

● cáncer de piel

Definición funcional

Conjunto de actividades destinadas a la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento integral (médico, quirúrgico y de apoyo) del cáncer de piel, y, específicamente, del carcinoma basocelular (CBC), el carcinoma espinocelular (CEC) y el melanoma, en pacientes procedentes de Atención Primaria (consultas médicas y pediátricas) o desde cualquier otra consulta de Atención especializada, incluyendo los Servicios de Urgencias.

Normas de calidad

Subproceso Carcinoma Basocelular (CBC)

Atención Primaria

- Ante la sospecha de CBC, el Médico de Familia remitirá al paciente al Dermatólogo, con una historia clínica detallada realizada previamente y que debe incluir:
 - Antecedentes personales.
 - Descripción y tiempo de evolución de la lesión sospechosa.
 - Medicaciones que toma habitualmente.
- La Unidad de Atención al Usuario de Atención Primaria gestionará la cita para el Dermatólogo, que deberá ser en un plazo inferior a 15 días.

Atención Especializada

- El Dermatólogo en la primera visita efectuará:
 - Historia clínica completa e iconografía de la lesión.
 - Ante duda diagnóstica, se indicará una biopsia, que se deberá realizar el mismo día de la primera consulta o, como máximo, en una semana.
- El Patólogo, tras recibir la muestra:
 - Indicará el patrón histológico: superficial, expansivo, infiltrativo o micronodular.
 - Emitirá el informe de la biopsia en menos de 7 días.
- El tratamiento deberá personalizarse valorando: edad, localización, forma clínica, patrón histológico, tiempo de evolución, tumor primitivo o persistencia de intervención previa.

El tratamiento, en principio, deberá ser quirúrgico y no se debe demorar la intervención más de 4 semanas:

- Cirugía convencional, amplia extirpación, con 5 mm de margen de tejido aparentemente sano.
- Criocirugía.
- Electrocoagulación - Láser de CO₂.
- Cirugía micrográfica de Mohs. Indicada en persistencias tumorales, tumores de bordes mal definidos, localizaciones de alto riesgo y tumores con características histológicas de mal pronóstico.

Las alternativas no quirúrgicas son:

- Interferón alfa 2-b intralesional: cuando haya contraindicaciones de la cirugía; y ante persistencias tumorales.
- 5-fluouracilo tópico: indicado en lesiones superficiales de tronco y miembros inferiores.
- Radioterapia: útil en tumores pequeños y en persistencias tumorales.
- Tras el estudio histológico de la pieza extirpada:
 - El Patólogo debe emitir el informe en menos de 7 días que incluirá el patrón histopatológico: superficial, expansivo, infiltrativo, micronodular, y la afectación o no de los márgenes de la resección.
- El seguimiento posterior del paciente lo llevará a cabo:
 - El Dermatólogo trimestralmente durante el primer año y anualmente hasta el tercer año.
 - El Médico de Familia a partir del tercer año.

Subproceso Carcinoma Espinocelular (CEC)

Atención Primaria

- Ante la sospecha de CEC, el Médico de Familia remitirá al paciente al Dermatólogo, con una historia clínica detallada y realizada previamente, que debe incluir:
 - Antecedentes personales.
 - Descripción y tiempo de evolución de la lesión o lesiones sospechosas.
 - Exploración con especial atención a los ganglios linfáticos regionales.
 - Medicaciones que toma habitualmente.
- La Unidad de Atención al Usuario de Atención Primaria gestionará la cita para el Dermatólogo, que deberá ser en un plazo inferior a 15 días.

Atención Especializada

- El Dermatólogo en la primera visita efectuará:
 - Historia clínica completa e iconografía de la lesión.
 - Ante duda diagnóstica, indicará una biopsia, que deberá ser realizada el mismo día de la primera consulta o, como máximo, en una semana.
- El Patólogo, tras recibir la muestra:
 - Indicará si el CEC es *in situ* o infiltrante.
 - Emitirá el informe de la biopsia en menos de 7 días.
- El tratamiento, en principio, deberá ser quirúrgico (precoz, radical y definitivo) y no se debe demorar la intervención más de 4 semanas:
Debemos distinguir.
 - CEC *IN SITU* (queratosis actínicas y Enfermedad de Bowen):
 - Tratamiento médico con ácido tricloroacético o 5-fluouracilo.
 - Tratamiento quirúrgico con criocirugía o electrocoagulación (radiofrecuencia).
 - CEC INVASIVO:
 - Tratamiento quirúrgico:
 - Cirugía convencional, con profundidad hasta hipodermis y márgenes laterales de 6 mm como mínimo, en tumores de alto riesgo.
 - Linfadenectomía terapéutica, si hay ganglios linfáticos palpables.
 - Criocirugía, en tumores pequeños, si existe compromiso estético para la cirugía



[cáncer de piel]

convencional, o contraindicación.

