

# Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud

Guía práctica de lesiones cutáneas neoplásicas. Guía nº 4





**COLECCIÓN DE GUÍAS PRÁCTICAS DE HERIDAS  
DEL SERVICIO GALLEGO DE SALUD**

**GUÍA PRÁCTICA DE LESIONES  
CUTÁNEAS NEOPLÁSICAS**

Guía N° 4

Edita: Xunta de Galicia  
Consellería de Sanidad  
Servicio Gallego de Salud  
Dirección General de Asistencia Sanitaria

Diseño y maquetación: Versal Comunicación, S.L.

Año: 2016



# COLECCIÓN DE GUÍAS PRÁCTICAS DE HERIDAS DEL SERVICIO GALLEGO DE SALUD

- N°1 Úlceras por presión
- N°2 Úlceras de la extremidad inferior
- N°3 Úlceras de pie diabético
- **N°4 LESIONES CUTÁNEAS NEOPLÁSICAS**
- N°5 Lesiones por quemadura
- N°6 Herida quirúrgica aguda
- N°7 Lesiones cutáneas asociadas a la humedad
- N°8 Heridas traumáticas





# PRESENTACIÓN

Por todos es conocido que el abordaje de las úlceras y heridas lleva implícito un problema de salud de gran magnitud por la pérdida de calidad de vida en los pacientes, por la repercusión que tiene en sus familias y cuidadores y también por la carga de trabajo que suponen sus cuidados a los profesionales sanitarios. A lo que hay que añadir el sobrecoste económico que supone para la sostenibilidad del sistema sanitario.

Desde el Servicio Gallego de Salud (Sergas) se es consciente de la importancia e impacto asistencial de una adecuada gestión de la prevención y tratamiento de este tipo de lesiones; por lo que desde hace años y de forma más intensiva desde la Subdirección General de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa a través del Servicio de Integración Asistencial, se está trabajando por mejorar la estructura, recursos y condiciones necesarias, para tratar de normalizar y sistematizar la actividad asistencial derivada de dicho proceso de cuidados.

El **Programa Úlceras Fóra** se constituye en el marco de referencia para desarrollar y establecer las líneas estratégicas en el abordaje de todo lo relacionado con las úlceras y las heridas, e incluye como uno de sus objetivos esenciales el establecer criterios asistenciales comunes (para la identificación del riesgo, la valoración de lesiones, establecimiento de medidas preventivas, establecimiento de terapias, utilización de productos, seguimiento, registro, etc.) que posibilitasen avanzar hacia la unificación de criterios y la correspondiente reducción de la variabilidad clínica para este tipo de lesiones.

Es por ello, que la presente **Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud**, describe el esfuerzo y entusiasmo de muchos profesionales (enfermeros y médicos) por mejorar su práctica clínica en el cuidado y abordaje integral de los pacientes afectados por úlceras y heridas, o con riesgo de padecerlas, con el fin de incorporar la mejor evidencia disponible del momento hacia la consecución de una mejora de la calidad asistencial y seguridad al paciente.

**Jorge Aboal Viñas**  
Director general de Asistencia Sanitaria  
Servicio Gallego de Salud

# PREFACIO

Esta guía práctica fue elaborada con la participación de profesionales de salud de atención primaria y atención hospitalaria del Sergas y revisada por profesionales expertos en la materia e instituciones científicas de ámbito nacional; bajo la coordinación de la Subdirección General de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa y Dirección General de Asistencia Sanitaria del Sergas.

Las recomendaciones de práctica clínica basada en la evidencia que se incluyen en esta guía son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta a seguir en un procedimiento o tratamiento para el cuidado integral que se pretende llevar. Cualquier modificación o variación de las recomendaciones aquí establecidas, deberán basarse en el juicio clínico (evidencia interna) del profesional sanitario que las aplica y de las mejores prácticas clínicas del momento; así como, en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles en el momento de la atención sanitaria y en la normativa establecida por la institución o centro sanitario donde se pretende aplicar.



# DIFUSIÓN E IMPLEMENTACIÓN

La difusión y la estrategia de implementación de esta guía práctica; así como, de toda la Colección de guías prácticas de heridas del Sergas, se coordinará a través de la dirección técnica del Programa Úlceras Fóra; es decir, por el Servicio de Integración Asistencial, de la Subdirección General de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa, del Sergas.

El proceso de difusión conlleva una presentación protocolaria en la Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia, la presentación oficial en todas las instituciones públicas de la Red Sanitaria del Sergas, la difusión de un comunicado oficial a los medios de comunicación, su divulgación en eventos científicos y difusión en internet a través de la web oficial del Sergas.

# VIGENCIA Y ACTUALIZACIÓN

La guía deberá ser revisada transcurridos 3 años desde la fecha de su publicación. Su actualización podrá realizarse antes de finalizar dicho periodo si alguna de las recomendaciones de evidencia modifica su categorización y puede suponer un riesgo clínico de seguridad para el paciente y / o afectar a la calidad asistencial.

# DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS E INDEPENDENCIA EDITORIAL

Los autores de esta guía práctica declaran haber hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual, y declaran que no han sido influidos por conflictos de intereses que pudieran cambiar los resultados o contenidos durante la etapa de elaboración y desarrollo de la misma. Así mismo, los autores de la guía asumen la responsabilidad del contenido expresado, que incluye evidencias y recomendaciones.

Los editores de la Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud (Sergas), declara la existencia de independencia editorial en cuanto a las decisiones tomadas por la dirección técnica y los coordinadores del grupo de trabajo.

# EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA

Las evidencias científicas y recomendaciones expuestas en esta Guía Práctica fueron el resultado de la evaluación y análisis de las fuentes de información bibliográfica consultadas como referentes (guías de práctica clínica, guías basadas en la mejor evidencia, otros documentos basados en evidencia, revisiones sistemáticas y artículos originales), para la elaboración de la misma por el método de lectura crítica y consenso por grupo nominal entre autores y panel de expertos.

La clasificación del nivel de evidencia y gradación de las recomendaciones se ha mantenido respetando la fuente original consultada y la escala de evidencia que ha utilizado. Para ello, se ha seguido el método que desarrolla el CENETEC (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud) de México en la elaboración de sus Guías de Práctica Clínica (GPC):

- Clasificar con el símbolo **[E]** a aquellas evidencias que aparecen publicadas en alguna GPC, seguidas por su clasificación alfanumérica (calidad del estudio, si esta referenciada) y cita bibliográfica.
- Categorizar con el símbolo **[R]** a aquellas recomendaciones identificadas por alguna GPC, seguidas por su fuerza de recomendación (por niveles A - B - C - D, en orden decreciente según la importancia clínica, o por su gradación en alta-moderada-baja evidencia).
- Identificar con el símbolo **[BP]** a aquellas acciones y/o actividades consideradas como buenas prácticas, que no están referenciadas o avaladas por ninguna GPC, pero que aparecen en otros documentos basados en la evidencia (guías de buenas prácticas clínica, vías clínicas, protocolos basados en la evidencia, etc.) y cuya evidencia se ha obtenido a través de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos, etc.

Las escalas sobre el nivel de evidencia y grado de recomendaciones que se describen en los contenidos de esta guía práctica, se pueden consultar a través de las fuentes bibliográficas referenciadas en la tabla resumen de recomendaciones / evidencias.

# GUÍA PRÁCTICA DE LESIONES CUTÁNEAS NEOPLÁSICAS GUÍA PRÁCTICA N° 4

Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud





# ÍNDICE

<b>01. RELACIÓN DE AUTORES, COORDINADORES Y REVISORES</b>	16
<b>02. INTRODUCCIÓN</b>	18
2.1. Justificación	18
2.2. Alcance y objetivos	18
2.3. Preguntas que debe responder esta guía práctica	19
<b>03. DEFINICIÓN</b>	20
<b>04. EPIDEMIOLOGÍA</b>	21
<b>05. CLASIFICACIÓN Y ETIOPATOGENIA</b>	22
<b>06. DIAGNÓSTICO</b>	38
<b>07. DIRECTRICES GENERALES DE PREVENCIÓN</b>	41
<b>08. DIRECTRICES GENERALES DE TRATAMIENTO</b>	45
<b>09. RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES DE EVIDENCIA</b>	49
<b>10. BIBLIOGRAFÍA</b>	55
<b>11. ANEXO</b>	57

# 01 | RELACIÓN DE AUTORES, COORDINADORES Y REVISORES

## DIRECCIÓN TÉCNICA

---

### **Programa Úlceras Fóra**

Servicio de Integración Asistencial. Subdirección General de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Gallego de Salud (Sergas).  
[programa.ulceras.fora@sergas.es](mailto:programa.ulceras.fora@sergas.es)

## GRUPO DE TRABAJO

---

### **AUTORES DE LA GUÍA**

#### **Miguel Cabanillas González**

Facultativo Especialista Adjunto del Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Ferrol.

#### **Susana Beatriz Pulgarín Sobrino**

Supervisora de Área Hospitalización Quirúrgica. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras.

#### **Carmen Ananín Fernández**

Enfermera de Atención Primaria. Centro de Salud Novoa Santos de Ourense. Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras.

### **COORDINADORES DE LA COLECCIÓN DE GUÍAS**

#### **José María Rumbo Prieto**

Supervisor de Cuidados, Investigación e Innovación. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Ferrol.

#### **Camilo Daniel Raña Lama**

Enfermero de Atención Primaria. Centro de Salud de Labañou, A Coruña. Estructura Organizativa de Gestión Integrada de A Coruña.

#### **María Blanca Cimadevila Álvarez**

Jefa del Servicio de Integración Asistencial. Subdirección General de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Gallego de Salud (Sergas).

#### **Ana Isabel Calvo Pérez**

Técnica del Servicio de Integración Asistencial. Subdirección General de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Gallego de Salud (Sergas).

#### **Josefa Fernández Segade**

Técnica del Servicio de Integración Asistencial. Subdirección General de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Gallego de Salud (Sergas).



## REVISORES

### Panel de expertos

- **Grupo de Formadores y Referentes en Heridas del Programa Úlceras Fóra del Sergas**
- **Federico Palomar Llatas**  
Enfermero. Director del Área Clínica de Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.
- **Teresa Segovia Gómez**  
Enfermera. Responsable Unidad Multidisciplinar de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Hospital Universitario “Puerta de Hierro”. Madrid.
- **Ánder Zulaica Garate**  
Facultativo Especialista Adjunto del Servicio de Dermatología da Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Vigo.
- **Francisco Pedro García Fernández**  
Enfermero. Coordinador de la Unidad de Estrategia de Cuidados. Complejo Hospitalario de Jaén.
- **Carmen Outón Dosil**  
Enfermera. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Estructura Organizativa de Gestión Integrada de A Coruña.
- **Juan Santiago Cortizas Rey**  
Supervisor de Control de Infección y Esterilización. Experto Universitario en el Cuidado de Heridas y Cuidados Paliativos. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Ferrol.

### Instituciones y sociedades científicas

- **Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP)**
- **Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea (ANEDIDIC)**
- **Sociedad Gallega de Heridas (SGH)**
- **Asociación Española de Enfermería Vascul y Heridas (AEEVH)**
- **Sociedad Española de Heridas (SEHER)**
- **Sociedad Gallega de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SGCPRE)**
- **Asociación Galega de Enfermería Familiar e Comunitaria (AGEFEC)**
- **Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)**
- **Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria (AGAMFEC)**
- **Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)**
- **Academia de Enfermería de Galicia**
- **Colegio Oficial de Enfermería de Lugo**
- **Colegio Oficial de Enfermería de A Coruña**
- **Colegio Oficial de Enfermería de Ourense**

## COMO CITAR EL DOCUMENTO

Cabanillas-González M., Pulgarín-Sobriño S. B., Ananín-Fernández C. *Guía práctica de lesiones cutáneas neoplásicas*. [Guía práctica nº 4]. En: Rumbo-Prieto J. M., Raña-Lama C. D., Cimadevila-Álvarez M. B., Calvo-Pérez A. I., Fernández-Segade J., editores. Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela (A Coruña): Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad. Servicio Gallego de Salud; 2016.

