

TUMORILE PIELII

Din punct de vedere *histogenetic*:

1. Tumori cu origine epidermică
2. Tumori cu origine melanocitară
3. Tumori de origine mezodermică
4. Metastazele cutanate ale carcinoamelor viscerale

Din punct de vedere *clinico-evolutiv*:

1. Tumori benigne
2. Tumori maligne

Tumori cutanate benigne

1. Tumori benigne epiteliale
2. Tumori benigne conjunctive
3. Tumori benigne ale sistemului pigmentar (nevii nevocelulari sau melanocitari)

1. Tumori benigne epiteliale

Survin prin hiperplazie sau prin retenție (chiste)

Tumori hiperplazice pot fi

- *epiteliale*

- **nevil verucos epidermic**: leziune circumscrișă, reliefată, hiperkeratozică



- **keratoacantomul și acantomul**: tumoră frecvent unică cu punct de plecare epiteliul infundibulului folicular, localizată predilect pe zonele descoperite, cu aspect de nodul ferm



- **veruci seboreice (keratoze seboreice):** leziuni multiple cu aspect de plăci găbui-brune, situate pe față, trunchi, mai ales la persoane în vârstă;



- **nevul sebaceu Jadassohn:** leziune prezentă de la naștere pe pielea păroasă a scalpului, de aspectul unei plăci papilomatoase alopecice ce se acoperă de cruste seboreice; se poate transforma într-un carcinom bazocelular;



- glandulare

- **adenomul sebaceu:** tumoretă formată din glande sebacee incomplet maturate, localizată pe scalp și față, de culoare alb-gălbuie, de consistență fermă, asimptomatică;



- **hidradenoamele (siringoamele):** tumori benigne cu punct de plecare în glanda sudoripară ecrină, care apar în adolescență sau la adultul tânăr, la nivelul pleoapelor (mici papule ferme pe pleoapa inferioară) sau exploziv, pe fața antero-superioară a toracelui (papule ferme sau noduli hemisferici fermi, de culoare roz);



- **poromul ecrin:** tumoră cu origine în ductul ecrin intraepidermic, localizată caracteristic în regiunea plantară, de aspectul unui nodul mic, nedureros, de culoarea pielii sau roz-roșietic.

Tumori prin retenție (chistele):

- **chistul epidermoid:** tumoră rezultată prin ocluzia foliculului pilos, localizată pe scalp, scrot, cu aspect hemisferic, alb-gălbui, de consistență elastică sau fermă; o varietate de chist epidermic este miliumul – leziune multiplă, punctiformă, gălbui (cu conținut cornos), întâlnită în acnee, unele dermatoze buloase;



- **chistul dermoid:** disembrioplazie cu localizare pe linia mediană a corpului (ventral sau dorsal), cu conținut constituit din resturi embrionare epidermice și anexiale;
- **sinusul pilonidal:** situat în regiunea sacro-coccigiană prin constituirea unui abces în jurul unor foliculi piloși, care evoluează spre fistulizare;



- **chistul mucos:** rezultă prin obstrucția canalului excretor al glandei salivare, se localizează pe buze, gingii, limbă.



2. Tumorile benigne conjunctive

Survin prin hiperplazia elementelor tisulare cu origine mezodermică.

2.1 Fibroamele:

fibromul în pastilă: tumoră rezultată prin hiperplazia țesutului conjunctiv adult, localizată mai ales pe membre, cu aspect lenticular, rotund-ovalară, roșie sau brună, fermă;



fibromul pendulum (moluscum pendulum): tumoră pediculată, moale, de culoarea pielii normale, localizată frecvent în axile, latero-cervical, inghino-crural.

2.2. Keloidele: tumori spontane (primitive) sau posttraumatice, prin proliferare fibroblastică și a fibrelor de colagen, de aspectul unor leziuni hipertrofice bine delimitate, roșii, ferme, cu suprafața netedă;



2.3. Histiocitomul: tumoră prin proliferarea elementelor conjunctive tinere asemănătoare clinic fibromului;



2.4. Tumora glomică: tumoră dezvoltată din glomusul Masson, localizată în patul unghial, solitară sau multiplă, cu aspect de nodul ferm și foarte dureros la palpare.



