

Carcinoma epidermoide cutáneo invasivo

Algoritmo de manejo rápido (tipo flujograma)

Hoja de consulta rápida para dermatología, cirugía plástica, cirugía de cabeza y cuello y oncología.

1. Punto de entrada

Lesión sospechosa de CEC (nódulo/placa indurada, hiperqueratósica, ulcerada, en zona fotoexpuesta o cicatriz/úlceras crónicas)

1. Valorar:
2. Tamaño (cm), localización y duración.
3. Síntomas: dolor, sangrado, crecimiento rápido, parestesias.
4. Antecedentes: inmunosupresión, radioterapia previa, cicatrices/úlceras crónicas.
5. Exploración de **ganglios regionales**.
6. Elegir **tipo de biopsia sugerida**:
7. Lesión pequeña, fácilmente resecable, en zona no crítica → **escisión diagnóstica** con márgenes clínicos estrechos (2–3 mm).
8. Lesión mediana/grande o en zonas críticas (cara, párpado, labio, nariz, oreja, manos, pies, genitales) → **biopsia incisional o punch profundo** sobre el área **más indurada/ulcerada**, incluyendo **epidermis + dermis hasta unión dermo-hipodérmica**.
9. Evitar **rasurados muy superficiales** si se sospecha invasión.

→ **Enviar a anatomía patológica** con buena descripción clínica (localización exacta, tamaño, sospecha de CEC).

2. Resultado histológico

Al recibir el informe, confirmar si hay:

- **CEC in situ (Bowen)** → manejar según protocolo de in situ (no entra en este algoritmo).
 - **CEC invasivo** → continuar a paso 3.
 - Diagnóstico alternativo → manejar según patología correspondiente.
-

3. Estratificación rápida de riesgo en CEC invasivo

Marcar factores de alto riesgo (cualquiera de los siguientes):

- Tamaño ≥ 2 cm en tronco/extremidades o ≥ 1 cm en zonas de alto riesgo (H: párpado, labio, nariz, oreja, genitales, manos, pies).
- Grosor > 6 mm o invasión más allá de tejido celular subcutáneo.
- Grado **pobrementemente diferenciado** o subtipo **desmoplásico/neurotrópico/fusocelular**.
- **Invasión perineural** (especialmente nervios de mayor calibre o nervios nombrados) y/o **invasión linfovascular**.
- Tumor **recurrente**.
- Localización en **labio, oreja, cuero cabelludo calvo, región temporal** o en cicatriz/úlceras crónicas.
- Paciente **inmunosuprimido** (trasplante, neoplasia hematológica, inmunosupresión farmacológica intensa).

→ Si **NINGÚN** factor de la lista → CEC de **BAJO RIESGO**. → Si **AL MENOS UNO** → CEC de **ALTO RIESGO**.

4. Rama A – CEC de BAJO RIESGO

Conducta estándar:

1. **Escisión quirúrgica estándar**
 2. Márgenes clínicos recomendados: **4-6 mm** en piel sana.
 3. Profundidad: hasta **tejido celular subcutáneo** (incluyendo fascia si está próxima).
 4. **No se requiere imagen de rutina** si no hay hallazgos clínicos sospechosos.
 5. **Reconstrucción** según defecto (cierre directo, colgajos locales simples, injertos).
 6. **Informe AP de la pieza:**
 7. Confirmar CEC invasivo de bajo riesgo.
 8. Márgenes **libres** (idealmente informar distancia en mm).
 9. **Seguimiento clínico:**
 10. Revisión de piel y cicatriz cada **6-12 meses** los primeros 2-3 años, luego anual.
-

5. Rama B – CEC de ALTO RIESGO (sin ganglios clínicamente positivos)

Objetivo: maximizar control local y detectar precozmente enfermedad regional/ sistémica.

1. **Elección del tipo de cirugía**

2. Preferible: **cirugía de Mohs** o técnicas de control completo de márgenes (CCPDMA) en cabeza y cuello, labio, oreja, manos, pies, genitales, tumores recurrentes o desmoplásicos.
 3. Si Mohs no disponible: **escisión amplia** con márgenes clínicos $\geq 6-10$ mm (a menudo ~ 1 cm), con cuidadoso estudio de márgenes.
 4. **Imagen recomendada (según contexto):**
 5. **Ecografía ganglionar** regional (parótida, cervical, etc.).
 6. Considerar **TC/RM** en tumores voluminosos, sospecha de invasión profunda (hueso, cartílago, músculo) o PNI significativa.
 7. **Discusión en comité oncológico** si:
 8. Márgenes difíciles de obtener.
 9. PNI extensa, invasión ósea o linfovascular.
 10. Paciente inmunosuprimido o múltiples CEC agresivos.
 11. **Radioterapia adyuvante (considerar)** si:
 12. Márgenes positivos/no ampliables.
 13. PNI extensa, invasión ósea o múltiples factores de alto riesgo combinados.
 14. **Seguimiento estrecho:**
 15. Controles cada **3-6 meses** los primeros 2-3 años, con exploración sistemática de cicatriz y cadenas ganglionares.
-

6. Rama C – Enfermedad ganglionar regional

Sospecha clínica o por imagen de metástasis ganglionar (adenopatías duras, fijas, dolorosas o ecografía/TC/RM sugerente):

1. Confirmar con:
 2. **PAAF** o biopsia con aguja gruesa (core) del ganglio sospechoso.
3. Si **metástasis confirmada**:
4. **Linfadenectomía terapéutica** de la cadena/área afectada (parotídea, cervical, etc.).
5. Valorar **radioterapia adyuvante** sobre lecho ganglionar y, en ocasiones, sobre el sitio primario.

6. Considerar **estudios de extensión** (TC, RM, PET-CT según disponibilidad) para descartar enfermedad a distancia.

7. Derivar a **comité oncológico** para decidir necesidad de tratamiento sistémico.

7. Rama D – Enfermedad localmente avanzada o metastásica

Localmente avanzada irresecable (no se logra resección completa sin mutilación inaceptable) o **metástasis a distancia** documentadas:

1. Evaluar en **equipo multidisciplinario** (dermato-oncología, cirugía, radioterapia, oncología médica).
 2. Opciones terapéuticas principales:
 3. **Inmunoterapia sistémica** (anti-PD-1) como tratamiento de elección en la mayoría de casos no candidatos a cirugía/RT curativa.
 4. **Radioterapia** con intención radical (cuando la resección no es posible) o paliativa (dolor, sangrado, masa).
 5. **Quimio ± anti-EGFR** (p. ej. cetuximab) en pacientes no candidatos a inmunoterapia o como rescate.
 6. Objetivos:
 7. Control de la enfermedad.
 8. Alivio de síntomas.
 9. Preservar función y calidad de vida.
-

8. Mini-checklist antes de cerrar el caso

Antes de dar por “cerrado” el manejo inicial de un CEC invasivo, comprobar:

- ☐ ¿Se disponen de **datos histológicos completos**? (grosor, grado, PNI, linfovascular, márgenes).
- ☐ ¿Se ha asignado **TNM / estadio** aproximado?
- ☐ ¿Se ha definido claramente el **riesgo** (bajo vs alto)?
- ☐ ¿La cirugía realizada es adecuada para ese riesgo (escisión estándar vs Mohs/márgenes ampliados)?
- ☐ ¿Se ha valorado la necesidad de **imagen** o **radioterapia adyuvante**?
- ☐ ¿Se ha revisado con el paciente el **plan de seguimiento** y los **signos de alarma**?