

Estos gráficos, basados en las guías publicadas en junio, septiembre y diciembre de 2015, se presentan como una herramienta de consulta del lector, así como desagravio por la omisión involuntaria de parte de los algoritmos de Carcinoma Escamocelular en la edición número tres del 2015.

ALGORITMOS DE TRATAMIENTO

QA | QUERATOSIS ACTÍNICAS

Gráficos basados en: *Guía de atención integral de la queratosis actínica.*
Acosta A, Rueda X, Sánchez G, et al.
Rev Asoc Colomb Dermatol. 2015; 23: 2 (Abril-Junio), 105-128

CEC | CARCINOMA ESCAMOCELULAR

Gráficos basados en: *Guía de atención integral del carcinoma escamocelular.*
Acosta A, Rueda X, Sánchez G, et al.
Rev Asoc Colomb Dermatol. 2015; 23: 3 (Julio-Septiembre), 189-215.

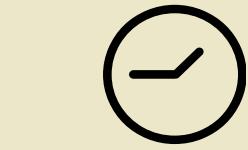
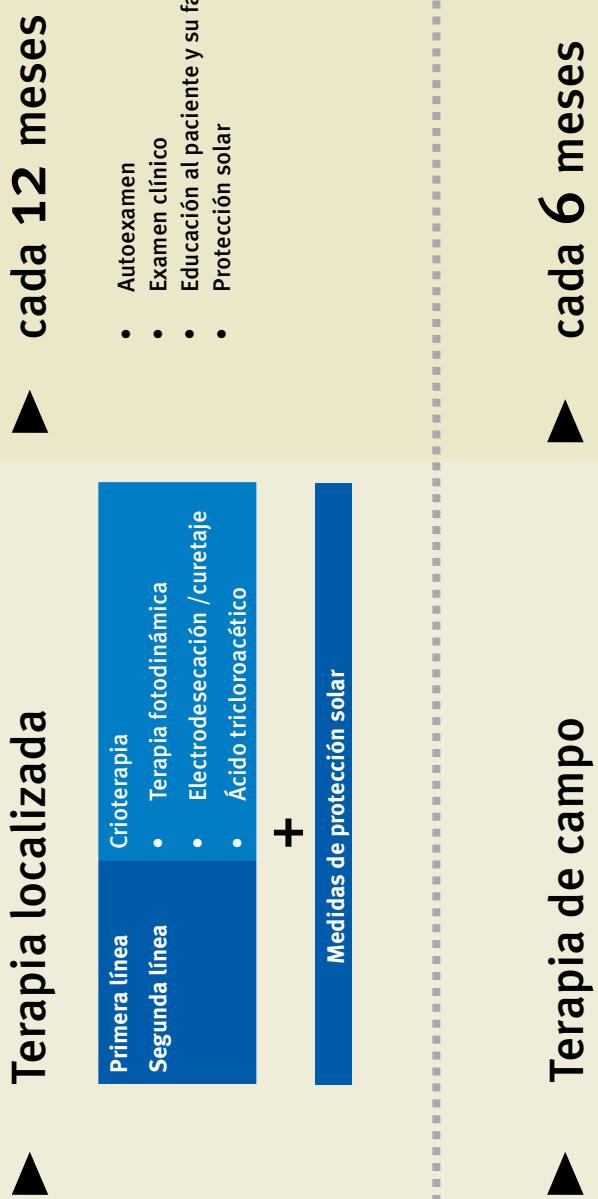
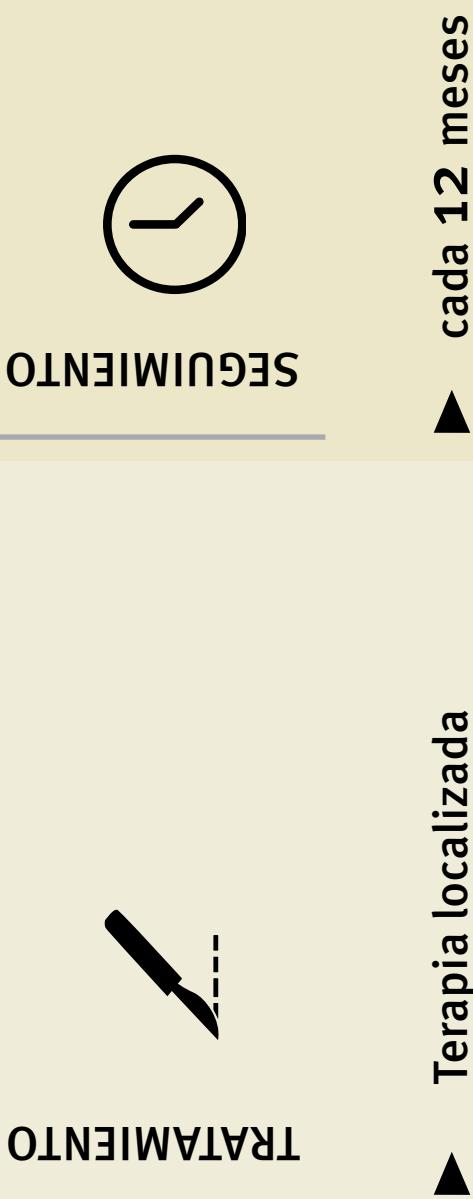
CBC | CARCINOMA BASOCELULAR

