



Prevención, diagnóstico y tratamiento del carcinoma cutáneo y del melanoma

Marta Andreu Barasoain
Servicio de Dermatología
Hospital Universitario de Torrejón

#13congresogepac



Escuela técnica
SUPERIOR DE
ARQUITECTURA
MADRID

16-18
noviembre
de 2018



ÍNDICE

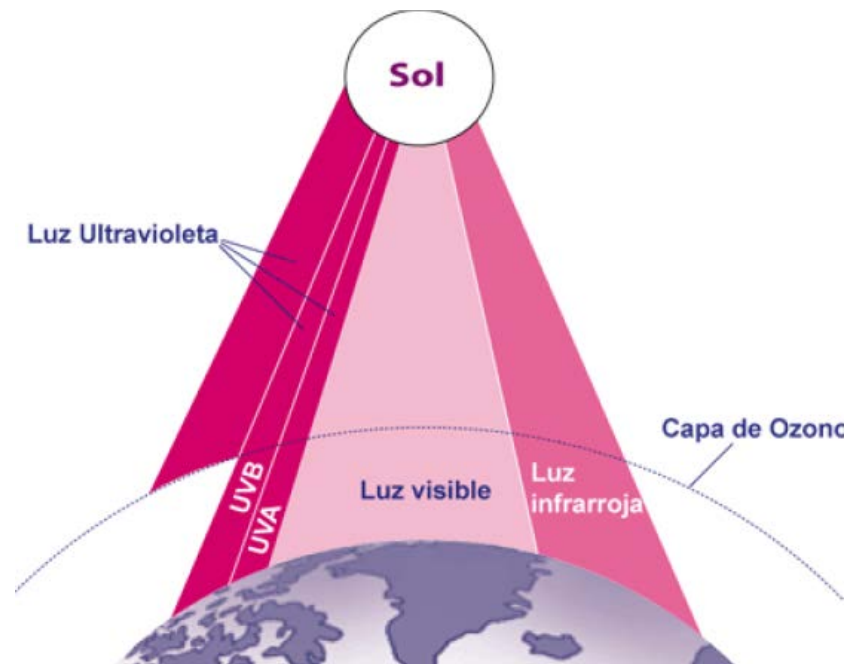
- **Prevención**
 - **Nevus y melanoma**
 - **Cáncer de piel no melanoma**
 - **Tratamiento**
-

ÍNDICE

- **Prevención**
 - **Nevus y melanoma**
 - **Cáncer de piel no melanoma**
 - **Tratamiento**
-

Radiación solar

- Energía del sol: llega a la tierra en forma de radiación:
 - Infrarroja
 - Ultravioleta
 - UVA
 - UVB
 - UVC
 - Visible



Radiación solar

- Infrarrojos:
 - Calor, bienestar.
 - Deshidratación, golpe de calor.
- Luz visible:
 - Antidepresivo
 - Envejecimiento cutáneo





The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Radiación solar

- Radiación ultravioleta
 - Efectos beneficiosos: síntesis de vitamina D.
 - Efectos negativos:
 - Envejecimiento piel: arrugas.
 - Quemaduras solares
 - Mutaciones ADN: precáncer, cáncer de piel
 - Mecanismos reparación ADN: acumulación de mutaciones no reparadas: daño solar - - - cáncer de piel.



Radiación solar

- Ultravioleta llega a piel: factores:
 - *Latitud*: ecuador más radiación
 - *Altura*: montaña
 - *Clima*: nubes disminuyen llegada ultravioleta (no bloquean)
 - *Superficie*: refleja radiación
 - Nieve: 85%
 - Agua: 20%
 - Arena seca: 17%
 - Hierba: 10%
 - *Sombra*: hasta 50 % radiación.



- * Fototipo I: la piel que nunca se broncea y se quema fácilmente con exposiciones de 30 minutos.
- * Fototipo II: la que se broncea con dificultad y se quema fácilmente.
- * Fototipo III: se broncea con el tiempo y alguna vez se quema.
- * Fototipo IV: se broncea siempre y nunca se quema.
- * Fototipo V: pigmentación constitucional moderada.
- * Fototipo VI: pigmentación constitucional intensa (piel negra).

Fotoprotección: ¿con qué?



**MEDIDAS FÍSICAS:
GAFAS, GORRO,
CAMISETA**



**EVITAR SOL HORAS
CENTRALES DEL DIA**

Fotoprotección
oral y tópica



Cremas de protección solar

- Aplicar sobre piel seca, 30 min antes de la exposición solar
- Duración efecto: 2-3h
- Aplicar también si nublado
- Utilizar gorro y camiseta seca.
- Proteger también los ojos.
- No olvidar protegerse los labios y orejas
- Protegerse siempre que se realice una actividad al aire libre.
- Reaplicar crema tras baño/sudor
- Evitar la exposición solar entre las 11:00 y 16:00.
- Exposición solar progresiva.
- Evitar lámparas de rayos UVA.

El protector solar tópico ideal

- Amplio espectro de absorción: UVB (290- 320 nm) y UVA (320-400 nm)
- Fotoestable
- Resistente al agua y a la transpiración
- Fijarse en la capa córnea sin penetrar en los tejidos
- Satisfacer las exigencias de estudios toxicológicos
- Ser muy bien tolerado por piel y mucosas
- Buena cosmética (no blanqueamiento)

Filtros solares

Físicos

- Minerales/inorgánicos
- Óxido de titanio/Zinc
- Forman una pantalla que refracta la radiación UV: Reflejan la luz solar como un espejo (no absorben la radiación).
- Menos cosméticos

Químicos

- Orgánicos
- Absorben las radiaciones mediante reacciones químicas en la piel
- Más cosméticos
- Capacidad de sensibilización (riesgo de alergia).
- Necesitan unos 30 minutos para hacer efecto.

Filtros biológicos: antioxidantes

- Protección suplementaria... PROTECCIÓN INDIRECTA
- Combaten estrés oxidativo → evitan la formación de radicales libres y potencian el sistema inmunológico cutáneo
- Vitaminas A (betacarotenos), C y E (acetato, palmitato..)
- Incorporados en los filtros solares, o en cápsulas como complemento de la fotoprotección tópica

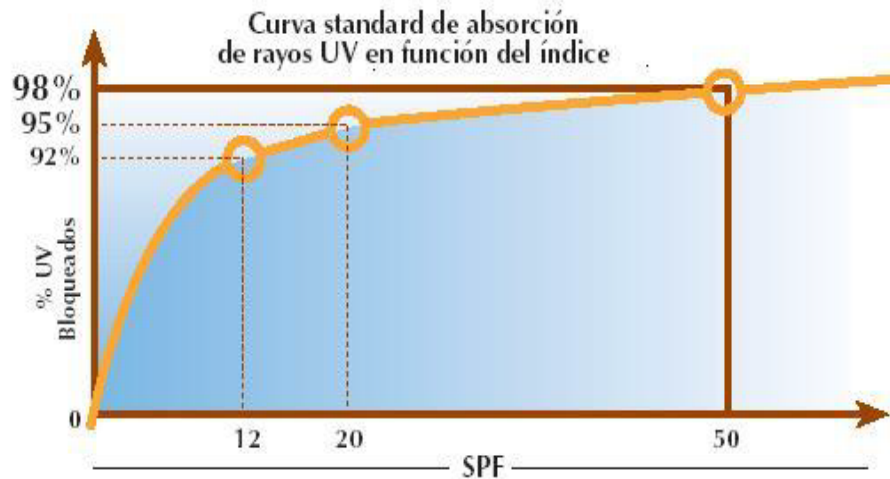
Su uso no sustituye al protector solar tópico

Recomendación Europea Categorías

Categoría	SPF
Baja	6-10
Media	15-20-25
Alta	30-50
Muy Alta	50+

Recomendación Europea

Categorías



INDICE PROTECCIÓN	% Radiación UV RETENIDA
12	92
20	95
50	98

La diferencia de absorción entre SPF 100 y un SPF 50+, es de únicamente un 0,7 %.

Recomendación Europea

Eficacia mínima de un fotoprotector

$$\text{UVB} \longrightarrow \text{FPS} = \frac{\text{MED con protección}}{\text{MED sin protección}}$$

MED: “Mínima Dosis Eritematógena”

Recomendación Europea

Eficacia mínima de un fotoprotector

$$\text{UVA} \longrightarrow \text{FP UVA} = \frac{\text{DPM zona tratada}}{\text{DPM zona testigo}}$$

DPM: "Dosis pigmentaria mínima"

Recomendación Comisión Europea

Utiliza un fotoprotector que cumpla con las recomendaciones y normativas solares

¿Qué debe indicar un protector solar?



- 1 La eficacia o categoría de protección solar debe figurar en el estuche según la tabla siguiente:

Categoría de protección	SPF
Baja	6-8-10
Media	15-20-25
Alta	30-50
Muy Alta	50+ (es decir >60)

- 2 Garantía de protección frente a las radiaciones UVA. Debe indicarse mediante el logotipo

UVA

- 3 El índice de protección (SPF) frente a la radiación UVB debe estar comprendido entre 6 y 50+. El índice máximo permitido es el SPF 50+ ya que índices superiores no aseguran más protección y por tanto mayor seguridad.

