



Salud en mi Barrio

Junio/2018

¡Bienvenidos! Al Boletín de información para la Atención Primaria de Salud, realizado por el equipo de la Biblioteca del Policlínico Universitario Vedado, con la finalidad de informarles de la mejor manera posible y mantenerlos actualizados de las novedades existentes en la labor asistencial, docente e investigativa.

Autor: Diana Pulido Vilaseca

Colaboradores: Maite Pérez, Oscar Fernández, Noel Hernández, Alicia del Valle, Abel Rodríguez.

Asesoría: Maite Sánchez, Maite González, Liz Caballero, Ángel Escobedo.

Temática: Cáncer de Piel

La botica de la abuela

Curiosidades

Novedades...

Días Mundiales del mes de Junio

4 de Junio. Día Internacional de los Niños Víctimas Inocentes de la Agresión

5 de Junio. Día Mundial del Medio Ambiente

14 de Junio. Día Mundial del Donante de Sangre

15 de Junio. Día Mundial contra el Abuso de Ancianos

17 de junio. Día Mundial de Lucha contra la Desertificación y la Sequía

18-22 de Junio. Comité Ejecutivo de la OPS

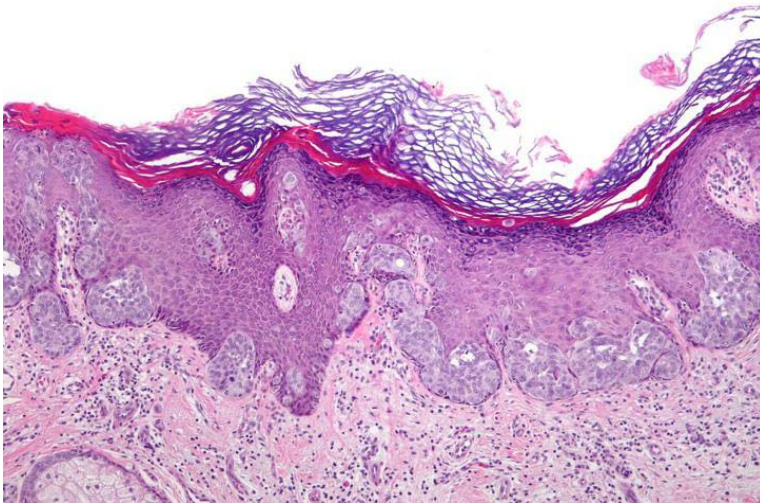
26 de Junio. Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indevido y el Tráfico Ilícito de Drogas

26 de Junio. Día Internacional en Apoyo a las Víctimas de la Tortura



Temática

Cáncer de Piel



Los tumores malignos de la piel son los tipos de cáncer más diagnosticados en el mundo. La primera causa del cáncer de piel es la radiación UV proveniente de los rayos del sol. De cualquier forma esta enfermedad, típicamente vista en adultos mayores, es cada vez más común en las poblaciones jóvenes debido a las cámaras de bronceado y la exposición continua a otros factores de riesgo. El cáncer de piel puede ser clasificado como melanoma o no-melanoma (este tipo incluye al carcinoma espino celular y carcinoma de célula basal también llamado basalioma o carcinoma basocelular) El más común es cáncer de célula basal. Sin embargo, el melanoma que ocurre en solamente el 4% de los cánceres de piel es responsable del 80% de las muertes.

La incidencia del cáncer de piel es muy alta. Es el más diagnosticado de todos los cánceres. Sin embargo, no existen números exactos porque el carcinoma de células basales y el carcinoma espino celular no son reportados a los registros de cáncer, parcialmente debido a su baja letalidad y a que en su mayoría son curables. Se sabe que al menos dos millones de personas son tratadas por estos cánceres en el 2006. Por otro lado, los melanomas tienen una alta letalidad y el índice de mortalidad ha aumentado en las últimas décadas, especialmente entre las mujeres menores y mayores, por lo que existe mucha información sobre esto. Se estima que en el 2016 existirán 76,380 de melanoma y 7,130 casos de cánceres de piel no epiteliales, con 8,700 muertes por melanoma y 3,090 por los no epiteliales.