Gráficos basados en: *Guía de atención integral del carcinoma basocelular.*
Acosta A, Nova J, Sánchez G, et al.
Rev Asoc Colomb Dermatol. 2015; 23: 4 (Octubre-Diciembre), 258-296.

DIAGNÓSTICO



TRATAMIENTO



SEGUIMIENTO

- Autoexamen
- Examen clínico
- Educación al paciente y su familia
- Protección solar

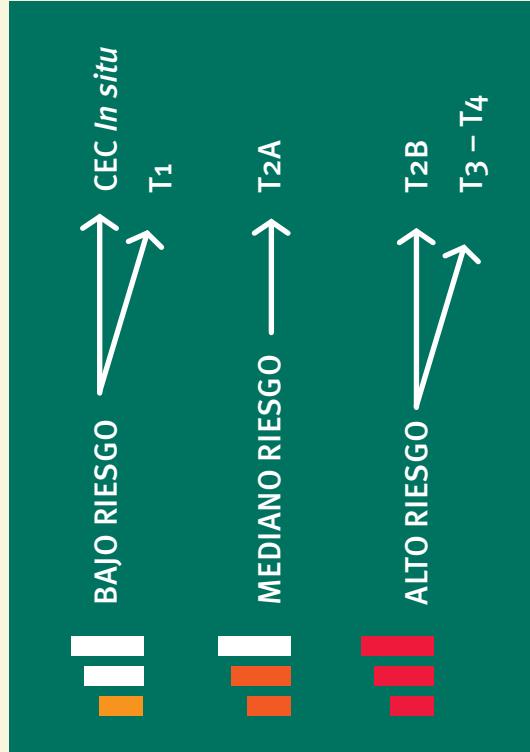


DIAGNÓSTICO

Examen clínico

- Piel
- Ganglios
- Valoración factores de riesgo cáncer de piel

Clasificación Enfermedad localizada



Biopsia

- Subtipo histológico
- Grado de diferenciación
- Grosor tumoral
- Nivel de invasión
- Invasión perineural
- Invasión linfovascular

LESIÓN
SOSPECHOSA

Imágenes diagnósticas*

- TAC
- Resonancia nuclear magnética
- Ecografía

*En caso de sospecha de enfermedad local avanzada o metastásica.



PARA EL DIAGNÓSTICO SIGA LOS SIGUIENTES PASOS:

1. Clasificación TNM

2. Clasificación Jambusaria-Pahlajani

Se recomienda el uso de la clasificación TNM-2010, 7^a versión del Comité Conjunto Estadounidense sobre Cáncer (AJCC, American Joint Committee on Cancer) para la estadificación de los pacientes con carcinoma escamocelular de piel. Para evaluar el tumor primario (T) considere los siguientes grupos y factores de riesgo:

- **GRUPOS DE CLASIFICACIÓN**
- TX: Tumor no evaluable.
- To: Sin evidencia de tumor primario.
- Tis: Carcinoma *in situ*.
- T1: Tumor <2 cm con menos de dos factores de riesgo.
- T2: Tumor ≥2 cm o tumor de cualquier tamaño con dos o más factores de riesgo.
- T3: Tumor con invasión a maxilar, mandíbula, órbita o hueso temporal.
- T4: Tumor con invasión a esqueleto axial o apendicular o invasión perineural de la base del cráneo.

FACTORES DE RIESGO

- Localización anatómica (oreja o labio).
- Grosor tumoral >2 mm (equivalente de Breslow).
- Nivel de Clark ≥IV.
- Invasión perineural.
- Tumor pobremente diferenciado o indiferenciado.

3. Otros factores de riesgo

Se recomienda, posterior a la clasificación TNM, aplicar la clasificación de Jambusaria-Pahlajani y colaboradores (2013) para los pacientes con carcinoma escamocelular de piel no incluidos en las clasificaciones previamente mencionadas :

- T₁= Sin factores de riesgo
- T_{2a}= presencia de 1 factor de riesgo.
- T_{2b}= presencia de 2 a 3 factores de riesgo.
- T₃= presencia de 4 factores de riesgo.
- Los factores de riesgo a tener en cuenta en estos casos son:
 - Diámetro tumoral ≥2 cm.
 - Pobre diferenciación histopatológica.
 - Invasión perineural.
 - Invasión más allá de la grasa subcutánea (sin incluir hueso).

