

LESIONS PRENEOPLÀSIQUES DE CÀNCER ESPINOCEL·LULAR CUTANI

**Jordi Serra Llobet. Dermatòleg.
Hospital Universitari Sagrat Cor.**



¿ QUE ÉS UNA LESIÓ PRENEOPLÀSICA?

- ▶ Lesions que si es deixen evolucionar poden convertir-se en lesions invasores amb capacitat metastàsica.
- ▶ Tipus segons origen:
 - ▶ Processos cutanis previs
 - ▶ Pell normal sotmesa a diferents estímuls o en pacients immunodeprimits.



LESIONS PRENEOPLÀSIQUES DE SCC

- ▶ Queratosis actíniques
- ▶ Queilitis actíniques
- ▶ Malaltia de Bowen
- ▶ Eritroplàsia de Queyrat
- ▶ Leucoplàsia
- ▶ Lliquen pla oral
- ▶ Fibrosi submucosa oral
- ▶ Papulosi bowenoide
- ▶ Poroqueratosi



Cutaneous squamous cell carcinoma: estimated incidence of disease, nodal metastasis, and deaths from disease in the United States, 2012.

Karia PS, Han J, Schmults CD.

... Copyright © 2012 American Academy of Dermatology, Inc. Published by Mosby, Inc. All rights reserved.

Department of Dermatology, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts 02130, USA.

BACKGROUND:

- ▶ It is estimated that over 700,000 new cases of cutaneous squamous cell carcinoma (CSCC) are diagnosed annually in the United States. However, **CSCC has been excluded from national cancer registries. Thus the precise incidence of CSCC, along with metastases and deaths resulting from it, is unknown.**

OBJECTIVE:

- ▶ We sought to estimate the 2012 incidence of invasive (non-in situ) CSCC and the number of nodal metastases and deaths arising from it in the US white population.

METHODS:

- ▶ US studies reporting incidence of CSCC, or the number of nodal metastases or deaths arising from it, were reviewed. Linear regression was used to estimate current CSCC incidence based on available incidence data adjusting for higher reported incidences in southern versus northern/central United States. Reported risks of nodal metastases and death from CSCC were averaged. Averages were used to estimate current metastasis and death rates based on incidence estimates. The number of estimated CSCC deaths was compared against deaths from other cancers.

RESULTS:

- ▶ It is estimated that 186,157 to 419,543 whites were given a diagnosis of CSCC, 5604 to 12,572 developed nodal metastasis, and 3932 to 8791 died from CSCC in the United States in 2012.

CONCLUSION:

- ▶ CSCC is an underrecognized health issue. In the central and southern **United States, deaths from CSCC may be as common as deaths from renal and oropharyngeal carcinomas, and melanoma.** Population-based studies reporting CSCC incidence and outcomes are required to verify these estimates.

LESIONS PRENEOPLÀSIQUES DE SCC

- ▶ Queratosis actíniques
 - ▶ Queilitis actíniques
 - ▶ Malaltia de Bowen
 - ▶ Eritroplàsia de Queyrat
 - ▶ Leucoplàsia
 - ▶ Lliquen pla oral
 - ▶ Fibrosi submucosa oral
 - ▶ Papulosi bowenoide
 - ▶ Poroqueratosi
-



QUERATOSIS ACTÍNIQUES

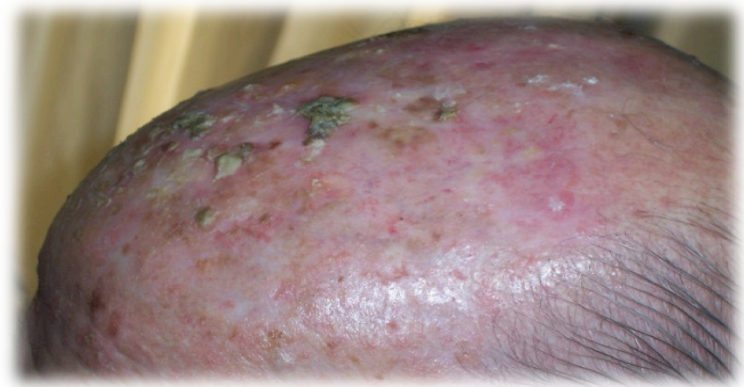
- ▶ Sinònims: queratosis senils, queratosis solars.
- ▶ Factors de risc:
 - ▶ >60 anys
 - ▶ Fototip baix
 - ▶ Exposició solar crònica
 - ▶ Radiacions ionitzants
 - ▶ Exposició crònica a tòxics ex: arsènic
 - ▶ VPH
 - ▶ Immunodepressió
 - ▶ Síndromes genètiques: xeroderma pigmentós, epidermodisplasia verruciforme