- 4 Modo de empleo y cantidad a aplicar. Deben figurar de forma clara las instrucciones de empleo y la cantidad a aplicar para alcanzar la eficacia declarada del producto.

Fotoprotectores

- **Formas cosméticas y excipientes:**
 - ***Vehículo***: forma conseguir que el principio activo llegue a su sitio de acción.
 - Crema: aceite/agua.
 - Loción: agua/alcohol
 - Aerosol: sólido o líquido incluido en un gas
 - Espuma: gas en sólido/líquido
 - Gel: agua + polímero.
 - Aceites
 - Stick

ÍNDICE

- **Prevención**
 - **Nevus y melanoma**
 - **Cáncer de piel no melanoma**
 - **Tratamiento**
-

ÍNDICE

- **Prevención: protección solar en niños**
- **Nevus y melanoma**
- **Cáncer de piel no melanoma**
- **Tratamiento**





Protección solar en niños

- Aplicar protector solar 30 minutos antes de la exposición al sol.
- Evita que tus hijos se pongan la camiseta inmediatamente después de aplicarlo para que el tejido de algodón no absorba la crema
- Renovar el fotoprotector cada 2 ó 3 horas.



Protección solar en niños

- **Cubre toda la piel extendiendo la crema.** La forma correcta de aplicar el fotoprotector solar es frotando y extendiendo bien la crema por todas las áreas corporales expuestas, especialmente la cara, las manos y los pies.
- En la cara, se debe aplicar la crema por la nariz, labios y orejas
- En los párpados la crema puede entrar en los ojos y causar irritaciones. Los párpados deben protegerse con el uso de gafas de sol y un gorro de ala ancha



Protección solar en niños



¿Pueden los niños ponerse al sol?

- Los niños menores de 6 meses no deben exponerse al sol de forma directa.
- **niños <3 años:** su piel puede no tolerar los filtros químicos de protección que contienen la mayoría de fotoprotectores solares: se recomiendan filtros físicos.

Prendas fotoprotectoras



Gorras con visera o sombreros



Desmontando mitos

- **¿ Es suficiente con aplicar la crema una vez al día?**

Aplicar una crema solar una vez al día **NO ES SUFICIENTE**

Hay que renovar las aplicaciones periódicamente

- **Con las cremas solares ¿te pones moreno?**

Dependerá del fototipo de la persona y del filtro solar elegido



Desmontando mitos: verdadero/falso

¿Cuánta crema hay que ponerse?

- aplicar **muchas** capas: no porque te pongas 10 capas de protección 5 tu piel estará protegida como si llevara una crema SPF 50.
- Pero sí hay que aplicar la cantidad de crema suficiente
- Según lo establecido por el método **COLIPA** (*European Cosmetic Toiletry and Perfumery Association*), unos 2 mg/cm².
- En un adulto vienen a ser **35 gramos** por aplicación en todo el cuerpo. Si tenemos en cuenta que el tamaño medio de un envase es de **200 gramos**, teóricamente con cada envase tendríamos para seis aplicaciones.



Desmontando mitos: verdadero/falso

Las cremas resistentes al agua ¿desaparecen tras el baño?

Mucha gente cree que las cremas resistentes no desaparecen tras el baño y, aunque no pierden toda su capacidad de protección cuando entran en contacto con el agua, sí una gran parte, por lo que es recomendable **renovar** la protección con otra capa tras el baño.

¿Es lo mismo “water resistant” que “waterproof”?

Un fotoprotector se denomina ***water resistant*** cuando mantiene su actividad filtrante durante **40 minutos de inmersión en el agua** y ***waterproof*** cuando la mantiene durante **80 minutos**



Desmontando mitos: verdadero/falso



otro año?

del producto. Las cremas de cara a
grasa



Desmontando mitos: verdadero/falso

¿ Que pasos deben seguirse antes de la exposición solar?

- La piel debe estar correctamente hidratada y limpia (sin maquillaje)
- A continuación, debe aplicarse el fotoprotector indicado 30 minutos antes de la exposición solar, sobre la piel bien seca.

¿Puedo utilizar colonias en la playa?

- Evítese usar colonias con alcohol pues pueden producir manchas

Desmontando mitos: verdadero/falso

¿Cómo es aconsejable exponerse al sol?

- La primera exposición al sol primero no debe exceder los 15 minutos, evitando siempre las horas del mediodía.
- En pieles normales se debe realizar aumentando 10 minutos de exposición cada día
- A los diez días la piel estará preparada para soportar el sol

Desmontando mitos: verdadero/falso

¿Hay que hacer algún cuidado después del sol?

- Después de la exposición solar es recomendable el uso de una crema o emulsión reparadora para calmar, hidratar y reestructurar la piel
- Es importante ingerir abundante líquido, para compensar la pérdida que se produce en la exposición solar

Desmontando mitos: verdadero/falso

¿ Cuando se debe ir al médico por una exposición excesiva al sol?

- Cuando aparezcan síntomas de insolación: ampollas en la piel, fiebre, vómitos y deshidratación.



Desmontando mitos: verdadero/falso

Si me doy el Fotoprotector ¿puedo sufrir un déficit de vit D?

- La vit D puede adquirirse de la dieta y producirse en la piel.
- UVB es responsable de su síntesis.
- Aunque la fotoprotección está asociada a una disminución de vitamina D, esto no provocará déficit vitamínico.
- Las personas mayores pierden capacidad de sintetizar vit D en la piel.

Síntesis de Vitamina D

- La exposición solar de brazos y cara 3v/semana 10min es suficiente para prevenir su déficit.
- Cuando esta exposición no es adecuada, es necesaria una compensación dietética.
- La UE recomienda una dosis diaria de 10 microgramos para >65 años.
- Valorar la necesidad de administración de suplementos vitamínicos

Conclusiones

- El cáncer de piel tiene relación directa con la exposición solar, y por tanto debemos protegernos.
- Es importante en todas las edades.
- La FPS previene tanto de lesiones nuevas como de la progresión de las premalignas.
- No nos da el sol sólo en la playa.

ÍNDICE

- **Prevención**
 - **Nevus y melanoma**
 - **Cáncer de piel no melanoma**
 - **Tratamiento**
-

ÍNDICE

- **Prevención**
 - **Nevus y melanoma**
 - **Cáncer de piel no melanoma**
 - **Tratamiento**
-

Nevus y melanoma

- **NEVUS MELANOCÍTICO (“LUNAR”)**: mancha en la piel, de bordes definidos, de color parda, marrón o negra, constituida por **células con melanina**, que dan color a la piel (melanocitos). Popularmente se denomina lunar. Pueden ser: Congénitos y Adquiridos
- **MELANOMA (“LUNAR MALO”)**: una transformación cancerosa (maligna) de los **melanocitos**.

Dermatoscopia

- Herramienta de trabajo fundamental.
- Permite visualizar estructuras que no pueden ser observadas a simple vista.
- Se disminuye el nº de extirpaciones innecesarias.



**LENTE DE AUMENTO +
SISTEMA DE ILUMINACIÓN**

Nevus melanocíticos congénitos

- Clínica: Mancha benigna (marrón claro-negro intenso) de varios cm, sobreelevada, superficie irregular, con pelo, **presente en el R.N aunque puede aparecer en los primeros 3 años de vida.**
- Según el tamaño:
 - pequeños (menos de 1.5 cm)
 - medianos.
 - grandes (mayores de 20 cm).

Nevus melanocíticos congénitos



Nevus melanocíticos adquiridos

- La mayoría **aparecen entre los 5-35 años**, suelen ser menores de 0,6 cm.

Nevus melanocíticos adquiridos: nevus juntural



En niños: manchas oscuras planas.

Nevus melanocíticos adquiridos: nevus compuesto



En jóvenes: color más claro y más sobreelevados.

Nevus melanocíticos adquiridos: nevus dérmico (verrugoso)



En adultos: poco pigmentados y con forma de “verruga”.

Nevus melanocíticos adquiridos: halo nevus de Sutton



Nevus melanocíticos adquiridos: nevus de Reed



Simulador de MELANOMA.

Nevus melanocíticos adquiridos: nevus de Spitz



Simulador de MELANOMA.