CEC bajo riesgo

CEC *in situ*

Primera línea	<ul style="list-style-type: none">• Electrodesección-curetaje• Criocirugía• Cirugía convencional con margen mínimo de 4mm• Terapia fotodinámica• 5-Fluorouracilo al 5%• Imiquimod 5%
Segunda línea	<ul style="list-style-type: none">• Cirugía micrográfica de Mohs¹
Tercera línea	<ul style="list-style-type: none">• Radioterapia en caso de contraindicación a las técnicas anteriores².

CEC mediano riesgo

T2A

Primera línea	<ul style="list-style-type: none">• Cirugía convencional con margen mínimo de 6mm• Cirugía micrográfica de Mohs¹• Valoración de ganglios regionales solo en casos seleccionados
Segunda línea	<ul style="list-style-type: none">• Radioterapia²

CEC alto riesgo

T2B

Primera línea	<ul style="list-style-type: none">• Cirugía micrográfica de Mohs¹• Cirugía convencional con márgenes amplios+ <ul style="list-style-type: none">• Valoración de ganglios regionales
Segunda línea	<ul style="list-style-type: none">• Radioterapia²

SEGUIMIENTO

Mínimo recomendado



TRATAMIENTO



CEC T1

- Cirugía convencional con margen mínimo de 4mm
- Electrodesecación-Curetaje
- Criocirugía
- Cirugía micrográfica de Mohs¹
- Radioterapia en caso de contraindicación a las técnicas anteriores².

- Cada cuatro meses en el primer año.
- Cada seis meses en el segundo año.
- De forma anual a partir del tercer año hasta cinco años.
- Cada tres meses en los dos primeros años.
- De forma anual a partir del tercer año hasta cinco años.
- Autoexamen del tumor y piel circundante.
- Examen de ganglios linfáticos.

Primera línea	<ul style="list-style-type: none">• Cirugía convencional con márgenes amplios• Cirugía micrográfica de Mohs¹+ <ul style="list-style-type: none">• Valoración de ganglios regionales
Segunda línea	<ul style="list-style-type: none">• Radioterapia²

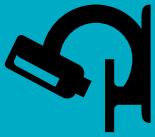
¹ CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS: cuando se requiera ahorro de tejido o CEC recurrente.

- ² RADIOTERAPIA: no se recomienda la radioterapia para el tratamiento en pacientes menores de 60 años.

CEC | CARCINOMA ESCAMOCELULAR

Guía de atención integral del carcinoma escamocelular. Acosta A, Rueda X, Sánchez G, et al.. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2015; 28: 3 (Julio-Septiembre), 189-215.

DIAGNÓSTICO



Clasificar

Toma de biopsia

Lesión sospechosa

- Anamnesis
- Factores de riesgo para cáncer de piel
- Examen clínico

TENGA EN CUENTA:

- Primario o recidivante
- Tamaño
- Localización
- Subtipo histológico
- Dispersión
- Invasión perineural

Riesgo de recidiva	Localización	Tamaño	Histología
Bajo	Zona H	< 6 mm	Nodular o superficial
	Cabeza y cuello, zona no H Tronco y extremidades	< 10 mm < 20 mm	
Mediano	Zona H	≥ 6 mm	Nodular o superficial
	Cabeza y cuello, zona no H Tronco y extremidades	≥ 10 mm ≥ 20 mm	
Alto**	Zona H	≥ 6 mm	Micronodular, trabecular o morfeiforme
	Cabeza y cuello, zona no H Tronco y extremidades	≥ 10 mm ≥ 20 mm	

** Los CBC con patrón histológico micronodular, trabecular o morfeiforme, menores de 6 mm en zona H, menores de 10 mm en cabeza, cuello zona no H y menores de 20 mm en tronco y extremidades, merecen consideración especial en el momento de tomar una decisión terapéutica, teniendo en cuenta que probablemente su riesgo de recidiva es menor comparado con los de mayor tamaño.



NOTAS ADICIONALES:

- Un CBC recurrente siempre se clasifica como de alto riesgo.
- En el momento de definir la modalidad de tratamiento es importante tener en cuenta los bordes clínicos del tumor (bordes bien definidos vs. mal definidos).
- El patólogo siempre debe informar la ausencia o presencia de invasión perineural, patrón de crecimiento (cohesivo vs. infiltrativo), tipo histológico y dispersión.