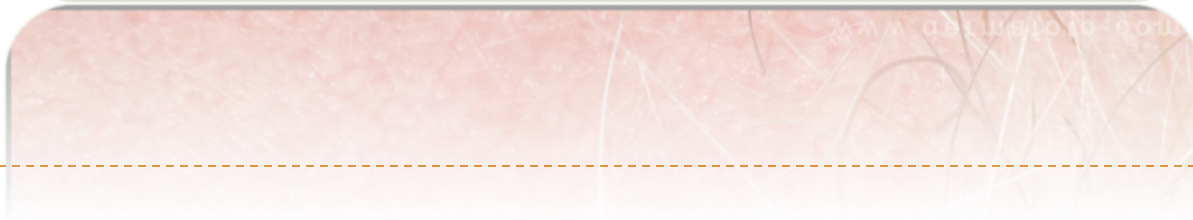
QUERATOSIS ACTÍNIQUES

Clínica:

- ▶ Lesions **hiperqueratòsiques palpables més que visibles d'entre mms i cms.**
- ▶ **Assimptomàtiques** habitualment
- ▶ **A zones fotoexposades**, que poden mostrar altres signes de dany solar (hiper/hipopigmentació, arrugues, telangiectàsies)

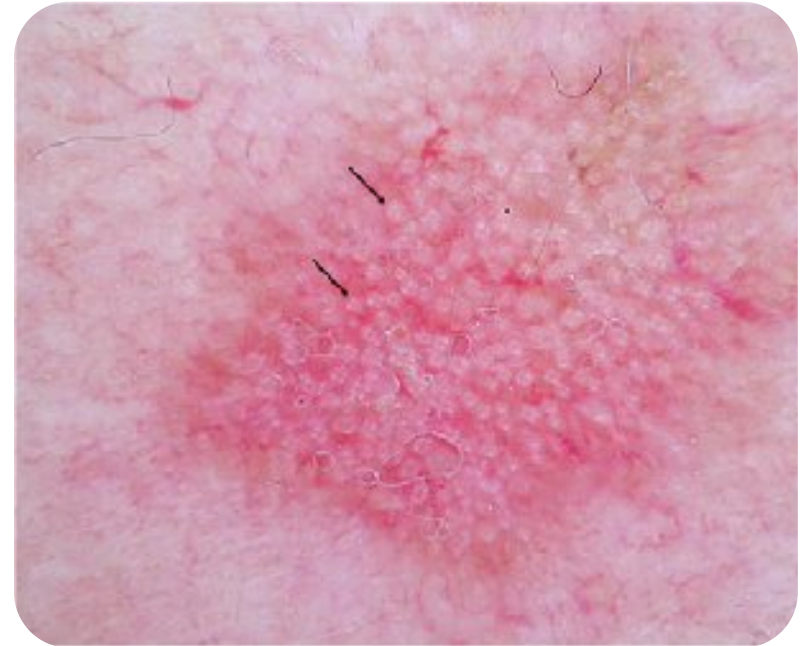


QUERATOSIS ACTÍNIQUES



QUERATOSIS ACTÍNIQUES

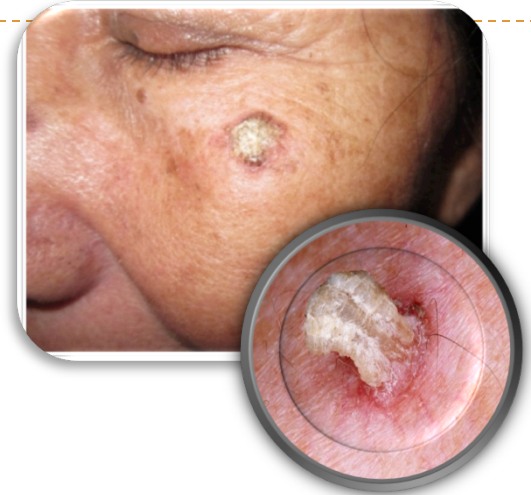
- ▶ Dermatoscopia
 - ▶ Pseudoreticle eritematós
 - ▶ Estructures en roseta
 - ▶ Superfície descamativa
 - ▶ Vasos superficials ondulats
 - ▶ Obertures fol·liculars groguenques
 - ▶ Estructures globulars amb halo blanc



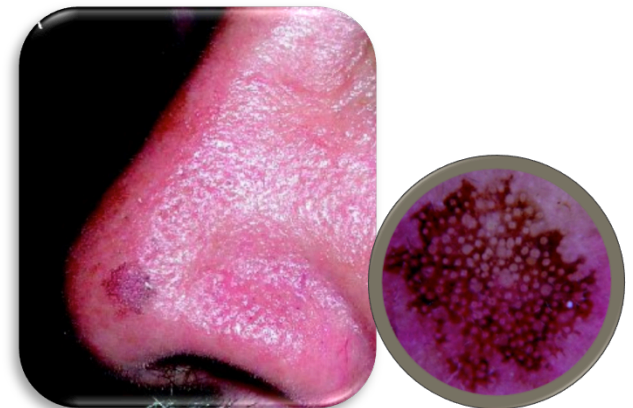
QUERATOSIS ACTÍNIQUES

► Tipus:

1. **Hiperqueratòsica:** pàpules o plaques engruixides amb una escama adherent blanquinosa-groguenca sobre base eritematosa. Pot aparèixer una banya cutània



2. **Pigmentada:** lesions pigmentades rugoses a la palpació.



QUERATOSIS ACTÍNIQUES

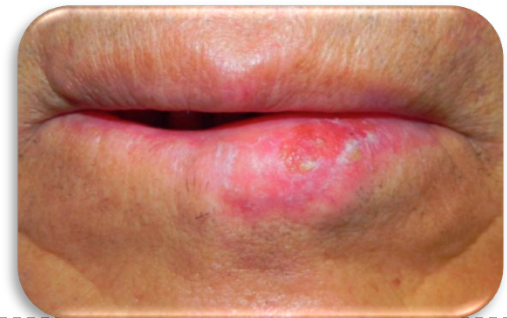
3. **Liquenoide:** base molt eritematosa que produeix prurit o dolor.



