

P1

¿Qué porcentaje aproximado de todos los cánceres de piel representa el carcinoma basocelular (CB)?

R1

Representa entre el 50-75% de todos los cánceres cutáneos.

P2

¿Cuál es el tumor maligno más frecuente en los seres humanos?

R2

El carcinoma basocelular.

P3

Relación aproximada de incidencia del
CB entre varones y mujeres.

R3

Existe una relación de \$3:1\$ a favor de los varones.

P4

¿Qué probabilidad porcentual estimada tiene una persona de padecer un CB a lo largo de su vida?

R4

Oscila entre un 11% y un 28%.

P5

¿Qué porcentaje de individuos que han tenido un CB desarrollarán otro en los siguientes cinco años?

R5

Aproximadamente el 40% de los pacientes.

P6

Los individuos con antecedentes de CB
tienen un riesgo tres veces mayor de
desarrollar un ____.

R6

Melanoma

P7

¿Cuáles son las dos anomalías
moleculares pivotaes implicadas en la
carcinogénesis del CB?

R7

Mutaciones del gen \$p53\$ y activación inapropiada de la vía Hedgehog (HH).

P8

¿En qué cromosoma se localiza el gen
supresor tumoral \$PTCH\$?

R8

Se localiza en el cromosoma 9q
(9q22.3).

P9

¿Qué receptor transmembrana es
bloqueado por el gen \$PTCH-1\$ para
inhibir la señal de la vía Hedgehog?

R9

El receptor Smoothened (\$SMO\$).

P10

¿Qué familia de factores de transcripción es activada finalmente por la vía Hedgehog?

R10

La familia de factores $\$Gli\$$ ($\$Gli-1\$, \$Gli-2\$, \$Gli-3\$$).

P11

¿Qué fenómeno clínico se asocia con la inducción de la apoptosis mediada por la activación del gen \$p53\$ en el CB?

R11

La ulceración del tumor.

P12

¿Qué rango de longitud de onda de la radiación ultravioleta se considera el agente causal más importante del CB?

R12

Los rayos UVB, comprendidos entre 290 nm y 320 nm.

P13

¿Cuál es el mecanismo principal por el cual la radiación UV contribuye al desarrollo del CB?

R13

Inducción de cambios en los mecanismos
de reparación del ADN.

P14

¿Qué agente químico se asocia clásicamente con la aparición de CB tras una administración crónica por agua o pesticidas?

R14

El arsénico.

P15

¿Sobre qué dermatosis previa es más frecuente, aunque rara, la aparición de un CB?

R15

Sobre el nevus sebáceo.

P16

¿Cuál es el subtipo clínico más frecuente de carcinoma basocelular?

R16

El CB perlado o nodular, que representa más del 60% de los casos.

P17

¿Qué característica vascular es típica observar en la superficie de un CB perlado?

R17

La presencia de telangiectasias.

P18

Descripción clínica del CB plano
superficial o eritematoide.

R18

Máculas rojizas, sin elevación, con algunas costras, similares a placas de psoriasis.

P19

¿Qué subtipo de CB se caracteriza por una gran agresividad invasora y apariencia de cicatriz indurada?

R19

El CB esclerodermiforme (o morfeiforme).

P20

¿Cómo se denomina la variante de CB
que se manifiesta como una úlcera
desde el comienzo, con bordes tallados
a pico?

R20

Ulcus rodens.

P21

¿Qué variante clínica de CB es muy agresiva, con gran infiltración y necrosis de los tejidos circundantes?

R21

CB terebrante.

P22

¿En qué zonas anatómicas se localiza preferentemente el Tumor fibroepitelial de Pinkus?

R22

Se localiza habitualmente en el tórax o las extremidades.

P23

¿Cuál es el origen celular propuesto
para el carcinoma basocelular?

R23

La vaina epitelial externa del folículo
piloso.

P24

Característica histológica: Disposición ordenada de los núcleos de las células basaloides en la periferia de los nidos.

R24

Patrón en empalizada.

P25

¿Qué hallazgo histológico es típico observar entre los islotes tumorales y el estroma reactivo en el CB?

R25

La formación de hendiduras (o espacios de retracción).

P26

¿Qué variante histológica de CB tiene una capacidad biológica de metastatizar similar a la del carcinoma espinocelular?

R26

El CB metatípico o basoescamoso.

P27

En dermoscopia, ¿qué nombre reciben los vasos dilatados con múltiples ramificaciones típicos del CB?

R27

Telangiectasias arboriformes.

P28

**Dermoscopia: Proyecciones radiales
que confluyen en un eje central
hiperpigmentado.**

R28

Ruedas de carro.

P29

Dermoscopia: Proyecciones bulbosas de color marrón o azul-gris en la periferia del tumor.

R29

Hojas de arce.

P30

¿Por qué el CB suele tener un crecimiento lento y baja capacidad metastásica?

R30

Debido a la alta expresión de E-cadherina y baja expresión de \$CD44\$ que mantienen la adhesión celular.

P31

¿Cuál es el porcentaje estimado de metástasis linfáticas en el carcinoma basocelular?

