

Sección a cargo de: Irigoyen Coria Arnulfo,[□] Hamui Sutton Alicia^{□□}

[□] Profesor, ^{□□} profesora del Departamento de Medicina Familiar; División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Investigadora Nacional Nivel II.

Correspondencia:
Irigoyen Coria Arnulfo: coriaa@servidor.unam.mx
Hamui Sutton Alicia: lizhamui@gmail.com

Aten Fam 2009;16(3):60.



Fig. 9. Vista lateral en niño, las flechas muestran la gran hiperplasia del tejido linfoide por detrás del espacio aéreo que deja la lengua y el paladar blando.

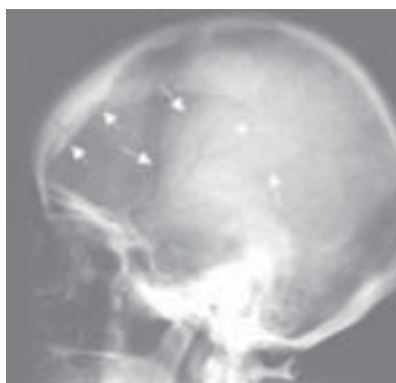


Fig. 10. Hiperostosis frontal interna (flechas pequeñas). Para comparación: nervadura de las arterias meníngeas normales (flechas largas) y silla turca normal.

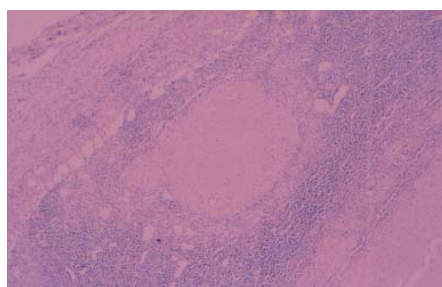
el piso orbitario: pérdida de continuidad y desplazamiento de fragmentos, frecuente resultado de fractura por puñetazo en la cara.²

Ninguna descripción sustituye a la revisión personal y el ensayo de identificar la anatomía y su alteración en las imágenes radiográficas.³

Referencias

1. Santín G. Vademécum. Lo que Importa para el Médico General. Mc GrawHill InterAmericana. 2001.
2. Young BR. The Skull, Sinuses and Mastoids. The Year Book Pubs 1951.
3. Santín G, Santín-Potts M. Atlas de Anatomía Radiológica: Con Orientación Clínica. 5ª ed. MacGraw Hill. 2004.

Hombre de 28 años que se presenta con un cuadro de tres meses de evolución caracterizado por fiebre vespertina de hasta 38 grados centígrados, pérdida ponderal de 5 kg en el mismo tiempo. La exploración física revela un ganglio cervical de 3.5 mm de diámetro fijo, no doloroso. Se realiza biopsia del mismo y los hallazgos histológicos se muestran en la figura.



Respuesta del diagnóstico de la imagen Aten Fam 2009;16(2):41.

Melanoma maligno

En la actualidad hay numerosas lesiones cutáneas que tienden a crear angustia en los pacientes por la importante incidencia del melanoma. Estas lesiones implican un diagnóstico diferencial muy amplio que abarca lesiones benignas como pueden ser hemangiomas, nevos melanocíticos, así como otras procancerígenas, destacándose entre estas últimas el nevus de Spitz.¹⁻³

La exposición a la luz ultravioleta B (UVB) juega un rol claro en el desarrollo de melanoma, a través de un mecanismo de daño fotoquímico del ADN, alteración del sistema inmune y supresión de la inmunidad residente en las células de Langerhans. La radiación UVA, que es 10 a 100 veces más prevalente que la UVB y que se ha considerado no carcinogénica, actualmente se considera que aumenta los efectos de la UVB y actúa como co-carcinogénico. Además, existe una

variedad de condiciones asociadas con la inmunodeficiencia que aumentan el riesgo de desarrollar melanoma, tales como leucemia linfocítica crónica, enfermedad de Hodgkin, inmunosupresión por transplante y SIDA.³

En un estudio realizado en Chile la mayoría de los tumores primarios se localizaron en las áreas de la piel expuestas a la radiación ultravioleta (cabeza y cuello en varones y extremidades en mujeres), situación congruente con las presentaciones habituales de los tumores de piel asociados con la radiación UV.³

Según Kowalczuk,⁴ el médico familiar debería tener presentes seis estrategias de prevención del cáncer de piel: **1.** Evitar la exposición solar directa dos horas antes y dos horas después del mediodía. **2.** Utilizar fotoprotectores tópicos de amplio espectro (UVB y UVA). **3.** Proteger de la exposición solar excesiva principalmente a los niños, debido a que el daño potencial de la luz ultravioleta es mayor en esta etapa de la vida. **4.** No recomendar el uso de las denominadas “camas solares”. **5.** Promover el examen de la piel en forma anual y preparar a los pacientes para el autoexamen. “Someterse al menos una vez en la vida a la evaluación de los nevus”. **6.** Realizar un examen dermatológico a pacientes con melanoma.

Referencias

1. Thompson JF, Scolyer RA, Kettford RF. Cutaneous Melanoma. Lancet 2005;365(9460):687-701.
2. Caballos Villar D, Hernández Nuñez J, Ledesma Martín-Pintado F, Ruiz Ramos R. Diagnóstico diferencial entre nevus y melanoma en Atención Primaria, ¿cuándo biopsiar?. Medifam. 2002 Feb [citado 2009 Jun 03]; 12(2): 104-107. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.pp?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000200007&lng=es
3. Iribarren OB, Sepúlveda MT, Hidalgo JG, Madariaga GJ. Estudio epidemiológico de melanoma maligno en la IV región de Chile. Cuad. Cir 2005;19:33-38.
4. Kowalczuk A, Hidalgo PI. Nevos. En: Rubinstein A.(ed). Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana 2001;1385-1390.