- Cirugía micrográfica de Mohs en tumores con progresión perineural.
- Electrocoagulación-Láser CO₂ en tumores pequeños y/o superficiales (siempre con control histológico).
- Tratamiento no quirúrgico:
 - Terapia fotodinámica.
 - Radioterapia, cuando otros métodos están contraindicados.
 - Quimioterapia, en casos de metástasis inoperables.
- Tras el estudio histológico de la pieza extirpada:
 - El Patólogo debe emitir el informe histopatológico en menos de 7 días en el que deberá especificar si es *in situ* o infiltrante, el grado de diferenciación, la invasión perineural y el estado de los márgenes quirúrgicos.
- El seguimiento posterior del paciente lo llevará a cabo:
 - El Dermatólogo trimestralmente durante el primer año, semestralmente durante el segundo y anualmente hasta el quinto año.
 - El Médico de Familia a partir del quinto año.

Subproceso Melanoma

Atención Primaria

- El Médico de Familia remitirá al Dermatólogo a todo paciente con lesión pigmentada sospechosa de melanoma (criterios ABCD: **A**simetría, **B**ordes irregulares, **C**oloración variada, **D**íámetro > 6 mm).

La historia clínica realizada incluirá como mínimo:

- Anamnesis.
- Descripción de la lesión.
- Exploración de ganglios linfáticos.
- La Unidad de Atención al Usuario de Atención Primaria gestionará la cita para el Dermatólogo, que deberá ser en un plazo inferior a 15 días desde la primera consulta en Atención Primaria, o de 10 días desde la petición.

Atención Especializada

- El Dermatólogo realizará la historia clínica completa, que incluirá la exploración de:
 - La lesión sospechosa.
 - Las demás lesiones pigmentadas.
 - Los ganglios linfáticos.
- Se debe realizar la iconografía y la exploración con dermatoscopia de las lesiones sospechosas.
- La biopsia incisional sólo está indicada en caso de que la lesión sea muy grande o la sospecha de melanoma sea pequeña.
- El Patólogo, tras recibir la muestra:
 - Si el informe anatomopatológico es de melanoma, deberá especificar al menos los siguientes datos:
 - Melanoma *in situ* o infiltrante.
 - Grosor máximo tumoral (índice de Breslow).

- Existencia o no de ulceración.
- Nivel de Clark.
- Emitirá el informe de la biopsia en menos de 7 días.
- Si no es necesaria la anestesia general, el plazo de tiempo para la intervención deberá ser inferior a una semana.
- Si no se dispone de un informe anatomopatológico previo, se debe realizar la escisión completa de la lesión hasta la fascia muscular sin incluirla y con márgenes pequeños.
- Si se dispone de informe anatomopatológico previo (biopsia incisional), se debe realizar escisión completa de la lesión hasta la fascia muscular sin incluirla y con márgenes en función de si se trata de un melanoma *in situ* o infiltrante y, en este último caso, en función del grosor tumoral máximo:
 - *In situ*: 0,5 cm.
 - < 2,0 mm: 1 cm.
 - 2,0 mm: 2 cm.
- En caso de melanoma acral invasivo localizado en los dedos, se recomienda la amputación a 1 cm cuando es de grosor de menos de 1 mm y la amputación a nivel de articulación interfalángica proximal a la lesión en caso de mayor grosor.
- En caso de ganglios linfáticos palpables, se realizará linfadenectomía terapéutica.
- Tras el estudio histológico de la pieza extirpada, el Patólogo:
 - Emitirá el informe histopatológico en menos de 7 días, en el que especificará al menos los siguientes datos:
 - Melanoma *in situ* o infiltrante.
 - Grosor máximo tumoral (índice de Breslow).
 - Existencia o no de ulceración.
 - Nivel de Clark.
 - Estado de los márgenes quirúrgicos.
- El estudio anatomopatológico del ganglio o los ganglios extirpados debe incluir al menos los siguientes datos:
 - Existencia o no de metástasis.
 - Número de ganglios afectados.
- Tras la valoración de la muestra extirpada:
 - Si el melanoma es *in situ* o infiltrante con un índice de Breslow $\geq 1,0$ mm, no existe ulceración y el nivel de Clark es I/II/III, no es necesario ningún otro tratamiento y el seguimiento del paciente lo llevará a cabo el Dermatólogo.
 - Si el índice de Breslow es $> 1,0$ mm y $\leq 4,0$ mm (o $\geq 1,0$ mm con ulceración o nivel de Clark IV/V) debe realizarse linfadenectomía electiva ("ganglio centinela") y ampliación de márgenes si fuera necesario.
 - Si el índice de Breslow es $> 4,0$ mm no es preciso realizar linfadenectomía electiva, pero sí una ampliación de márgenes. Debe remitirse al paciente al Servicio de Oncología para un estudio de extensión, tratamiento con interferón alfa-2b a altas dosis y seguimiento periódico.
- El seguimiento posterior del paciente intervenido de melanoma, se debe realizar al menos una vez al año durante toda la vida, ya sea por el Dermatólogo o el Oncólogo.