4. **Atròfica:** petita queratosis actínica que histològicament mostra una atrofia epidèrmica



5. **Queilitis actínica:** habitualment afecta llavi inferior; eritematós, descamatiu i fisurats.



QUERATOSIS ACTÍNIQUES

- ▶ Diagnòstic diferencial:
 - ▶ Carcinoma espinocel·lular (SCC)
 - ▶ Carcinoma basocel·lular (BCC)
 - ▶ Queratosis seborreica
 - ▶ Berruga vulgar
 - ▶ Poroqueratosis
 - ▶ Psoriasi
 - ▶ Lupus eritematós discoide
 - ▶ Léntigo solar
 - ▶ Léntigo maligno



QUERATOSIS ACTÍNIQUES

▶ Tractament:

Risc de transformació maligna < 5-10%

- ▶ **Crioteràpia:** el més habitual. Curacions de fins el 98% dels casos. El nitrogen líquid a -196°C destrueix els queratonòcits aberrants.
 - ▶ **Curetatge**
 - ▶ **Electrocoagulació**
 - ▶ **Cirurgia:** si gran mida
 - ▶ **Teràpia fotodinàmica**
 - ▶ **5-Fluoracil tòpic**
 - ▶ **Imiquimod 5% (Aldara®):** 3/semmana durant 4 setmanes.
 - ▶ **Diclofenaco tòpic (Solaraze®):** 2/día 90 dies.
 - ▶ **Ingenol mebutato (Picato®) *Novetac***
 - ▶ Cara o cuir pilós 150 mcg/g 1 veg/dia 3 dies.
 - ▶ Tronc i extremitats: 500 mcg/g 1 veg/dia 2 dies
-



