

UN CASO DE CANCER DE PIEL

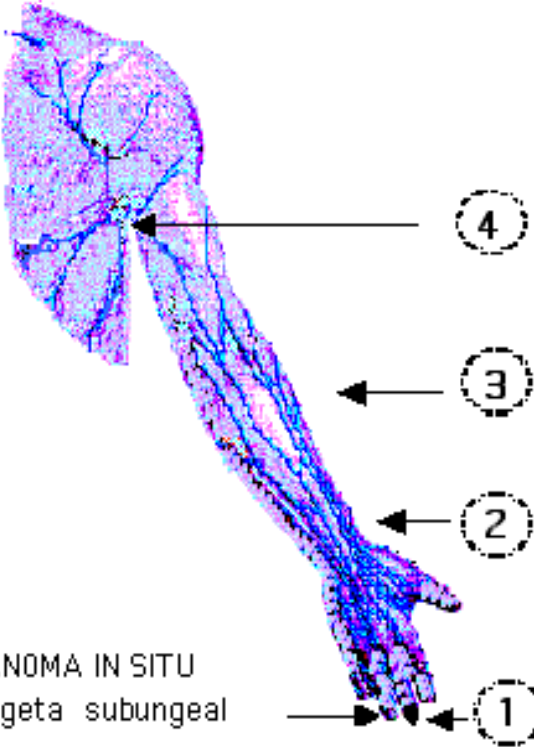
Melanoma maligno in situ, limitado a la epidermis sin presencia de úlcera ni invasión vascular. Mínima actividad mitótica anormal (una mitosis en 10 campos microscópicos a seco fuerte) y moderada respuesta inmunitaria, sin invasión a uña ni a hueso. Márgenes de recepción libres de lesión. Ganglio linfático de axila negativo a metástasis. Se resolvió con amputación quirúrgica de la tercera falange del dedo medio de la mano derecha

BIOTOPOGRAMA PRACTICADO 5 DÍAS DESPUÉS BIOPSIA DEDO MEDIO MANO DERECHA.