# 02 INTRODUCCIÓN

## 2.1. JUSTIFICACIÓN

---

El abordaje de las úlceras y heridas crónicas lleva implícito un problema de salud de gran magnitud por el sobrecoste económico que supone para los sistemas de salud, por la pérdida de calidad de vida en los pacientes, por la repercusión que tiene en sus familias y cuidadores (que en muchos casos llevan el peso de la prevención y la tarea de cuidados) y también por la carga de trabajo que suponen sus cuidados a los profesionales sanitarios. Por ello, la toma de decisiones sobre su abordaje requiere tener en cuenta varias alternativas provenientes de diversas fuentes de información (datos clínicos, experiencia profesional, preferencias del paciente, evidencias científicas, protocolos, guías, etc.) que a su vez originan una considerable variabilidad de decisiones en función del momento, de la información disponible y de la persona que decide. Esto da lugar a una gran disparidad en la actuación de los profesionales en técnicas, pruebas y habilidades diagnósticas, juicio clínico y toma de decisiones ante un mismo problema o paciente e incluso en un mismo profesional en relación a pacientes con la misma clínica y patología.

La presente *Guía práctica de lesiones cutáneas neoplásicas* (Guía práctica nº 4) se integra dentro de la Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud; de acuerdo con las estrategias y líneas de acción promovida a través del Programa Úlceras Fóra que coordina la Subdirección General de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa. A su vez, dicha colección, se alinea en consonancia con la estrategia nº 10 (Mejorar la práctica clínica), del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010, así como, con la Estrategia Sergas 2014: La sanidad pública al servicio de los pacientes.

Por tanto, esta guía se conforma como una síntesis de las mejores intervenciones y prácticas preventivas o terapéuticas disponibles para el cuidado de las personas con alguna lesión y / o úlcera cutánea neoplásica, según la práctica clínica basada en la evidencia más actual.

## 2.2. ALCANCE Y OBJETIVOS

---

El alcance de la guía se dirige a las personas afectadas, a los cuidadores informales y a todos los profesionales sanitarios con responsabilidad directa o indirecta para el abordaje integral de la lesión y / o úlcera cutánea neoplásica, en cualquiera de los tres niveles de asistenciales de salud de la Comunidad de Galicia: Atención Primaria de Salud, Atención Hospitalizada y Atención Sociosanitaria.

El objetivo de la Guía es disponer de unas directrices y/o criterios estandarizados que sirvan de referencia para identificar factores de riesgo de infección, realizar acciones específicas de prevención, detección de la infección, derivación y tratamiento que suponen las lesiones y/o úlceras cutáneas neoplásicas como problema de salud. La finalidad es contribuir al bienestar de las personas, reducir la variabilidad terapéutica e incertidumbre profesional, disminuir la prevalencia e incidencia de infección; así como, conseguir una mayor optimización de la gestión

de los recursos humanos y económicos disponibles del sistema sanitario y sociosanitario de Galicia en base a las recomendaciones de práctica basada en la evidencia y; conseguir unos indicadores de calidad de atención de cuidados y seguridad de los pacientes que permitan una mayor eficiencia del proceso entre los distintos niveles asistenciales.

## **2.3 PREGUNTAS QUE DEBE RESPONDER ESTA GUÍA PRÁCTICA**

---

- ¿Qué es y cómo se define la lesión cutánea tumoral o neoplásica?
- ¿Cómo es su etiopatogenia?
- ¿De qué tipo son y cómo se clasifican?
- ¿Cuál es su diagnóstico y como se diferencian?
- ¿Cómo valorar el riesgo de infección de la lesión / úlcera cutánea neoplásica?
- ¿Qué medidas hay que aplicar para un adecuado control del olor, exudado, etc?
- ¿Qué tratamientos y/o medidas terapéuticas son las más adecuadas?
- ¿Qué complicaciones se pueden producir?
- ¿Qué recomendaciones de prevención son las más indicadas?
- ¿Qué recomendaciones de tratamiento son las más idóneas?
- ¿Qué pautas terapéuticas y de educación sanitaria deben seguir los pacientes, cuidadores informales y profesionales para facilitar su cuidado?

## 03 | DEFINICIÓN

Las lesiones cutáneas tumorales o neoplásicas son aquellas causadas por la infiltración de un tumor en la piel y/o red vascular y linfática adyacente<sup>1</sup>. Dichas neoplasias pueden ser de origen cutáneo (primarias) o extracutáneo (secundarias, ya sea por infiltración por contigüidad o bien por metástasis hematógenas o linfáticas). En sentido amplio también podrían incluirse aquellas originadas a consecuencia de tratamientos antineoplásicos (radiodermatitis, lesiones por extravasación de agentes quimioterápicos, lesiones post-quirúrgicas, etc.), aunque el comportamiento biológico de estas lesiones es completamente distinto.

Definimos tumor como el crecimiento celular indiscriminado de un tejido o masa, con invasión de los tejidos adyacentes, se asimila a neoplasia, benigna o maligna.

La ulceración neoplásica es un fenómeno clínico histológico, que en el contexto del crecimiento tumoral, se asocia habitualmente a malignidad.

Por ello, en esta guía abordaremos las lesiones cutáneas malignas que generan una mayor repercusión en el ámbito asistencial.

## 04 | EPIDEMIOLOGÍA

A pesar de la elevada incidencia y morbimortalidad de las lesiones cutáneas neoplásicas, no existe como tal una estadística general a nivel nacional ni autonómico sobre la prevalencia. Sin embargo, existen datos sobre la incidencia de los tipos principales de lesiones cutáneas neoplásicas en la práctica clínica.

En lo que se refiere a las lesiones cutáneas neoplásicas primarias, el carcinoma basocelular es el tipo más frecuente, con una incidencia de hasta 253 casos / 100.000 habitantes/año en un estudio realizado en el área de Cataluña<sup>2</sup>. En cuanto al carcinoma espinocelular, la segunda variante más frecuente, en España se estima una tasa anual de entre 72 por 100.000 habitantes para las mujeres y 100,8 por 100.000 habitantes para los varones<sup>3</sup>. Finalmente, en lo que se refiere al melanoma, según los datos publicados por el centro nacional de epidemiología (Instituto de Salud Carlos III), la incidencia anual de melanoma en España se sitúa en una tasa anual ajustada a la población europea de 6,14 en hombres y 7,26 en mujeres por 100.000 habitantes<sup>4</sup>.

En cuanto a las lesiones cutáneas neoplásicas secundarias, a pesar de que su incidencia global es menor que la de las primarias, son probablemente los tumores que pueden originar con mayor frecuencia úlceras tumorales de gran tamaño y morbilidad asociada, que requieren cuidados específicos de enfermería, habitualmente con fines paliativos, de soporte y tratamiento de las complicaciones. Se considera que aproximadamente entre un 5-10 % de los pacientes con cáncer metastásico desarrollarán una úlcera tumoral<sup>5</sup>.

De forma general, los tumores de origen extracutáneos que producen lesiones cutáneas con mayor frecuencia, ya sea por contigüidad o por metástasis a distancia, son el cáncer de mama en mujeres y de cabeza y cuello en varones. Otros tumores que producen infiltración cutánea con menor frecuencia son: pulmón, colon/recto, ovario, vejiga, riñón, sarcomas,... Aunque cada neoplasia maligna puede metastatizar a cualquier localización corporal, algunas neoplasias tienen predilección por ciertas regiones. Los tumores de mama que metastatizan a región pectoral o pared torácica son más frecuentes en mujeres (entre un 39 - 62 %), mientras que en varones las metástasis en pared torácica suele tener origen a nivel pulmonar. Otras localizaciones frecuentes en metástasis cutáneas son: cabeza y cuello (entre un 24 - 38 %); espalda, tronco o abdomen (entre un 1 - 3 %); ingle o axila (entre un 3 - 7 %); y genitales (entre un 3 - 7 %)<sup>6</sup>.

# 05 | CLASIFICACIÓN Y ETIOPATOGENIA

## CLASIFICACIÓN

---

### 5.1. LESIONES CUTÁNEAS TUMORALES

#### 5.1.1. Lesiones cutáneas tumorales primarias

- 5.1.1. A) de origen epitelial
- 5.1.1. B) de origen melanocítico
- 5.1.1. C) de origen glandular
- 5.1.1. D) de origen neuroendocrino
- 5.1.1. E) de origen vascular
- 5.1.1. F) de origen linfocítico

#### 5.1.2. Lesiones cutáneas tumorales secundarias

### 5.2. LESIONES CUTÁNEAS NO TUMORALES: ASOCIADAS AL TRATAMIENTO ANTINEOPLÁSICO

#### 5.2.1. Radiodermatitis

5.2.2. Lesiones por extravasación de citostáticos (Consultar *Guía práctica de quemaduras*, Guía práctica nº 5).

## ETIOPATOGENIA

---

### 5.3. LESIONES CUTÁNEAS TUMORALES

#### 5.3.1. Lesiones cutáneas tumorales primarias

##### 5.3.1. A) Origen epitelial:

##### A.1 CARCINOMA BASOCELULAR (CBC):

Es el tumor maligno más frecuente de la especie humana y constituye el 60 % de todos los neoplasias malignas cutáneas<sup>7</sup>. La exposición solar crónica en personas de pelo y ojos claros con tendencia a quemarse es el principal factor de riesgo. La mayor parte de los casos aparecen en la cara y a partir de los 40 años. Otros factores de riesgo son: portadores de nevus sebáceos, genodermatosis, arsenicismo crónico, radiaciones ionizantes,...

Histogenéticamente, deriva de las células de la capa basal de la epidermis, que proliferan y se disponen en forma de nidos y cordones celulares en empalizada.

Desde el punto de vista clínico, las localizaciones más frecuentes son: cabeza, cuello, extremidades superiores y tronco. Destruye por contigüidad, y son excepcionales las metástasis a distancia. Suele localizarse sobre piel sana y muy raramente aparece en mucosas, palmas o plantas. El aspecto de la lesión varía según la forma clínica:

- **Nodular:** es la forma más frecuente (aproximadamente 50 % de los CBC), y la que se ulcera con mayor frecuencia<sup>6</sup>. Clínicamente aparece como una lesión cupuliforme de límites netos con bordes perlados y telangiectasias en superficie (**fig. 1**), que puede ulcerarse en su parte central (ulcus rodens), (**fig. 2**).



Figura 1



Figura 2

- **Superficial:** se presenta como placas eritematosas no infiltradas con escamocostra superficial, de tamaño variable (puede alcanzar varios centímetros) (fig. 3). Se localiza preferentemente en tronco y extremidades, y puede ulcerarse (aunque con menor frecuencia que la forma nodular). En ocasiones puede experimentar fenómenos de regresión tumoral dando lugar a áreas hipopigmentadas y atróficas de aspecto cicatricial.



Figura 3

- **Esclerodermiforme:** se presenta clínicamente como una placa indurada de aspecto cicatricial, de color blanquecino-rosado y bordes mal definidos; su superficie suele ser lisa aunque puede erosionarse y dar lugar a la formación de costras (fig. 4). Se trata de una forma localmente agresiva de CBC que tiende a la infiltración en profundidad, con una alta tasa de recidiva local tras la exéresis quirúrgica.



Figura 4

- **Fibroepitelial:** Variedad menos frecuente de CBC, de localización habitualmente en tronco. Se presenta como un nódulo rosado pediculado de superficie lisa (fig. 5).



Figura 5

- **Pigmentado (fig. 6):** no es propiamente una variante anatomopatológica de CBC, pero la presencia de pigmento en las formas nodulares o superficiales obligan al diagnóstico diferencial con melanoma o queratosis seborreicas.



Figura 6

Aunque el crecimiento local del carcinoma basocelular suele ser lento (a lo largo de meses o años), dejados a su evolución, estos tumores pueden alcanzar un gran tamaño, ulcerarse, infiltrar en profundidad tejidos subyacentes y producir complicaciones locales como sangrado, infección... A nivel de extremidades (fig. 7), como otras lesiones neoplásicas ulceradas, puede confundirse con úlceras de otras etiologías (venosa, arterial, etc.). Además pueden evolucionar a formas más agresivas como el carcinoma basoescamoso (fig. 8), de crecimiento rápido y mayor posibilidad de metástasis distantes.





