

Carcinoma cutáneo de células escamosas avanzado

- 2 ¿Qué es el carcinoma cutáneo de células escamosas?
- 6 ¿Qué es el cCCE avanzado?
- 7 cCCE metastásico
- 10 Diagnóstico
- 12 Biopsias adicionales
- 14 Estadificación
- 18 Cirugía
- 20 Radioterapia
- 21 Tratamiento sistémico
- 22 Preguntas para hacer al médico sobre el tratamiento
- 24 ¿Cómo puedo ayudarme?
- 25 Cuidados paliativos
- 26 Investigación
- 28 Preguntas
- 29 Recursos de utilidad

KARGER

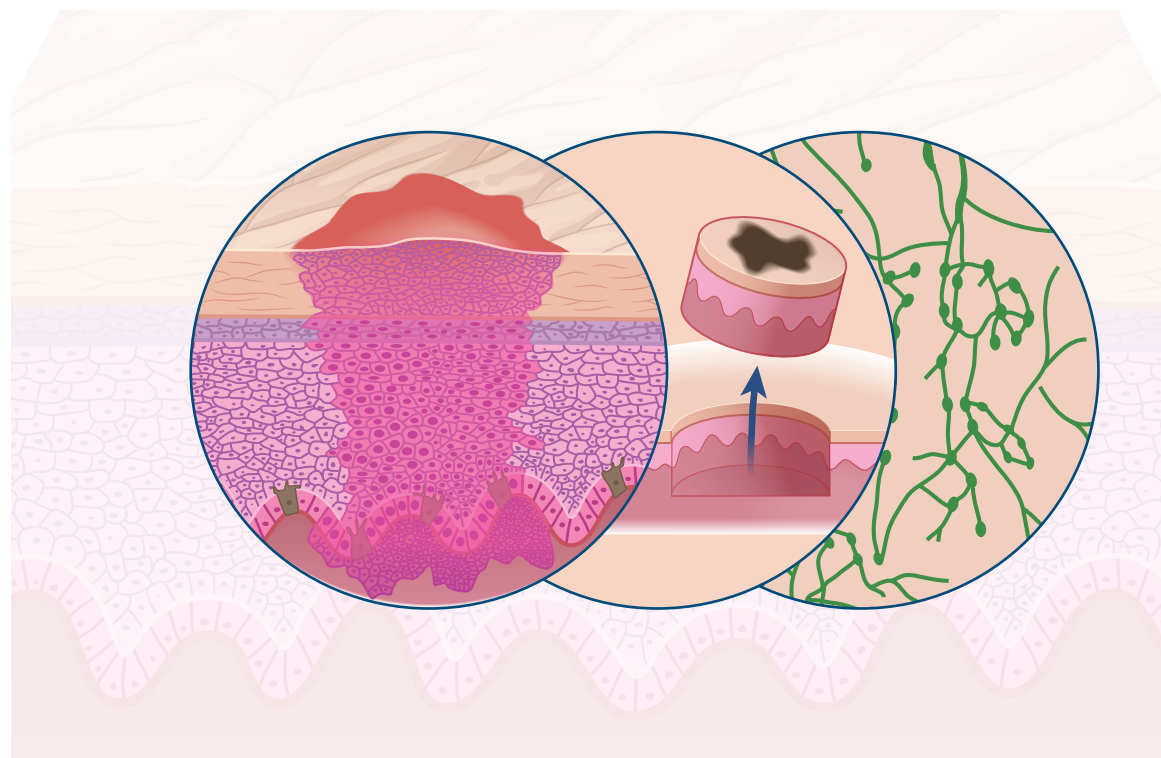
ISBN 978-3-318-06721-7



9 783318 067217 >

Carcinoma cutáneo de células escamosas avanzado

Una obra de la dermatóloga y especialista en cáncer de piel
Dra. Sarah T Arron



Primero, los datos...

- 1** El carcinoma cutáneo de células escamosas (abreviado cCCE) se suele tratar con cirugía, sin necesidad de una terapia adicional.
 - 2** Los cCCE de grandes dimensiones, los que presentan características de alto riesgo al microscopio o los que reaparecen después de la cirugía suelen requerir pruebas y tratamientos adicionales.
 - 3** Un cCCE es «avanzado» si penetra (invade) zonas más profundas de la piel o se disemina hacia otras partes del organismo.
 - 4** El diagnóstico del cCCE avanzado incluye el análisis de biopsias de la piel y de los ganglios linfáticos con el microscopio y, en ocasiones, con tomografías o imágenes de la zona.
 - 5** El cCCE avanzado se trata con cirugía, radioterapia o medicamentos, o con una combinación de ellos.
 - 6** Si el tratamiento no tiene éxito, los cuidados paliativos ayudan a aliviar los síntomas del cáncer.
-

El propósito de este libro es ayudarle a entender las opciones que tiene, para que así pueda hablar con los médicos, las enfermeras y el equipo médico sobre su cáncer y su tratamiento. Utilice los espacios en blanco que hay en las páginas para organizar sus notas y dudas.

Mis principales dudas

Anote aquí todo sobre lo que quiera hablar con su médico...

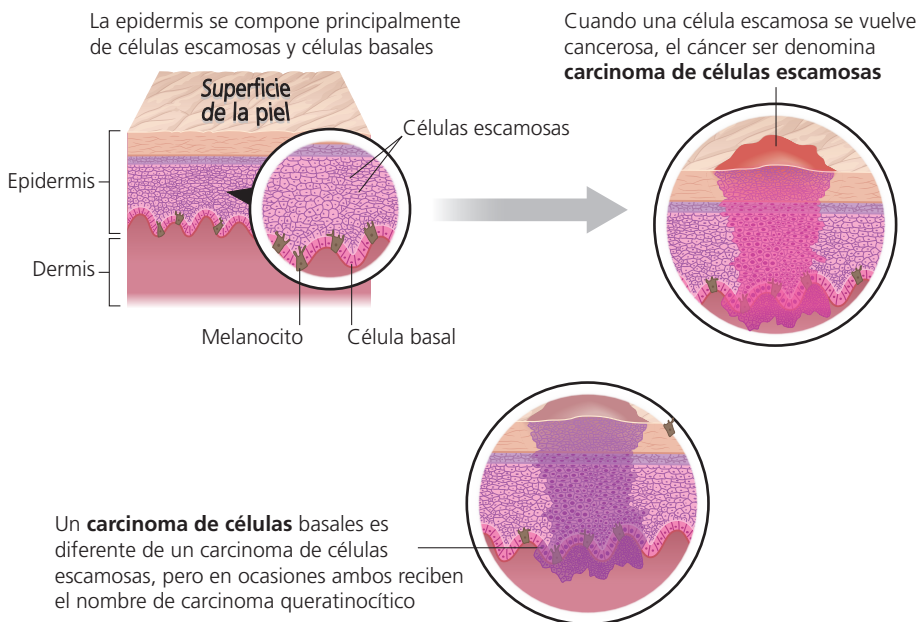
¿Qué es el carcinoma cutáneo de células escamosas?