Anatomía De La Piel

La piel es uno de los más grandes órganos del cuerpo y es responsable de proveer protección a los otros sistemas del cuerpo. La piel previene la pérdida de agua y deshidratación, funciona como un escudo de los órganos internos en el caso de una herida, regula la temperatura corporal, percibe todos los estímulos así como el calor y el frío, y sirve como barrera ante las infecciones. Como se puede ver abajo, la piel está hecha de tres capas, la epidermis (externa), la dermis y la capa subcutánea. Otros elementos importantes de la piel incluyen: folículos capilares, glándulas sudoríparas y terminales nerviosas. Los folículos capilares sobresalen de la piel y ayudan a regular la temperatura del cuerpo.

Poros microscópicos en la superficie de la piel están conectados con las glándulas sudoríparas que ayudan a mantener la homeostasis.

Los pigmentos del color de la piel son producidos por células llamados melanocitos. Los melanocitos, que están localizados en la epidermis (específicamente en el estrato basal como se puede ver en el diagrama de arriba), sintetizan la melanina que determina el color de la piel, cabello y ojos. El color de la piel de cada individuo está determinado por sus genes y por el ambiente en el que se desarrolla (principalmente la exposición al sol). Nuestra piel puede cambiar de color al reaccionar ante la exposición al sol. Esta respuesta se llama "bronceado". Cuando la piel absorbe radiación UV, la melanina es producida y transferida a los keratinocitos alternando (oscureciendo) el color de la piel. La melanina en la piel absorbe y distribuye los rayos UV que entran al cuerpo y ayuda a proteger la piel de los efectos adversos, como el daño de ADN (mutación de un gen). Visto de esta manera, el bronceado es realmente una reacción defensiva ante la presencia de radiación dañina. Tipos De El cáncer de piel puede estar dividido en dos tipos: melanoma y no-melanomas.

Cáncer de Piel no-melanoma o Carcinomas

Existen dos sub categorías de cáncer de piel que no son melanoma:

Carcinoma Basalcelular o de células basales- El más común de los cánceres de piel diagnosticados. Los tumores suelen desarrollarse en regiones del cuerpo que están expuestas regularmente como la cara y las manos. Debido a su bajo índice de crecimiento, el carcinoma basal celular rara vez se esparce y la mayoría de las veces es tratable. Una forma común del carcinoma de células basales es una célula basal nodular. Las lesiones suelen aparecer como nódulos aperlados en varios colores incluyendo café, azul y negro.

Algunos ejemplos:



Carcinoma de Células Escamosas- Aparece en partes del cuerpo con niveles altos de exposición al sol como la cara, espalda y labios. Las lesiones cancerosas tienen diferentes formas, pueden ser ásperas, planas o abultadas y escaldadas. Las venas sanguíneas pueden estar a la orilla de la lesión ocasionando que sangre fácilmente.

Melanoma

El melanoma es un crecimiento canceroso de melanocitos y normalmente se desarrolla en la piel.1 Éste también se puede desarrollar en otras partes del cuerpo que contienen melanocitos como la meninge, el tracto digestivo, los ojos y los nodos linfáticos. Las siguientes descripciones son exclusivas para el melanoma en la piel.

Existen muchos tipos de melanoma que pueden ser clasificados de acuerdo a su apariencia a simple vista o con microscopio:

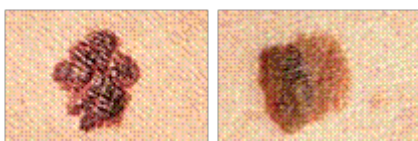
Esparcimiento superficial: Es el melanoma más observado. Se puede desarrollar en cualquier región de la piel. Normalmente son levantamientos con orillas rosas o cafés y poco de azul, gris o blanco.

Lesiones nodulares: También se desarrollan en todo el cuerpo y son negras, blancas o cafés.

Lesiones acrales lentiginosas: Se caracterizan por ser tumores planos, cafés o negros que se desarrollan normalmente en las manos o pies.

Melanoma Lentigo maligno: Normalmente se desarrolla en los pies. Se distingue por tener borde irregular y color bronceado o café.