LESIONS PRENEOPLÀSIQUES DE SCC

- ▶ Queratosis actíniques
- ▶ Queilitis actíniques
- ▶ Malaltia de Bowen
- ▶ Eritroplàsia de Queyrat
- ▶ Leucoplàsia
- ▶ Lliquen pla oral
- ▶ Fibrosi submucosa oral
- ▶ Papulosi bowenoide
- ▶ Poroqueratosi



QUEILITIS ACTÍNICA

- ▶ Carcinoma in situ que afecta predominantment al llavi inferior com a conseqüència de l'exposició a radiació solar.
- ▶ Tabac i irritació crònica també implicats.



QUELITIS ACTÍNICA

▶ Clínica

- ▶ Lesió de marges difusos i superfície lleugerament atròfica, hiperqueratòtica, descamativa o leucoplàsica.
- ▶ Localitzada en llavi inferior.
- ▶ Carcinoma epidermoide infiltrant originat sobre queilitis actínica amb una incidència de metàstasi del 11-21%.



LESIONS PRENEOPLÀSIQUES DE SCC

- ▶ Queratosis actíniques
- ▶ Queilitis actíniques
- ▶ **Malaltia de Bowen**
- ▶ Eritroplàsia de Queyrat
- ▶ Leucoplàsia
- ▶ Lliquen pla oral
- ▶ Fibrosi submucosa oral
- ▶ Papulosi bowenoide
- ▶ Poroqueratosi



MALALTIA DE BOWEN

- ▶ SCC in situ cutani
- ▶ Clínica:
 - ▶ Màcula o placa eritematosa o marronosa de creixement lent
 - ▶ Escames adherents a la superfície
 - ▶ Molt ben delimitada
 - ▶ Àrees fotoexposades i no fotoexposades



MALALTIA DE BOWEN

▶ Diagnòstic diferencial:

- ▶ Psoriasi
- ▶ Èczema
- ▶ Queratosi actínica

▶ Tractament:

*Risc de transformació maligna 3-8%,
Si transformació: risc de metàstasis del 13%*

- ▶ Curetatge
- ▶ Electrocoagulació
- ▶ 5- Fluoracil tòpic
- ▶ Cirurgia
- ▶ Criocirurgia
- ▶ Radioteràpia



LESIONS PRENEOPLÀSIQUES DE SCC

- ▶ Queratosis actíniques
- ▶ Queilitis actíniques
- ▶ Malaltia de Bowen
- ▶ **Eritroplàsia de Queyrat**
- ▶ Leucoplàsia
- ▶ Lliquen pla oral
- ▶ Fibrosi submucosa oral
- ▶ Papulosi bowenoide
- ▶ Poroqueratosi



ERITROPLÀSIA DE QUEYRAT

- ▶ SCC in situ a gland, prepuci, uretra
- ▶ Clínica:
 - ▶ Placa vermellosa avellutada
 - ▶ Creixement lent centrífug progressiu
 - ▶ Molt ben delimitada
- ▶ Etiologia:
 - ▶ No circumcisió
 - ▶ Higiene deficient
 - ▶ Traumatismes
 - ▶ VHS
 - ▶ VPH 8 i 16



ERITROPLASIA DE QUEYRAT

▶ Tractament

Risc de transformació maligna 30%

- ▶ Làser CO₂
- ▶ 5- Fluorouracil tòpic
- ▶ Prevenció dels factors de risc
- ▶ Cirurgia



LESIONS PRENEOPLÀSIQUES DE SCC

- ▶ Queratosis actíniques
- ▶ Queilitis actíniques
- ▶ Malaltia de Bowen
- ▶ Eritroplàsia de Queyrat
- ▶ **Leucoplàsia**
- ▶ Lliquen pla oral
- ▶ Fibrosi submucosa oral
- ▶ Papulosi bowenoide
- ▶ Poroqueratosi