El carcinoma cutáneo de células escamosas (abreviado cCCE) es un tipo de cáncer que crece en la capa más externa de la piel (cutáneo = de la piel) llamada **epidermis**. Es la barrera del organismo frente al entorno que nos rodea.

Las células escamosas también se encuentran en las mucosas de algunas estructuras anatómicas, como la garganta, los pulmones y el cuello uterino. Aunque estas células también pueden convertirse en carcinomas de células escamosas, estos cánceres son diferentes al cCCE.

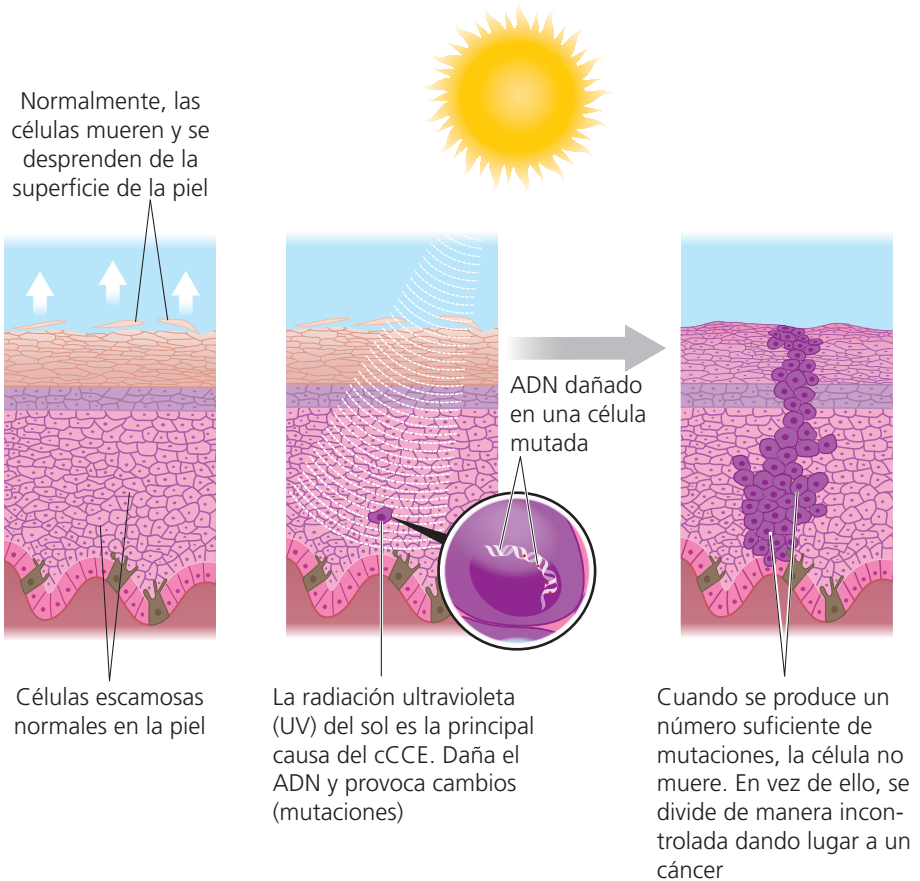
Cuando lea acerca del carcinoma de células escamosas, **compruebe si la información se refiere al de piel o al de tipo cutáneo**.

El cCCE y el carcinoma basocelular son **cánceres de piel no melanoma**. Se diferencian del cáncer melanoma en que este procede de un tipo de célula diferente: el melanocito.

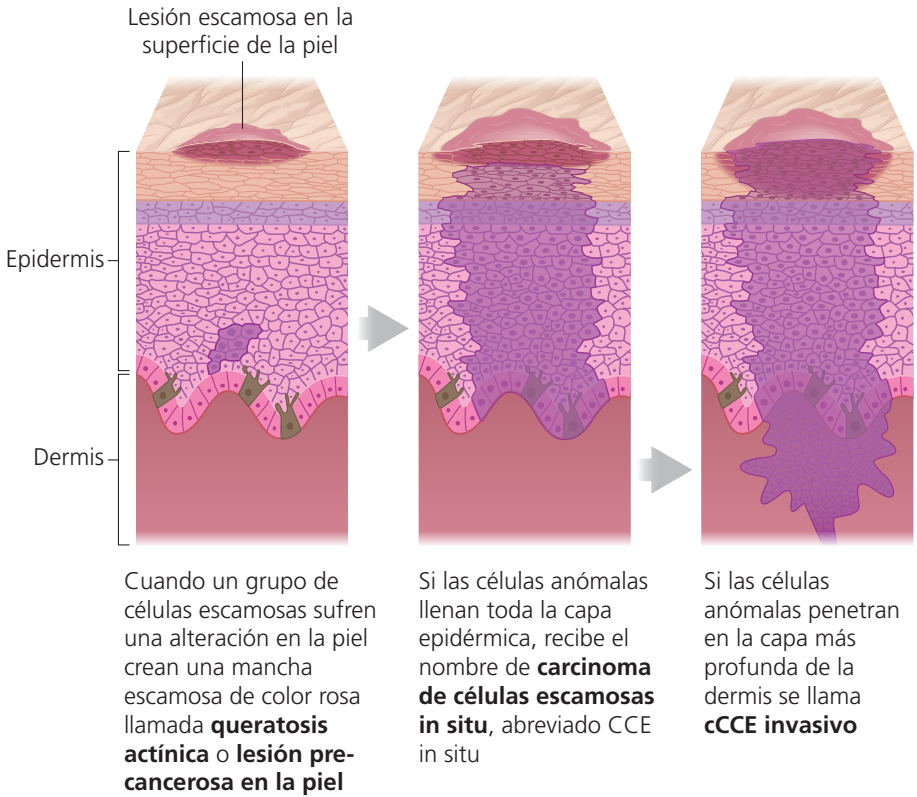


¿Por qué tengo cCCE?

Algunas personas tienen mayor propensión a desarrollar cCCE que otras, por ejemplo, es más común en hombres mayores de tez blanca.¹ También tienen mayor riesgo las personas con pecas o que se queman fácilmente con el sol, o quienes han pasado mucho tiempo al aire libre o han utilizado camas de bronceado.



Algunos medicamentos aumentan la sensibilidad al sol y el riesgo de padecer cáncer. Además, la aparición del cCCE también es más probable en personas a las que el sistema inmunitario no les funciona correctamente.



Sobre las lesiones precancerosas y cancerosas

Como el cCCE está provocado por la luz del sol, es habitual que los pacientes que hayan sufrido frecuentes quemaduras solares tengan más de un cCCE.

Sin embargo, la presencia de más de un cCCE en una zona de piel con daño solar no es lo mismo que tener un cCCE que se ha diseminado por otras partes del cuerpo. En el capítulo siguiente hablaremos de la diseminación del cCCE.

¿Sabía que...?