Algunos ejemplos de los melanomas que demuestran formas irregulares y colores usualmente encontrados:



Factores De Riesgo

Los factores de riesgo que pueden detonar el desarrollo del cáncer de piel son discutidos a continuación:

Radiación Ultravioleta

Color de piel

Sensibilidad al sol

Inmunosupresión

Diagnósticos previos

Historial familiar

Terapia con radiación

Fumar

Exposición a compuestos químicos

Medicamentos utilizados para tratar otras condiciones

Heridas

Ubicación geográfica

Infección con VPH

Radiación Ultravioleta

La sobreexposición a la radiación Ultravioleta o rayos UV puede causar cambios genéticos (mutaciones) en las células de piel. Los cambios genéticos afectan el comportamiento de las células afectadas y puede resultar en cáncer. Las fuentes de radiación UV pueden ser las cámaras de bronceado y exposición al sol. La radiación Ultravioleta también puede resultar en la producción de productos químicos y oxidantes en las células afectadas. Los oxidantes causan que algunos de los cambios asociados con el envejecimiento y aumentar la posibilidad de desarrollar cáncer. Abajo se encuentra un diagrama que demuestra la radiación del sol y en qué partes llega a la Tierra. La gráfica es interactiva, por lo que puede hacer click en diferentes cajas para ver la penetración de diferentes tipos de luz (incluyendo la UV) y ver las capas atmosféricas.

Las camas de bronceado son una fuente peligrosa de radiación UV. Han sido asociadas con la mayoría de los tipos de cáncer de piel - carcinoma de células basales, carcinoma de células escamosas y melanoma. Las camas de bronceado han sido designadas como un agente cancerígeno por la Organización Mundial de la Salud. El uso de cámaras de bronceado incrementa el riesgo de una persona a desarrollar melanoma, independientemente de si la persona tiene quemaduras de sol o no.

Color de piel y sensibilidad al sol

La piel clara es más susceptible a los daños por la radiación ultravioleta. Las personas caucásicas, específicamente las personas con pecas, ojos claros y/o pelirrojos, tienen mayor riesgo de daños en la piel que lleven a cáncer de piel.

Inmunosupresión

Los inmunosupresores debilitan la acción y eficacia del sistema inmune y comprometen su habilidad para combatir agentes externos. La inmunosupresión puede inducir al desarrollo de cáncer. Un sistema inmune debilitado es menos capaz de eliminar las células que han sufrido mutaciones y tienen potencial de convertirse en células cancerosas. Además, las terapias inmunosupresoras pueden tener consecuencias directas causantes de cáncer.

Medicamentos utilizados para tratar otras condiciones

Tiopurinas, una clase de medicamentos utilizados para tratar enfermedades inflamatorias (enfermedad de Crohn y el síndrome de intestino inflamado) y algunas formas de cáncer, se ha demostrado que aumentan el riesgo para el desarrollo de cánceres de piel no melanoma.

Historial personal y familiar

Los sobrevivientes del cáncer de piel tienen un gran riesgo de desarrollar un cáncer secundario. El mayor periodo de riesgo es en los cinco años posteriores al tratamiento. Este alto riesgo puede ser resultado de una predisposición biológica, como exposición previa a los factores de riesgo o una consecuencia del tratamiento en sí.

Terapia con radiación

Las terapias con radiación son usualmente usadas en el ámbito médico en el tratamiento de cánceres primarios. La irradiación de los tumores primarios normalmente expone a la piel a altos niveles de radiación y puede llevar a desarrollar cánceres secundarios, incluyendo cáncer de piel. Esto se debe a las mutaciones ocasionadas en las células de la piel por las altas dosis de radiación.

Exposición a químicos

La exposición crónica al arsénico, parafina o alquitrán puede aumentar el riesgo de desarrollar cáncer de piel.

Heridas graves

En algunos casos, el cáncer de piel puede ser desarrollado por asociación con heridas graves o inflamación. Los tumores malignos pueden surgir en sitios donde existían heridas (graves o crónicas) previas, como quemaduras y úlceras de Marjolin.

Factores de riesgo específicos del melanoma:

*Quemadura solar
Diagnóstico previo
Historia familiar
Nevus melanocítico*

Exposición solar:

La exposición solar aumenta el riesgo de cáncer de piel. Los individuos están inevitablemente expuestos al sol, o a la radiación ultravioleta, durante sus actividades diarias. Sin embargo, ciertos comportamientos elevan la probabilidad de que alguien desarrolle cáncer. Una exposición poco

frecuente pero intensa a la luz del sol durante la niñez aumenta el riesgo de desarrollar melanoma. El melanoma es comúnmente observado en áreas del cuerpo que reciben exposición solar intensa y poco frecuente como el cuello y la parte trasera de las piernas.