L.S.Y.
Estudio de Hematología Topográfica
 Pictograma

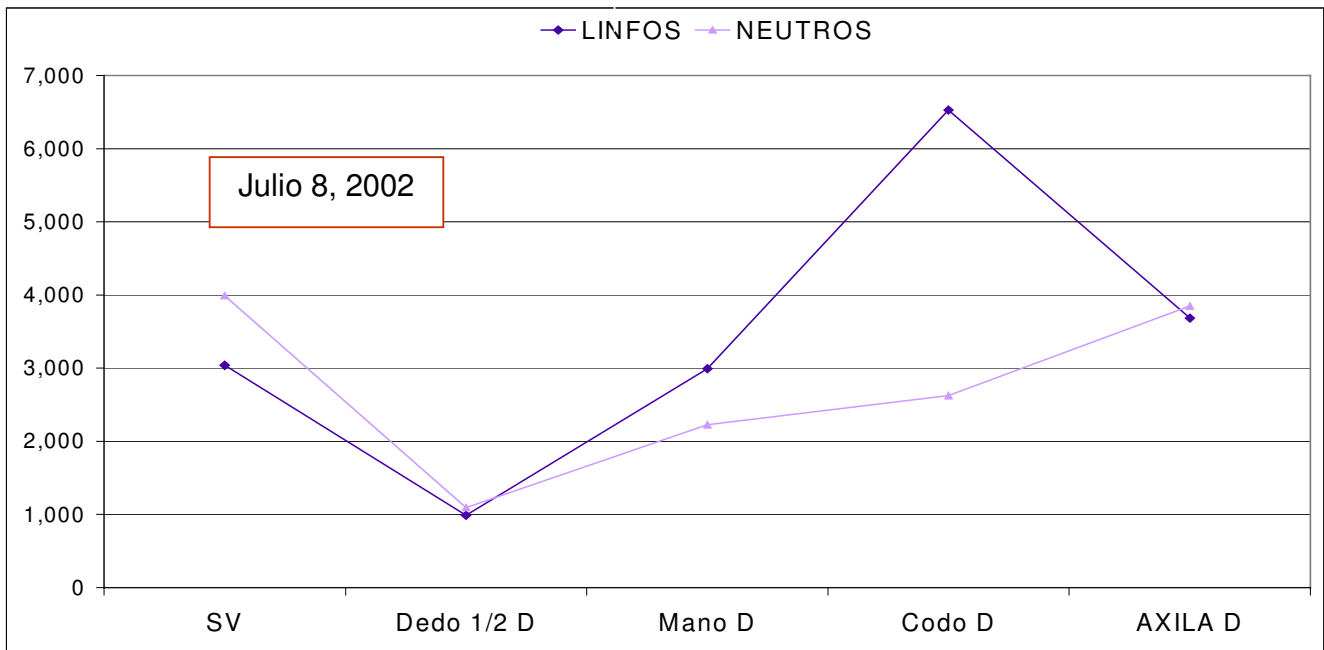
Junio 1º, 2002

Interpretación de los resultados

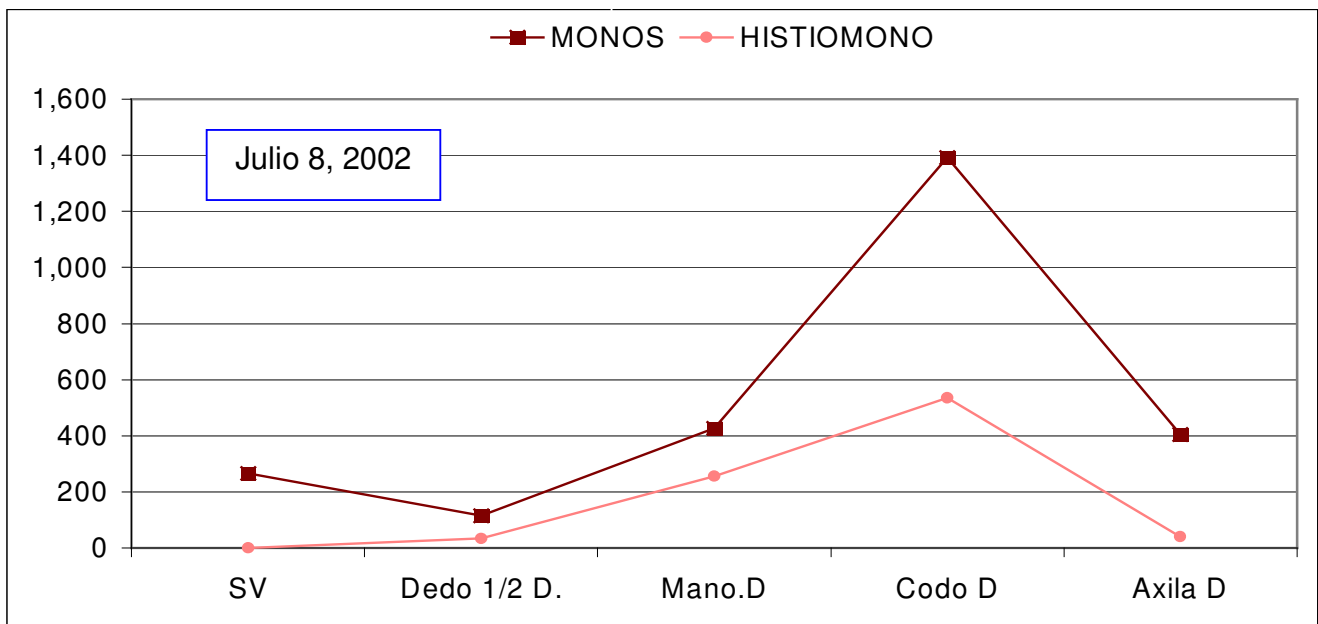


Sangre Venosa	Normal
Axila Derecha	Normal
EpitrocLEAR D	Reacción conjuntiva e inmunitaria
Puño D. borde externo	No reacción leucocitaria Muy escasos melanocitos
Segunda falange dedo medio	Edema

MELANOMA IN SITU
 Falangeta subungueal
 dedo
 medio mano derecha



Únicamente hay ligera linfocitosis en la toma del lado interno del codo derecho.