2.5. Limfangiomul: tumoră cu origine în vasele limfatice cu aspect de vezicule profunde grupate, situate mai frecvent pe trunchi, extremități sau limbă.



2.6. Lipoamele: tumori benigne formate din adipocite mature, unice sau multiple, cu aspect de mase lobulate, circumscrise, situate mai frecvent pe coapse, gât, spate, perete abdominal.



2.7. Leiomiomul: tumoretă mică dezvoltată din mușchii piloerectori, cu aspect nodular, brună sau albăstruie, de consistență fermă, sensibilă la palpare, localizată predilect pe toracele posterior, suprafețele de extensie ale membrilor; se contractă dureros la frig, la traume locale

2.8. Tumora Abrikosov (mioblastom): nodul mic localizat pe fața dorsală a limbii, dezvoltat din celule musculare embrionare;

2.9. Neuroamele cutanate: leziuni unice sau multiple cutanate (dezvoltate din țesutul nervos), sub formă de papule sau noduli, roșii, dureroase; se pot însoți de neuroame multiple ale mucoasei bucale, carcinom tiroidian și feocromocitom.

3. Tumorile benigne ale sistemului pigmentar (nevii nevocelulari sau melanocitari)

Definiție:

- disembrioplazii circumscrise ce survin datorită acumulării crescute de melanocite (celule nevice sau nevocite) în piele și/sau mucoase; apar de la naștere (nevi congenitali) sau în cursul vieții mai ales la vârsta copilăriei și adolescenței (nevi dobândiți)

Factori favorizanți: sarcina, expunerea la radiațiile solare, fototipul I și II de piele

Histopatologic:

- **nevi nevocelulari joncționali** (celule nevice grupate în cuiburi sau teci la joncțiunea dermo-epidermică și în straturile inferioare ale epidermului);



- **nevi compuși** (cuiburi de nevocite la joncțiunea dermo-epidermică și intradermic);
- **nevi dermici** (cuiburi de nevocite situate strict intradermic).

Clinic:

- leziuni pigmentare, bine delimitate, de forme și dimensiuni variate, culoarea variind de la brun-negru la maro deschis; simple macule sau leziuni papuloase nodulare papilomatoase, verucoase, globuloase cu localizare ubicuitară.

Nevii displazici: nevi pigmentari neregulați, imprecis delimitați, colorați neomogen, cu dimensiuni mai mari de 6 mm, reliefați, au risc crescut de conversie în melanom.

Evoluție, prognostic:

Rata de apariție a nevilor - după vârsta pubertății se reduce semnificativ; tendință la involuție progresivă odată cu înaintarea în vârstă; nevi - leziuni ce trebuie supravegheate clinic periodic pentru surprinderea modificărilor macroscopice ce sugerează conversia spre melanom (mai ales cei multipli – nevomatoza – localizați pe zone de traumatism, cei piloși congenitali sau de aspect displazic).

Tratament

Excizia chirurgicală este recomandabilă pentru:

- nevi congenitali giganți;
- nevi cu localizare ce predispozează la traumatism repetat sau inaccesibili autoexaminării;
- nevi care au fost traumatizați;
- nevi situați pe mucoase sau unghial.

Tumori cutanate maligne

I. Tumori maligne epiteliale (carcinoame cutanate, epitelioame)

1. Carcinomul (epiteliomul) bazocelular (CBC)

- cea mai frecventă tumoră malignă cutanată (30-40% din totalul cancerelor cutanate), care își are originea în celulele bazale ale epidermului și epiteliului anexial;
- evoluează lent și nu metastazează decât în mod excepțional;
- nu afectează primitiv mucoasele dar le poate interesa prin extensie de la piele

Etiopatogenie

- se dezvoltă mai ales după decada a 4-a de viață, pe *piele sănătoasă* sau pe *leziuni premaligne* precum keratozele actinice

Factorii predispozanți sunt reprezentați de:

- radiațiile solare ionizante;
- fenotipul rasial (rasa albă, persoanele cu piele albă, blonde sau roșcate);
- vârsta înaintată (prin modificările degenerative de involuție ale pielii);
- leziunile preexistente cu potențial de transformare malignă (keratoze actinice);
- expunerea iatrogenă cronică la arsenicul anorganic.