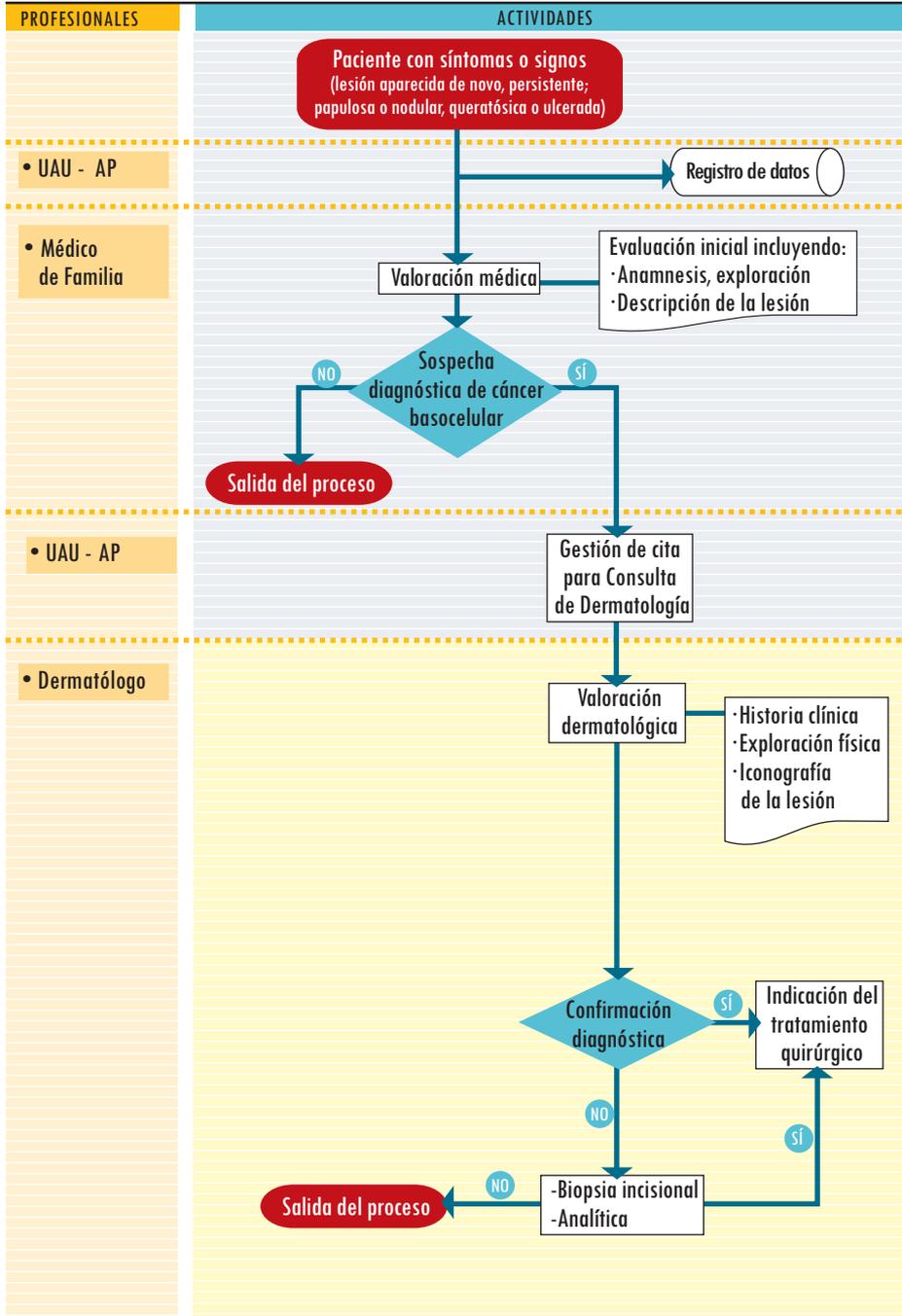
[cáncer de piel]

Normas de calidad incluidas en el Contrato Programa Consejería/SAS 2003

- La realización del estudio histopatológico y la emisión del correspondiente informe anatomopatológico se realizará en menos de 7 días.
- El informe anatomopatológico de un melanoma incluirá los siguientes parámetros:
 - Melanoma *in situ* o infiltrante.
 - Grosor máximo tumoral (índice de Breslow).
 - Existencia o no de ulceración.
 - Nivel de Clark.
 - Número de ganglios afectados.
- El diagnóstico precoz del cáncer de piel se debe realizar mediante la valoración de cualquier cambio en la forma, tamaño, color, etc., de todo lunar (*nevus*) siguiendo los criterios ABCD (Asimetría, Bordes, Coloración, Diámetro).