LEUCOPLÀSIA

- ▶ OMS: *Lesió predominantment blanquinosa localitzada a la mucosa oral que no pot ser caracteritzada com a cap altra lesió ni des del punt de vista histològic ni clínic.*
- ▶ No es desprèn al rascat (dx d candidiasi)
- ▶ Més freqüent si tabac o alcohol, peces dentaries que traumatitzen la mucosa



LEUCOPLÀSIA

▶ Tipus

I. Tipus clínics

▶ Patró homogeni

- Superfície blanquinosa regular i llisa amb vores ben delimitades.
- Baix risc de malignització (5%)

▶ Patró heterogeni

- Component eritematós (**eritroleucoplasia**), nodular, erosiu, ulcerat o berrucós exofític.
- Alt risc de malignització (25%)



LEUCOPLÀSIA

▶ Tipus

2. Segons extensió:

- ▶ **Focal:** millor pronòstic
- ▶ **Disseminada:** pitjor pronòstic

3. Segons localització:

- ▶ Part inferior boca
- ▶ Lateral llengua

} Major risc de malignització (43%)

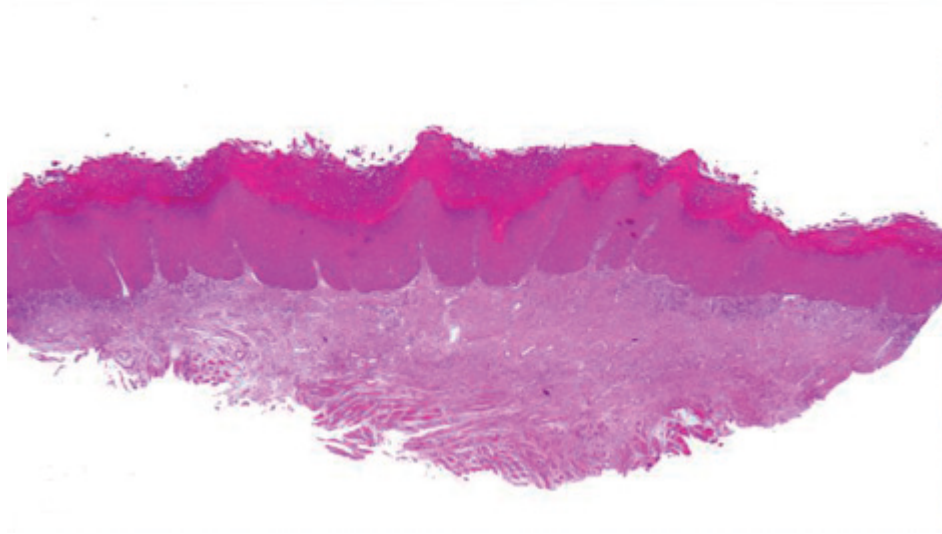
Altres factors de mal pronòstic:

- >20mm
- Ràpid creixement
- H° prèvia de SCC
- Tabac i/o alcohol



LEUCOPLÀSIA

- ▶ Histologia:
 - ▶ Hiperqueratosis moderada
 - ▶ Hiperplasia epitelial no displàsica
 - ▶ Si displasia +: factor predictor de malignitat (**no es indispensable**)



LEUCOPLÀSIA

- ▶ Diagnòstic diferencial
 - ▶ Leucoedema
 - ▶ Nevus blanc espongiforme o nevus de Cannon
 - ▶ *Morsicatio buccarum*
 - ▶ Al·lèrgia de contacte
 - ▶ Estomatitis nicotínica o paladar del fumador
 - ▶ Carcinoma escamós
 - ▶ Carcinoma berrucós
 - ▶ Leucoplàsia oral vellosa
 - ▶ Línia alba
 - ▶ Lupus eritematós
 - ▶ Lliquen pla oral
 - ▶ Sifilis secundària
 - ▶ Queratosis benigna de la cresta alveolar
 - ▶ Candidiasi



LEUCOPLÀSIA

▶ Tractament

Risc de transformació maligna 3 - 17,5%

Depèn de diferents factors: clínics, histològics, localització, mida i recurrència.