Forme clinice

1. CBC superficiale

Carcinom bazocelular plan cicatricial (perlat):



- cel mai frecvent
- are aspect de placă neregulată sau ovalară, cu periferia constituită din mici proeminente translucide (perle epiteliomatoase) și centrul atrofo-cicatricial și pe alocuri ulcero-crustos
- localizat frecvent pe obraz și în regiunea temporală;



Tratament chirurgical:

- excizia formatiunii tumorale in limite de siguranta oncologica (minim 0,5 cm de limita aparenta a tumorii in suprafata si pana in tesut sanatos in profunzime)
 - o defectul ramas poate fi acoperit cu;
 - transplant de piele toata grosimea- este indicat in situatiile in care avem posibilitati limitate de excizie sau in situatiile in care avem suspiciunea ca ar mai ramane celule tumorale
 - o – lambori locale – ce folosesc tegument de buna calitate, lasand in urma cicatrici mai putin vizibile.

Carcinom bazocelular pagetoid



Clinic :

placă eritemato-scuamoasa, poate fi pigmentata neuniform, cu marginile discret reliefate schițând un chenar perlat
pot fi multiple
localizat cu predilectie pe trunchi

2. CBC exofitice

Carcinom bazocelular nodular

- o nodul de consistență fermă roz-roșiatică, cu telangiectazii vizibile pe suprafața lui sau cu tentă pigmentară
- o se localizează mai frecvent pe față și gât
- o poate ulceră în evoluție



carcinom bazocelular polilobat: îmbracă aspect exofitic cu suprafața mamelonată, translucidă, eventual ulcerată;

3. CBC ulcerate

Ulcus rodens: debutează ca placă eritematoasă sau nodul ce ulcerează, interesând lent progresiv structurile profunde; ulcerația are margini abrupte, fundul neregulat, burjonant și sângerând și poate schița, uneori, chenar perlat periferic; se localizează electiv la extremitatea cefalică;

Ulcus terebrans: formă clinică de ulcus rodens mutilantă distructivă până la planul osos, localizată frecvent pe scalp și față;

4. CBC infiltrativ sau sclerodermiform

are aspect de placă indurată, alb-sidemie,
localizată pe pomeții obrazilor sau regiunea pretragiană;
nu are tendință la ulcerare
nu prezintă chenar perlat periferic.

Examen histopatologic

proliferație cu celule de tip bazal în care stratul periferic își păstrează arhitectura în palisadă, formând mase, cuiburi sau cordoane.

Evoluție, prognostic

evoluție cronică, cu progresie lentă, unele forme clinice putând evolua spontan spre vindecare cu dezvoltare de cicatrici;
metastazează în mod excepțional pe cale limfatică sau hematogenă;
malignitatea lor se corelează cu caracterul recidivant, distructiv local.
formele ulcerate (ulcus rodens, ulcus terebrans) au un prognostic rezervat datorită complicațiilor infecțioase, hemoragice.

Diagnostic diferențial

formele clinice superficiale (CBC plan cicatricial, pagetoid) trebuie diferențiate de: keratozele actinice, plăcile de eczemă, psoriazis;

formele clinice exofitice (nodular, polilobat) trebuie diferențiate de: moluscum contagiosum, lupus vulgar tbc, carcinom spinocelular;

formele clinice endofitice (ulcus rodens, ulcus terebrans) trebuie diferențiate de: ulcerul tbc, granulomul malign facial;

CBC sclerodermiform pretează la diagnostic diferențial cu morfeea.