**CBC | CARCINOMA
BASOCELULAR**

*Guía de atención integral del carcinoma basocelular. Acosta A, Nova J, Sánchez G, et al.
Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. 2015; 23: 4 (Octubre-Diciembre), 258-296.*

CBC bajo riesgo

Primerá línea	Electrodesección-curetaje Criocirugía Cirugía convencional con margen mínimo de 4mm ¹ Cirugía micrográfica de Mohs ²
Segunda línea	Radioterapia ³
Tercera línea	Terapia fotodinámica Interferon alfa 2B Imiquimod 5%

CBC mediano riesgo

Carcinoma basocelular superficial

Primerá línea	Electrodesección-curetaje Criocirugía Cirugía convencional con margen mayor a 4mm. Cirugía micrográfica de Mohs ²
Segunda línea	Radioterapia ³
Tercera línea	Terapia fotodinámica Imiquimod 5%

Carcinoma basocelular nodular

Primerá línea	Cirugía convencional con margen mayor a 4mm. Cirugía micrográfica de Mohs ²
Segunda línea	Radioterapia ³
Tercera línea	Electrodesección-curetaje

¹ Cirugía convencional con análisis exhaustivo de los bordes de resección, es la primera opción para los CBC con márgenes clínicos mal definidos.

² Cirugía micrográfica de Mohs: indicada cuando el CBC está localizado tan cerca a una estructura funcional (por ejemplo, vía lacrimal) que no es posible dar un margen oncológico con cirugía convencional.

³ Radioterapia: no se recomienda su uso en pacientes menores de 60 años.

TRATAMIENTO



SEGUIMIENTO



En pacientes con CBC se recomienda hacer seguimiento para evaluar recurrencia de la lesión tratada cada cuatro meses en el primer año, cada 6 meses en el segundo año y a partir del tercer año, de forma anual hasta 5 años, por parte del médico tratante.

En pacientes con antecedentes de cáncer de piel o factores de riesgo de cáncer de piel, se recomienda realizar un examen físico completo para la búsqueda activa de nuevos tumores y de recurrencia de la lesión tratada, cada año de por vida, en servicios de atención primaria.

En pacientes con antecedentes de cáncer de piel o factores de riesgo de cáncer de piel, se recomienda hacer consejería sobre riesgo de recurrencia de la lesión primaria y aparición de nuevas lesiones, así como educación en medidas de protección solar y autoexamen de piel.

CBC alto riesgo

TRATAMIENTO



Carcinoma basocelular primario

Primera línea	Cirugía convencional ¹
	Cirugía micrográfica de Mohs
Segunda línea	Radioterapia ²
	Radioterapia ²

¹ En los CBC localizados en áreas donde no se requiera ahorro de tejido, se podrá utilizar la cirugía convencional con márgenes laterales y profundos amplios. La pieza quirúrgica se debe orientar en forma precisa, con puntos de reparo, en comunicación directa con patología y con análisis exhaustivo y preciso de los márgenes quirúrgicos.

² La radioterapia se puede utilizar como terapia complementaria a la cirugía en los casos de márgenes quirúrgicos comprometidos por CBC y que no es posible re-intervenir al paciente.

³ Solo en los casos en que no está disponible la cirugía micrográfica de Mohs, se puede recurrir a la cirugía convencional con las observaciones escritas para el numeral No. 1.



NOTA: Recientemente el vismodegib ha recibido aprobación por parte de la FDA y el INVIMA, ofreciendo una alternativa para pacientes con CBC localmente avanzado. Su aprobación se basó en los resultados de una serie de 104 pacientes, en quienes se alcanzó una respuesta en el 43% de los casos. Por lo tanto, el grupo desarrollador considera que la recomendación de su uso deberá quedar restringida a decisiones de junta médica de expertos.

Carcinoma basocelular recurrente

En pacientes con CBC se recomienda hacer seguimiento para evaluar recurrencia de la lesión tratada cada cuatro meses en el primer año, cada 6 meses en el segundo año y a partir del tercer año, de forma anual hasta 5 años, por parte del médico tratante.

En pacientes con antecedentes de cáncer de piel o factores de riesgo de cáncer de piel, se recomienda realizar un examen físico completo para la búsqueda activa de nuevos tumores y de recurrencia de la lesión tratada, cada año de por vida, en servicios de atención primaria.

En pacientes con antecedentes de cáncer de piel o factores de riesgo de cáncer de piel, se recomienda hacer consejería sobre riesgo de recurrencia de la lesión primaria y aparición de nuevas lesiones, así como educación en medidas de protección solar y autoexamen de piel.

SEGUIMIENTO