Figura 7



Figura 8

### A.2. CARCINOMA ESPINOCELULAR (O EPIDERMOIDE)

Son tumores epiteliales malignos procedentes de los queratinocitos del estrato espinoso de Malpighi. Las uniones intercelulares tipo desmosoma, inicialmente descritas como espigas, son las que dan nombre a este tumor. Sus células muestran cierto grado de maduración hacia la queratinización. Puede asentar sobre piel o mucosas.

Cuando los queratinocitos atípicos están limitados a la epidermis y respetan la integridad de la membrana basal, hablamos de enfermedad de Bowen o epidermoide "in situ" que suele manifestarse como placas eritematodescamativas escasamente infiltradas (**fig. 9**). Cuando el epidermoide "in situ" asienta en mucosas se denomina eritroplasia de Queyrat (**fig. 10** foto cedida por F. Palomar). Posteriormente el tumor rompe la membrana basal, pudiendo dar metástasis, principalmente por vía linfática, siendo el riesgo de metástasis mayor en los epidermoides de mucosas, en especial en pacientes inmunodeprimidos.



Figura 9



Figura 10. Cedida por F. Palomar

Es el segundo tumor cutáneo maligno en frecuencia tras el carcinoma basocelular, y representan alrededor del 20 % de todos los casos de cáncer de piel<sup>7</sup>. La exposición solar crónica en personas de fototipos claros es el principal factor de riesgo, por eso, aparece en zonas de exposición solar como la cara, sin olvidar que este tumor se origina (en el 80 % de los casos) sobre piel dañada previamente: queratosis actínicas, leucoplasia, cicatrices, úlceras, quemaduras...<sup>8</sup>.

Desde el punto de vista clínico se caracterizan inicialmente por lesiones en placa, descamativas, que progresivamente infiltran en profundidad y se hacen excrescentes (formas nodulares) (**fig. 11**), pudiendo ulcerarse, sangrar y recubrirse

de costras (formas ulcero-vegetantes) (**fig. 12**). Pueden infiltrar en profundidad tejido adiposo, fascia e incluso plano osteomuscular en los casos más localmente avanzados. Pueden metastatizar por vía linfática o hematógica, siendo mayor el riesgo en: pacientes inmunodeprimidos; tumores de gran tamaño (mayores de 2 cm); localización en mucosa oral, genital, semimucosa labial o pabellón auricular; invasión en profundidad mayor de 6 mm o cuando asientan sobre cicatrices (quemaduras, áreas de radiodermatitis...)⁹.



Figura 11



Figura 12

Existen cierto tipo de lesiones cutáneas que pueden ser precursoras o degenerar en un carcinoma epidermoide:

- **Heridas y cicatrices:** las áreas de inflamación crónica, como heridas o cicatrices (quemaduras; áreas de radiodermatitis crónica; dermatosis inflamatorias como liquen escleroatrófico genital, liquen plano oral; o dermatosis infecciosas como lupus vulgar o actinomicosis...), son susceptibles del desarrollo de este tipo de carcinoma... La posibilidad de este tipo de carcinoma debe ser considerada siempre ante la reciente aparición de lesiones nodulares, en placa o ulcerosas sobre una cicatriz previa de quemadura o radiación. El término de úlcera de Marjolín ha sido empleado para referirse a tumores que aparecen con áreas de úlceras o cicatrices.
- **Queratosis actínica.** Es la displasia epidérmica precancerosa más frecuente. Su aparición se relaciona con la exposición solar crónica, en personas con fototipos bajos (piel clara, ojos azules...), por lo que se localizan principalmente en zonas fotoexpuestas. Clínicamente son lesiones de base eritematosa con escamas rasposas al tacto en superficie (**fig. 13**). Un porcentaje variable (2 - 20 %) puede progresar a carcinoma<sup>10</sup>. Su equivalente en el labio es la queilitis actínica, también precursora de epitelomas espinocelulares. La variedad hipertrófica o hiperqueratósica de queratosis actínica es lo que se denomina cuerno cutáneo.



Figura 13

Otras variantes especiales del carcinoma epidermoide con interés clínico son:

- **Carcinoma espinocelular de labio y cavidad oral:** se presenta habitualmente como una úlcera, nódulo o placa indurada en labio inferior (**fig. 14**) o dentro de la cavidad oral (suelo de la boca y la lengua lateral o ventral son los lugares más frecuentes) (**fig. 15**). Las lesiones suelen asentar sobre áreas de queilitis actínica (labio inferior) o de eritroplasia (áreas eritematosas premalignas persistentes en la cavidad oral) o leucoplasia (placas blanquecinas papilomatosas persistentes). El carcinoma epidermoide de labio y cavidad oral esta relacionado generalmente con el consumo prolongado de alcohol y tabaco; también se puede relacionar con infección por virus del papiloma humano (VPH).



Figura 14



Figura 15

- **Queratocantoma:** son tumores queratósicos epiteliales, bien diferenciados, de crecimiento rápido, que clínica e histológicamente se parecen al carcinoma espinocelular. Resulta controvertido concretar si representa un subtipo de este carcinoma o es una entidad diferente. Aparecen en adultos de mediana edad o edad avanzada, en zonas fotoexpuestas, como un nódulo queratósico en su parte central (**fig. 16**) con tendencia a la ulceración, adoptando una morfología crateriforme.

En general tienden a la resolución espontánea dejando una cicatriz atrófica. Los queratocantomas se encuentran normalmente en áreas cutáneas con marcado daño solar, y las lesiones típicamente se manifiestan como lesiones nodulares crateriformes con un núcleo central queratósico que se desarrolla en pocas semanas (evolución más rápida que el SCC convencional).



Figura 16

- **Carcinoma verrucoso:** es un subtipo de carcinoma espinocelular que se presenta como lesiones nodulares o en placa bien definidas, exofíticas, con crecimiento en forma de coliflor y aspecto verrucoso. Etiopatogénicamente se relaciona con infección por el virus del papiloma humano (VPH). A su vez se distinguen diferentes variantes:
  - **Papilomatosis oral florida:** carcinoma verrucosa de la mucosa oral.
  - **Ano-genital** (también conocido como condiloma gigante acuminado de BUSCHKE-LOEWENSTEIN): se trata de un carcinoma que afecta al pene, escroto o región perianal.
  - **Epitelioma cuniculatum:** carcinoma verrucoso que asienta habitualmente en la región plantar del pie (**fig. 17**).



Figura 17

### 5.3.1. B) Origen melanocítico: MELANOMA

El melanoma es un tumor maligno derivado de los melanocitos cutáneos que se suele originar en la unión dermoepidérmica. Su incidencia está en constante aumento, Y suele aparecer en edades más precoces que los epitelomas.

El melanoma realiza el crecimiento en dos fases, una primera en sentido transversal (fase radial) y otra en sentido vertical. En la piel, lo más frecuente es que no aparezcan sobre lesiones previas, sin embargo, existen proliferaciones melanocíticas que tienen mayor probabilidad de degenerar a melanoma (principalmente el nevus melanocítico congénito gigante). Los factores de riesgo de mayor importancia asociados son<sup>11</sup>:

- Fototipo cutáneo: piel clara, ojos azules, pelo rubio o pelirrojo (fototipos I - II).
- Exposición solar episódica, sobre todo si hay H<sup>a</sup> de quemaduras solares (especialmente en la infancia) y dificultad para broncearse.

- Uso de solarium, especialmente en menores de 35 años.
- N° elevado de nevus nevocelulares adquiridos (> 50).
- La presencia de múltiples nevus melanocíticos atípicos (sobre todo en el contexto de síndrome de nevus displásico) se asocia con mayor riesgo de melanoma.
- Hª familiar de melanoma.
- Melanoma previo (mayor riesgo de segunda neoplasia).

Sus características clínicas siguen, en general, la regla ABCDE (Asimetría; Borde irregular; Color heterogéneo; Diámetro > 6 mm y Evolución reciente), (tabla 1).

También son importantes los cambios que el paciente refiera sobre una lesión preexistente o de recién aparición, como aumento del tamaño, color irregular o sangrado.



Tabla 1. Regla ABCDE del melanoma.

El melanoma es un tumor muy agresivo con alta tendencia a la invasión a distancia, tanto linfática como hemática. Las metástasis más frecuentes suelen localizarse en piel cercana (satelitosis, fig. 18). Luego aparecen en ganglios, pulmón, sistema nervioso central (principal causa de muerte) y otras. Desde el punto de vista pronóstico, el factor más importante es el grado de invasión en profundidad del melanoma (índice de Breslow), de modo que a mayor profundidad empeora el pronóstico. La ulceración (que puede tener lugar en todas las formas de melanoma) es otro factor que sea relaciona con un peor pronóstico.



Figura 18

Podemos distinguir las siguientes variantes clínicas:

- **Lentigo maligno melanoma:** Aparece en personas de edad avanzada (>60 años), siendo el melanoma más frecuente en ancianos, y se localiza de manera característica en la cara. Está relacionado con la exposición solar crónica. Presenta una primera fase de crecimiento radial prolongada (10 o más años, por eso ésta es la forma clínica de mejor pronóstico), durante la cual se aprecia una mancha pardonegruzca discrómica, extensa y de bordes irregulares. En esta fase, el tumor no ha traspasado aún la membrana basal (es decir, es un melanoma in situ), por lo que se denomina léntigo maligno. Se sigue de una fase de crecimiento vertical en la que clínicamente se aprecian elevaciones en la lesión que traducen la existencia de una fase invasora dérmica. Durante esta fase el tumor puede ulcerarse (fig. 19).



Figura 19

- **Melanoma de extensión superficial:** Es la forma clínica más frecuente. Su incidencia máxima aparece entre los 30 y los 60 años. Se localiza en zonas de exposición solar intermitente, así que es más frecuente en las piernas en las mujeres y en la espalda en los varones. En un 50 % de casos hay H<sup>a</sup> de nevus aparentemente benigno en la zona del melanoma. La fase de crecimiento radial dura una media de 5 años, durante la cual aparece como una mácula heterocrómica de bordes irregulares aserrados, y es frecuente que sufra cambios de color e intensos fenómenos de regresión. Posteriormente aparece una fase de crecimiento vertical con nódulos, ulceraciones y fenómenos hemorrágicos (fig. 20).



Figura 20

- **Melanoma lentiginoso acral (MLA):** Es la forma clínica más frecuente en sujetos de raza negra, aparece en edades medias de la vida (40 - 60 años) y la menos frecuente en los de raza blanca, por eso se duda de que el sol tenga un papel en este tipo de melanoma. Afecta palmas, plantas, uñas y mucosas dermopapilares. Aparece como máculas hiperpigmentadas heterocrómicas de bordes irregulares en estas localizaciones (**fig. 21**), pudiendo simular hematomas en zonas de presión (p.ej. talones) o hematomas subungueales (la presencia de pigmento que sobrepasa la cutícula ungueal es diagnóstica del MLA, se denomina signo de Hutchinson).



Figura 21

- **Melanoma nodular:** Variedad muy agresiva debido a que la única fase de crecimiento reconocible es la de la de crecimiento vertical. Debuta preferentemente en la cabeza o el tronco, como una lesión elevada marrón oscura o negra, sin que se observe claramente hiperpigmentación macular en la periferia de la lesión (**fig. 22**). Dejados a su evolución, pueden dar lugar a la formación de grandes masas tumorales (**fig. 23**).



Figura 22



Figura 23

### 5.3.1.C) Origen glandular: adenocarcinomas cutáneo-mucosos

**Enfermedad de Paget:** Forma poco frecuente de adenocarcinoma intraepitelial, que puede ser primaria (habitualmente zona anogenital) o secundaria (zona mamaria, en cuyo caso se suele asociar a adenocarcinoma intraductal de mama). Las lesiones consisten en placas eritematosas infiltradas, generalmente únicas, con bordes bien definidos, ocasionalmente edematosas y exudativas que pueden ocasionar prurito, dolor, escozor o ser asintomáticas (fig. 24). A veces la superficie es rugosa y puede haber erosiones, costras o liquenificación.



