

P1

¿De qué células proceden los
carcinomas espinocelulares (CE)?

R1

Proceden de los queratinocitos del cuerpo mucoso de Malpighi.

P2

¿Qué porcentaje de los tumores cutáneos malignos suponen los carcinomas espinocelulares en España?

R2

Suponen entre el 30% y el 35% de todos los tumores cutáneos malignos.

P3

¿Cuál es la media de edad de aparición de los carcinomas espinocelulares en mujeres según la estadística española?

R3

La media de edad es de 72.7 años.

P4

Mencione las dos localizaciones anatómicas electivas para los carcinomas espinocelulares por fotoexposición crónica.

R4

La cara y el dorso de las manos.

P5

¿Qué alteración genética se caracteriza por una alta frecuencia de carcinomas espinocelulares debido a la incapacidad de reparar el daño por radiación UV?

R5

Xeroderma pigmentosum.

P6

La exposición crónica a la radiación solar involucra principalmente a los rayos _____, con longitudes de onda entre 280 y 330 nm.

R6

UVB

P7

¿Qué sustancias químicas son consideradas cocarcinógenas en el desarrollo de carcinomas espinocelulares?

R7

Arsénico, breas, aceites minerales, asbesto,
tabaco y psoralenos.

P8

¿Cómo se denomina la variante de carcinoma espinocelular que aparece sobre cicatrices de quemaduras?

R8

Úlcera de Marjolin.

P9

¿Qué genotipos del virus del papiloma humano (VPH) se asocian con mayor riesgo de desarrollar carcinomas espinocelulares?

R9

Los genotipos VPH-16 y VPH-18.

P10

¿A qué proteína celular inactivan los productos del VPH para inducir la transformación maligna de los queratinocitos?

R10

Inactivan la proteína p53.

P11

¿Qué grupo de pacientes, debido a su estado inmunológico, tiene un riesgo especialmente elevado de desarrollar carcinomas espinocelulares?

R11

Los pacientes trasplantados (sujetos inmunodeprimidos).

P12

Term: Enfermedad de Bowen

R12

Definición: Carcinoma espinocelular intraepidérmico (in situ) que se presenta como una placa queratósica de evolución lenta.

P13

¿Con qué tipo de neoplasias se asocia frecuentemente la enfermedad de Bowen?

R13

Con carcinomas viscerales (respiratorios, gastrointestinales y genitourinarios).

P14

La Eritroplasia de Queyrat es un carcinoma in situ que se localiza habitualmente en el ____.

R14

Glande

P15

¿Cuál es la descripción clínica característica del crecimiento de la Eritroplasia de Queyrat?

R15

Crecimiento excéntrico muy lento con aspecto de "mancha de aceite".

P16

¿Qué factor de riesgo anatómico es común en varones que desarrollan Eritroplasia de Queyrat?

R16

No estar circuncidado.

P17

¿Qué virus induce la aparición de la
papulosis bowenoide?

R17

El VPH-16.

P18

Term: Cuerno cutáneo

R18

Definición: Forma de comienzo de CE caracterizada por una protrusión queratósica sobre una base indurada y a veces ulcerada.

P19

¿En qué localización anatómica suele presentarse con mayor frecuencia el carcinoma "en pastilla" de Vilanova?

R19

En las extremidades, especialmente en el dorso de las manos.

P20

¿Qué caracteriza al carcinoma verrugoso en cuanto a su grado de malignidad y ritmo de invasión?

R20

Es un carcinoma de bajo grado y de
invasión lenta.

P21

¿Qué nombre recibe el carcinoma verrugoso cuando afecta casi toda la mucosa bucal y los labios?

R21

Papilomatosis oral florida.

P22

¿Cómo se denomina la forma genital del carcinoma verrugoso, común en varones no circuncidados?

R22

Condilomatosis gigante de Buschke-
Lowenstein.

P23

¿Cuál es el nombre clínico del carcinoma verrugoso plantar?

R23

Epitelioma cuniculatum.

P24

¿Qué característica morfológica justifica el nombre de "madriguera de conejo" en el epiteloma cuniculatum?

R24

La formación de criptas profundas llenas de queratina, restos celulares y pus.

P25

Term: Cancroide vulgar

R25

Definición: Úlcera crateriforme de borde grueso, duro y elevado con una base muy infiltrada e infiltrante.