- ▶ Eliminació de factors de risc
- ▶ Control anual
- ▶ Criocirurgia o crioteràpia sol ser poc eficaç
- ▶ Cirurgia (més evidència)
- ▶ Làser CO₂: (el més efectiu si varietat homogènia)
- ▶ Quimioprevenició: retinoids tòpics, vitamines A, C i E, carotens i licopè
- ▶ TFD
- ▶ Tòpic: Bleomocina, vitamina A



LESIONS PRENEOPLÀSIQUES DE SCC

- ▶ Queratosis actíniques
- ▶ Queilitis actíniques
- ▶ Malaltia de Bowen
- ▶ Eritroplàsia de Queyrat
- ▶ Leucoplàsia
- ▶ Lliquen pla oral
- ▶ Fibrosi submucosa oral
- ▶ Papulosi bowenoide
- ▶ Poroqueratosi



LIQUEN PLA ORAL

- ▶ Etiologia desconeguda: relació amb VHC/B?
- ▶ Malaltia inflamatoria autoimmune (LT contra cèl·lules basals de l'epiteli de la mucosa oral)
- ▶ Pot associar-se la forma cutània, del cuir pilós i/o ungueal

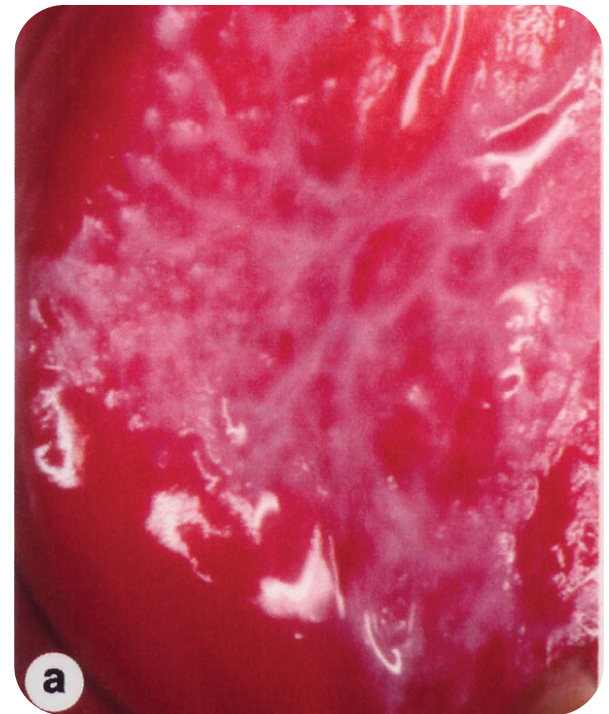


LIQUEN PLA ORAL

▶ Formes:

▶ Reticular:

- ▶ La més freqüent
- ▶ Lesió blanca lineal en forma estrellada, de retícula lleugerament sobreelevada, palpable (estríes de Wickham) que no es desprèn al rascat
- ▶ Simètrica i bilateral habitualment
- ▶ Asintomàtica

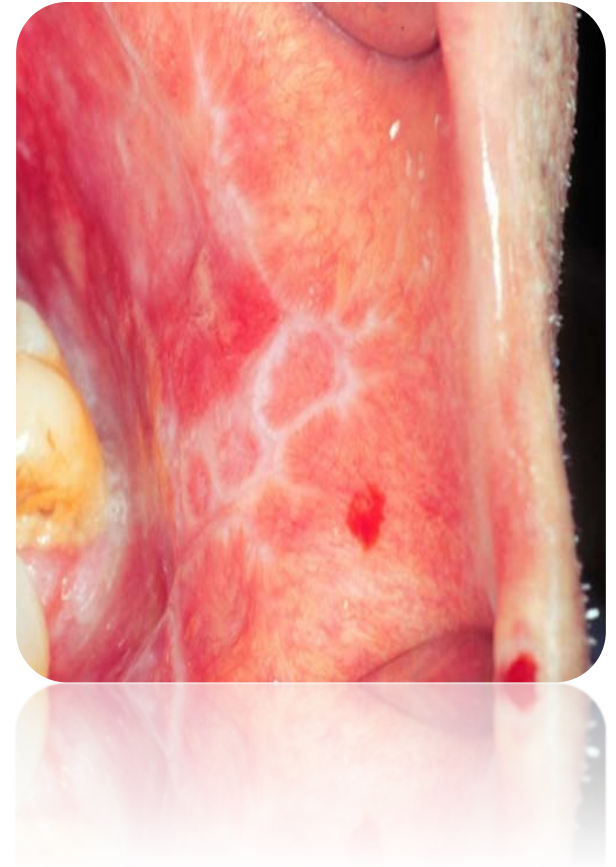


LIQUEN PLA ORAL

▶ Formes:

▶ Atròfica - Erosiva

- ▶ Eritema generalitzat i difús, amb ulceracions sobre una mucosa atròfica
- ▶ Llengua (el més freqüent)
- ▶ Infiltrat inflamatori més dens



LIQUEN PLA ORAL

▶ Tractament:

- ▶ Eliminar factors traumàtics i irritants locals (tabac, alcohol, espècies)
- ▶ Higiene bucal
- ▶ Corticoides tòpics, intralesionals i/o orals
- ▶ Retinoids
- ▶ Immunosupressors: ciclosporina, azatropina



LESIONS PRENEOPLÀSIQUES DE SCC

- ▶ Queratosis actíniques
- ▶ Queilitis actíniques
- ▶ Malaltia de Bowen
- ▶ Eritroplàsia de Queyrat
- ▶ Leucoplàsia
- ▶ Lliquen pla oral
- ▶ **Fibrosi submucosa oral**
- ▶ Papulosi bowenoide
- ▶ Poroqueratosi



FIBROSI SUBMUCOSA ORAL

- ▶ Més freqüent a Àsia
- ▶ Acúmul de col·làgen → bandes fibroses que poden impedir una correcta opertura bucal i movilització llengua
- ▶ Alteració a la parla i alimentació
- ▶ Etiologia multifactorial: determinats aliments, tabac, deficiències vitamíniques
- ▶ Tractament: suplementes vitamínics, corticoides intralesionals, pentoxifilina, cirurgia...



LESIONS PRENEOPLÀSIQUES DE SCC

- ▶ Queratosis actíniques
- ▶ Queilitis actíniques
- ▶ Malaltia de Bowen
- ▶ Eritroplàsia de Queyrat
- ▶ Leucoplàsia
- ▶ Lliquen pla oral
- ▶ Fibrosi submucosa oral
- ▶ **Papulosi bowenoide**
- ▶ Poroqueratosi



PAPULOSI BOWENOIDE

- ▶ La papulosis bowenoide és una entitat clinicohistopatològica que es caracteritza per la presència de lesions papuloses llises i/o verrocoses múltiples en zones genitoinguinals.
- ▶ A l'exàmen histopatològic, presenta característiques de carcinoma *in situ* (enfermetat de Bowen).



PAPULOSI BOWENOIDE

▶ Etiologia

- ▶ VPH 16, en 85% casos.
- ▶ En dones, existeix una forta associació entre VPH 16 i el carcinoma cervicouteri.
- ▶ Petit percentatge de pacients: VPH 31, 32, 34, 35, 39, 42, 48, 51 y 54.
- ▶ Ocasionalment, infecció concomitant amb VPH 6 (condilomes acuminats).



PAPULOSI BOWENOIDE

▶ Clínica

- ▶ Joves, sexualment actius.
- ▶ Home: sobretot prepuci.
- ▶ Dones: llavis majors i menors, clítoris, engonals i regió perianal.
- ▶ Múltiples pàpules vermelles-marronoses lleugerament sobreelevades, ben delimitades.
- ▶ Ocasionalment, aspecte verrucós.
- ▶ Asimptomàtiques o prurit.
- ▶ La hiperpigmentació és més freqüent en les dones.



PAPULOSI BOWENOIDE

▶ Tractament

- ▶ Conservador.: excisió simple parcial o total, 5-fluorouracil tòpico, electrocoagulació, crioteràpia, làserterapia, retinoides tòpics, imiquimod, interferó alfa, beta i gamma, podofilina i bleomicina intralesional.
- ▶ Conducta expectant amb controls clínics i biopsies repetides.
- ▶ Controls ginecològics.