Figura 24

### 5.3.1.D) Origen neuroendocrino: carcinoma de células de Merkel

**Carcinomas de células de Merkel.** Merkelomas. Carcinoma neuroendocrino primitivo, muy agresivo, maligno, de crecimiento rápido, propio de varones adultos y ancianos, con predominio de áreas expuestas a las radiaciones UV solares como cara y cuello, donde se localiza el 50 %. Su aspecto clínico suele ser un nódulo eritematoso de crecimiento rápido que puede ulcerarse. Alta tasa de recidivas locales y potencial metastásico (fig. 25).





Figura 25

#### 5.3.1.E) Origen vascular: Sarcoma de Kaposi

**Sarcoma de Kaposi.** Neoplasia cutánea, origen vascular, en ocasiones asocia afectación visceral. La forma clásica suele aparecer en varones ancianos, como placas o nódulos rojovioláceos principalmente en EEII. La forma asociada a VIH se relaciona con infección por VHH-8, principalmente en varones homosexuales, con lesiones similares frecuentemente en tronco, área facial o cavidad oral. La ulceración, aunque poco frecuente, es posible (**fig. 26**).



Figura 26

#### 5.3.1.F) Origen linfocítico: linfomas cutáneos

**Linfomas.** La degeneración neoplásica de los linfocitos localizados en la dermis da lugar a los linfomas cutáneos. De estos, el tipo más común (75 - 80 %) es el linfoma cutáneo de células T o micosis fungoide, caracterizado por placas eritematodescamativas múltiples de predominio en tronco que en fases avanzadas dan paso a tumores cutáneos que pueden ulcerarse. Los linfomas cutáneos de células B (20 - 25 %, habitualmente no-Hodgkin) son mayoritariamente tumores de bajo grado de malignidad (> 80 %), que se manifiestan como nódulos o placas de crecimiento lento, habitualmente en tronco, que rara vez se ulceran, salvo en formas más agresivas (p.ej. linfoma B tipo piernas), (**fig. 27**).



Figura 27

### 5.3.2. Lesiones cutáneas tumorales secundarias

En este grupo incluimos todas aquellas úlceras tumorales cuyo origen es extracutáneo, y que pueden diseminarse afectando a la piel y manifestándose como úlceras tumorales, ya sea por contigüidad (cáncer de mama, cabeza y cuello, anorrectal...) o por diseminación hematológica o linfática.

La causa más frecuente de metástasis cutáneas es el cáncer de mama (50 %), seguido de melanoma (18 %), carcinoma epidermoide de cabeza y cuello (7 %), y colon (4 %)<sup>12</sup>. Los tumores primarios que metastatizan en la piel tienden a hacerlo en ciertas localizaciones preferentes (ver tabla 2).

Tabla 2. Localización de tumores cutáneos primarios (\*)

SITIO ANATÓMICO	NEOPLASIA PRIMARIA (VARONES)	NEOPLASIA PRIMARIA (MUJERES)
<b>Cuero cabelludo</b>	Pulmón, riñón.	Mama.
<b>Cara y cuello</b>	Carcinoma epidermoide cabeza / cuello, pulmón.	Mama.
<b>EESS</b>	Pulmón, riñón, colon.	Mama.
<b>EEII</b>	Melanoma, pulmón, riñón.	Melanoma, pulmón, riñón.
<b>Tórax</b>	Pulmón.	Mama.
<b>Abdomen</b>	Colon, pulmón, estómago.	Colon, ovario, mama.
<b>Espalda</b>	Pulmón.	Mama.
<b>Pelvis</b>	Colon.	Colon, ovario.

(\*) Fuente documental: Provost T. *Cutaneous metastasis*. In: Provost T., Flynn J. (eds.). *Cutaneous Medicine. Cutaneous manifestations of Systemic Disease*. Ontario (Canada): BC Decker Inc.; 2001. p. 357-66.

La forma clínica de presentación más frecuente es la de uno o varios nódulos eritematosos, firmes e indoloros, que pueden confluir en placas y ulcerarse (fig. 28 y 29); no obstante pueden presentarse como lesiones tipo celulitis (carcinoma erisipeloides de mama), placas infiltradas

(carcinoma en coraza de mama), lesiones vasculares tipo granuloma piogénico (carcinoma de células renales), lesiones cutáneas distribuidas de forma lineal en un patrón zosteriforme (fig. 30), etc.



Figura 28



Figura 29



Figura 30

Una forma clásica de presentación de las metástasis de adenocarcinomas de colon u ovario es el nódulo umbilical de la hermana María José (descrito por primera vez por Julia Dempsey, enfermera jefe de la Clínica Mayo), (fig. 31).



Figura 31

## 5.4. LESIONES CUTÁNEAS NO TUMORALES: ASOCIADAS AL TRATAMIENTO ANTINEOPLÁSICO

### 5.4.1. Radiodermatitis

La Radiodermatitis es uno de los efectos secundarios más frecuentes de la radioterapia en el tratamiento de las neoplasias, afectando al 95 % de estos pacientes, especialmente pacientes con cáncer de mama, cabeza y cuello, pulmón o sarcomas. Los factores de riesgo principales para su desarrollo son:

- **Localización:** cara anterior de cuello, extremidades, tórax/mamas, abdomen, cara, cuero cabelludo (zona con folículos).
- **Factores relacionados con el paciente:** obesidad, edad avanzada, sexo femenino, daño solar crónico, hábito tabáquico, reconstrucciones e implantes mamarios, enfermedades predisponentes (conectivopatía tipo lupus o esclerodermia, trastornos que condicionan mayor radiosensibilidad como la ataxia telangiectasia), memoria radiactiva (dosis acumulada de radiación).
- **Fármacos (fenómeno de Recall):** En pacientes que reciben quimioterapia convencional con antraciclinas (doxorubicina), taxanos (docetaxel, paclitaxel), antimetabolitos (gemcitabina, capecitabina); o terapia antecancerígena con inhibidores de EGFR (receptor del factor de crecimiento epidérmico) y otros fármacos como antibióticos, antituberculosos y simvastatina.

Los cambios cutáneos en la fase aguda (horas-semanas) son dosis-dependientes, e incluyen eritema, edema, cambios pigmentarios, pérdida de vello, sequedad, y descamación seca o húmeda (por exudación) y en último término ulceración. En la fase crónica (meses-años) suele observarse fibrosis, telangiectasias y zonas de necrosis dérmica con ulceración tardía.

Según los criterios del NCI-CTCAE (Criterios de Terminología Común para Eventos Adversos del Instituto Nacional de Cáncer) y del Grupo de Oncología Radioterápica (RTOG), las manifestaciones clínicas se clasifican en<sup>13-15</sup>:

<b>DERMATITIS LEVE (GRADO 1)</b>	Se caracteriza por eritema y descamación seca. La aparición de los síntomas ocurre en días o semanas desde el inicio de la radioterapia. Puede desaparecer o aclarar en un mes. El prurito y pérdida de vello se puede asociar a este grado.
<b>DERMATITIS MODERADA (GRADO 2)</b>	Se caracteriza por dolor, eritema intenso, edema, mayor descamación húmeda normalmente bien delimitada. La descamación exudativa se caracteriza por fibrina, exudado, dolor y necrosis. Si se presentan flictenas pueden romperse e infectarse, esta reacción puede aparecer como máximo en una o dos semanas después del el tratamiento.
<b>DERMATITIS SEVERA (GRADO 3 y 4)</b>	Se caracteriza porque la descamación exudativa puede progresar a ulceración y/o necrosis, que se puede infectar, presentando dolor severo resistente a opiáceos.

### **5.4.2. Lesiones por extravasación de citostáticos / quimioterápicos**

Consultar *Guía práctica de quemaduras*, Guía práctica nº 5.

## 06 | DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de las lesiones cutáneas neoplásicas depende en gran medida del contexto clínico de cada paciente. En el caso de las lesiones cutáneas neoplásicas primarias, la dificultad del diagnóstico de sospecha es extremadamente variable, dependiendo de la morfología, localización e historia evolutiva del tumor, así como del contexto del paciente. En muchos casos el diagnóstico de sospecha es muy alto y se procede a la exéresis quirúrgica del tumor sin necesidad de biopsia previa. En otros casos el diagnóstico de sospecha no es tan evidente y puede ser confundido con lesiones cutáneas de otras etiologías, lo que con frecuencia implica un retraso diagnóstico que puede acarrear importantes consecuencias sobre el pronóstico del tumor.

En las secundarias (metastásicas o por contigüidad), el diagnóstico de sospecha se establece en la mayoría de los casos ante la aparición de lesiones cutáneas nodulares de rápido crecimiento, únicas o múltiples, en un paciente con antecedentes personales de cáncer conocido. En otros casos pueden aparecer como lesiones de crecimiento más lento y que clínicamente pueden plantear problemas de diagnóstico diferencial con otras entidades, como lipomas (lesiones subcutáneas), erisipelas o úlceras de otras etiologías. No obstante, en ocasiones las metástasis cutáneas representan el debut clínico de un tumor primario de origen desconocido. En cualquiera de los casos, la realización de biopsia y estudio histológico de la muestra es fundamental a la hora de confirmar el diagnóstico y filiar el origen del tumor.

El diagnóstico de la radiodermatitis aguda y crónica es clínico, y se basa en el hallazgo de los cambios cutáneos típicos en un paciente con antecedentes de tratamiento con radioterapia; pero se pueden dar otras manifestaciones clínicas que pueden simular una radiodermatitis como dermatitis de contacto (por cosméticos, adhesivos,...), síndrome de Steve Johnson, enfermedad aguda de injerto contra huésped (rash maculopapular que puede asociarse a ampollas y lesiones erosivas) o infecciones en la zona de irradiación (p.ej. dermatofitosis).

Mención aparte merece, por su no desdeñable frecuencia y las dificultades diagnósticas, las lesiones cutáneas ulceradas de etiología neoplásica localizadas en extremidades inferiores. El diagnóstico diferencial en estos casos es especialmente complejo, principalmente con úlceras más frecuentes en la práctica clínica y en especial en la actividad de curas de heridas crónicas de enfermería (venosas, arteriales, neuropáticas, infecciosas,...). En estos casos el diagnóstico se establece en muchos casos tras varios meses de curas infructuosas de las lesiones y crecimiento progresivo de las úlceras, cuando son remitidas para valoración especializada (principalmente a Dermatología).

Aunque es difícil establecer criterios de sospecha diagnóstica válidos para todo tipo de úlceras neoplásicas, dado su gran polimorfismo clínico, se pueden establecer una serie de signos y síntomas guía que nos deben hacer sospechar esta posibilidad:

- **Características del paciente:** la ausencia de signos de insuficiencia venosa crónica, factores de riesgo vascular (tabaco, alcohol, arteriosclerosis, diabetes mellitus...) así como la presencia de factores de riesgo de úlceras neoplásicas (cáncer conocido, daño solar crónico, historia de quemaduras solares...) nos debe orientar a esta posibilidad.

Aunque las EEII no son una localización habitual de úlceras neoplásicas secundarias, la existencia de una neoplasia maligna conocida debe hacer pensar en esta posibilidad.

- **Morfología:** muchas úlceras neoplásicas van precedidas de lesiones nodulares o en placa que con el tiempo se ulceran, por ello la presencia de una úlcera con bordes elevados e infiltrados nos debe hacer sospechar esta posibilidad. La presencia de una úlcera en el contexto de una placa de tejido
- **Bordes:** nos pueden orientar hacia el tipo de tumor. La presencia de bordes eritematosos con telangiectasias (“perlados”) es sugestivo de carcinoma basocelular, mientras que la presencia de pigmento en los bordes nos debe hacer sospechar la posibilidad de un melanoma.
- **Localización:** las úlceras vasculares, neuropáticas o diabéticas suelen tener localizaciones más constantes. Por ejemplo la zona perimaleolar interna en las úlceras venosas, las zonas de presión en las úlceras neuropáticas y arteriales (talón, cabeza de metatarsianos), o zonas distales en úlceras arteriales (dedos de pies). Por tanto, la presencia de una localización atípica (pretibial, cara posterior de piernas, muslos...) nos debe hacer valorar la posibilidad de una úlcera neoplásica (fig. 32).