En ocasiones, el CCE que aparece en el interior de la boca o de la garganta se llama **CCE de cabeza y cuello**, y puede confundirse fácilmente con el CCE de piel que aparece en la piel del rostro, la cabeza o el cuello.

Algunas dudas que puede tener

- **¿Es el cCCE contagioso?**

No, el cCCE no es contagioso. No puede haberlo cogido de otra persona y tampoco puede transmitírselo a nadie.

- **¿He heredado el cCCE de mis padres?**

La respuesta a esta pregunta no está tan clara; en parte sí y en parte no.

Si tiene la piel blanca y los ojos o el pelo de color claro, entonces ha heredado los factores de riesgo para desarrollar cCCE de sus padres. Pero el cCCE no suele considerarse una enfermedad genética.

Sin embargo, hay excepciones en las que el cCCE aparece porque la persona tiene una enfermedad genética muy rara, como el xeroderma pigmentoso o el albinismo oculocutáneo. Estos trastornos hacen que la persona sea más propensa a sufrir cCCE. Pero de manera general, el cCCE no está relacionado con una enfermedad genética hereditaria.

Mis preguntas

¿Qué es el cCCE avanzado?

El cCCE que se ha diagnosticado primero se llama **cCCE primario**. Suele tratarse de un cáncer aislado en la piel y se puede extirpar mediante cirugía.

Pero en algunos casos el cáncer puede ser más agresivo, entonces se denomina «avanzado». Un cCCE avanzado puede:

- estar **localmente avanzado**, lo que significa que ha crecido mucho o que es difícil de extirpar, o
- ser **metastásico**, es decir, se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

La cronología del cCCE avanzado difiere de una persona a otra.

En algunos pacientes, un cCCE primario que se ha tratado quirúrgicamente puede reaparecer en el mismo lugar pasado un tiempo; en este caso se trata de un **cáncer recurrente**.

A otras personas se les diagnostica simultáneamente cCCE primario y metastásico.

Y a otras se les diagnostica cCCE metastásico en otros lugares del cuerpo varios años después del tratamiento del cCCE primario.

Invasión local

cCCE localmente avanzado

El cCCE localmente avanzado puede crecer en áreas cercanas sanas, como la grasa subyacente, el músculo o el hueso, según la localización del cáncer. También puede afectar a una parte cercana del cuerpo, como el ojo o el oído.

Invasión perineural

El cCCE localmente avanzado también puede crecer en los nervios de la piel, o a lo largo de la envoltura o la vaina que rodea los nervios. En este caso se llama invasión perineural, diseminación perineural o metástasis perineural.

cCCE metastásico

¿Por qué se disemina el cCCE?

No es habitual que el cCCE se extienda a otras partes del cuerpo. Sin embargo, el cCCE primario puede tener algunas características de alto riesgo que hacen que esta diseminación pueda ser más probable como:

- un tamaño grande (más de 2 cm)
- reaparece en el mismo lugar después de la cirugía
- afecta a los oídos o a los labios.^{1,2}

También hay algunas características que pueden observarse en la biopsia en el laboratorio:

- los nervios están afectados (invasión perineural – ver la página 6)
- las células cancerosas están poco diferenciadas. Esto significa que tienen forma fusiforme (forma de huso) o son diferentes de las células cancerosas habituales
- el cáncer ha creado a su alrededor una zona de aspecto diferente (llamada **desmoplasia**)
- el cáncer ha penetrado (invadido) en las capas profundas de la piel llegando hasta la grasa, el músculo o el hueso que hay debajo.

El cCCE también tiene mayor tendencia a diseminarse en personas inmunodeprimidas. Esto sucede en algunas enfermedades, como la leucemia, el linfoma y el VIH/SIDA, y después de un trasplante de órgano.

¿Qué es una biopsia?

Una biopsia es un procedimiento para extraer una muestra de tejido de una zona. Esta muestra se puede enviar al laboratorio para obtener más información sobre los tipos de células que contiene; por ejemplo, un patólogo puede examinar al microscopio qué células están implicadas.

También se suelen tomar muestras de los ganglios linfáticos, porque en ellos se acumulan las células cancerosas. Estos nódulos pueden ser el primer sitio en mostrar signos de que el cáncer se está diseminando. En la página 13 encontrará más información.

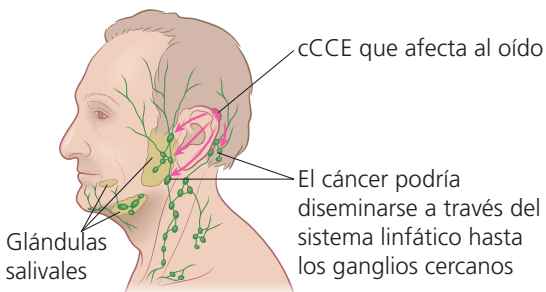
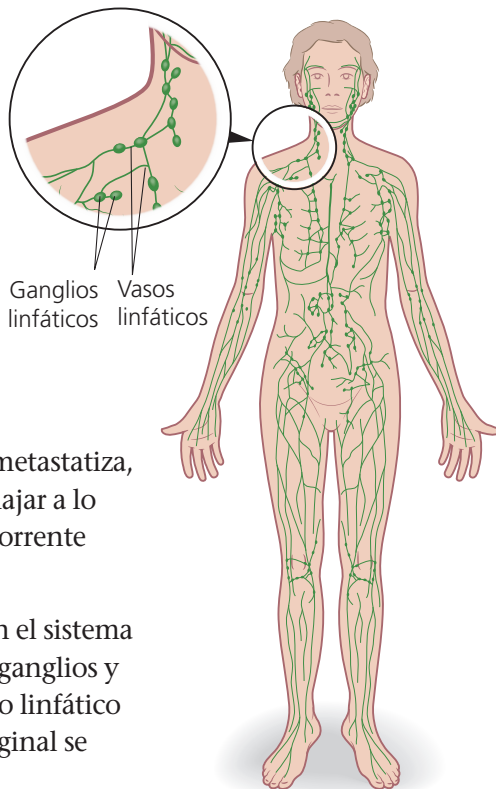
Metástasis regionales y en tránsito

El sistema linfático se compone de pequeños vasos y ganglios linfáticos. Recorre el organismo paralelamente a los vasos sanguíneos. (Ganglios linfáticos = «glándulas».)

Es una parte importante del sistema inmunitario, porque a través de él las células inmunitarias recorren el organismo.

Cuando el cCCE se disemina, o metastatiza, a otras partes del cuerpo, suele viajar a lo largo del sistema linfático o del torrente sanguíneo.