FACTORS QUE PREDISPOSEN A CÀNCER ESPINOCEL·LULAR CUTANI



FACTORS DE RISC

- ▶ Radiodermatitis
- ▶ Úlceres cròniques i cicatrius
- ▶ Xeroderma pigmentoso
- ▶ Epidermodisplàsia verruciforme
- ▶ Lliquen escleroatròfic genital
- ▶ Exposició a productes químics



FACTORS DE RISC

- ▶ Radiodermatitis
- ▶ Úlceres cròniques i cicatrius
- ▶ Xeroderma pigmentoso
- ▶ Epidermodisplàsia verruciforme
- ▶ Exposició a productes químics



RADIODERMITIS

- ▶ Lesions cutànies que apareixen després de l'exposició a radiacions ionitzants.
- ▶ Els canvis cutanis depenen de: dosi total rebuda, profunditat i susceptibilitat individual.
- ▶ Tipus:
 - Aguda: període de latència de 6-12 dies,
 - Crònica: apareixen les lesions > 2 anys de l'exposició.



FACTORS DE RISC

- ▶ Radiodermatitis
- ▶ Úlceres cròniques i cicatrius
- ▶ Xeroderma pigmentoso
- ▶ Epidermodisplàsia verruciforme
- ▶ Exposició a productes químics



ÚLCERES CRÒNIQUES I CICATRIUS

- ▶ Predisposen a major risc de carcinoma espinocel·lular.
- ▶ Úlcera de Marjolin: carcinoma epidermoide que apareix sobre una úlcera crònica (cremada, radioteràpia prèvia, hidrosadenitis supurativa, cicatriu de gangrena de Fourier...).
- ▶ Segona tumoració més freqüent: carcinoma basocel·lular.
- ▶ Major risc de carcinoma epidermoide en cicatrius grans.
- ▶ Pacients amb malalties inflamatòries cutànies.



FACTORS DE RISC

- ▶ Radiodermatitis
- ▶ Úlceres cròniques i cicatrius
- ▶ **Xeroderma pigmentoso**
- ▶ Epidermodisplàsia verruciforme
- ▶ Exposició a productes químics



XERODERMA PIGMENTOSO

- ▶ Herència autosòmica recessiva.
- ▶ Alteració en la reparació del DNA.
- ▶ Intensa sensibilitat a la radiació actínica.
- ▶ Clínica:
 - ▶ Pigmentació oculocutània.
 - ▶ Presència de múltiples tumors.
 - ▶ Poiquilodermia.
 - ▶ Xerosis cutània.
 - ▶ Manifestacions neurològiques (30% casos).



FACTORS DE RISC

- ▶ Radiodermatitis
- ▶ Úlceres cròniques i cicatrius
- ▶ Xeroderma pigmentoso
- ▶ **Epidermodisplàsia verruciforme**
- ▶ Exposició a productes químics



EPIDERMODISPLÀSIA VERRUCIFORME

- ▶ Genodermatosi d'origen multifactorial.
- ▶ Herència principalment autosòmica recessiva.
- ▶ Primeres manifestacions a la infància i pubertat.
- ▶ Tercera dècada: degeneració maligne.



EPIDERMODISPLÀSIA VERRUCIFORME



Lesions màculoescamoses hipocròmiques. Evolucionen a pàpules rosades afectant a extremitats distals, respectant palmes i plantes.



Lesions similars a queratosis actíniques que se sobreeleven i poden degenerar a carcinoma escamós (tumor més freqüent en la enfermetat).



FACTORS DE RISC

- ▶ Radiodermatitis
- ▶ Úlceres cròniques i cicatrius
- ▶ Xeroderma pigmentoso
- ▶ Epidermodisplàsia verruciforme
- ▶ Exposició a productes químics



PRODUCTES QUÍMICS

- ▶ Arsènic i hidrocarburs aromàtics originats per la combustió del petroli.
- ▶ Fàrmacs que contenen arsènic.
- ▶ Exposició ocupacional.
- ▶ Aigua contaminada.



MOLTES GRÀCIES!

MOLTES GRÀCIES!