Figura 32

- **Lesiones asociadas:** la presencia de una úlcera en el contexto de una herida crónica (p.ej. una quemadura) debe hacer descartar la posibilidad de una úlcera neoplásica (fig. 33, carcinoma espinocelular sobre zona de quemadura con tubo candente).



Figura 33

- **Fondo de la úlcera:** las úlceras neoplásicas suelen caracterizarse por presentar un tejido de granulación muy friable que experimenta con frecuencia un sangrado ante mínimos roces, o incluso de forma espontánea, no siendo habitual la existencia de exudado fibrinoso (úlceras venosas) ni tejido seco necrótico (úlceras arteriales y neuropáticas).

Sí puede haber sobreinfección de la úlcera con exudado purulento. En cualquier caso, la presencia de un tejido de granulación friable hipertrófico, que sobresale del fondo de la úlcera y se eleva por encima de la superficie cutánea, nos debe hacer sospechar la posibilidad de una úlcera neoplásica (fig. 34).



Figura 34

- **Evolución:** las úlceras neoplásicas en EEII pueden presentar un crecimiento muy rápido (p.ej. carcinoma de células de Merkel, carcinomas epidermoides o metástasis cutáneas) o más indolente (p.ej. carcinoma basocelular o sarcoma de Kaposi), pero en general no van a mostrar tendencia a la cicatrización/reepitelización con los cuidados habituales que se emplean en otras heridas crónicas. Por ello, la mala evolución de una úlcera crónica en EEII a los cuidados habituales siempre debe hacer sospechar la posibilidad de una úlcera neoplásica.

Ante la sospecha de una úlcera neoplásica, el diagnóstico se confirmará mediante la realización de una biopsia cutánea. En general se recomienda la realización de una biopsia incisional que incluya tanto el fondo, borde de la úlcera y tejido perilesional, obteniendo una pieza que se remitirá en formol al laboratorio de Anatomía Patológica. En aquellos casos en los que se sospeche también la posibilidad de una úlcera de origen infeccioso (micosis profundas, micobacteriosis, infecciones bacterianas crónicas...) se recomienda remitir una muestra en fresco al laboratorio de Microbiología.



# 07 DIRECTRICES GENERALES DE PREVENCIÓN

En lo que se refiere a la prevención de las lesiones cutáneas neoplásicas, tendremos que diferenciar la prevención primaria (evitación de factores de riesgo de desarrollo de neoplasias cutáneas) y la prevención secundaria (detección precoz de las neoplasias ya desarrolladas).

## 7.1. PREVENCIÓN PRIMARIA

---

### 7.1.1. NEOPLASIAS CUTÁNEAS PRIMARIAS

---

El factor carcinogénico más importante relacionado con el riesgo de desarrollo de melanoma y cáncer cutáneo no melanoma (principalmente carcinoma basocelular y espinocelular) es la exposición a la radiación ultravioleta. La exposición crónica acumulativa a lo largo de la vida parece el factor más importante en el desarrollo del cáncer cutáneo no melanoma, es por esta razón que aparece principalmente en personas de edad avanzada con piel clara y signos de fotoenvejecimiento. Por el contrario, el riesgo de melanoma parece relacionarse principalmente con episodios agudos de fotoexposición (“baños de sol”) y quemaduras solares secundarias. Especialmente importante es la fotoprotección durante la infancia, ya que las quemaduras solares durante esta edad parecen ser las que confieren un riesgo mayor para el desarrollo del melanoma<sup>15</sup>. Podríamos resumir las medidas básicas de fotoprotección en las siguientes:

- Evite la exposición solar entre las 12 y las 16 horas.
- Expóngase progresivamente al sol y evite totalmente las quemaduras solares. A este respecto es conveniente utilizar fotoprotectores con factor de protección solar (FPS) más alto en las primeras exposiciones. No obstante, debe recordar que no se debe utilizar el fotoprotector para prolongar una exposición solar más allá de lo razonable.
- Utilice un fotoprotector con un factor de protección adecuado a su tipo de piel. Recomendamos un fotoprotector con un factor de protección al menos de 30. La forma de presentación (spray, leche, crema, gel...) dependerá del tipo de piel y extensión de la zona a proteger. No utilice fotoprotectores abiertos desde el año anterior.
- Aplique el fotoprotector 30 minutos antes de la exposición solar, de forma uniforme y generosa (2 mg / cm<sup>2</sup>), y replíquelo de forma frecuente, al menos cada 2 horas, y después del baño y sudoración, puesto que los productos difieren en el grado de resistencia al agua. Extreme la precaución en zonas más expuestas (cara, calva, cuello, hombros, empeines...).
- No exponga al sol a los bebés. Proteja a los niños con camiseta, gorra y gafas de sol. Comience a usar fotoprotectores a partir de los 6 meses y procure que vayan teniendo una exposición solar moderada. Enseñe a los niños a protegerse del sol desde muy pequeños.
- Use un fotoprotector si realiza actividades a gran altitud, como escalar o esquiar. A mayor altitud existe menos atmósfera para absorber la radiación solar, por tanto el riesgo de quemadura es mayor.
- Tenga cuidado con las superficies reflectoras. La arena, nieve y el agua pueden reflejar más de la mitad de los rayos solares sobre su piel. Sentarse en la sombra no garantiza la protección para evitar una quemadura solar.

- No olvide usar su fotoprotector en días cubiertos Los rayos solares son tan peligrosos para su piel los días nublados y cubiertos como en los soleados.
- Proteja los ojos con gafas de sol homologadas con protección 100 % UV y azul visible.
- Evite las salas de bronceado. La luz UV emitida en las salas de solárium causa quemaduras y envejecimiento prematuro, aumentando el riesgo de desarrollar cáncer de piel.
- Las personas con elevado riesgo de padecer cáncer de piel (trabajadores al aire libre, especialmente de piel clara, y personas que ya han tenido cáncer de piel), deben de aplicarse el fotoprotector diariamente.

### 7.1.2. NEOPLASIAS CUTÁNEAS SECUNDARIAS

---

En cuanto a las neoplasias cutáneas secundarias (metastásicas y por contigüidad), la prevención primaria pasa evidentemente por la evitación de factores de riesgo de los tumores primarios, y por tanto excede claramente el ámbito de esta guía. Brevemente podríamos mencionar la importancia de la evitación de carcinógenos bien conocidos como el tabaco (carcinógeno reconocido en cáncer de pulmón, cabeza y cuello, estómago, hígado, páncreas, riñón, vejiga y leucemias); el alcohol (incrementa el riesgo de cáncer de cabeza y cuello, recto, hígado y mama) o la infección por VPH (principal carcinógeno en cáncer de cuello de útero, y también relacionado con carcinoma escamoso de cabeza y cuello, cáncer anorrectal y pene en varones y algunos tipos de cáncer cutáneo como el carcinoma verrucoso). Otras recomendaciones generales referentes al estilo de vida que parecen reducir el riesgo general de neoplasias son:

- Ejercicio físico regular.
- Mantener un peso adecuado.
- Una dieta rica en frutas, vegetales y fibras, y baja en grasas saturadas.
- Evitar infecciones de transmisión sexual.
- Evitar carcinógenos químicos conocidos: alcohol, tabaco, exposición a radiación ultravioleta, etc.

### 7.1.3. LESIONES CUTÁNEAS NO TUMORALES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO ANTINEOPLÁSICO

---

En la Radiodermatitis, desde el punto de vista preventivo, es recomendable una serie de medidas generales de cuidado dermatológico en pacientes sometidos a radioterapia<sup>16</sup>:

- Mantener la zona irradiada limpia y seca.
- Lavar la zona con agua tibia y jabones suaves.
- Aplicar regularmente emolientes de base acuosa, libres de perfumes y lanolina.
- Evitar agentes irritantes como perfumes o lociones de base alcohólica.
- Usar prendas holgadas para evitar daño por fricción.
- Evitar el uso de productos tópicos con sales metálicas (p.ej. desodorantes con sales de aluminio, cremas de óxido de zinc,...).
- evitar el uso de productos tópicos a base de almidón de maíz o talco en zonas de pliegues.
- Evitar exposición solar y aplicar fotoprotección estricta de la zona irradiada.
- En base a diversos ensayos clínicos, se recomienda la aplicación preventiva de corticoides tópicos de mediana potencia (mometasona furoato 0,1 %, betametasona 0,1 % o hidrocortisona 1 %), 1 vez al día, tras cada sesión de radioterapia (**nivel de evidencia 2C**). No existe evidencia suficiente para recomendar de forma sistemática otras alternativas (aloe vera, trolamina, sucralfato, ácido hialurónico o sulfadiacina argéntica), si bien es posible que alguna de ellas pueda ofrecer beneficios terapéuticos en pacientes individuales.

## 7.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA

### 7.2.1. NEOPLASIAS CUTÁNEAS PRIMARIAS

La prevención secundaria de las neoplasias cutáneas primarias (melanoma y cáncer de piel no melanoma) pasa principalmente por el reconocimiento de los signos y síntomas guía que permiten un diagnóstico precoz del cáncer cutáneo. El conocimiento de estos signos clínicos no sólo adquiere importancia entre los profesionales sanitarios, sino también entre la población general, ya que este último es el factor que tiene un mayor impacto en el diagnóstico precoz de las neoplasias cutáneas primarias.

En el caso del melanoma, en general cualquier lesión pigmentada de reciente aparición debe ser consultada con el médico de Atención Primaria, y a criterio de éste puede ser remitida para valoración dermatológica clínica y dermatoscópica. Esto es especialmente importante a partir de los 35-40 años, ya que en estas edades la aparición de nuevos nevus es más infrecuente y por tanto el riesgo de que una nueva lesión melanocítica sea un melanoma es mayor. De la misma manera, los cambios en nevus preexistentes deben ser también examinados para descartar la posible malignización de un nevus previo (origen de aproximadamente un tercio de los melanomas). La regla ABCDE (ver tabla 1) resume de forma sencilla los signos guía de sospecha clínica de melanoma en lesiones pigmentadas, entendiendo que se trata de una regla básica cuya sensibilidad y especificidad dista mucho del 100 %. Desde el punto de vista dermatoscópico la regla ABCD difiere ligeramente (ver tabla 3), valorándose la asimetría (puntuación 0 a 2), el borde abrupto dividido en 8 segmentos (puntuación de 0 a 8), el número de colores (puntuación de 1 a 6), y la D se refiere a las estructuras dermatoscópicas presentes, como puntos, glóbulos, áreas homogéneas, red y ramificaciones (puntuación de 1 a 5). Existen, y se están perfeccionando, sistemas digitales de valoración automatizada de imágenes dermatoscópicas capturadas (CAD) que permitan una catalogación grosera de las lesiones pigmentadas, emitiendo un informe de benignidad, lesión sospechosa, o malignidad, facilitando de ese modo la decisión clínica de derivación al especialista.

CRITERIO DERMATOSCÓPICO	PUNTUACIÓN	FACTOR DE CORRECCIÓN
Asimetría.	0 a 2	x 1,3
Bordes.	0 a 8	x 0,1
Color.	1 a 6	x 0,5
Estructuras dermatoscópicas.	1 a 5	x 0,5
TDS-ÍNDICE DERMATOSCÓPICO TOTAL		
< 4,75 Benigna.	4,8-5,45 Sospechosa.	>5,45 Maligna.

Tabla 3. Regla del ABCD para la diferenciación dermatoscópica entre lesiones melanocíticas benignas y malignas

En cuanto al cáncer cutáneo no melanoma (carcinoma epidermoide y basocelular), se debe sospechar ante cualquier lesión cutánea de reciente aparición, habitualmente en zonas fotoexpuestas en pacientes mayores de 50 años, con daño solar crónico, y que se caractericen por: formación de escamocostra y desprendimiento, sangrado, formación de erosiones o

úlceras, etc. Ante estos síntomas un diagnóstico precoz, aun no teniendo el impacto que tiene en cuanto a supervivencia con respecto al melanoma, sí permite tratamientos quirúrgicos más conservadores, con menores secuelas y morbilidad asociada.