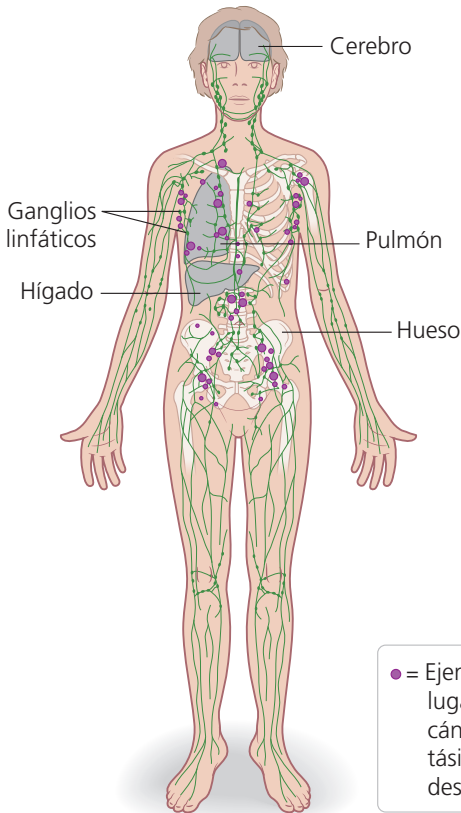
Las células del cCCE que invaden el sistema linfático pueden llegar hasta los ganglios y crecer en ellos. Cuando el ganglio linfático afectado está cerca del tumor original se llama **metástasis regional**.



Muy raramente, el cCCE se extiende a través del sistema linfático y crece formando múltiples tumores bajo la piel a lo largo de la vía linfática. Esto es lo que se llama **metástasis en tránsito**.

Metástasis a distancia

Las metástasis a distancia ocurren cuando las células del cCCE se diseminan más allá de los ganglios linfáticos regionales y llegan a ganglios o a órganos situados en otras partes del cuerpo, como se muestra en el diagrama:



El lugar en el que se encuentra el tumor primario influye sobre la dirección en la que el cáncer se va a diseminar, aunque los médicos no siempre pueden predecir dónde va a aparecer.

Si le han diagnosticado metástasis a distancia puede ver y anotar su localización en el diagrama.

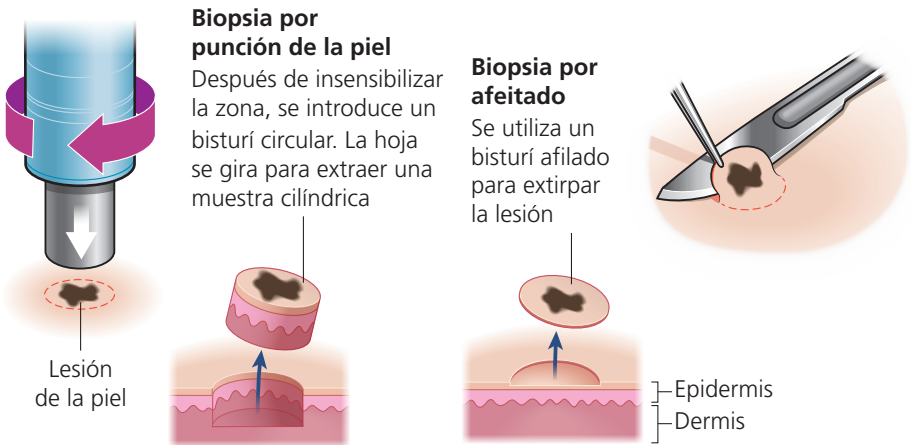
¿Se ha diseminado mi cáncer?

Diagnóstico

Toma de una biopsia cutánea para el diagnóstico

Por lo general, un cCCE aparece como un bulto nuevo o una úlcera en la piel, y se diagnostica mediante una biopsia cutánea.² La biopsia es un procedimiento menor que se hace en la consulta del médico, normalmente en la misma cita en la que se examina la piel.

Para tomar la biopsia, el médico limpia la zona de la piel e inyecta una pequeña cantidad de anestésico local para insensibilizarla. Después toma una muestra del tumor y sutura la zona con unos puntos, o deja que la herida cicatrice sin cerrarla. En la mayoría de los casos la biopsia es suficiente para hacer el diagnóstico y el plan de tratamiento que, por lo general, suele ser una intervención quirúrgica. En este caso no son necesarias pruebas adicionales.



Pruebas adicionales

Cuando el cCCE está avanzado suele resultar útil hacer otras evaluaciones. Son pruebas **complementarias** o de **estadificación**, y pueden ayudar a planificar la cirugía. O el médico también puede recomendarlas después de la intervención para determinar si es necesario más tratamiento. En las páginas siguientes se describen algunas de estas pruebas.

Pruebas de diagnóstico por la imagen (escáner)

El tipo de pruebas de diagnóstico por la imagen depende de su tipo de cáncer, y en algunas personas no son necesarias.

TAC (= tomografía axial computarizada)

Un TAC consiste en tomar una serie de radiografías para obtener una imagen transversal del cuerpo. El TAC se emplea para ver si el cCCE se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos o si ha invadido el hueso.

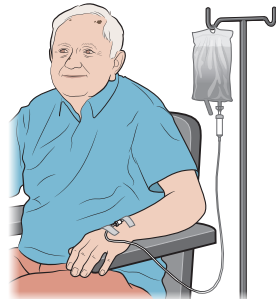
RM (= resonancia magnética)



La RM crea la imagen de una zona usando un campo magnético. Igual que el TAC, proporciona una imagen transversal.

PET (= tomografía por emisión de positrones)

Antes de hacer el PET se administra un radiomarcador de manera intravenosa. El radiomarcador se distribuye por todo el organismo y se acumula allí donde hay células cancerosas. Esto es lo que detecta el escáner. El PET se utiliza para ver si el cáncer se ha diseminado. Con frecuencia, el paciente se somete a un PET y a un TAC o una RM.



Ecografía

La ecografía utiliza ondas de sonido de alta frecuencia. Se emplea para detectar si el cáncer ha llegado hasta los ganglios linfáticos, o para examinarlos después de la cirugía.

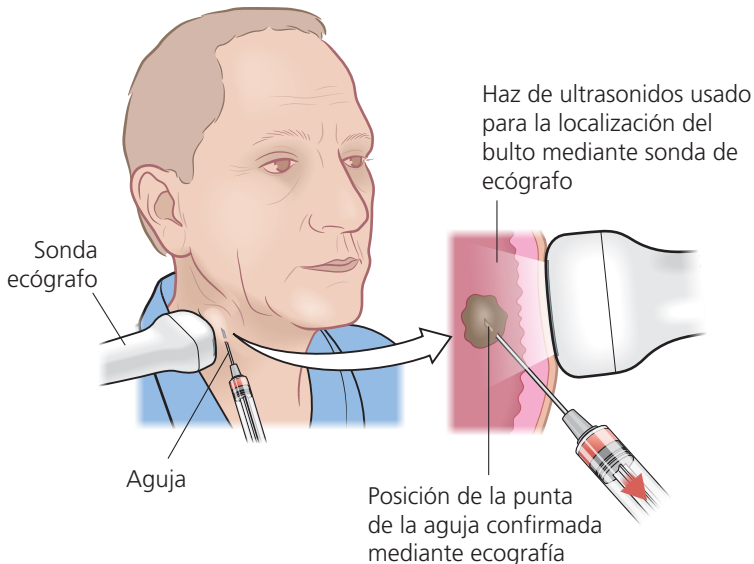
Biopsias adicionales

Biopsia por punción

Si el médico nota un bulto en una zona más profunda bajo la piel, o si en las imágenes del diagnóstico se aprecia un bulto sospechoso en uno de los ganglios linfáticos, puede tomar una muestra de la zona con una biopsia por punción o mediante aspiración con una aguja fina.²

Para ello limpia la zona de la piel e inyecta una pequeña cantidad de anestésico para insensibilizarla. Si el bulto es difícil de palpar puede intentar localizarlo mediante ecografía.