R31

Es excepcional, oscilando entre el 0,0028%
y el 0,1%.

P32

¿Cuál es el margen peritumoral de piel sana recomendado en la cirugía escisional estándar de un CB?

R32

Un margen de \$4\$ mm.

P33

¿Qué técnica quirúrgica ofrece las tasas de curación más altas (98-99%) para el CB?

R33

La cirugía micrográfica de Mohs (CMM).

P34

¿Qué porcentaje de los márgenes quirúrgicos evalúa la cirugía de Mohs frente al procesamiento convencional?

R34

Evalúa el 100% de los márgenes, frente a menos del 1% del método convencional.

P35

¿En qué consiste la terapia fotodinámica (TFD) para el tratamiento del CB?

R35

Activación de un agente fotosensibilizador
con luz visible para producir destrucción
tumoral selectiva.

P36

¿Cuál es la principal limitación de profundidad de la terapia fotodinámica en el tratamiento del CB?

R36

Solo penetra entre 2\$ y 3\$ mm en la piel.

P37

Pauta habitual de tratamiento con
Imiquimod al 5% para el CB superficial.

R37

Aplicación cinco días a la semana durante
seis semanas.

P38

¿Qué fármaco fue el primero aprobado para el tratamiento del CB metastásico o localmente avanzado no quirúrgico?

R38

Vismodegib.

P39

¿Cuál es el mecanismo de acción de fármacos como el Vismodegib y el Sonidegib?

R39

Actúan como inhibidores de la vía Hedgehog al unirse y bloquear a \$SMO\$.

P40

¿Qué fármaco antifúngico oral ha demostrado actuar como antagonista de la vía Hedgehog en estudios preliminares?

R40

Itraconazol.

P41

¿Cuál es la diana terapéutica del fármaco Cemipilumab en el tratamiento del CB?

R41

La proteína de muerte celular programada
1 (\$PD1\$).

P42

Según la localización, ¿qué áreas se consideran de 'alto riesgo' de recidiva (Área A)?

R42

Las áreas de la máscara facial (párpados, nariz, labios, orejas, sienes, etc.).

P43

¿A partir de qué tamaño se considera un
CB de 'alto riesgo' en el tronco y
extremidades (Área B)?

R43

Cuando el diámetro es mayor o igual a
\$20\$ mm.

P44

Menciona tres subtipos histológicos considerados de alto riesgo de recidiva.

R44

Micronodular, infiltrante y
esclerodermiforme.

P45

¿En qué periodo de tiempo se producen el 70-80% de las recidivas tras el tratamiento del tumor primario?

R45

En los dos años siguientes al tratamiento.

P46

¿Qué factor de protección solar (FPS) se recomienda para la prevención del CB?

R46

Pantallas solares de alto factor de
protección solar.

P47

¿Qué efecto adverso es el más frecuente
en el uso de Vismodegib?

R47

Espasmos musculares, alopecia, disgeusia
y pérdida de peso.

P48

¿Cómo se manifiesta clínicamente la
regresión tumoral en un CB?

R48

Mediante la aparición de zonas
cicatriciales dentro de la lesión.

P49

¿Qué nombre recibe el síndrome heredo-familiar que predispone a múltiples CB desde edades tempranas?

R49

Síndrome de Gorlin (mencionado como
patología previa).

P50

¿Qué exploración adicional se recomienda específicamente si se sospecha una variante basoescamosa?

R50

Exploración de los ganglios regionales por su mayor capacidad metastásica.

P51

¿Qué tipo de infiltrado inflamatorio
suele rodear a los nidos tumorales en el
CB?

R51

Infiltrado compuesto principalmente por
linfocitos T.

P52

¿Qué sustancia suele encontrarse dentro y alrededor de los lóbulos tumorales en la histología?

R52

Mucina.

P53

¿Cuál es el tratamiento de elección para un CB de alto riesgo localizado en la zona periorificial?

R53

Cirugía micrográfica de Mohs.

P54

¿Qué diagnóstico diferencial clínico
debe plantearse ante un CB
pigmentado?

R54

Melanoma.

P55

¿Qué porcentaje de éxito tiene el Imiquimod en el tratamiento del CB superficial?

R55

Obtiene una cifra de curación del 88%.

P56

¿Qué se observa en el centro de los islotes tumorales en la variante histológica quística?

R56

Espacios quísticos por degeneración de las células tumorales centrales.

P57

¿Qué fenómeno histológico explica la formación de perlas en el CB perlado?

R57

No suelen presentar perlas epiteliales (son típicas del espinocelular; el término perlado es clínico).

P58

¿A qué edad es máxima la incidencia del
CB según las estadísticas generales?

R58

En torno a los 50 años (o entre los 55 y 75 años según el texto).

P59

¿Qué relación existe entre el grosor de la capa de ozono y el cáncer de piel?

R59

Una reducción del 1% del grosor aumenta del 2% al 4% el número de pacientes.

P60

En pacientes radiados por acné o tineia capitis, ¿cuánto aumenta la probabilidad de padecer CB?

R60

Aumenta de 0,4 a 1,6 por cada 10.000
personas.