Debemos destacar la importancia de la autoexploración cutánea para la detección precoz del cáncer cutáneo (**anexo 1**). El objetivo de la autoexploración cutánea es que cada persona conozca las características de su piel, de manera, que ante cualquier cambio, acuda al médico para que realice el diagnóstico y tratamiento adecuados. Los cambios pueden ser tanto la aparición de una nueva lesión (lunar, mancha, costra...) como variaciones de una ya existente (un lunar que cambia de forma, tamaño, color...).

La autoexploración cutánea consiste en visualizar toda la superficie corporal incluyendo el cuero cabelludo. Es recomendable realizarla cada 3-6 meses y seguir siempre el mismo método para no olvidar ninguna zona del cuerpo. La habitación donde se realice debe estar bien iluminada, y tener una temperatura que permita a la persona estar desnuda. También es necesario disponer de un espejo de cuerpo entero, uno de mano, una silla y un taburete.

Se podrían establecer las siguientes directrices (**anexo 1**):

1. Fíjese en su cara, incluyendo la nariz, los labios, la boca y las orejas (también por detrás de las mismas).
2. Revise su cuero cabelludo utilizando un peine para separar el pelo en capas. Hombres: en caso de calvicie, examine todo el cuero cabelludo.
3. Revise sus manos, las palmas y el dorso y también entre los dedos.
4. Levante el brazo para examinar la parte interna del brazo y la axila. A continuación, fíjese en el cuello, el pecho y la parte superior del cuerpo. Mujeres: revise la zona entre las mamas y por debajo de las mismas.
5. Utilice un pequeño espejo para examinar la nuca y la espalda.
6. Revise los glúteos y la parte de atrás de las piernas.
7. Termine examinando las plantas de los pies y los espacios interdigitales.

## 7.2.2. NEOPLASIAS CUTÁNEAS SECUNDARIAS

---

La prevención secundaria de las lesiones cutáneas neoplásicas secundarias pasa lógicamente por la detección precoz de los tumores primarios que metastatizan o se extienden por contigüidad con mayor frecuencia a la piel. En este ámbito adquieren especial importancia los programas de cribado precoz de las neoplasias más prevalente: cáncer de mama (mamografía periódica bienales en mujeres mayores de 50 años, así como instrucción en técnicas de autoexamen); cáncer de cérvix uterino (citologías periódicas en función de edad y factores de riesgo); cáncer colorrectal (sangre oculta en heces y/o colonoscopia); cáncer de próstata (PSA y/o tacto rectal), etc.

# 08 | DIRECTRICES GENERALES DE TRATAMIENTO

## 8.1. NEOPLASIAS CUTÁNEAS PRIMARIAS

---

En estos pacientes el tratamiento estará dirigido, siempre que sea posible, a la extirpación completa del tumor con intención curativa, salvo en aquellos casos en los que clínica o radiológicamente se evidencie diseminación a distancia (principalmente melanoma, carcinoma epidermoide en estadios locales avanzados o carcinoma de células de Merkel).

El tratamiento quirúrgico sigue siendo el gold standard en términos de resultados clínicos. Los objetivos son, por este orden: la resección completa del tumor con bordes quirúrgicos libres de neoplasia, la preservación de la funcionalidad (especial importancia en tumores localizados en zona periocular, perioral, pirámide nasal...) y por último la obtención de un buen resultado estético.

El defecto quirúrgico resultante de la extirpación puede cerrarse de forma directa aproximando los bordes y suturando, pero en aquellos casos en los que esto no es posible (ya sea por el tamaño o localización del defecto), puede recurrirse a la realización de colgajos cutáneos (reconstrucción mediante la movilización de piel adyacente al defecto que mantiene el aporte vascular a través de un pedículo propio) o de injertos cutáneos (uso de piel de otras zonas corporales para recubrir el defecto).

En ciertos casos (carcinomas basocelulares superficiales o carcinomas epidermoides in situ) puede también recurrirse a técnicas no quirúrgicas, ya sea mediante destrucción local (crioterapia o electrocoagulación) o mediante el uso de tratamientos tópicos inmunomoduladores (imiquimod) o terapia fotodinámica (empleo de luz visible combinada con la aplicación tópica de cremas fotosensibilizantes para lograr la destrucción de las células tumorales mediante la producción de radicales libres).

En aquellas neoplasias cutáneas primarias en las que, por su estadio local avanzado o por la presencia de metástasis a distancia, no sea posible un tratamiento curativo, el tratamiento se realizará con fines paliativos, de soporte y manejo de las complicaciones secundarias (dolor, sangrado, infección, mal olor...), y por tanto en general se pueden aplicar los mismos principios de tratamiento que a las lesiones cutáneas neoplásicas secundarias.

## 8.2. NEOPLASIAS CUTÁNEAS SECUNDARIAS

---

Ante lesiones neoplásicas secundarias (metastásicas y por contigüidad) hay que establecer cuidados paliativos, orientando nuestro objetivo a mejorar la calidad de vida del paciente y/o allegados. La elección del tratamiento variará entre cura en ambiente húmeda o bien, cura seca según necesidad.

Los pacientes con este tipo de lesiones presentan una importante repercusión en su calidad de vida, enfrentándose a problemas como el dolor, sangrado, mal olor, sin olvidarnos de los problemas relacionados con la percepción de la imagen corporal, la autoestima y el aislamiento social. Las principales medidas a tomar serán<sup>17</sup>:

### 8.2.1 VALORACIÓN DEL PACIENTE

Se realizará una valoración inicial del paciente que incluirá historia y examen físico completo (etiología de la enfermedad, pronóstico, situación actual, datos objetivos, subjetivos, valoración nutricional y valoración psico-social para adecuar las intervenciones de enfermería a las necesidades detectadas.

Registrar la valoración y el plan de cuidados (**evidencia alta**)<sup>17</sup>.

### 8.2.2. ESTADO FUNCIONAL

Para valorar la capacidad funcional de los pacientes con procesos oncológicos, utilizaremos la escala de Karnofsky que permite conocer la capacidad del mismo para poder realizar actividades cotidianas. Así mismo ayuda a la toma de decisiones clínicas, valorar el impacto del tratamiento y la progresión de la enfermedad. La puntuación oscila de 0-100; Un Karnofsky de 50 o inferior indica elevado riesgo de muerte durante los 6 meses siguientes<sup>18</sup>.

### 8.2.3. VALORACIÓN NUTRICIONAL

Los objetivos nutricionales deben de ser considerados individualmente según cada caso y cada pronóstico; se tendrán en cuenta los efectos nutricionales causados por el tumor, los efectos nutricionales secundarios a la terapia anticancerosa (quimioterapia, radioterapia y cirugía) y por otro lado los efectos propios de la malnutrición. El soporte nutricional estará condicionado por múltiples factores: presencia de anorexia, náusea y/o vómitos, alteraciones del gusto y del olfato, obstrucción mecánica del tracto intestinal o factores psicológicos, entre otros.

En función de la situación del paciente y con el objeto de no realizar medidas agresivas, se podría hacer la valoración del riesgo nutricional, con instrumentos validados como el Mini Nutritional Assesement (MNA), el MUST o el NRS 2002 (**recomendación A**)<sup>17</sup>.

### 8.2.4. VALORACIÓN PSICOSOCIAL Y DEL ENTORNO

Identificar al cuidador principal y valorar el entorno familiar: capacidades, habilidades, recursos económicos,... para elaborar un plan de cuidados. Valorar posible pérdida de autoestima y aislamiento social debida al cambio físico (lesiones desfigurantes, con mal aspecto, mal olor,...). Facilitar información sobre los trámites para la obtención de recursos a través de los trabajadores sociales para una mejor coordinación de los distintos niveles asistenciales.

## 8.2.5. VALORACIÓN DE LA HERIDA<sup>5</sup>

---

- Se tendrán en cuenta los siguientes aspectos: etiología, localización, estadio, dimensiones, tunelizaciones o fístulas, tipo de tejido o lecho ulceral, exudado (nulo, escaso, moderado, abundante), olor, estado de piel perilesional, dolor, sangrado y signos de infección.
- Preparación del paciente: Antes de aplicar los cuidados precisos, explicaremos al paciente y a su cuidador el procedimiento a seguir, previniéndole de las molestias que se puedan presentar y teniendo en cuenta su opinión para obtener el mayor confort e intimidad posible.

## 8.2.6. LIMPIEZA

---

Se aconseja el uso de suero fisiológico para el lavado de la superficie de la herida y piel perilesional (C). Limpieza como norma general con suero fisiológico, agua destilada o agua del grifo abundante a una temperatura +/- 37° (**evidencia alta**)<sup>19</sup>. Utilizando la mínima fuerza mecánica que nos garantice el arrastre de detritus y bacterias.

Aplicar ligera presión para arrastrar, tejidos necróticos, esfacelos, detritus celulares o restos de otros tratamientos (1-4 kg / cm<sup>2</sup> utilizando jeringa de 20 a 35 cc y una agua o catéter de 19 mm de diámetro), evitar arrastrar células nuevas (**evidencia moderada**)<sup>19</sup>.

Es importante valorar la limpieza profiláctica con clorhexidina diluida, ya que en muchas ocasiones la existencia de gran cantidad de exudado puede llevar a sospechar una infección de la herida.

Después de la limpieza de una herida con un antiséptico, la superficie de la herida deberá ser irrigada con solución salina al 0,9 % para minimizar la toxicidad potencial.

No se debe secar el lecho ulceral que presente tejido de granulación para evitar dañar el tejido neoformado. Secar la piel perilesional.

Mantener el tejido perilesional limpio e hidratado. El uso de películas de poliuretano transparentes o pomadas con óxido de zinc protegen bien la piel perilesional (**evidencia moderada**)<sup>17</sup>.

## 8.2.7. DESBRIDAMIENTO

---

En este tipo de lesiones el desbridamiento dependerá del tipo de lesión, extensión, profundidad, afectación de la calidad de vida del paciente y sobre todo los objetivos terapéuticos.

En general se desaconseja el desbridamiento cortante por el riesgo de sangrado al tratarse de lesiones altamente revascularizadas. En fase terminal no está indicado realizar desbridamiento.

## 8.2.8. DOLOR

---

El umbral del dolor en estos pacientes puede ser muy bajo, por el posible deterioro físico y por estar habituados a tratamientos opiáceos. El dolor se puede medir utilizando la Escala de Valoración Analógica (EVA) y la escala de valoración verbal<sup>20</sup>.

Usaremos productos que contribuyan a mitigar el dolor (o al menos no incrementarlo), tratamientos confortables para el paciente, como el uso de hidrogeles en zonas con presencia de esfacelos, apósitos con baja adherencia al lecho de la lesión, para que la retirada sea menos molesta para el paciente, apósitos hidropoliméricos liberadores de ibuprofeno, etc.

Para manejar el dolor local, valorar el uso de geles opioides como analgésicos tópicos (ejemplo: hidrogel de clorhidrato de morfina) (**evidencia moderada**)<sup>19</sup>.

Si las curas son muy dolorosas se debe administrar previamente fármacos analgésicos y en ocasiones es necesario sedar al paciente (Midazolam y / o Morfina por vía subcutánea) previamente a la realización de la cura <sup>21</sup>. En lesiones dolorosas ocluir con gasas impregnadas en lidocaína gel al 2 %<sup>21</sup>.

Valorar la aplicación de analgesia local<sup>22</sup>:

1. Depositar lidocaína al 2 % o gel de lidocaína ½ h antes de la cura.
2. Depositar morfina/gel de morfina en apósitos que cubran la herida ½ h antes de la cura.
3. Cubrir con pomada anestésica de Lidocaina y Prilocaina (EMLA), 1 hora antes de la cura cubriéndola con apósito oclusivo.

### Recomendaciones

- Pausas al realizar las curas.
- Evitar irrigaciones con elevada presión.
- Evitar presión con los apósitos.
- Si procede sedar al paciente.
- Evitar dejar la herida expuesta al medio ambiente.
- Proporcionar fomentos.



## 8.2.9. CONTROL DEL SANGRADO

El sangrado se produce por friabilidad del tejido y rica vascularización del tumor.