Después introduce una aguja en la piel para coger una muestra de las células del bulto. Este procedimiento se puede repetir varias veces. Cuando la biopsia está completa, se envía al laboratorio. Pregunte al médico cuándo recibirá los resultados.



Biopsia de un ganglio centinela

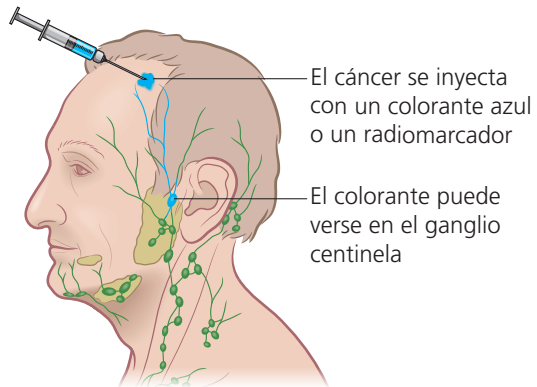
La biopsia de un ganglio centinela se utiliza para ver si el cCCE ha llegado al sistema linfático; los **ganglios centinelas** son los primeros ganglios linfáticos que se verían afectados en caso de diseminación del cáncer.²

Para identificar los ganglios centinelas se inyecta un radiomarcador, un colorante azul o ambos en la zona del cCCE primario. El radiomarcador se inyecta unas horas o un día antes de la intervención quirúrgica. El colorante azul se suele inyectar durante la operación.

El colorante, o el radiomarcador, viaja a través del sistema linfático hasta los ganglios cercanos. El cirujano detecta el radiomarcador por su radiactividad, mientras que el colorante tiñe los ganglios linfáticos de azul. Una vez que se han identificado los ganglios centinelas se extraen uno o varios, y se envían al laboratorio para analizar si contienen células tumorales.

El riesgo de esta intervención depende de la localización del cáncer y de los ganglios linfáticos.

Pregunte a su cirujano qué significado tiene esto en su caso.



Extirpación de otros ganglios linfáticos en la zona

Si le van a hacer una biopsia de un ganglio centinela, o si presenta signos de cCCE en los ganglios linfáticos, los cirujanos decidirán si deben extirpar por completo otros ganglios de la zona.

Estadificación

La estadificación del cáncer es un modo de describir el grado en que este ha crecido o se ha diseminado. La estadificación del cCCE permite al equipo médico informarle mejor sobre su enfermedad, sobre las opciones de tratamiento y sobre el pronóstico.

El cCCE se estadifica usando un sistema llamado TNM:

- La letra T describe cuán avanzado es el tumor, y abarca desde T1 (poco avanzado) hasta T4 (el más avanzado).
- La letra N indica si el cCCE ha llegado a los ganglios linfáticos: N1 o superior significa que hay células del cáncer en los ganglios linfáticos.
- La letra M señala si hay cáncer metastásico en otros lugares además de en los ganglios linfáticos: M1 significa que el cCCE se ha diseminado.




Las puntuaciones T, N y M se combinan para indicar la estadificación global. El carcinoma «in situ» o Tis significa que hay células cancerosas, pero que no han llegado a traspasar la capa epidérmica ni a invadir la dermis.

Determinación del estadio del cáncer¹

Puntuación T: si el tumor...	La puntuación T es:
se encuentra en la capa epidérmica de la piel	Tis
tiene un tamaño igual o inferior a 2 cm	T1
tiene un tamaño de 2 a 4 cm	T2
es mayor de 4 cm o está comenzando a afectar al hueso o a los nervios vecinos, ha invadido la capa de grasa debajo de la piel o su profundidad es superior a 6 mm	T3
está penetrando en el hueso	T4

Los procedimientos de estadificación no siempre son necesarios

No todos los cCCE necesitan un diagnóstico por la imagen o una biopsia del ganglio linfático centinela; dependerá de las características iniciales del tumor. Si el riesgo de que el cáncer se disemine es bajo, es posible que los riesgos del diagnóstico por imagen o de la biopsia superen al posible beneficio.

Puntuación N: ¿están afectados los ganglios linfáticos?	La puntuación N es:
No	N0
 <p data-bbox="259 268 806 335">Un ganglio afectado, mismo lado, tamaño inferior a 3 cm y no se ha diseminado fuera del ganglio</p>	N1
<p data-bbox="116 389 806 456">Un ganglio afectado, mismo lado, tamaño inferior a 3 cm pero ha empezado a diseminarse fuera del ganglio, o</p> <p data-bbox="116 466 772 533">Un ganglio, mismo lado, tamaño entre 3 y 6 cm pero no se ha diseminado fuera del ganglio</p>	N2a
<p data-bbox="116 590 694 657">Más de un ganglio afectado, mismo lado, tamaño inferior a 6 cm y no se ha diseminado fuera de los ganglios</p>	 <p data-bbox="873 545 1022 699">N2b</p>
 <p data-bbox="259 724 840 823">Más de un ganglio afectado, ambos lados o lado opuesto, tamaño inferior a 6 cm y no se ha diseminado fuera de los ganglios</p>	N2c
<p data-bbox="116 865 869 893">Superior a 6 cm pero no se ha diseminado fuera del ganglio (o los ganglios)</p>	N3a
<p data-bbox="116 938 781 1005">Un ganglio afectado, mismo lado, tamaño superior a 3 cm y ha empezado a diseminarse fuera del ganglio o</p> <p data-bbox="116 1015 853 1082">Varios ganglios (mismo lado, lado opuesto o ambos lados) afectados y al menos uno se ha diseminado fuera del ganglio, o</p> <p data-bbox="116 1091 848 1158">Un ganglio afectado en el lado opuesto y ha empezado a diseminarse fuera del ganglio</p>	N3b

Guía del vocabulario

Mismo lado (ipsilateral): ganglio linfático en el mismo lado del cuerpo que el tumor

Lado opuesto (contralateral): ganglio linfático en el lado opuesto del cuerpo que el tumor

Ambos lados (bilateral): ganglios linfáticos en ambos lados del cuerpo

Diseminación fuera del ganglio linfático: ha empezado a invadir la capa de grasa alrededor del ganglio

Puntuación M: ¿se ha diseminado el cáncer a otro lugar del cuerpo?	La puntuación M es:
No	M0
Sí	M1

Si la T es:	Y la N es:	Y la M es:	El cáncer se encuentra en el estadio:
Tis	N0	M0	0
T1	N0	M0	I
T2	N0	M0	II
T3	N0	M0	III
T1	N1	M0	III
T2	N1	M0	III
T3	N1	M0	III
T1	N2	M0	IV
T2	N2	M0	IV
T3	N2	M0	IV
Cualquier T	N3	M0	IV
T4	Cualquier N	M0	IV
Cualquier T	Cualquier N	M1	IV

Las puntuaciones TNM de mi cáncer y el estadio			
T:	N:	M:	Estadio:

Las características de mi cáncer

Anote aquí las características que el médico le ha dicho del cáncer (por ejemplo, su localización o diseminación)...