Nevus melanocíticos adquiridos: nevus azul



Nevus melanocíticos adquiridos: nevus displásico o atípico



Nevus melanocíticos adquiridos: folliculitis subnévica



Nevus melanocíticos adquiridos: nevus acrales



Queratosis seborreicas

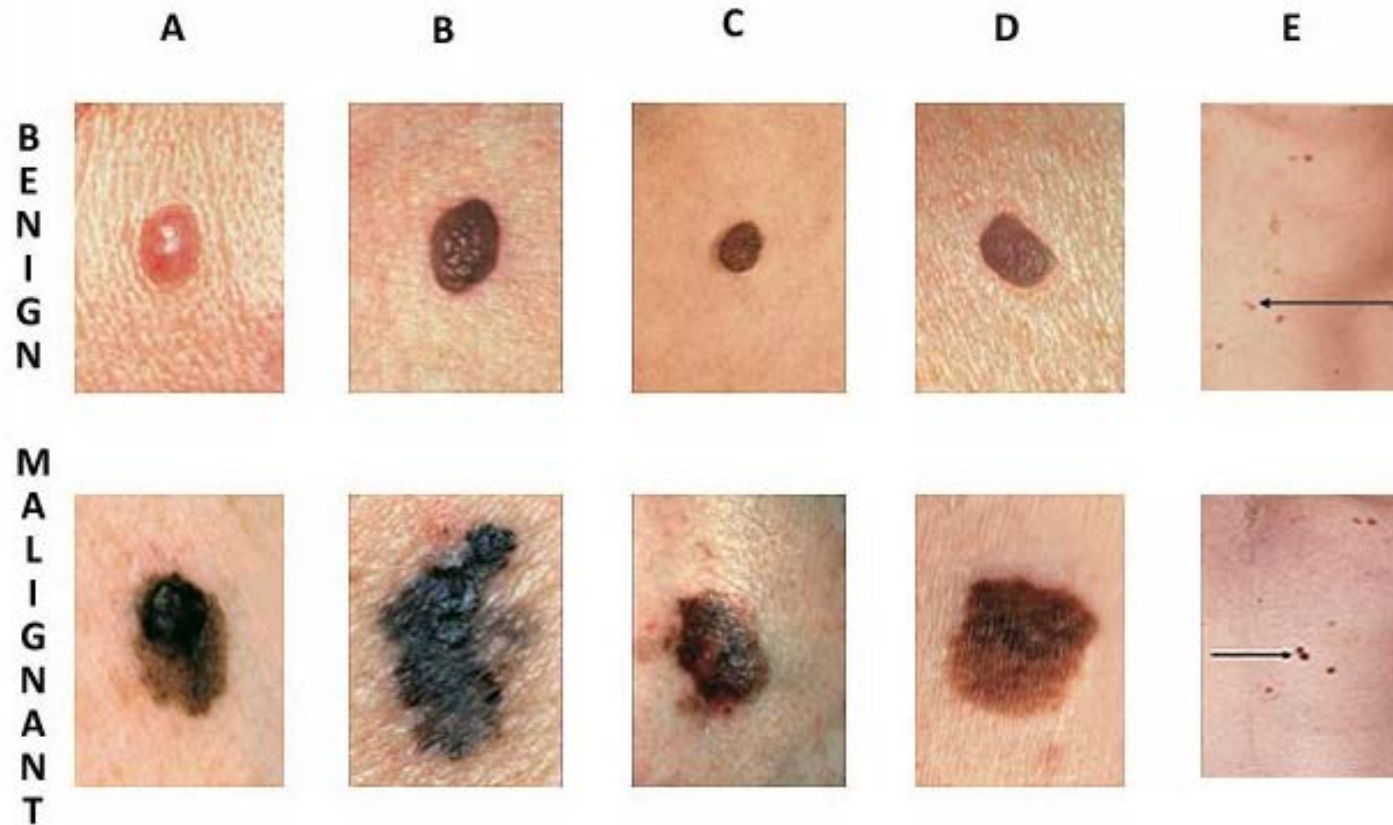


Grupos de riesgo de melanoma

- Fototipos bajos: ojos y pelo claro, **PELIRROJOS!!**.
- Quemaduras solares en la infancia: con/sin ampollas.
- Signos de daño solar (lentigos).
- Múltiples lunares.
- AF y AP de melanoma.



Sospecha de melanoma

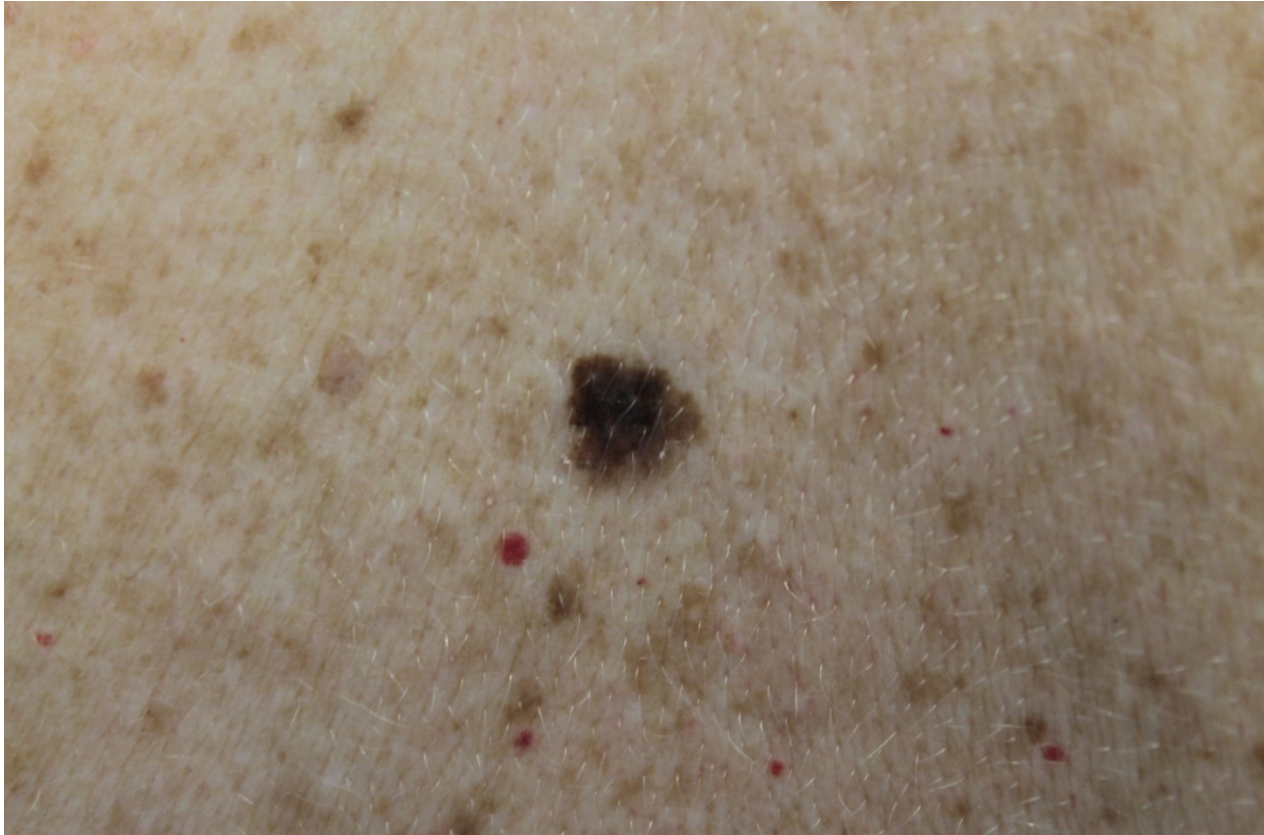


Melanoma

- **Tumor maligno** derivado de los melanocitos, muy agresivo y con tendencia a metastatizar.
- La mayoría se originan en la **piel** pero pueden originarse en **mucosas, ojos, meninges** etc..
- Se desarrolla sobre piel sana o sobre un nevus.
- Tipos: MM in situ, MLM, MES, MN ,MLA.



Melanoma in situ



INTRAEPIDÉRMICO, NO SOBREPASA LA
MEMBRANA BASAL.

Melanoma lentigo maligno

- Individuos de **más de 60 años**.
- **Cara** y con daño solar importante.
- 5-10% casos de MM.
- **Mancha negra o marrón**, lisa, que se extiende con lentitud.
- **Fase de crecimiento** que **dura años** y fase de invasión donde aparecen nódulos con hemorragia y costras.
- Metástasis son tardías y limitadas a ganglios locales.

Melanoma lentigo maligno



Melanoma de extensión superficial

- Incidencia entre **40-60 años**.
- ♂: tronco. ♀ : piernas.
- Tipo de melanoma **más frecuente** (70%).
- Manchas sobreelevadas, varios colores.
- **Fase de crecimiento más corta** que LM.
- Fase de invasión: nódulos, úlceras, costras.
- **Metástasis** por diseminación linfática/hemática.

Melanoma de extensión superficial



Melanoma nodular

- 10-15% de los MM.
- Predominio en **tronco**.
- **Nodular pigmentada o sin color** (MM amelanótico).
- Desde el inicio tiene una **fase de crecimiento invasivo**.
- **Muy alta agresividad**, con metástasis linfáticas y hemáticas.

Melanoma nodular



Melanoma lentiginoso acral

- 10% de todos los MM.
- Localizaciones: **palmas, plantas, uñas y mucosas.**
- Clínica: pigmentación atípica, **ulceración y hemorragia.**
- **Comportamiento más agresivo** que los anteriores.

