

P1

¿Qué dos ejemplos de dermatosis se consideran accidentalmente cancerígenas?

R1

Cicatrices de quemaduras y úlceras
tórpidas.

P2

Mencione los tres tipos de precáncer cutáneo según su origen físico.

R2

Queratomas actínicos, radiodermatitis
crónica y termodermatitis.

P3

Mencione los dos tipos de sustancias químicas relacionadas con el precáncer cutáneo.

R3

Arsénico (queratosis arsenicales) y
breas/minerales.

P4

Mencione las tres genodermatosis clasificadas como precáncer cutáneo.

R4

Xeroderma pigmentosum,
epidermodisplasia verruciforme y
poroqueratosis.

P5

Mencione las dos categorías principales del precáncer mucoso.

R5

Leucoplasia y queilitis.

P6

¿Qué significan las siglas KIN en el
contexto de las neoplasias
intraepiteliales?

R6

Neoplasias intraepiteliales
queratinocíticas.

P7

¿En qué niveles se divide la clasificación
KIN según las excrecencias e
infiltración?

R7

KIN I, II y III.

P8

¿Cómo define Ackerman a los
queratomas actínicos?

R8

Carcinomas espinocelulares superficiales.

P9

¿Cuáles son los otros tres nombres comunes para el queratoma actínico?

R9

Queratoma solar, queratoma senil y
queratoma actínico.

P10

¿Cuál es la consecuencia final de un queratoma actínico que no recibe tratamiento?

R10

Infiltración, metástasis y muerte.

P11

¿En qué población es casi universal (aprox. 100%) la presencia de queratomas actínicos?

R11

Ancianos de raza blanca.

P12

¿Cuál es el riesgo de evolución a carcinoma por lesión de queratoma actínico a los 10 años?

R12

6-10%.

P13

¿Cuál es la causa principal del queratoma actínico en la piel fotoexpuesta?

R13

Efecto acumulativo de la radiación solar.

P14

¿Qué características presenta la piel con degeneración actínica crónica?

R14

Hiperpigmentada, seca, atrófica y rugosa.

P15

Describe la morfología clínica elemental del queratoma actínico.

R15

Pápulas córneas sobre manchas rosadas.

P16

¿Qué mutación genética específica se asocia al desarrollo de queratomas actínicos?

R16

Mutación en el gen p53.

P17

Mencione las cuatro opciones de tratamiento quirúrgico para el precáncer cutáneo.

R17

Electrocirugía, criocirugía, láser de CO_2 y extirpación quirúrgica.

P18

¿Qué concentraciones de Imiquimod se utilizan en el tratamiento médico del precáncer?

R18

3.75% y 5%.

P19

Nombre los fármacos tópicos
citotóxicos o antiinflamatorios usados
en el tratamiento del precáncer
cutáneo.

R19

5-Fluorouracilo (con o sin ácido salicílico),
Diclofenaco 3% y Tirbanibulina.

P20

¿Qué otros dos tratamientos médicos tópicos se mencionan además de los citotóxicos?

R20

Retinoides y peeling químico.

P21

¿Cuál es el método preventivo
fundamental para evitar el precáncer
cutáneo?

R21

Fotoprotección.

P22

¿Qué lesiones cutáneas se asocian a la
exposición crónica al arsénico?

R22

Queratosis, enfermedad de Bowen,
carcinomas espinocelulares y
basocelulares superficiales.

P23

¿En qué localizaciones específicas
aparecen frecuentemente las queratosis
por arsénico?

R23

Palmas y plantas (en forma de callosidades).

P24

¿Qué riesgo sistémico no cutáneo debe descartarse en pacientes expuestos al arsénico?

R24

Carcinomas viscerales.

P25

¿Cuál es el patrón de herencia del
Xeroderma Pigmentosum?

R25

Autosómico recesivo.

P26

¿Cuál es el defecto fisiopatológico básico en el Xeroderma Pigmentosum?

R26

Imposibilidad de reparar el ADN dañado
por los rayos solares.

P27

¿Qué enzima específica falta en los
pacientes con Xeroderma
Pigmentosum?

R27

Endonucleasa.

P28

¿A qué rango de longitud de onda
presentan gran sensibilidad los
pacientes con Xeroderma
Pigmentosum?

R28

U.V.B. (290-320 nm).

P29

¿Qué cuadro clínico cutáneo define el inicio del Xeroderma Pigmentosum en los primeros años de vida?

R29

Eritema y quemaduras en zonas expuestas.

P30

¿Qué conjunto de signos cutáneos componen la poiquilodermia en el Xeroderma Pigmentosum?

R30

Efélides, lentígenes, atrofia cutánea, discromías, telangiectasias y escamas.