CONTROL DEL SANGRADO <sup>22, 23</sup>	
<b>SI EXISTE RIESGO DE SANGRADO</b>	No frotar, ni friccionar. Proteger la lesión con apósitos de malla antiadherente, se recomienda el uso de siliconas para evitarlo, teniendo especial cuidado al retirar el apósito: humedecer previamente.
<b>SI EXISTE SANGRADO</b>	Utilizaremos apósitos de alginato cálcico, que en contacto con el exudado de la herida se produce un intercambio: el alginato absorbe iones de Na y libera iones Ca, lo que crea un ambiente húmedo y favorece la acción hemostática en la herida. Si existe un punto de sangrado se puede cauterizar con Nitrato de Plata, Adrenalina al 1/1000, teniendo en cuenta que se puede producir necrosis por isquemia. Otra opción sería la utilización de lámina de espuma de gelatina absorbible, que no es necesario retirar en las curas siguientes, gasas impregnadas de ácido tranexámico, ácido aminocaproico o sucralfato.
<b>SI PRESENTA SANGRADO MASIVO</b>	Contemplar la posibilidad de los beneficios de la radioterapia con finalidad hemostática.

## 8.2.10. CONTROL DEL OLOR<sup>17, 22</sup>

Las lesiones neoplásicas secundarias (metastásicas y por contigüidad) suelen ser exudativas y presentan alto riesgo de infección, ocasionado un olor característico: denso, fuerte y desagradable. Provocando en el paciente una baja autoestima situacional y un aislamiento social.

El mal olor no solo conlleva efectos negativos sobre pacientes, sino también a cuidadores y/o familiares, de ahí la importancia de manejar adecuadamente este problema.

Para catalogar el olor puede utilizarse la siguiente clasificación:

- **Grado 0:** Sin olor.
- **Grado I:** Olor percibido sólo al descubrir la herida.
- **Grado II:** Olor percibido aún sin descubrir la herida.
- **Grado III:** Olor fétido y nauseabundo.

Para controlar el olor utilizaremos:

- Los apósitos de carbón activado neutralizan el olor y nos sirve para gestionar el exudado y la infección asociados con plata.
- Administración de metronidazol por vía tópica ante heridas de olor incontrolable (**evidencia alta**)<sup>17</sup> en concentración de 7,5 mgr / cc o en solución con concentraciones que oscilan de 5 a 10 mgr / cc.

Hay una fórmula magistral farmacéutica de metronidazol a base de:

- 4 gr metronidazol.
- 40 gr vaselina líquida.
- 40 gr vaselina filante.

Si es necesario se puede preparar la fórmula a dosis más concentrada.

Hay estudios aislados de la aplicación tópica de metronidazol gel al 8 % en tumores abiertos fungiformes primarios o metastásicos con buenos resultados en cuanto a control del olor y tolerancia tras su aplicación<sup>17</sup>.

- Medidas ambientales: ventilación durante la cura y después, ambientadores, balsámicos,...

### 8.2.11. CONTROL DE EXUDADO

El exudado aumenta cuando aumenta la carga bacteriana, cuando hay edema y cuando se descompone el tejido necrótico. Los apósitos y la oclusión de la herida deben de ser lo menos incómodos para el paciente: debemos elegir un apósito adaptable a la movilidad, no adherente y permeable en caso de infección teniendo en cuenta la estética del paciente.

<b>EXUDADO ESCASO</b>	Utilizaremos mallas o interfase que más se adapten a la lesión (hidrocoloide, siliconas, vaselina) para facilitar la retirada del apósito y evitar la adherencia.
<b>EXUDADO MODERADO Y ABUNDANTE</b>	Utilizaremos apósitos absorbentes de alginato o hidrofibra que no maceren la lesión ni los bordes*.

\*Utilizar apósitos absorbentes (hidrofibra, alginato cálcico) para controlar el exceso de exudado (**evidencia moderada**)<sup>17</sup>.



**Tumor de ovario, en 28 semanas de embarazo**  
**Control de exudado. Dehiscencia.** Foto. Carmen Ananín®

## 8.2.12. CONTROL DE LA CARGA BACTERIANA

---

La presencia de abundante tejido desvitalizado y abundante detritus aumenta el exudado favorece la proliferación bacteriana y riesgo de infección. En cuanto al riesgo de infección debemos manejar adecuadamente la carga bacteriana aplicando apósitos liberadores de plata ante la sospecha de una infección y en los casos en que haya fracasado el tratamiento convencional y la úlcera no evolucione satisfactoriamente en el tiempo previsto (**evidencia muy baja**)<sup>17, 22</sup>.

## 8.2.13. INFECCIÓN

---

Si existe infección en la lesión se debe valorar, de forma excepcional, el uso de antibióticos y antisépticos tópicos, ya que debido a la mala vascularización de estas lesiones se dificultaría la llegada de los mismos por vía sistémica.

Deben evitarse soluciones iodadas, mercuriales, violeta de genciana porque pueden enmascarar el aspecto de la herida dificultando la valoración de la misma<sup>17</sup>.

El gluconato de clorhexidina resulta efectivo frente a gérmenes aerobios y anaerobios así como a hongos. Recomendando concentraciones entre 0,05 % - 1 % por su menor toxicidad.

Elección de apósitos de plata adecuados a cada tipo de lesión que nos ayuden a controlar la carga bacteriana, control del exudado y control del olor.

Valorar la posibilidad de realizar cultivo de la lesión. Ante la complejidad de estas lesiones y en situaciones especiales se valorará la cura seca.

## 8.2.14. PIEL PERILESIONAL

---

Se debe poner especial atención en evitar la escoriación y la maceración de la herida, al ser lesiones altamente exudativas si controlamos el nivel de exudado controlaremos el estado de la piel perilesional evitando que se macere, irrite o escorie, lo que derivaría en un incremento del tamaño de la herida<sup>17, 22</sup>.

Mantenga el tejido perilesional limpio e hidratado. Películas de poliuretano transparentes o pomadas con óxido de zinc protegen bien la piel perilesional (**evidencia moderada**)<sup>17</sup>.

## 8.2.15. PRURITO<sup>17, 18, 22</sup>

---

Es un síntoma frecuente. Lo podemos definir, como la sensación desagradable que induce al rascado y que mejora o cede al hacerlo y cuyo origen puede ser cutáneo, neuropático o psicogénico. Puede deberse a: sequedad de piel, infecciones, fármacos, obstrucción vía biliar, tumores hematológicos, de estómago o pulmón o síndrome carcinoide.

Deberemos distinguir entre el prurito de la lesión y el de la piel perilesional.

<b>MEDIDAS GENERALES</b>	Deben proporcionarse cuidados generales de la piel que incluyan una hidratación suficiente y prevención de lesiones de rascado. Utilice medidas para el manejo del prurito (como cremas de protección piel perilesional y corticoides tópicos en piel perilesional o hidrogeles en la lesión tumoral) <b>evidencia muy baja</b> <sup>17</sup> .
<b>MEDIDAS ESPECÍFICAS</b>	Gel de lidocaína al 2 % Loción de calamina o esteroides tópicos. Tratamiento farmacológico específico ( <b>recomendación D</b> ) <sup>18</sup> .

### 8.3. LESIONES CUTÁNEAS NO TUMORALES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO ANTINEOPLÁSICO

El tratamiento de la Radiodermatitis aguda una vez establecida dependerá del grado de severidad:

- **Dermatitis leve (grado 1):** medidas generales +/- corticoides tópicos.
- **Dermatitis Moderada (grado 2):** Control del exudado con apósitos de baja adherencia. Debe ser cambiado dependiendo del exudado. Puede asociarse al uso de un agente tópico. En caso de que haya signos de sobreinfección bacteriana (exudación purulenta o maloliente) se recomienda el uso de antibióticos tópicos (mupirocina, ácido fusídico...) y/o sistémicos.
- **Radiodermitis SEVERA (grado 3 y 4):** ante la presencia de descamación húmeda usaríamos apósitos absorbentes de espuma de silicona suaves, ya que estos apósitos son atraumáticos para la lesión y piel perilesional<sup>15</sup>. En la práctica clínica, se usan una gran diversidad de apósitos no adherentes incluyendo hidrogeles e hidrocoloides, existiendo una escasa evidencia a la hora de decantarse por unos u otros (los escasos estudios existentes parecen inclinarse por el uso de apósitos secos frente a hidrogeles<sup>17</sup>. La presencia de una radiodermatitis grado 3 con descamación húmeda puede requerir la interrupción de la radioterapia, dependiendo de la localización corporal y el grado de discomfort del paciente.

Pacientes con necrosis cutánea y ulceración asociada requieren una aproximación terapéutica individualizada y multidisciplinar (oncología radioterápica, dermatología, cirugía plástica, enfermería...)<sup>18</sup>. En muchos casos implicará suspender la radioterapia, desbridamiento quirúrgico, injertos de espesor total o colgajos miocutáneos o pediculados.

## 09 RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES DE EVIDENCIA

EVIDENCIA [E] / RECOMENDACIÓN [R] / BUENA PRÁCTICA [BP]	NIVEL / GRADO
<p><b>[E]</b> Realizar una valoración inicial del paciente que incluirá historia y examen físico completo (etiología de la enfermedad, pronóstico, situación actual, datos objetivos, subjetivos, valoración nutricional y valoración psico-social para adecuar las intervenciones de enfermería a las necesidades detectadas. Registrar la valoración y el plan de cuidados.</p>	<p><b>ALTA</b> (GPC SAS, 2015)<sup>17</sup>.</p>
<p><b>[R]</b> En función de la situación del paciente y con el objeto de no realizar medidas agresivas, se podría hacer la valoración el riesgo nutricional, con instrumentos validados como el Mini Nutritional Assessement (MNA), el MUST o el NRS 2002.</p>	<p><b>A</b> (Guía de la Rioja, 2009)<sup>19</sup>.</p>
<p><b>[BP]</b> Se aconseja el uso de suero fisiológico para el lavado de la superficie de la herida y piel perilesional (C). Limpieza como norma general con suero fisiológico, agua destilada o agua del grifo abundante a una temperatura +/- 37º (<b>evidencia alta</b>)<sup>19</sup>. Utilizando la mínima fuerza mecánica que nos garantice el arrastre de detritus y bacterias.</p>	<p><b>ALTA</b> (Guía de la Rioja, 2009)<sup>19</sup>.</p>
<p><b>[BP]</b> Aplicar ligera presión para arrastrar, tejidos necróticos, esfacelos, detritus celulares o restos de otros tratamientos (1 - 4 kg / cm<sup>2</sup> utilizando jeringa de 20 a 35 cc y una agua o catéter de 19mm de diámetro), evitar arrastrar células nuevas.</p>	<p><b>MODERADA</b> (Guía de la Rioja, 2009)<sup>19</sup>.</p>
<p><b>[E]</b> Mantener el tejido perilesional limpio e hidratado. El uso de películas de poliuretano transparentes o pomadas con óxido de zinc protegen bien la piel perilesional.</p>	<p><b>MODERADA</b> (GPC SAS, 2015)<sup>17</sup>.</p>
<p><b>[BP]</b> Para manejar el dolor local, valorar el uso de geles opioides como analgésicos tópicos.</p>	<p><b>MODERADA</b> (Guía de la Rioja, 2009)<sup>19</sup>.</p>
<p><b>[R]</b> Administración de metronidazol por vía tópica ante heridas de olor incontrolable en concentración de 7,5 mgr / cc o en solución con concentraciones que oscilan de 5 a 10 mgr / cc.</p>	<p><b>ALTA</b> (GPC SAS, 2015)<sup>17</sup>.</p>

<b>[R]</b>	En cuanto al riesgo de infección debemos manejar adecuadamente la carga bacteriana aplicando apósitos liberadores de plata ante la sospecha de una infección y en los casos en que haya fracasado el tratamiento convencional y la úlcera no evolucione satisfactoriamente en el tiempo previsto.	<b>MUY BAJA</b> (GPC SAS, 2015) <sup>17</sup> .
<b>[R]</b>	Mantenga el tejido perilesional limpio e hidratado. Películas de poliuretano transparentes o pomadas con óxido de zinc protegen bien la piel perilesional.	<b>MODERADA</b> (GPC SAS, 2015) <sup>17</sup> .
<b>[R]</b>	Deben proporcionarse cuidados generales de la piel que incluyan una hidratación suficiente y prevención de lesiones de rascado. Utilice medidas para el manejo del prurito (como cremas de protección piel perilesional y corticoides tópicos en piel perilesional o hidrogeles en la lesión tumoral).	<b>MUY BAJA</b> (GPC SAS, 2015) <sup>17</sup> .
<b>[R]</b>	Para el prurito: Gel de lidocaína al 2 % Loción de calamina o esteroides tópicos. Tratamiento farmacológico específico.	<b>D</b> (GPC Paliativos, 2008) <sup>18</sup> .