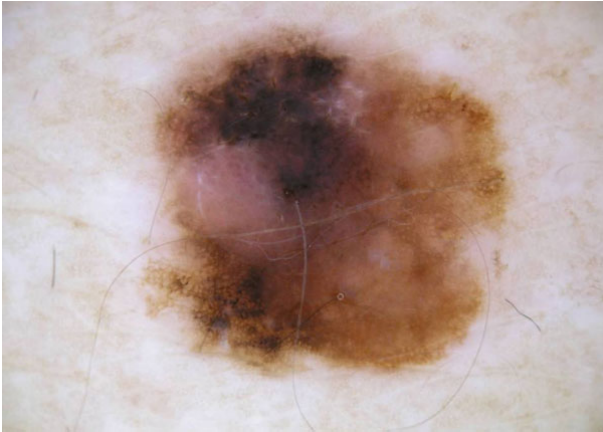
Melanoma lentiginoso acral



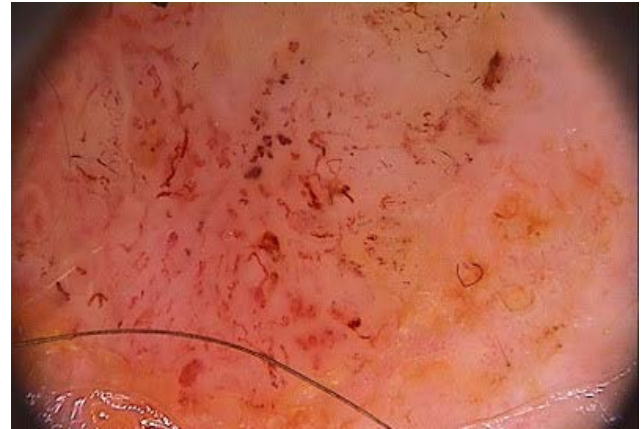


Dermatoscopia

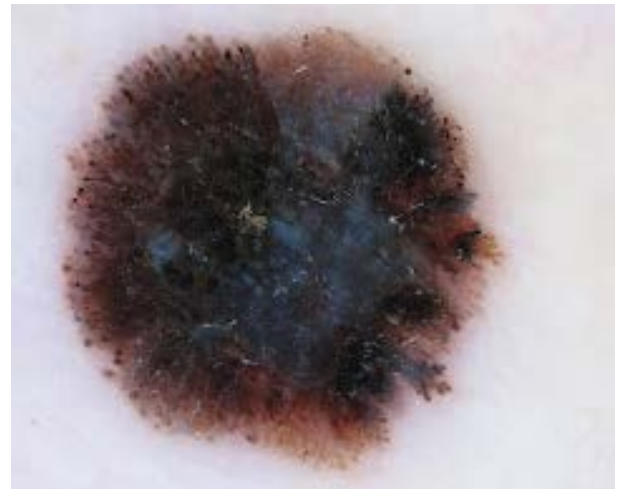
- Retículo pigmentado atípico



- Vascularización irregular



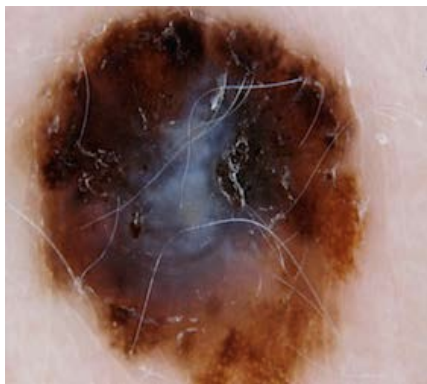
- Proyecciones irregulares



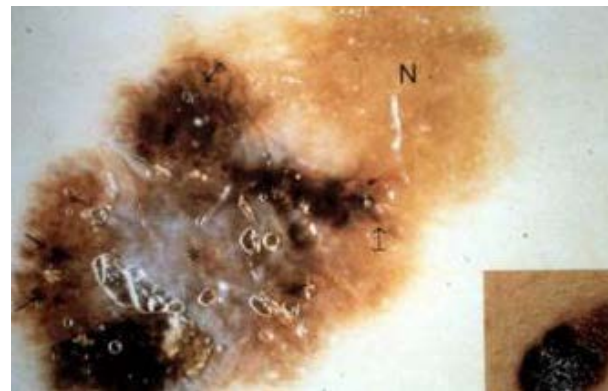


Dermatoscopia

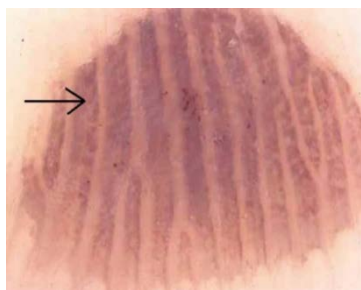
- Velo blanco-azul



- Patrón multicomponente

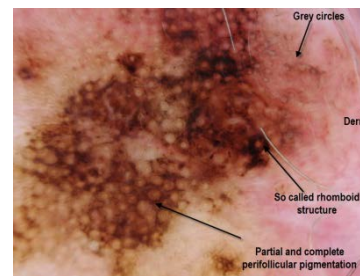


- Patrón paralelo de la cresta



Melanoma lentiginoso acral

- Estructuras romboidales, folículos pigmentación asimétrica.



Léntigo maligno melanoma

Microscopia confocal

- La microscopia confocal de reflectancia es un método diagnóstico innovador por medio del que puede hacerse una evaluación in vivo, con resolución cuasihistológica de los estratos más superficiales de la piel.
- Este procedimiento nos permite obtener imágenes en tiempo real incluso de procesos dinámicos, como el flujo de eritrocitos en capilares cutáneos. Su mayor importancia la ha tomado en la diferenciación de lesiones melanocíticas con alto potencial de malignidad

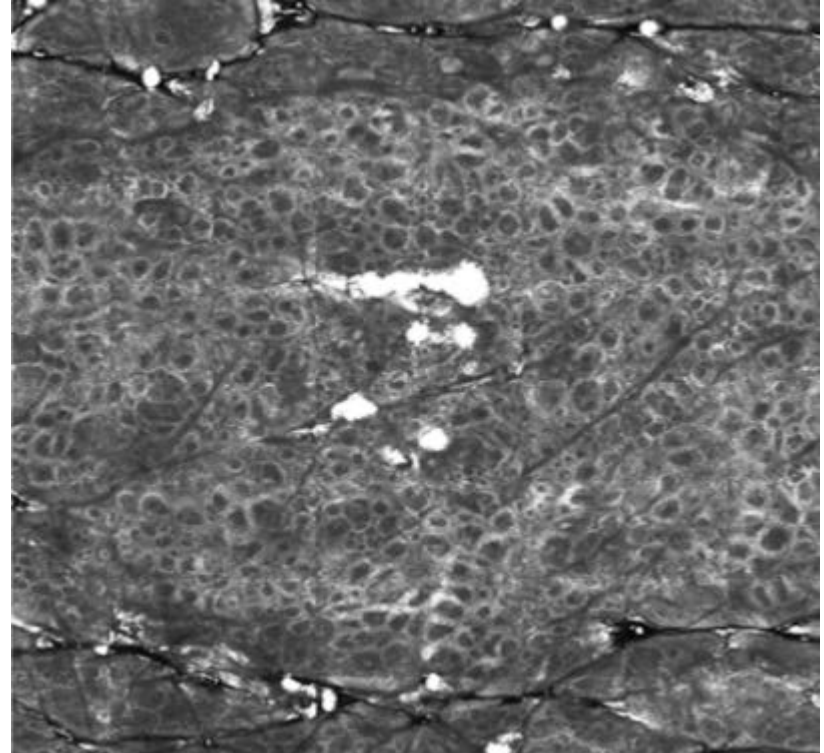


Microscopia confocal

- La microscopia confocal utiliza un **láser diodo** como fuente de luz coherente y monocromática que penetra la piel y es enfocada por el objetivo del microscopio en un pequeño punto dentro del tejido, que puede ser tan pequeño como el mismo diámetro del haz de luz, cercano a las 5 micras. El mismo objetivo condensa la luz reflejada (reflectancia) por el tejido y la proyecta a través de un pequeño agujero o ranura “pinhole” sin ninguna pérdida..
- El contraste en las imágenes de la microscopia confocal de reflectancia se basa en el **índice de refracción de los tejidos**, que a su vez depende de sus estructuras químicas y moleculares.
- Las estructuras con mayor índice de refracción son las que se observan más brillantes en la microscopia confocal de reflectancia.