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. DIAGNÓSTICO

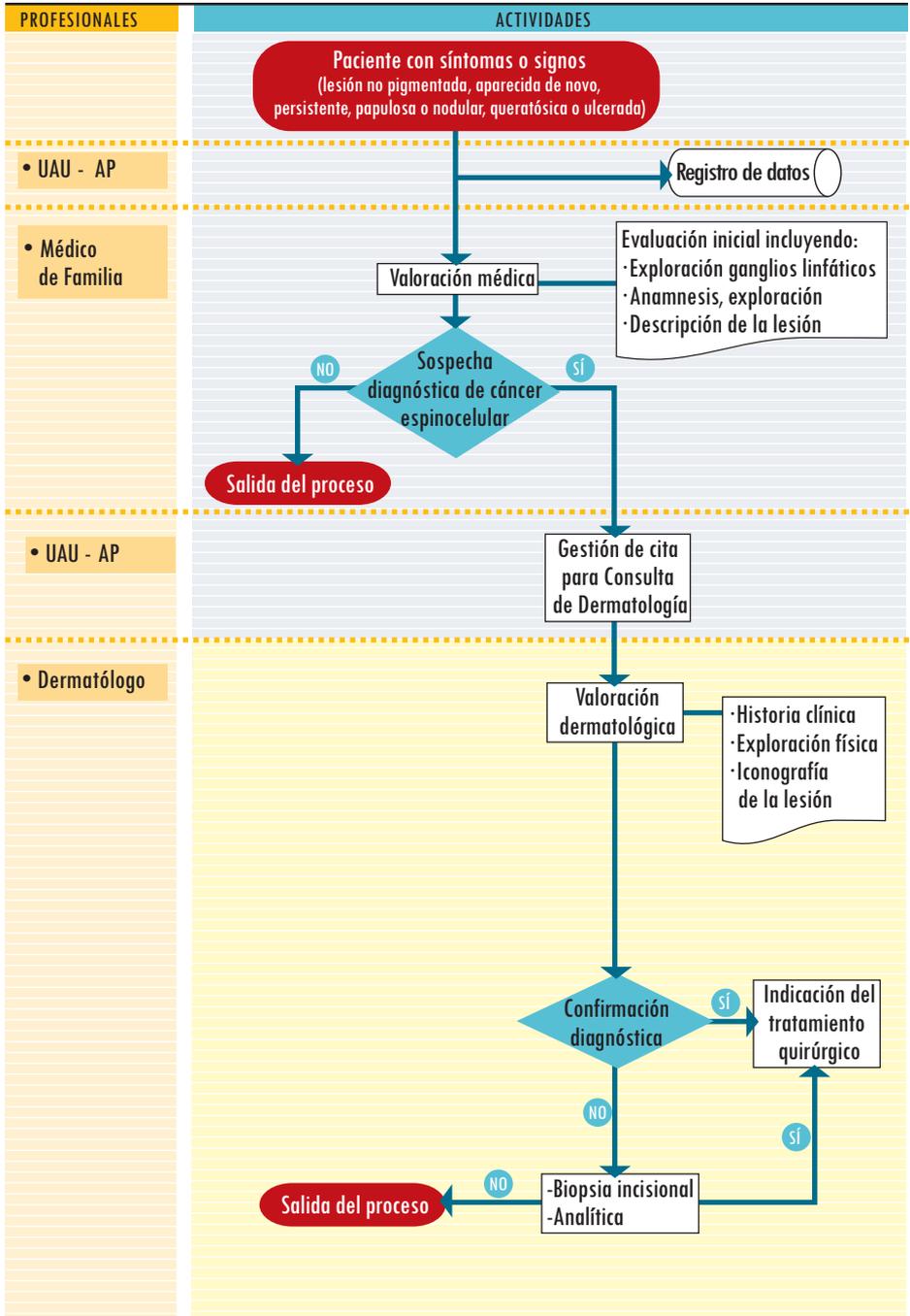
Carcinoma basocelular



[cáncer de piel]

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. DIAGNÓSTICO

Carcinoma espinocelular



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. DIAGNÓSTICO

Melanoma