Tratament

Tratamentul chirurgical

a. ***excizia chirurgicală în limite de siguranță oncologică*** – se face la minim 0,4 cm de limitele aparente ale tumorii în suprafața și în profunzime. Excizia se poate largi în cazul tumorilor care depășesc 2 cm diametru, cu reconstrucția ulterioară a defectelor restante



- b. **chirurgie MOHS** (utilizarea de substanțe chimice ce fixează țesutul patologic și excizia lui seriată ulterioară cu examen histopatologic extemporaneu; procedura se repetă până se ajunge în țesut sănătos);
 - c. **laser-terapie cu CO₂**;
 - d. **criochirurgie (cu azot lichid sau zăpadă carbonică)**;
 - e. **electrochirurgie**;
- roentgenterapie (profundă sau de contact);
 chimioterapia topică (5fluorouracil, podofilină) sau intralezională (bleomicină);
 interferonul gamma (administrat sistemic sau intralezional).

Carcinomul(epiteliomul) scuamocelular (spinoceleular)

Este o tumoră malignă epitelială dezvoltată din keratinocitele epidermului:

- cu evoluție rapid invazivă și metastazantă pe cale limfatică și hematogenă.
- cu tropism pentru mucoase și semimucoase;
- cu incidență de 2-5 ori mai mică decât a carcinoamelor bazocelulare.

Etiopatogenie

mai ales la sexul masculin și se dezvoltă mai ales pe leziuni preexistente.

Factorii predispozanți:

- genetici (fenotipul I și II de piele);
- radiațiile solare și ionizante;
- modificări degenerative și inflamatorii cronice cutaneo-mucoase: cicatrici de arsură, radiodermite, ulcere cronice, leucoplazii, lichen plan eroziv al mucoaselor, cheilite actinice cronice, lupus tbc;
- expunerea cronică la substanțe carcinogene: gudroane, arsenic, azbest;
- deficitul imunologic;
- infecțiile virale (cu subtipurile 16, 18, 30, 33 ale HPV).

1. Carcinomul spinoceleular al pielii

se localizează electiv la nivelul feței și feței dorsale a mâinilor și îmbracă aspect de:

carcinom spinoceleular ulcero-vegetant:

forma clinică obișnuită ce se prezintă ca o masă vegetantă, ulcerată, cu margini crenelate și centrul crateriform acoperit de secreții fetide, cu baza și marginile dure, infiltrate; poate evolua spre un aspect exuberant, conopidiform



carcinom spinoceleular nodular: nodul hemisferic, roșu-violaceu, ferm, care în evoluție se ulcerează central;

carcinom spinoceleular ulcerat endofitic: ulcerație cu contur neregulat și evoluție rapidă în profunzime, dură, infiltrativă;



carcinom spinocelular keratozic: aspect de corn cutanat cu o bază globuloasă, de consistență fermă, pe care se dezvoltă o formațiune dură, cornoasă, de formă conică;

epithelioma cuniculatum: foarte asemănător unei veruci vulgare dar agresiv, constituind mase tumorale cu evoluție în profunzime până la planul osos, localizate plantar.

2. Carcinomul spinocelular al buzei

- localizat frecvent pe zona vermilionară a buzei inferioare la persoane predispuse și cu factori de risc (expunere cronică la radiațiile solare, fumători).

- se dezvoltă mai ales pe leziuni de cheilită keratozică cronică sau leucoplazie, este favorizat de asemenea de igiena orală deficitară, de infecțiile recurente cu HSV, de deficite imunologice.

- debut: leziune keratozică circumscrișă sau o fisură mediană, care ulterior se infiltrează evoluând exuberant și ulcerativ și, respectiv, infiltrativ și ulcerativ.

3. Carcinomul spinocelular al cavității orale

- 95% din cancerelor orale,

- localizare: 1/3 posterioară și marginile limbii, gingiile, vălul palatin, mucoasa jugală, planșeul bucal;

- factori precipitanți: traumatismele cronice prin marginile sau resturile dentare tăioase, keratozele orale, papilomatoza floridă orală, candidozele cronice, agenții iritanți precum alcoolul și fumatul;

- aspect ulcerativ, asimptomatic până la faza de ulcerare sau metastazare;

- mult mai agresiv decât carcinomul spinocelular al buzei inferioare, riscul metastazării fiind de 70% iar în 1-3% din cazuri metastazele fiind extraganglionare.