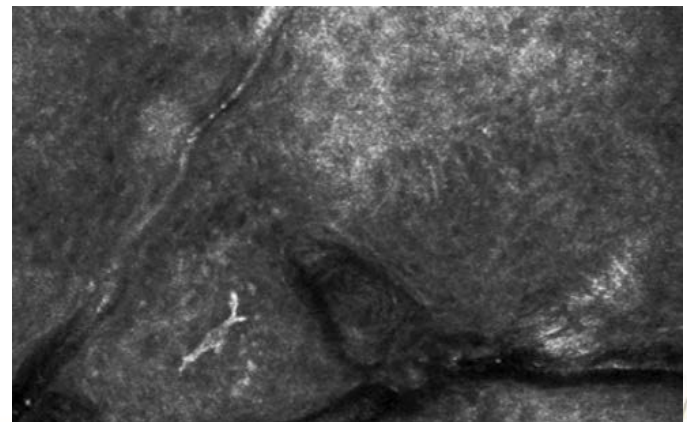
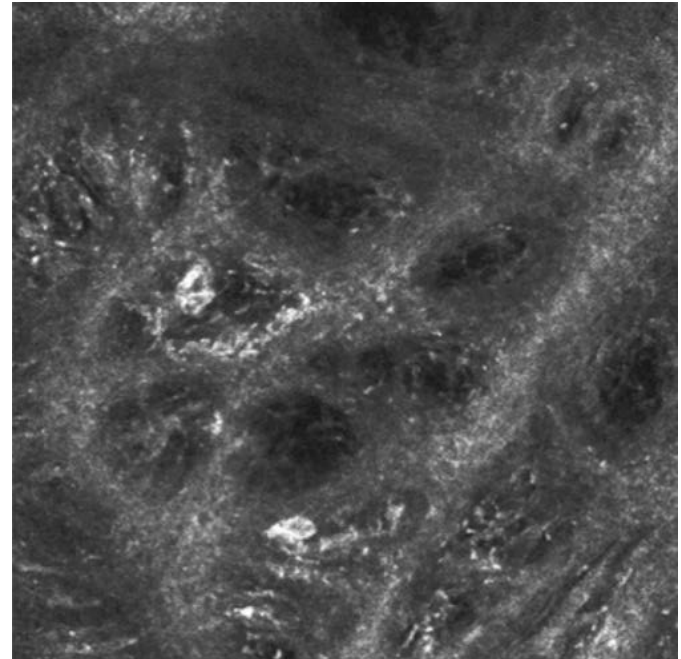
Microscopia confocal

- Imagen de “mosaico” con microscopia confocal de reflectancia, donde se observa la **unión dermoepidérmica** con estructuras oscuras ovaladas (papila dérmica), que están muy bien delimitadas por una hilera de células basales brillantes que se disponen en forma de anillo (edged papillae). En conjunto, las papilas dan un aspecto “**en panal de abejas**”



Microscopia confocal

- Imagen de la unión dermoepidérmica en la que se observan las estructuras oscuras semiovaladas, pero en este caso las estructuras brillantes que las rodean no están bien definidas (unión dermoepidérmica desestructurada). Se observan dos estructuras brillantes redondeadas que corresponden a células atípicas.
- Célula dendrítica, célula atípica, alargada, brillante con proyecciones arborizantes.



Diagnóstico de confirmación

EXTIRPACIÓN



ANATOMÍA PATOLÓGICA



Dermatoscopia digital

- **Cámara de vídeo** de alta resolución que se encuentra conectada a un sistema informático.
- Permite la realización de **mapas corporales**, la toma de imágenes clínicas, y su correcto almacenamiento y archivo.
- **COMPARAR** las imágenes registradas en distintos momentos del seguimiento, así como identificar lesiones nuevas



Dermatoscopia digital: indicado en

- **S.N atípico**, > 5 lunares atípicos en paciente con más de 50.
- **MM personal o familiar.**
- **N. congénitos.**
- **Genodermatosis** (con alto riesgo para desarrollar MM).



Melanoma: diagnóstico precoz

- Acuda a su médico ante cualquier lesión cutánea que crezca, se erosione, sangre, se recubra de costra sin tendencia a curar; o si una lesión pigmentada o un lunar sufre algún cambio clínico o presenta algún síntoma
- Debe seguir revisiones médicas periódicas toda persona con:
 - Antecedentes familiares o personales de cáncer de piel
 - Muchos lunares (más de 50)
 - Nevus congénitos
 - Signos de daño solar (lentigos)
 - Fototipos bajos: piel y ojos muy claros y los pelirrojos
 - Quemaduras solares en infancia



ÍNDICE

- **Prevención**
 - **Nevus y melanoma**
 - **Cáncer de piel no melanoma**
 - **Tratamiento**
-

ÍNDICE

- **Prevención**
 - **Nevus y melanoma**
 - **Cáncer de piel no melanoma**
 - **Tratamiento**
-

Cáncer de piel no melanoma

- Queratosis actínicas
- Carcinoma espinocelular
- Carcinoma basocelular

Queratosis actínicas

- Lesiones únicas o múltiples
- Secas, ásperas, con escamas adheridas
- Aparecen en regiones expuestas al sol
- Adultos edad media (trabajadores al aire libre, personas que practican deporte al aire libre)
- La queratosis actínica puede progresar hacia un carcinoma epidermoide

Queratosis actínicas



Carcinoma espinocelular

- CONCEPTO: es un tumor maligno procedente de los queratinocitos del estrato espinoso de la epidermis
- EPIDEMIOLOGIA:
 - Menos frecuente que carcinoma basocelular
 - Incidencia en España: 72 mujeres-100 hombres por 100.000 habitantes
 - Incidencia en aumento

Carcinoma espinocelular

- Carcinoma espinocelular **in situ**:
 - Enfermedad de Bowen
 - Eritroplasia de Queyrat
- Carcinoma espinocelular **invasivo**

Formas clínicas

Enfermedad de Bowen



Formas clínicas

Enfermedad de Bowen



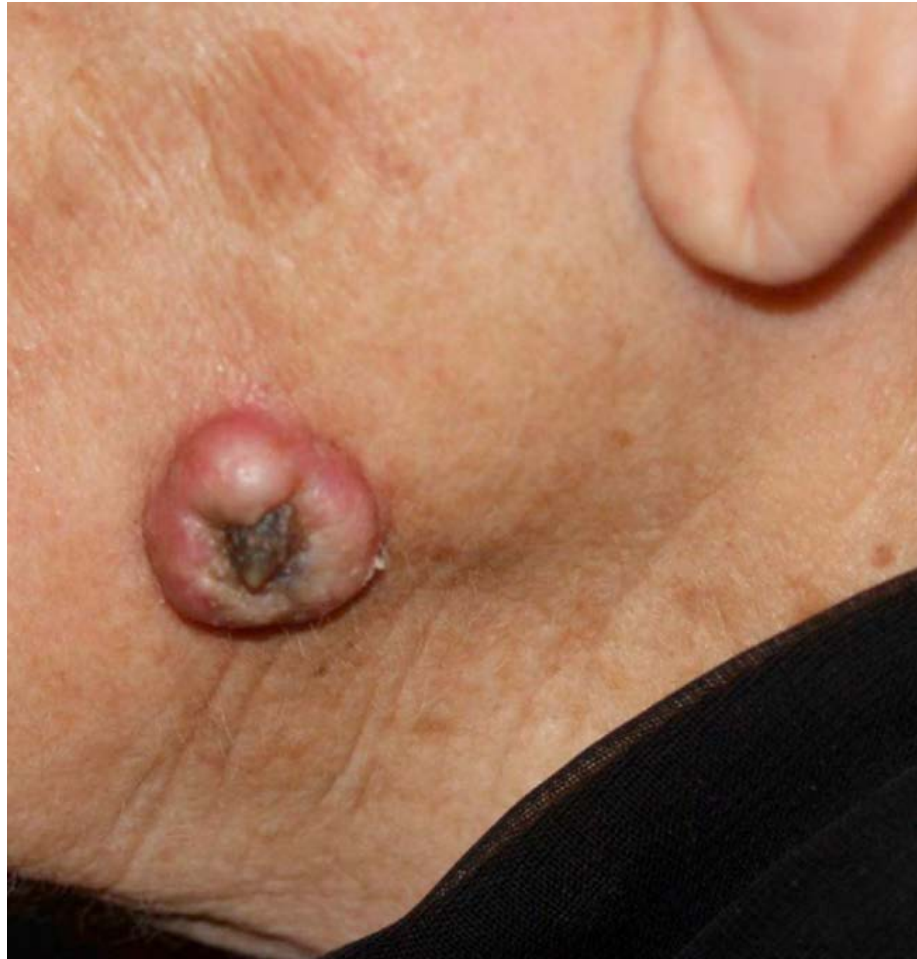
Formas clínicas

Eritroplasia Queyrat: forma localizada en el área genital masculina



Formas clínicas

Formas
invasivas



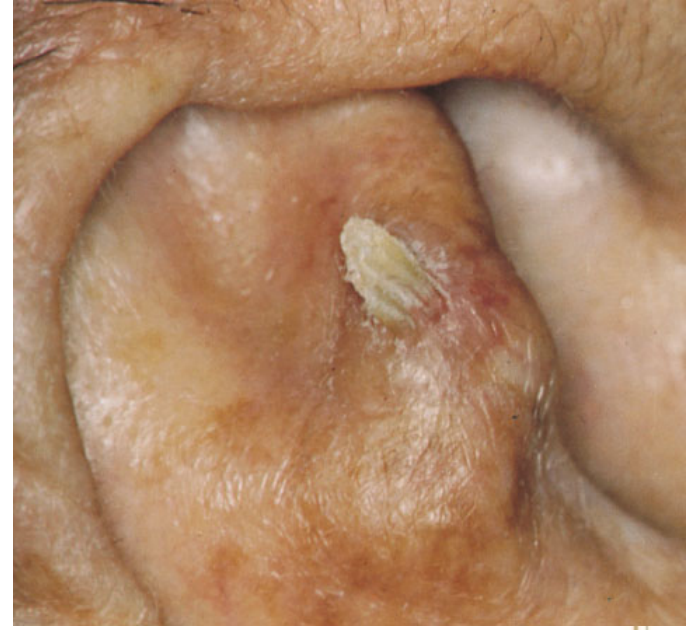
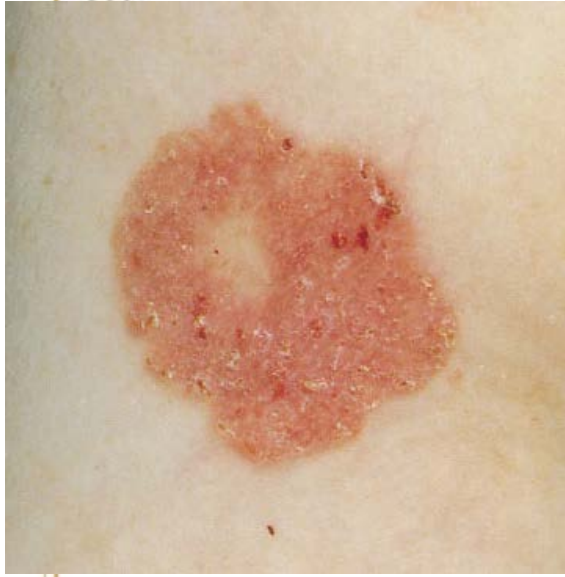
Formas clínicas