P26

¿Qué estructuras pueden llegar a destruir los carcinomas penetrantes en sus etapas finales?

R26

Fascias, músculos, cartílago e incluso
hueso.

P27

¿Cuál es el porcentaje de infiltración perineural en los carcinomas espinocelulares de la cabeza con diámetro mayor a 2 cm?

R27

Ocurre entre el 3.7% y el 5% de los casos.

P28

¿Qué implicación pronóstica tiene la observación de infiltraciones perivasculares en el labio inferior?

R28

Implica un mal pronóstico.

P29

¿Cuál es la vía fundamental de metástasis de los carcinomas espinocelulares?

R29

La vía linfática hacia los ganglios
regionales.

P30

Clínicamente, la Eritroplasia de Queyrat debe distinguirse de la enfermedad de _____ extramamaria.

R30

Paget

P31

¿Qué probabilidad de metástasis tienen
los carcinomas espinocelulares
localizados en los labios?

R31

Tienen hasta un 16% de posibilidad de metastatizar.

P32

¿Cuál es el tratamiento de elección para el carcinoma espinocelular cuando las condiciones lo permiten?

R32

La cirugía convencional.

P33

¿Para qué tipo de tumores es especialmente adecuada la cirugía micrográfica de Mohs?

R33

Para carcinomas muy extensos donde la cirugía convencional causaría mutilaciones graves.

P34

¿En qué pacientes se prefiere el uso de radioterapia como tratamiento de entrada?

R34

En pacientes de edad avanzada con riesgo quirúrgico o que rechazan la cirugía.

P35

¿Cuál es la pauta de administración del Interferon- α intralesional para el tratamiento del CE?

R35

Dosis de 1.5 MU tres veces por semana durante tres semanas (9 dosis en total).

P36

¿Por qué no se recomienda la terapia
fotodinámica en carcinomas invasivos
mal diferenciados?

R36

Porque no puede actuar a más de 2 mm de profundidad en la masa tumoral.

P37

Mencione un anticuerpo monoclonal utilizado como terapia dirigida que inhibe el EGFR en carcinomas espinocelulares.

R37

Cetuximab.

P38

¿Por qué el queratoacantoma se considera actualmente una forma de carcinoma invasor?

R38

Porque se han demostrado casos con
metástasis indudables.

P39

¿Qué zonas del cuerpo presentan predominio en la aparición del queratoacantoma?

R39

Piel expuesta al sol: cara (dorso nasal),
cuello, antebrazos y dorso de manos.

P40

¿En qué fase del queratoacantoma se observa un tumor cupuliforme con un cráter central de queratina?

R40

Fase de estado.

P41

¿Cuánto tiempo suele durar la formación de un queratoacantoma de varios centímetros en la fase de estado?

R41

Entre tres y ocho semanas.

P42

¿Qué queda como vestigio tras el periodo de regresión espontánea de un queratoacantoma?

R42

Una cicatriz antiestética.

P43

¿Cuál es el tratamiento recomendado para el queratoacantoma a pesar de su capacidad de autorresolución?

R43

Extirpación quirúrgica con suficiente
margen de seguridad.

P44

¿Qué grado de diferenciación
corresponde al Grado I de la
clasificación histológica de Broders?

R44

Menos del 25% de células indiferenciadas.

P45

¿Qué hallazgo histológico característico se menciona en el CE relacionado con la queratinización?

R45

Globos córneos.

P46

¿Qué fármaco administrado vía oral induce remisiones importantes en la papilomatosis oral florida?

R46

Metotrexato.

P47

¿Qué fármacos inmunoterápicos se mencionan para casos avanzados y metastásicos?

R47

Cemiplimab y pembrolizumab.

P48

¿Cómo se denomina el adenocarcinoma in situ de los conductos galactóforos que se extiende hacia la epidermis?

R48

Enfermedad de Paget del pezón.

P49

¿Cuál es el síntoma clínico inicial en la enfermedad de Paget mamaria relacionado con el pezón?

R49

Pezón retraído o borrado.

P50

¿Qué tipo de cáncer glandular se asocia con las glándulas ceruminosas?

R50

Adenocarcinomas (o carcinomas de las glándulas ceruminosas).