De manera similar, hay un aumento muy ligero de monocitos y de histiomonocitos a nivel del lado interno del codo derecho.

Chiu C. y col. estudiaron tumores cutáneos malignos del cuero cabelludo en 398 pacientes y concluyen que debido al amplio espectro de las neoplasias que pueden ocurrir en esta región, tanto metastásicas o primarias, la inspección sistemática de la piel del cuero cabelludo debe ser incluida en los protocolos de estudio de enfermos en quienes hay una sospecha de lesiones tumorales internas como de la piel.

Para Marquis W. y Benson R., alrededor del 2 al 9% de los tumores malignos viscerales son responsables de metástasis cutáneas o subcutáneas y se asocian con enfermedad avanzada y un pobre pronóstico. Los tumores de seno, pulmones, riñón, estómago, útero y colón son las causas mas frecuentes.

Nashan D., dice que cerca del 10% de los tumores malignos viscerales malignos desarrollan metástasis cutáneas. Como las metástasis cutáneas son subestimadas y muchas veces no diagnosticadas, pueden llegar a ser un reto clínico. En su estudio se compilan el aspecto clínico y los patrones de distribución de las metástasis cutáneas para la caracterización de los resultados obtenidos por la clínica y opciones terapéuticas disponibles. Las características de 92 casos disponibles en la literatura se elaboraron y ajustados en términos de las revisiones epidemiológicas publicadas para cada tipo de órgano. La localización de las metástasis cutáneas a un órgano particular no es confiable. En 22% de los enfermos las metástasis cutáneas pueden conducir al diagnóstico de tumores malignos internos. La mayoría de ellos aparecieron como metástasis cutáneas emergieron en un intervalo alrededor de 36 meses después del tratamiento exitoso del tumor primario y mas comúnmente, con metástasis en otros órganos. La sobrevivida probable resultó ser menor de 12 meses. Consistente con este estado de condición terminal, el tratamiento es solamente paliativo. El tratamiento local de elección es la escisión. Solo una minoría de investigadores intentó aplicar estrategias de tratamiento específicos para el tumor. Los autores concluyen ofreciendo una guía de metástasis cutáneas que se ven favorecidos los siguientes aspectos; el espectro clínico se ajusta a un estado actual; se consigue un mejor tratamiento; se obtiene n registro epidemiológico mejorado y se elabora un trabajo diagnóstico para terapias selectas en conjunción con el dermatólogo.

Tharakaram S. publica un estudio en el cual en 50 enfermos, (26 hombres y 24 mujeres), con metástasis cutáneas, en quienes se encontró que el tumor primario se manifestaba sobretodo en pulmón y en esófago en el hombre y en el seno y ovario en la mujer. Las metástasis se presentaron en todas las áreas de la piel , siendo la mas frecuentes las del carcinoma del seno, solamente en 2 casos fueron el primer signo del cáncer.

BIBLIOGRAFÍA CANCER DE PIEL

Chiu C., Lin C., Kuo T., Kuan Y., Chen M., Ho H., Yang L., Chen C., Shih I. and Hong H.
Malignant cutaneous tumors of the scalp: A study of demographic characteristics and histologic distributions of 398 Taiwanese patients.
Journal of the American Academy of Dermatology.
Vol. 56, 3; 448-452. 2007

Marquis W. and Benson R.

Long-term survival with skin metastases from carcinoma of prostate.

Urology. Vol. 16, 4; 407-8. Oct. 1980

Nashan D., Müller M.L., Braun-Falco M., Reichenberger S., Szeimies R.M., and Bruckner-Tuderman L.

Cutaneous metastases of visceral tumours: a review.

J Cancer Res Clin Oncol. Vol. 135, 1; 1-14. Jun. 2008

Tharakaram S.

Metastases to the Skin

International Journal of Dermatology.

Vol. 27, 4; 240 – 242. 1998.