Formas de baja malignidad:

- Cuerno cutáneo
- Carcinomas verrugosos



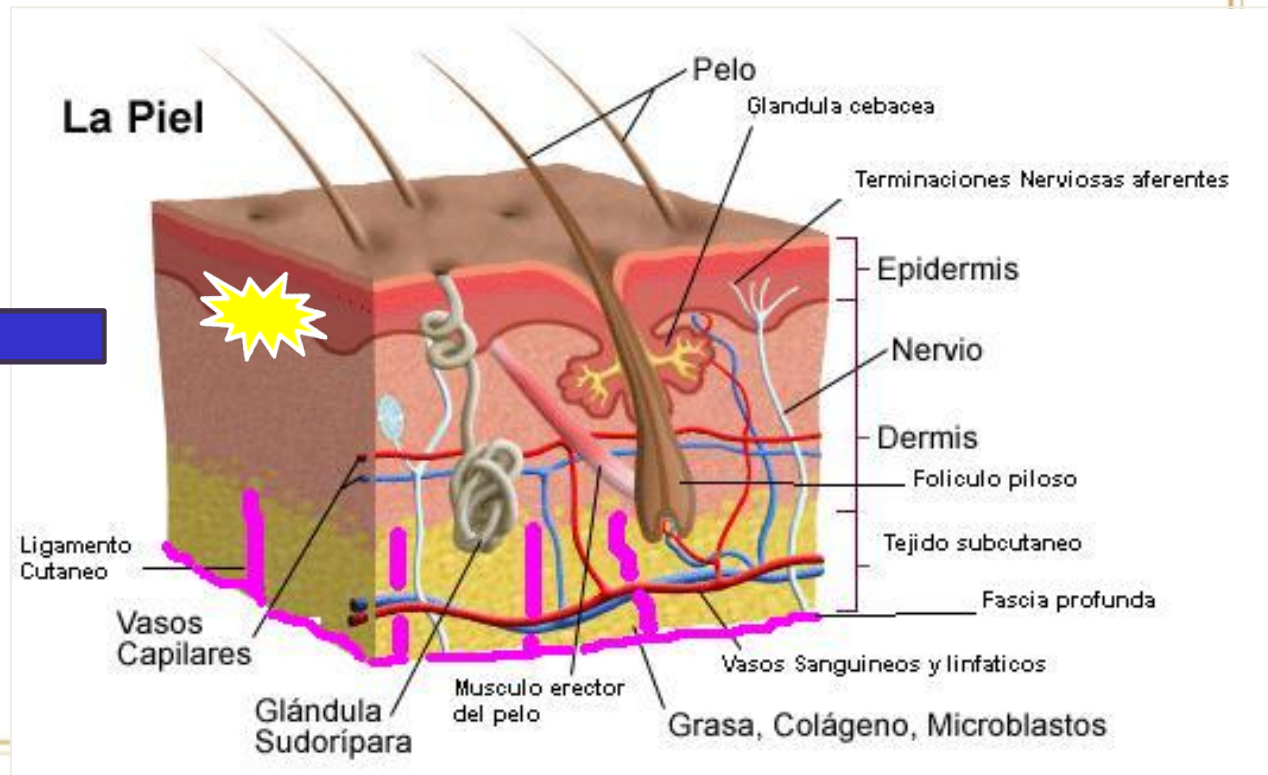
Formas clínicas





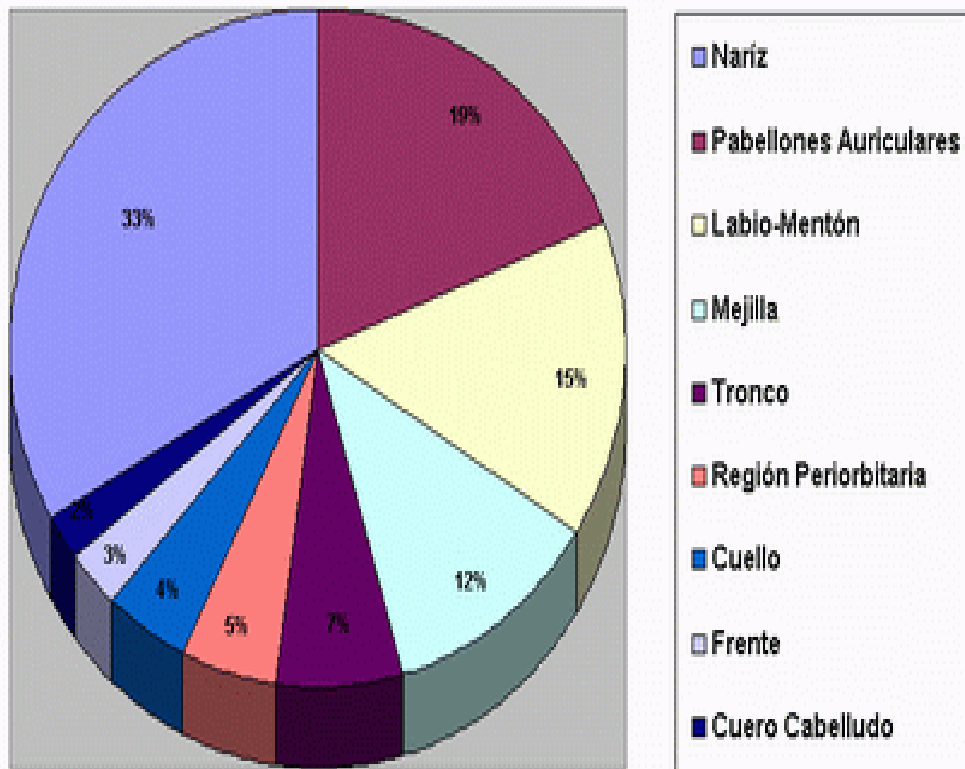
Carcinoma basocelular

- Tumor cutáneo maligno más frecuente (60%), y cáncer más frecuente en humanos
- Queratinocitos de la capa basal de la epidermis y anejos



Carcinoma basocelular

- “Epitelioma basocelular”: un tumor maligno pero “poco agresivo”



- Crecimiento progresivo
- Tendencia a la destrucción local
- Localización habitual en la cara
- Crecimiento lento
- Escasa tendencia metástasis

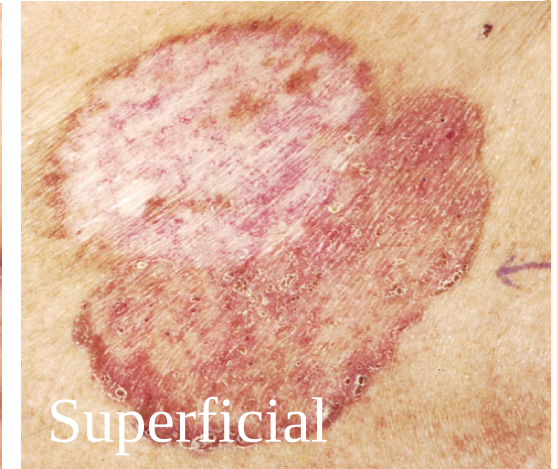


Carcinoma basocelular

Diferentes tipos:

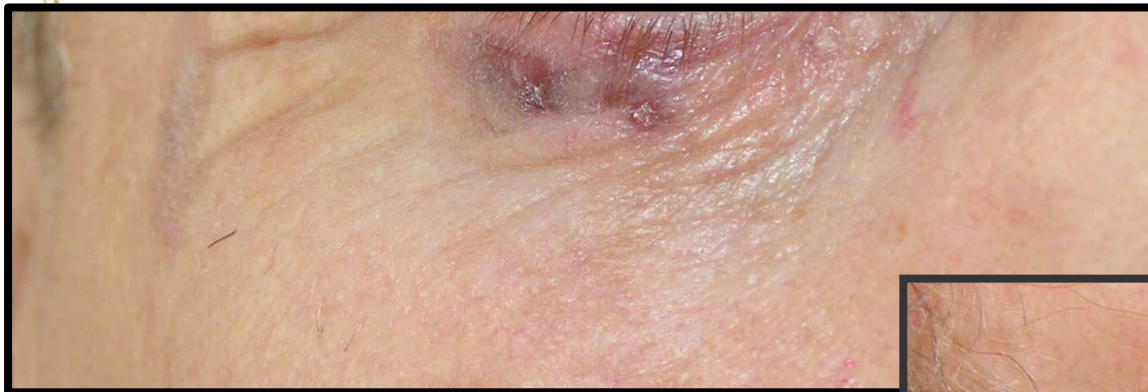
- Nodular → ulcus rodens
- Esclerodermiforme
- Superficial
- Quístico

Pigmentado o no







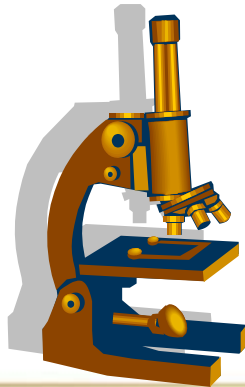
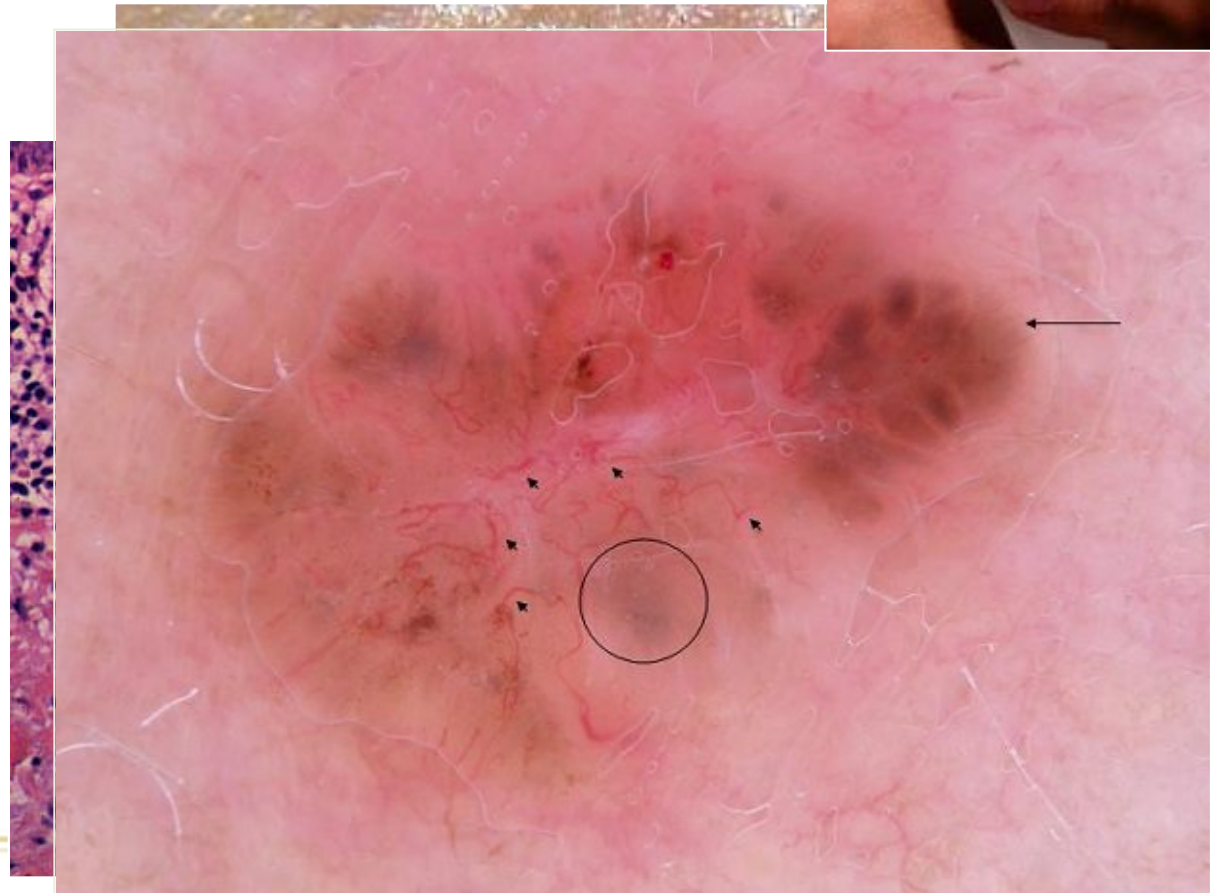


Pronóstico

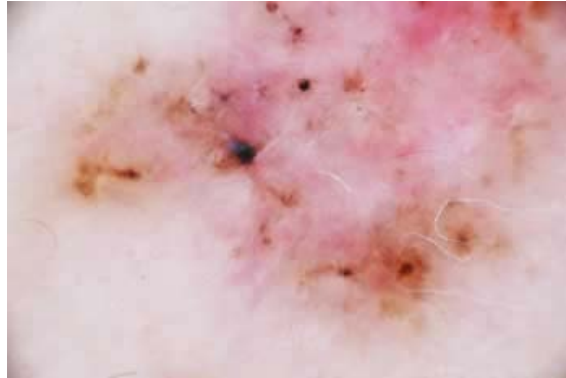
- Muy bueno con tratamiento precoz
- Crecimiento progresivo en superficie y profundidad
- Destrucción local
- Ciertas características avisan de formas más agresivas: tamaño y localización, tipo esclerodermiforme, infiltrativos
- Riesgo de recurrencia
- 40% nuevos tumores en 5-10 años → Seguimiento
- Metástasis excepcionales (inmunodepresión)

Cáncer cutáneo / diagnóstico

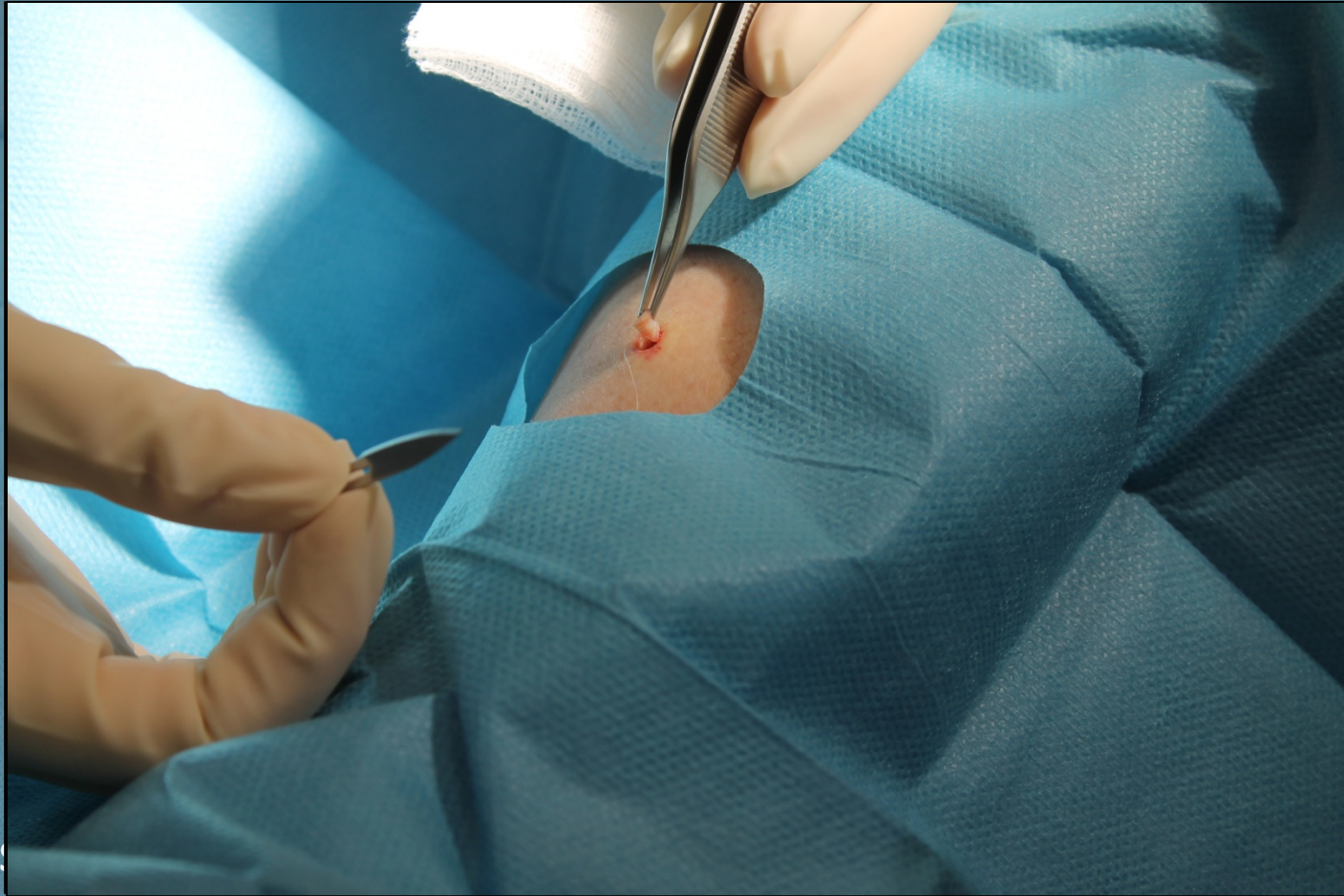
- Características clínicas
- Dermatoscopia
- Biopsia