P31

¿Cuánto aumenta el riesgo de tumores cutáneos en el Xeroderma Pigmentosum respecto a la población general?

R31

1000 veces.

P32

Mencione los cinco tipos de tumores cutáneos frecuentes en la infancia del paciente con Xeroderma Pigmentosum.

R32

Queratomas actínicos, carcinomas basocelulares, carcinomas espinocelulares, queratoacantomas y melanomas.

P33

¿Qué síntomas oculares son típicos del
Xeroderma Pigmentosum?

R33

Fotofobia, conjuntivitis recidivantes,
úlceras corneales y opacidades.

P34

¿Qué porcentaje de pacientes con
Xeroderma Pigmentosum presenta
clínica neurológica?

R34

18-40%.

P35

Mencione cuatro signos neurológicos asociados al Xeroderma Pigmentosum.

R35

Hiporreflexia, espasticidad, epilepsia y
sordera.

P36

¿Cuál es la medida de protección más extrema recomendada para el Xeroderma Pigmentosum?

R36

Vida nocturna (máxima protección de fuentes luminosas).

P37

¿Qué fármacos se utilizan para evitar lesiones a largo plazo en el Xeroderma Pigmentosum?

R37

Nuevos retinoides.

P38

¿Cuál es la manifestación clínica inicial de la epidermodisplasia verruciforme?

R38

Erupción precoz y diseminada de verrugas
planas.

P39

¿En qué zonas del cuerpo se distribuyen las lesiones de la epidermodisplasia verruciforme?

R39

Cara, extremidades superiores y tronco.

P40

¿Qué riesgos oncológicos aparecen en la
2^a-3^a década en la epidermodisplasia
verruciforme?

R40

Queratomas y carcinomas espinocelulares.

P41

¿Cuál es la característica histopatológica patognomónica de la poroqueratosis?

R41

Laminilla cornoide (columna
paraqueratósica).

P42

¿Cuál es la presentación clínica de la
poroqueratosis de Mibelli?

R42

Pápulas queratósicas simétricas en el dorso de las manos, cara, cuello, boca y genitales.

P43

Describa la clínica de la poroqueratosis
actínica superficial diseminada.

R43

Múltiples pápulas eritematosas o marrones bilaterales y simétricas en áreas expuestas.

P44

¿Qué síntoma estacional es frecuente en la poroqueratosis actínica superficial diseminada?

R44

Prurito en verano.

P45

¿Qué variante de poroqueratosis
presenta el mayor riesgo de
degeneración?

R45

Poroqueratosis lineal.

P46

¿Qué criterios definen a la leucoplasia?

R46

Mancha blanca que no desaparece al frotar
y no es por enfermedad específica.

P47

¿Qué porcentaje de las leucoplasias con patrón heterogéneo son malignas?

R47

25%.

P48

¿Cuáles son los cuatro patrones clínicos heterogéneos de la leucoplasia?

R48

Eritematoso, nodular, erosivo y ulcerado.

P49

¿Qué tipo de leucoplasia presenta un
80% de malignidad?

R49

Verrugosa exofítica.

P50

¿Qué tamaño de la lesión se considera un factor de riesgo en la leucoplasia?

R50

$\$>20\$$ mm.

P51

Mencione los hallazgos
dermatopatológicos generales de la
leucoplasia.

R51

Hiperqueratosis, paraqueratosis, acantosis
y reacción inflamatoria crónica.

P52

¿Qué porcentaje de las leucoplasias presentan displasia en la biopsia?

R52

25%.

P53

¿Cuál es el riesgo de desarrollo de carcinoma espinocelular en el liquen plano erosivo de mucosas?

R53

$\$ < 5\$ \%$

P54

¿Qué tratamiento tópico se indica para el liquen plano oral erosivo?

R54

Enjuagues con tacrólimus 0.1%.

P55

¿Qué nombres recibe el liquen escleroso
y atrófico en el varón?

R55

Balanitis crónica y esclerosa o balanitis
xerótica obliterans.

P56

¿Cuál es el riesgo de malignización del liquen escleroso en el varón?

R56

Hasta 5%.

P57

¿Qué síntoma clínico funcional provoca el liquen escleroso vulvar en la mujer?

R57

Dispareunia (por atrofia y retracción del
introito).

P58

¿Qué porcentaje de casos de liquen escleroso vulvar presenta leucoplasia antes de la ulceración?

R58

50%.

P59

¿Qué aspecto presenta el prolabio en la
queilitis actínica?

R59

Blanquecino, rugoso y queratinizado.

P60

Mencione las tres medidas terapéuticas
para la queilitis actínica.

R60

Suprimir la causa, fotoprotección y dejar de fumar.