Diagnostic diferențial

Carcinomul spinocelular ulcero-vegetant și nodular cutanat trebuie diferențiat de:

- piodermita vegetantă;
- keratoacantom;
- veruca vulgară;
- tbc verucoasă;
- carcinomul bazocelular.

Carcinomul spinocelular al buzei inferioare trebuie diferențiat de:

- șancrul sifilitic de buză;

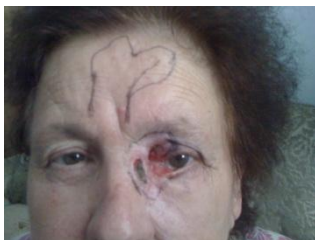
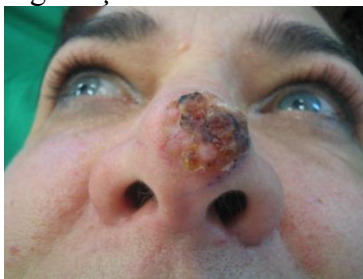
- ulcerul tbc;
- botriomicom.

Evoluție, prognostic

- mai rapid invazivă decât a celui bazocelular și se caracterizează prin tendință la diseminare mai ales limfatică. Cele mai agresive forme clinice sunt cele ale mucoaselor, cele localizate pe pleoape, pe pavilioanele urechilor.

Tratament

Excizia chirurgicală în limite oncologice urmată sau nu de radioterapie (penetrantă transcutanată sau de contact) constituie alternativele terapeutice la care se recurge cel mai frecvent. Metastazele ganglionare regionale beneficiază de asemenea de tratament chirurgical și/sau iradiere.



Melanomul

Melanomul este o tumoră malignă de origine melanocitară ce poate surveni oriunde pe piele sau mucoase (orală, nazală, conjunctivală, genitală), cu evoluție severă și risc letal crescut prin metastazare precoce; alte localizări primitive posibile sunt retina și SNC.

Factorii de risc:

- factorii genetici (există cazuri familiale);
- fenotipul rasial (incidența este maximă la rasa albă cu fotoprotecție naturală diminuată – fototip I și II de piele;
- expunerea cronică la radiațiile solare a persoanelor predispuse;
- sexul feminin (melanomul survine de două ori mai frecvent la femei și se agravează în cursul sarcinii);
- leziunile pigmentare preexistente (cam 30% din melanoame survin pe un nev pigmentar nevoceular; de asemenea, melanomul este mai frecvent la persoane cu nevi pigmentari atipici multipli; transformarea malignă a nevilor pigmentari poate fi precipitată de traumatismele mecanice, chimice, fotonice.

Forme clinice

1. Melanom extensiv în suprafață (70% din totalul melanoamelor)

- mai frecvent la femei
- cu aspect de leziune neomogen pigmentată (arii brune, negre, roșii, albastre),
- cu extindere eventuală „în pată de ulei” și decolorare centrală,
- în evoluție, pe suprafața acestei plăci ușor infiltrate, apar noduli cu tendință de ulcerare semn de invazie verticală;



2. Melanom pe lentigo malign

- dezvoltat pe o melanoză Dubreuihl la persoane aflate în decada 6-7 de viață (melanoza Dubreuihl sau lentigo-ul malign este o leziune localizată pe față, fața dorsală a mâinilor, de aspectul unei plăci brun-negricioase, neuniform pigmentată, cu margini neregulate și extensie lentă).
- Transformarea în melanom a unui astfel de lentigo malign determină apariția unor noduli infiltrați;