La evolución del cáncer

Escriba aquí la evolución de su cáncer si le pudiera resultar de utilidad (por ejemplo, ¿es recurrente?) ...

Mis preguntas

Anote aquí las preguntas que quiera hacerle al médico...

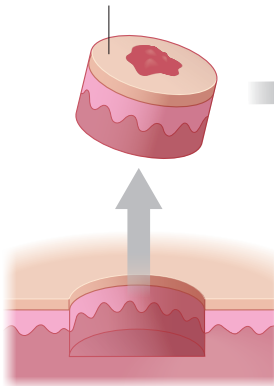
Cirugía

Escisión local amplia

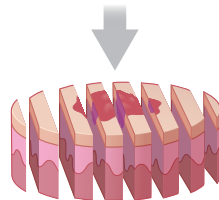
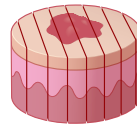
Con la escisión local amplia se extirpa el cáncer y parte del tejido sano alrededor de él, y después se reconstruye la piel y el área circundante.

La parte de tejido sano se llama **margen** y se envía al laboratorio para comprobar si presenta signos de cáncer. Si el margen está libre, es muy probable que el cáncer se haya extirpado. El patólogo también comprobará si en las muestras del cáncer se observan características de alto riesgo.

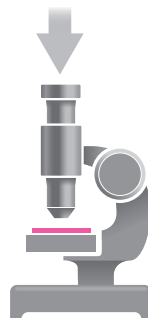
La parte visible del cáncer se extirpa junto con un anillo de piel circundante (margen)



En la cirugía pueden participar más de un cirujano. Dependerá de la localización del cáncer.



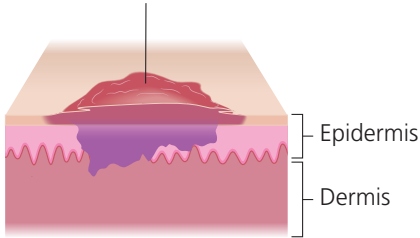
La sección extirpada se corta para poder analizarla al microscopio



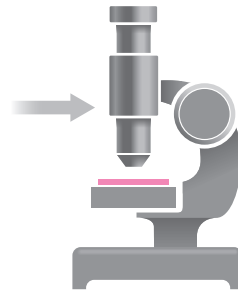
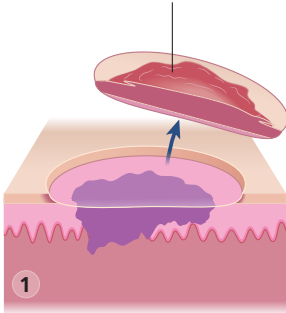
Cirugía micrográfica de Mohs

La cirugía micrográfica de Mohs se utiliza para algunos cánceres localmente avanzados. Durante la intervención se extirpan capas de la piel y se comprueba si tienen cáncer. El procedimiento se continúa hasta que el cáncer se ha extirpado por completo.

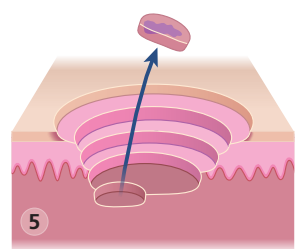
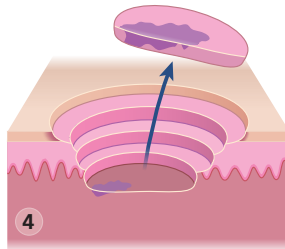
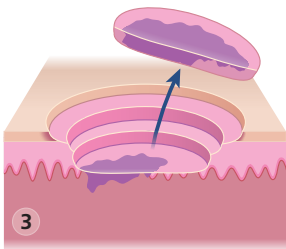
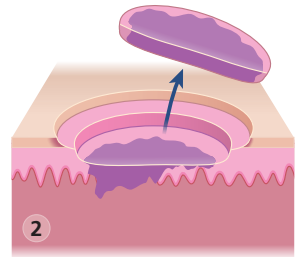
Lesión en la superficie de la piel



Se extirpa una sección de la piel y se examina al microscopio para comprobar si presenta cáncer



Este proceso se repite hasta que no hay evidencia del tumor en la capa extirpada

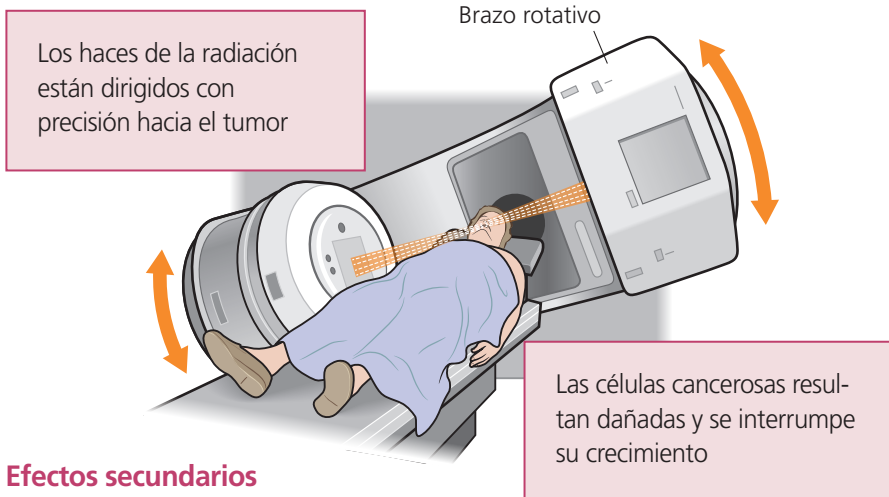


Radioterapia

En ocasiones, el médico podría recomendarle sesiones de radioterapia:

- para prevenir que el cCCE avanzado reaparezca después de su completa extirpación quirúrgica (**terapia adyuvante**), o
- para tratar las células cancerosas que puedan quedar si el cáncer no se ha podido extirpar por completo con la cirugía, o
- para tratar el cCCE avanzado que no se puede curar con cirugía (**terapia definitiva**), o
- si pueden ayudar a aliviar el dolor o los síntomas de un cCCE incurable (**radiación paliativa**).²

Primero se hace una máscara o un molde personalizado. La utilizará en todos los tratamientos para asegurar que usted está colocado siempre en la misma posición. Después se toman las imágenes y se planifica el tratamiento. Es posible que se tengan que hacer pequeñas marcas o tatuajes para garantizar que se encuentra siempre en la misma posición.