Carcinoma basocelular : Dx dermatoscopia



Cáncer cutáneo / diagnóstico



BIOPS

ÍNDICE

- **Prevención**
 - **Nevus y melanoma**
 - **Cáncer de piel no melanoma**
 - **Tratamiento**
-

ÍNDICE

- **Prevención**
 - **Nevus y melanoma**
 - **Cáncer de piel no melanoma**
 - **Tratamiento**
-

Tratamiento CCNM

- OBJETIVOS:
 - Destruir o eliminar todas las células neoplásicas respetando las células sanas circundantes
 - La elección de la técnica dependerá de las características del tumor, localización y el estado del paciente

Tratamiento CCNM

- CIRUGÍA CONVENCIONAL:
 - Técnica de elección
 - Margen de seguridad
 - Reconstrucción: cierre directo, colgajo o injerto
 - Cirugía de Mohs: en casos recidivantes o mal delimitados de carcinoma basocelular; diferido en CE de alto riesgo y lentigo maligno

Tratamiento CCNM

CRIOTERAPIA en
queratosis actinicas



Tratamiento CCNM

Inmunoterapia: IMIQUIMOD

- Formas superficiales
- Contraindicada o dificultad para cirugía (también en lentigo maligno)
- Reducir tamaño tumoral previo a cirugía
- No comprobación histológica de curación
- Mayores tasas recidiva



Tratamiento CCNM

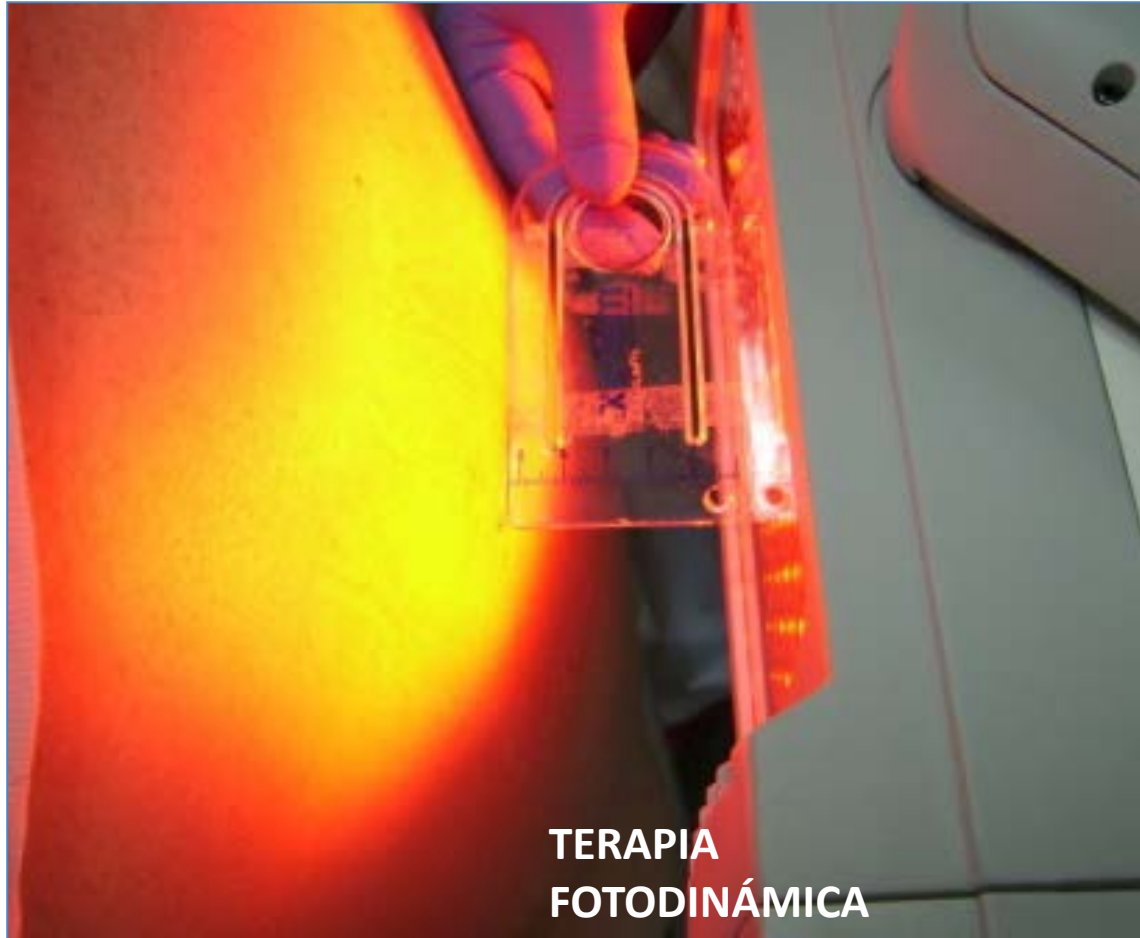


TERAPIA FOTODINÁMICA

Tratamiento CCNM



Tratamiento CCNM



Tratamiento CCNM



TERAPIA FOTODINÁMICA

Tratamiento CCNM

CIERRE DIRECTO







■ COLGAJO EN O-T

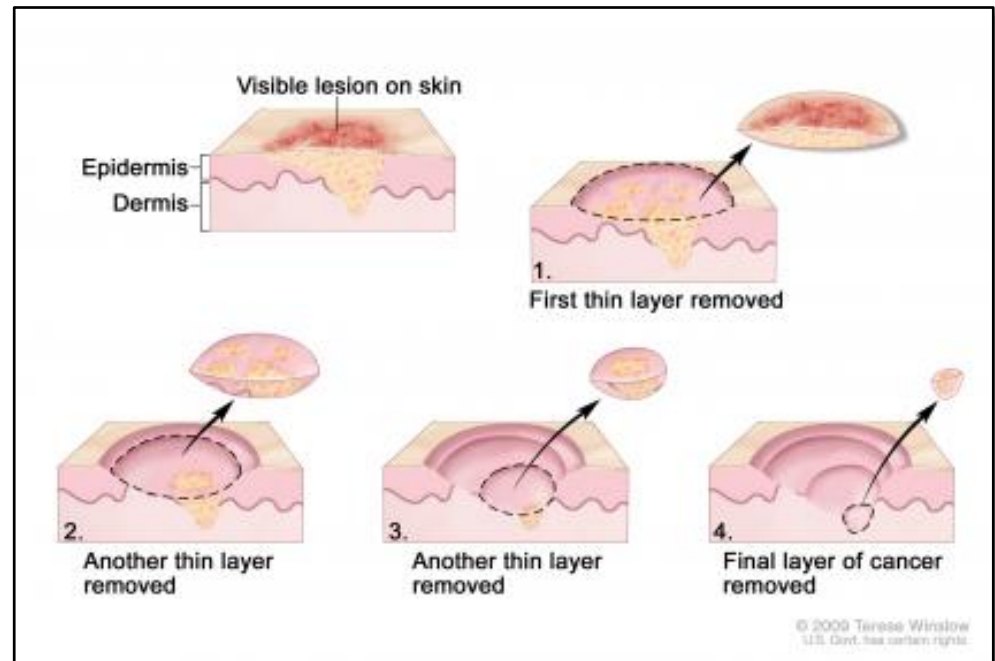


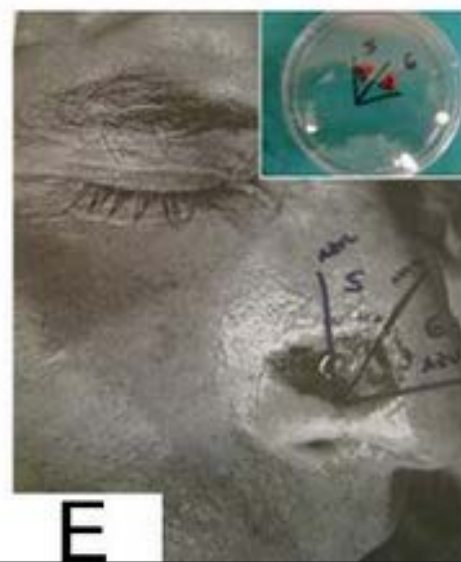


Tratamiento CCNM

CIRUGÍA DE MOHS

- Localización de alto riesgo
- Tumores grandes
- Recidivas
- Subtipo histológico agresivo
- Resecciones incompletas
- Piel irradiada
- Borde mal definido







Gracias por su atención





CONGRESO DE
PACIENTES
CON **CÁNCER**

Las grandes historias comienzan aquí...

gépac
PACIENTES/
CÁNCER

f Tengocancer @GEPAC_ GEPAC