# 10 BIBLIOGRAFÍA

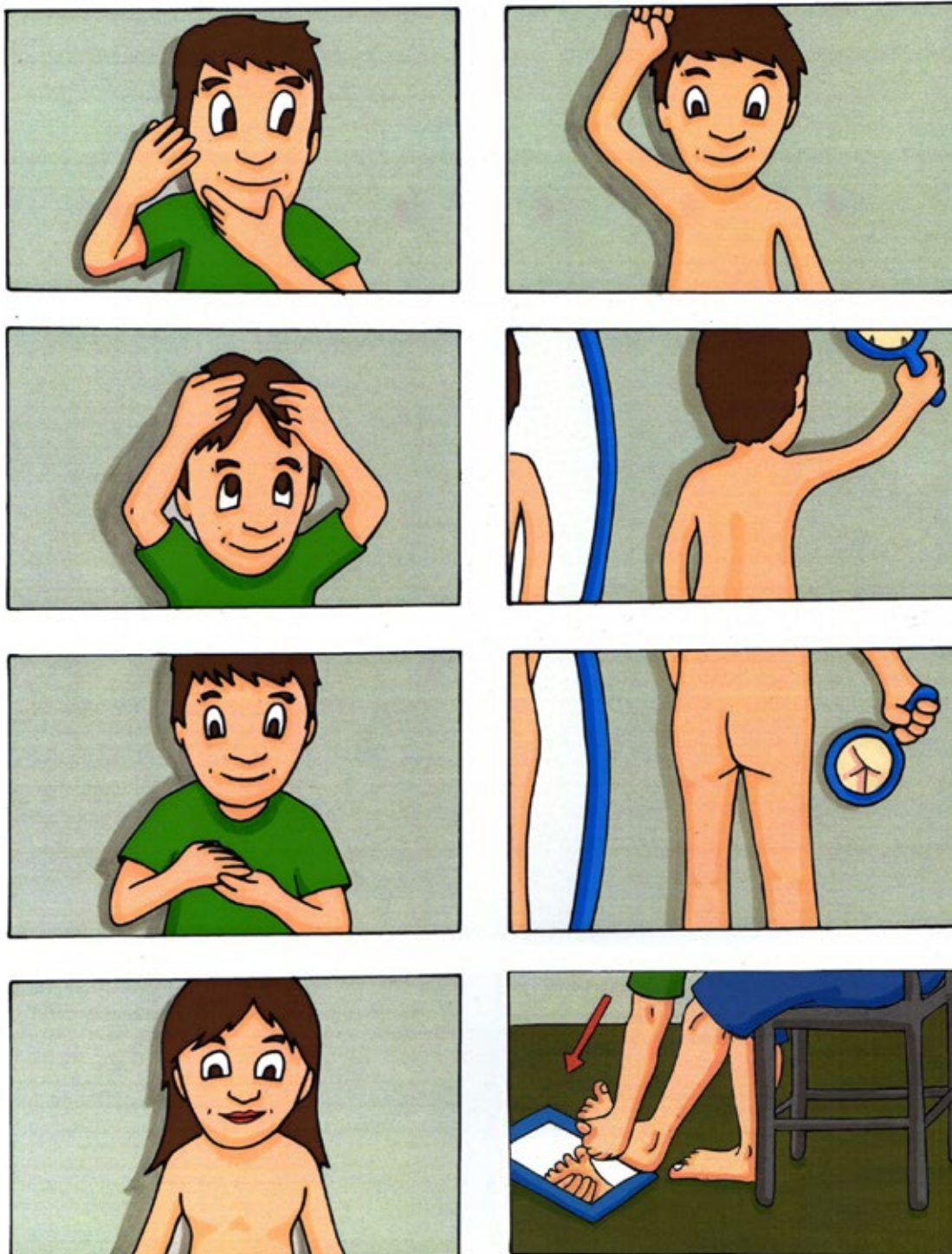
1. PALOMAR F., FORNES B., DÍEZ P., MUÑOZ V., LUCHA V., ARANTÓN L. *Guía de actuación en lesiones oncológicas*. *Enferm. Dermatol.* 2008; 2(4):8-15.
2. BIELSA I., SORIA X., ESTEVE M., FERRÁNDIZ C. *Skin Cancer Study Group of Barcelones Nord. Population-based incidence of basal cell carcinoma in a Spanish Mediterranean area*. *Br. J. Dermatol.* 2009; 161(6):1341-6.
3. ACEITUNO-MADERA P., BUENDIA-EISMAN A., ARIAS-SANTIAGO S., SERRANO ORTEGA S. *Evolución de la incidencia del cáncer de piel en el período 1978-2002*. *Actas Dermosifiliogr.* 2010; 101:39-46.
4. CABANES DOMENECH A., PÉREZ-GÓMEZ B., ARAGONÉS N., POLLÁN M., LÓPEZ-ABENTE G. *La situación del cáncer en España, 1975-2006. Vigilancia epidemiológica del cáncer. Monitorización de la situación del cáncer en España*. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología ISCIII. [Monografía online]; 2009 [Acceso junio de 2015]. Disponible en: [www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-publicaciones-isciii/fd-documentos/SituacionCancerenEspana1975\\_2006\\_2010.pdf](http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-publicaciones-isciii/fd-documentos/SituacionCancerenEspana1975_2006_2010.pdf).
5. ORBEGOZO A., SANTAMARÍA E., ALOS M., YLLA E., FERRER M., GORCHS N., et al. *Heridas neoplásicas*. En: Soldevilla J. J., Torra J. E. *Atención integral de las heridas crónicas*. 1ª ed. Madrid: SPA; 2004. p. 387-401.
6. ALEXANDER S. *Malignant fundating wounds: epidemiology, etiology, presentation and assessment*. *J. Wound Care.* 2009; 18(7): 273-80.
7. SOYER H. P., RIGELL D. S., WURM E. M. T. *Actinic keratosis, basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma*. In: BOLOGNA J. L., JORIZZO J. L., SCHAFFER J. M., Eds. *Dermatology*. 3<sup>rd</sup> Edition. Philadelphia: Elsevier-Saunders; 2012.
8. WEINSTOCK M. A. *Controversies in the public health approach to keratinocyte carcinomas*. *Br. J. Dermatol.* 2003; 154(Suppl1):3-4.
9. BRANTSCH K. D., MEINER C., SCHONFISCH B., et al. *Analysis of risk factors determining prognosis of cutaneous squamous-cell carcinoma: a prospective study*. *Lancet Oncol.* 2008; 9:713-20.
10. LEBWOHL M. *Actinic keratosis: epidemiology and progression to squamous cell carcinoma*. *Br. J. Dermatol.* 2003; 149 (Suppl. 66):31-3.
11. GARBE C., BAUER J. MELANOMA. In: Bologna J. L., Jorizzo J. L., Schaffer J. M., Eds. *Dermatology*. 3<sup>rd</sup> Edition. Philadelphia: Elsevier-Saunders; 2012.
12. ZOOK M. B., WU H., LESSIN S. R. *Cutaneous metastases*. In: Bologna J. L., Jorizzo J. L., Schaffer J. M., Eds. *Dermatology*. 3<sup>rd</sup> Edition. Philadelphia: Elsevier-Saunders; 2012
13. WHITEMAN D. C., WHITEMAN C. A., GREEN A. C. *Childhood sun exposure as a risk factor for melanoma: a systematic review of epidemiologic studies*. *Cancer Causes Control.* 2001; 12(1):69-82.
14. HYMES S. R., STROM E. A., FIFE C. *Radiation dermatitis: clinical presentation, pathophysiology, and treatment 2006*. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2006; 54(1):28-46.
15. McQUESTION M. *Evidence-based skin care management in radiation therapy: clinical update*. *Semin Oncol Nurs.* 2011; 27(2):e1.
16. RYAN J. L., LING M. *Radiation dermatitis*. In: UpToDate. This topic last updated [online]. 2015 [Accessed June 2015]. Available form: <http://www.uptodate.com.mergullador.sergas.es:2048/contents/radiation-dermatitis?source=preview&search=radiation+dermatitis&language=en-US&anchor=H11060581&selectedTitle=1~32#H11060581>

17. PÉREZ SANTOS L., CAÑADAS NÚÑEZ F., GARCÍA AGUILAR R., TURRADO MUÑOZ M. A., FERNÁNDEZ GARCÍA G. A., MORENO NOCI M., et al. *Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras neoplásicas*. 1ª Ed. Almería: Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería, Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía; 2015.
18. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. *Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008.
19. MARTÍNEZ ANGULO J., Grupo de trabajo de úlceras por presión (UPP) de la Rioja. *Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión*. Logroño: Consejería de Salud de la Rioja; 2009.
20. SOLDEVILLA J. J. *Cuidados de las heridas neoplásicas y manejo del linfedema*. En: Astudillo W., Orbegozo A., Urdaneta E., Latiegi A., editores. *Cuidados paliativos en enfermería*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2003.p. 107-21.
21. Comité de Cuidados Paliativos da Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Pontevedra Norte. Grupo de Referentes en Cuidados Paliativos da Área de Santiago. *Documentos de recomendaciones para cuidados paliativos*. Sergas [monografía online]; 2011 [acceso junio 2015]. Disponible en: <http://www.sergas.es/Docs/Bioetica/Recomendacions%20en%20Coidados%20Paliativos.pdf>.
22. COSSÍO F., FERNÁNDEZ B., GONZÁLEZ R., GUERRA M., LÓPEZ C., SAÍZ A., et al. *Úlceras neoplásicas*. En: Cacicedo R., Castañeda C., Cossío F., Delgado A., Fernández B., Gómez M. V., et al. *Manual de prevención y cuidados locales de heridas crónicas*. Santander: Servicio Cántabro de Salud; 2011.p. 161-82.
23. LAMELO F., CHARLIN G., FERNÁNDEZ O., GARCÍA M. R. *Control de síntomas en cuidados paliativos* [Guía Clínicas online]. Fisterra.com [website]. Revisión 2014 [Acceso Junio 2015]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/control-sintomas-cuidados-paliativos>.
24. McMILLAN M. S., WELLS M., MACBRIDE S., RAAB G. M., MUNRO A., MAC DOUGALL H. *Randomized comparison of dry dressings versus hydrogel in management of radiation-induced moist desquamation*. Int. J. Radiat Oncol. Biol. Phys. 2007; 68(3):864-72.
25. AUBERNIER J., BONNER J., VERMORKEN J. B., BENSADOUN R. J., DUMMER R., GIRALT J., KORNEK G., HARTLEY A., MESIA R., ROBERT C., SEGAERT S., ANG K. K. *Consensus guidelines for the management of radiation dermatitis and coexisting acne-like rash in patients receiving radiotherapy plus EGFR inhibitors for the treatment of squamous cell carcinoma of the head and neck*. Ann Oncol. 2008; 19(1):142-9.



# 11 ANEXO

## ANEXO 1. AUTOEXPLORACIÓN CUTÁNEA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER CUTÁNEO



Cabanillas-González M., Pulgarín-Sobrino S. B., Ananín-Fernández C. *Guía práctica de lesiones cutáneas neoplásicas*. [Guía práctica nº 4]. En: Rumbo-Prieto J. M., Raña-Lama C. D., Cimadevila-Álvarez M. B., Calvo-Pérez A. I., Fernández-Segade J., editores. Colección de guías prácticas de heridas del Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela (A Coruña): Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad. Servicio Gallego de Salud; 2016.





