. Sin embargo, el tipo superficial permite la opción de ser eliminado con técnicas no quirúrgicas como imiquimod tópico o la terapia fotodinámica, para la cual usamos ácido aminolevulínico.

• **Carcinoma epidermoide o escamoso:** También deriva de los queratinocitos y se presenta como bultos que crecen y ulceran de forma progresiva. Generalmente aparece en zonas expuestas al sol y suele tener un aspecto queratósico, erosionado o rugoso. Es típico que los carcinomas epidermoides los padezcan personas que han tenido una exposición crónica al sol a lo largo de su vida y no tanto vacacional.

El carcinoma epidermoide deriva de su lesión precursora, llamada queratosis actínica. Las queratosis actínicas son pequeñas papulitas, rugosas, que recuerdan a escamas en zonas donde la persona ha recibido mucho sol, típicamente el cuero cabelludo o la cara. Normalmente son múltiples y un pequeño porcentaje de ellas (según las fuentes entre el 1 y el 10%) evolucionará a carcinoma epidermoide a lo largo del tiempo.

Por todo esto, el tratamiento del carcinoma epidermoide comienza ya desde la aparición de las primeras queratosis actínicas, con el fin de evitar su progresión. Para ello usamos crioterapia o tratamientos de campo como el imiquimod o el 5-fluorouracilo tópicos, así como la terapia fotodinámica. Ante el diagnóstico de carcinoma epidermoide es indispensable realizar un tratamiento quirúrgico que elimine por completo la lesión. En la gran mayoría de los casos el pronóstico es bueno, si bien, dada la potencialidad de desarrollar metástasis, en ocasiones es necesario recurrir también a tratamiento oncológico.

Independientemente de la base genética de cada uno de nosotros, sabemos que el sol es el factor de riesgo más importante para el desarrollo tanto del melanoma como de los diferentes tipos de carcinomas. El consejo global orientado a prevenir el cáncer de piel en cualquiera de sus formas está centrado en la fotoprotección y unos hábitos sensatos y saludables de exposición solar. +