Efectos secundarios

Los efectos secundarios pueden ser fatiga, pérdida del apetito, cambios en la piel o pérdida del cabello. Si la radioterapia incluye la cabeza o el cuello es posible que aparezcan llagas en la boca, se altere el sentido del gusto, se produzcan caries o tenga dificultades para tragar.

Tratamiento sistémico

Si el cCCE se ha diseminado por el cuerpo se necesita un tratamiento sistémico (vea las páginas 7-9). El especialista en el tratamiento médico del cáncer (oncólogo) le prescribirá el tratamiento. Hable con él acerca de sus opciones terapéuticas y de los riesgos y beneficios de cada una de ella.

La **quimioterapia** destruye las células cancerosas directamente

Los posibles efectos secundarios incluyen: náuseas, vómitos, pérdida del apetito, pérdida del cabello, fatiga, anemia (disminución de la concentración de glóbulos rojos), riesgo de infección, alteraciones en la audición/zumbidos de oídos, neuropatía (entumecimiento y hormigueo en las manos y los pies)^{7,8}

Los **inhibidores moleculares dirigidos** destruyen las células bloqueando comportamientos específicos del cáncer

Los posibles efectos secundarios incluyen: erupción cutánea, cambios oculares, diarrea, náuseas, pérdida del apetito, estreñimiento, neutropenia (alteración de la concentración de glóbulos blancos), riesgo de infección, problemas hepáticos, problemas pulmonares^{9,10}

La **inmunoterapia** anula el modo en que el cáncer se esconde del sistema inmunitario del organismo, para que las defensas puedan actuar contra las células cancerosas

Los posibles efectos secundarios incluyen: fatiga, erupción cutánea, diarrea, náuseas, pérdida del apetito, estreñimiento, mialgias, problemas autoinmunes¹¹

Comunique al médico cualquier cambio que experimente; los efectos secundarios pueden variar de una persona a otra

Preguntas para hacer al médico sobre el tratamiento

Si se va a someter a una **cirugía**:

- ¿Cuáles son los riesgos de este procedimiento?
- ¿Debería dejar de tomar mis medicamentos antes de la intervención?
- ¿Qué pasará después de la intervención?
- ¿Necesitaré ayuda en casa durante la recuperación?

Si se va a someter a **radioterapia**:

- ¿Cuáles son los riesgos de la radioterapia?
- ¿A cuántas sesiones me voy a tener que someter?
- ¿Qué pasará durante la radioterapia?
- ¿Necesitaré ayuda en casa?

Si se va a someter a un **tratamiento sistémico**:

- ¿Cuál es el tratamiento adecuado para mí?
- ¿Tendré que ir al hospital para un tratamiento intravenoso?
¿Con qué frecuencia?
- ¿Cómo se sabrá si el tratamiento está funcionando?
- ¿Cómo me sentiré durante el tratamiento?
- ¿Necesitaré ayuda en casa?

Mis preguntas

Anote aquí todas las preguntas que quiera hacer al médico...

¿Cómo puedo ayudarme a mí mismo?

El cuidado de su cuerpo y de su mente puede ayudarle durante el tratamiento y la recuperación.

Haga lo que haga, no se olvide de hacerlo siempre con moderación. Pregunte a su médico si hay algo que le preocupe.

- Coma una dieta equilibrada y variada compuesta de verdura, fruta, pollo y pescado. Reduzca el consumo de grasas, de hidratos de carbono y de dulces.



- Intente hacer ejercicio de manera regular; incluso un paseo diario le ayudará a fortalecerse físicamente (si tiene problemas para andar y de equilibrio hable con su médico)



- Controle su piel para detectar posibles lesiones nuevas, y protéjase del sol con un protector solar, con sombreros y con ropa.

- Salga al aire libre: el aire fresco y la luz del sol (¡por supuesto con protector solar!) tendrán un efecto positivo sobre su estado de ánimo.

- Si fuma intente dejarlo o reducir el número de cigarrillos.

- Si el médico le permite beber alcohol, hágalo con moderación.

- Si está estresado piense en hacer meditación, yoga o técnicas de relajación para calmar la mente.



- Aprenda a apreciar las pequeñas cosas de cada día.

- Si es religioso puede encontrar ayuda en la comunidad.

- Considere la posibilidad de participar en un grupo de apoyo: hablar con otras personas que estén pasando por lo mismo puede servirle de ayuda. Puede buscarlo en internet o preguntar en su centro oncológico.

Investigación

En los cánceres de piel, la investigación se centra en:

- tratamientos nuevos, como inhibidores moleculares selectivos e inmunoterapia (vea la página 21)
- el avance de los métodos para el diagnóstico por la imagen para mejorar las biopsias cutáneas
- el desarrollo de nuevas formas para diagnosticar el cCCE y predecir su desarrollo

La investigación sobre el cCCE no podría ser posible sin las personas:

- que participan en los ensayos clínicos de nuevos medicamentos
- que donan sangre o muestras de tejido para la investigación
- que recaudan fondos para las organizaciones investigadoras de su hospital o de su país.

Si quiere implicarse más en la investigación, hable con su equipo médico acerca de las opciones que tiene, o póngase en contacto con una organización de oncología o una institución benéfica.

Ensayos clínicos

Constantemente se desarrollan nuevas terapias para el cáncer. Una de las formas que tienen los pacientes para poder acceder a tratamientos nuevos es participando en un ensayo clínico. Pregunte a su oncólogo si hay algún ensayo clínico que pueda ser adecuado para usted, y hable con él sobre los riesgos y los beneficios de su participación.

Si quiere informarse más acerca de los ensayos clínicos que hay sobre su cCCE visite las páginas web www.clinicaltrials.gov, www.clinicaltrialsregister.eu, www.anzctr.org.au o busque «bases de datos de ensayos clínicos».

Preguntas

Cada persona se enfrenta al cáncer de un modo. Es posible que usted quiera recopilar información detallada e investigar acerca de su cáncer, o prefiera que su equipo médico le guíe. Estar informado le ayudará a mantener mejores conversaciones y a tomar decisiones sobre su tratamiento y los cuidados.

Algunas entrevistas con su médico pueden contener mucha información nueva y suscitar preguntas. Estrategias como ir acompañado de un familiar o de un amigo y tomar notas le ayudarán a asimilar esta información y a tomar decisiones.

Pregunte todo aquello que le preocupe, y si no está seguro acerca de algún aspecto del tratamiento, vuelva a preguntar. No dude en buscar una segunda opinión; es algo totalmente aceptable.

Incluya en el recuadro siguiente la información sobre los profesionales sanitarios de su equipo médico.