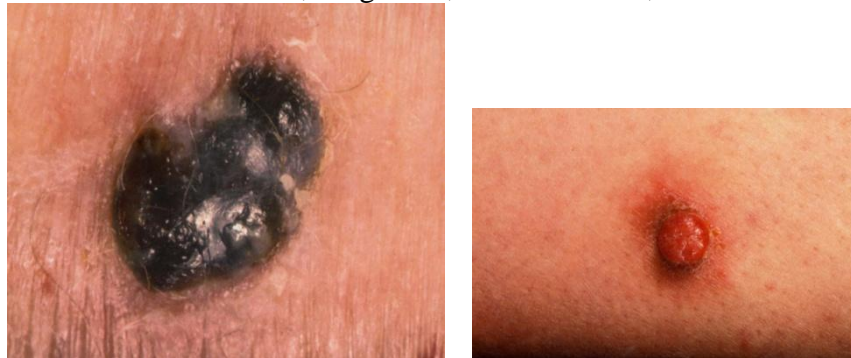


3. Melanom nodular

- mai frecvent la sexul masculin,
- localizat mai ales pe cap, gât și trunchi,

- de aspectul unui nodul friabil, neuniform pigmentat, ușor sângerând, înconjurat de un halou pigmentat.

O varietate de melanom nodular, asemănător botriomicomului este melanomul acromic sau pseudobotriomicomatos: nodul moale, sângerând, ulcero-crustos;



4. Melanom acral (acrolentiginos)

- localizare plantară, palmară, pe degete,
 - o aspect de pată neagră/brună sau neomogen colorată
 - o evoluție inițial în suprafață și, ulterior, spre apariția de noduli ce ulcereză.

O variantă a acestei forme este melanomul subunghial (panarițiu melanic).



5. Melanom malign desmoplasic

- variantă rară caracterizată prin proliferare de celule fuziforme, scleroza dermului, neurotropism și invazie nervoasă;
- aspect de nodul subcutanat acromic și obișnuit recidivant postoperator.

La nivelul cavității orale, melanomul survine rar și se localizează pe limbă, buze, gingii, palat. Aspectul cel mai frecvent este de maculă pigmentară neregulată. Fiind asimptomatic, 50% din pacienții diagnosticați cu melanom al cavității orale au deja metastaze regionale și la distanță.

Evoluție și prognostic

Melanomul este o tumoră extrem de agresivă care metastazează adesea precoce (hepatic, pulmonar, cerebral, osos, renal).

Prognosticul depinde de:

grosimea maximă a tumorii: (indicele Breslow):

- sub 0.75mm = fără metastaze,
- peste 1.5mm = metastaze prezente;

nivelul de invazie Clark:

- gradul I = proliferare melanocitară atipică doar epidermică;
- gradul II = masă tumorală ce nu depășește dermul papilar;
- gradul III = invazia plexului vascular superficial;
- gradul IV = invazia dermului profund;
- gradul V = invazia țesutului celular subcutanat;

activitatea mitotică (număr mitoze/mm² x grosimea tumorii);

forma clinico-morfologică (cea extensivă în suprafață și cea dezvoltată pe lentigo malign au prognostic mai bun);

localizarea (afectarea extremității cefalice – prognostic mai prost);

prezența metastazelor ganglionare și viscerale;

sex (femeile supraviețuiesc mai mult),

vârstă (pacienții tineri au un prognostic mai bun).

Examenul histopatologic

- proliferare de melanocite atipice izolate sau în cuiburi.

Diagnostic diferențial

Melanomul trebuie diferentiat de:

- keratoza seboreică;
- granulom piogenic;
- hematom subunghial;
- nev melanocitar;
- carcinom bazocelular pigmentat;
- angiom trombozat.

Tratament

Se adaptează formei clinice și stadiului evolutiv.

Stadiul I (tumoră primitivă):

- excizia chirurgicală în limite oncologice sau electroexcizia, este tratamentul de elecție.

În stadiul II (metastaze cutanate și ganglionare regionale) se procedează la evidarea ganglionară și chimioterapie cu melfalan asociată cu hipertermie.



În stadiul III (metastaze la distanță), principala alternativă este polichimioterapia: DTIC (dimetiltriazenoimidazol carboxamida), vinblastină, cisplatin, derivați de nitrozo-uree.

Tratamentul cu IFN α -2b a fost utilizat în mod benefic la pacienți operați, cu metastaze ganglionare.

Roentgen terapia în asociere mai ales cu hipertermia este indicată în lentigo-ul malign și în faza postoperatorie, după disecția ganglionilor cu metastaze.