Nombre	Especialidad o función	Información de contacto

Recursos de utilidad

American Academy of Dermatology

www.aad.org

American Cancer Society

www.cancer.org/cancer/basal-and-squamous-cell-skin-cancer.html

American College of Mohs Surgery

www.skincancermohssurgery.org

American Skin Association

www.americanskin.org

Asociación española contra el cáncer (AECC)

www.aecc.es/es

British Association of Dermatologists' patient information

www.skinhealthinfo.org.uk/condition/squamous-cell-carcinomas

British Skin Foundation

www.britishskinfoundation.org.uk

Cancer Research UK

www.cancerresearchuk.org

Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC)

www.gepac.es/

International Cancer Information Service Group members

<https://icisg.org/membership/membership-list>

National Cancer Institute (USA)

www.cancer.gov/types/skin

Skin Cancer Foundation (USA)

www.skincancer.org

U.S. National Institutes of Health clinical trials database

www.clinicaltrials.gov

Glosario

Biopsia: un procedimiento para extraer una muestra de tejido y poder investigar sus características

Carcinoma basocelular: un cáncer que se desarrolla a partir de una célula basal (en vez de a partir de una célula escamosa, como sucede en el cCCE)

cCCE: es la forma abreviada de carcinoma cutáneo de células escamosas

CCE «in situ»: cuando las células escamosas anómalas llenan la capa epidérmica

Cirugía micrográfica de Mohs: un procedimiento quirúrgico en el que se extirpa una zona por capas y se comprueba si estas muestran signos de cáncer: las resecciones continúan mientras las capas sigan mostrando signos de cáncer

Dermis: una capa profunda de la piel situada debajo de la epidermis

Ensayo clínico: un estudio en el que participan personas y con el que se quiere responder a una cuestión específica relacionada con un tratamiento

Epidermis: la capa externa de la piel

Estadio: la extensión del cáncer en el organismo

Ganglio linfático: un ganglio que forma parte del sistema linfático del organismo. Los ganglios filtran el líquido que viaja a través del sistema linfático. También contienen los glóbulos blancos que combaten las infecciones. El sistema linfático tiene cientos de ganglios

Ganglio linfático centinela: es el ganglio linfático que probablemente se verá afectado en primer lugar cuando el cáncer empieza a diseminarse

Invasión perineural: cuando el cáncer se disemina por los nervios

Invasivo: se dice que un cáncer es invasivo si se ha diseminado fuera del área en el que apareció y está penetrando en las zonas sanas circundantes

Localmente avanzado: un cáncer se encuentra localmente avanzado si está invadiendo zonas sanas próximas

Margen: el borde o límite aparentemente normal de la piel (o de otro tejido) que se extirpa en una cirugía por cáncer. Se comprueba si tiene o no células cancerosas. Si no hay células cancerosas se dice que el margen está limpio o que es negativo, y si hay, entonces se dice que está afectado o que es positivo

Melanoma: un cáncer que se desarrolla a partir de un melanocito o de otro tipo de célula que produce pigmento (en vez de a partir de una célula escamosa, como sucede en el cCCE)

Metástasis: cuando las células cancerosas salen del tumor original, viajan hasta otro lugar en el organismo a través de la sangre o del sistema linfático y se desarrolla a partir de ellas un nuevo tumor

PET: es la abreviatura de tomografía por emisión de positrones. Una pequeña cantidad de radiomarcador se inyecta de manera intravenosa y se acumula después en los lugares con cáncer. Estas zonas se reconocen en las imágenes de la tomografía

Queratosis actínica: mancha escamosa de color rosa en la piel formada por células escamosas anómalas (en ocasiones se llama lesión de la piel precancerosa)

Radioterapia: es el uso de la radiación de alta energía de los rayos X, los rayos gamma, los neutrones, los protones y otras fuentes para detener el crecimiento y la división de las células cancerosas

Recidiva: cuando un cáncer vuelve a aparecer después de haber permanecido indetectable durante un tiempo después del tratamiento

RM: es la forma abreviada para decir resonancia magnética. Un ordenador genera imágenes detalladas de zonas del interior del organismo a partir de las señales generadas por las ondas de radio y un imán

TAC: es la abreviatura de tomografía axial computarizada. Un TAC es una imagen tridimensional o una imagen de la zona creada por un ordenador a partir de varias radiografías

Terapia sistémica: tratamiento con medicamentos oncológicos que viajan a través de la sangre y llegan a todas las células cancerosas que hay en el organismo

Bibliografía

1. Que SKT, Zwald FO, Schmults CD. Cutaneous squamous cell carcinoma: incidence, risk factors, diagnosis, and staging. *J Am Acad Dermatol* 2018; 78:237–47.
2. Schmults CD, Blitzblau R, Aasi SZ et al. NCCN clinical practice guidelines in oncology (NCCN Guidelines®) squamous cell skin cancer; version 1.2020 2 October 2019, National Comprehensive Cancer Network Inc. Disponible en NCCN.org (registration required). Hay una versión para pacientes disponible en www.nccn.org/patients/guidelines/squamous_cell/index.html.
3. American Joint Committee on Cancer. *AJCC Cancer Staging Form Supplement. AJCC Cancer Staging Manual*, 8th edn. Chicago: AJCC, 2018.
4. Cancer Research UK. General side effects of radiotherapy. www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cancer-in-general/treatment/radiotherapy/side-effects/general-radiotherapy/about, última vez que fue accedido: 23 de enero de 2020.
5. Cancer Research UK. Sore mouth and problems with your teeth. www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cancer-in-general/treatment/radiotherapy/side-effects/head-and-neck-radiotherapy, última vez que fue accedido: 23 de enero de 2020.
6. NHS. Overview: radiotherapy. www.nhs.uk/conditions/radiotherapy, última vez que fue accedido: 23 de enero de 2020.

Otras fuentes utilizadas en la preparación de este documento

Bolognia JL, Schaffer JV, Cerroni L, eds. *Dermatology*, 4th edn. Philadelphia: Elsevier, 2017.

Koyfman SA, Cooper JS, Beitler JJ et al. ACR Appropriateness Criteria® aggressive nonmelanomatous skin cancer of the head and neck. *Head Neck* 2016;38:175–82.

Tolkachjov SN, Brodland DG, Coldiron BM et al. Understanding Mohs micrographic surgery: a review and practical guide for the nondermatologist. *Mayo Clin Proc* 2017;92:1261–71.



Autora **Dra. Sarah Arron** MD PhD

Profesora Adjunta de Dermatología
Directora, programa de Cáncer de Piel de Alto Riesgo
Jefa de Cirugía Micrográfica de Mohs, San Francisco
Veterans Administration Medical Center
Universidad de California, San Francisco
CA, EE. UU.

© 2020 en esta edición S. Karger Publishers Limited

ISBN: 978-3-318-06721-7

Preguntas para el editor

¿Qué es lo que le ha resultado más útil de este libro? ¿Qué hecha en falta?
¿Sigue teniendo alguna pregunta sin contestar? Envíenos sus preguntas
o comentarios a fastfacts@karger.com, de este modo ayudará a los lectores
de las futuras ediciones. ¡Gracias!

Agradecemos sinceramente a las personas que han revisado
esta publicación su ayuda y guía