También, es importante tomar en cuenta que el melanoma cutáneo puede ocurrir en regiones del cuerpo típicamente protegidas de la luz solar como la ingle y las plantas de los pies.

Historia familiar

Individuos que tienen familiares de primer grado, incluyendo papás, parientes o hijos, diagnosticados con melanoma tienen un aumento de probabilidad de 8 a 12 pliegos de desarrollar melanoma. Este aumento de riesgo se debe a una predisposición biológica al desarrollo del cáncer.

Nevus melanocítico

El término médico para una marca en la piel, como un lunar o una marca de nacimiento, es "nevus" (plural: nevi). La mayoría de los nevi melanocíticos se desarrollan durante la niñez y la adolescencia como resultado de quemadura y exposición solar. La presencia de nevi melanocíticos está asociada con un aumento de riesgo de desarrollar melanoma.

Síntomas Y Detección

La Academia americana de dermatología y la Sociedad americana de cáncer recomiendan que los individuos se realicen autoexaminaciones una vez al mes. Es importante tener los ABCDEs (Asimetría, Borde, Color, Diámetro, Evolución) del melanoma en mente:

Asimetría: Los melanomas tienden a ser asimétricos mientras que las lesiones benignas son más redondas y simétricas.

Bordes: Las lesiones benignas usualmente son regulares y se nivelan con la piel mientras que los melanomas pueden tener bordes irregulares y/o elevados.

Color: Los melanomas pueden ser marrones, negros o cafés y comúnmente incluyen regiones de rojo, blanco y azul.

Diámetro: En general, los diámetros de los melanomas son mayores a 6 mm.

Evolución: Cambios en la apariencia física de crecimientos melanocíticos pueden ser observados después del tiempo y las marcas de la piel deben de ser monitoreadas para registrar algún cambio. Ya que los cambios pueden ser graduales, es una buena idea fotografiar marcas sospechosas, incluyendo una regla o moneda para comparar el tamaño. Esto permite una comparación directa de imágenes tomadas en tiempos distintos.

Aunque las guías de ABCDE asisten con una herramienta válida de escaneo, es importante ver a un médico regularmente y especialmente si uno encuentra una marca/un crecimiento de piel sospechoso/a o irregular o nota un cambio en una marca de piel/un crecimiento existente.



Imágenes utilizadas cortesía de la Fundación de Cáncer de Piel

Un sistema de imagenología llamado MelaFind®, fue desarrollado por Mela Sciences y ha sido aprobado por la FDA para contribuir en la detección del melanoma¹⁹ Aprende más acerca de MelaFind®.

Etapificación De Melanoma

Reporte de la Patología y Etapificación

La etapificación es una herramienta poderosa para el plan de tratamiento y evaluación de riesgos en pacientes individuales. También permite a los terapeutas comunicarse unos con otros sin importar las enfermedades de sus pacientes para estandarizar el cuidado de pacientes con etapas similares de la enfermedad. El comité americano del cáncer (AJCC por sus siglas en inglés) ha desarrollado un sistema de etapificación para el cáncer de piel, ya sea melanoma, o no melanoma.

La etapificación del cáncer está basada en el TNMO descrito en la sección de CancerQuest: no melanoma. Usando esta información los especialistas pueden determinar la etapa de la enfermedad. La información de abajo es específica para melanoma:

Etapia I: La enfermedad está localizada en un tumor en un sitio primario. La mayoría de los diagnósticos se realizan en esta etapa.

Etapia II: La enfermedad está más desarrollada, pero se mantiene en el sitio original.

Etapia III: La enfermedad se ha esparcido en regiones; los doctores normalmente examinan el número y localización de los ganglios linfáticos. ²⁰

Etapia IV: El melanoma se ha esparcido a distintos órganos. ²⁰

Diferentes enfoques para estadificar el melanoma se han desarrollado. Dos criterios se han usado principalmente en la clasificación del melanoma de acuerdo a los niveles de "Clark" o al grosor de "Breslow". El nivel de "Clark" está basado en las capas de la epidermis que ha penetrado el tumor en el tiempo de medición. El grosor de Breslow mide la distancia absoluta del tumor penetrado en la epidermis (medido en milímetros).

El tumor de Breslow es un sistema de evaluación que mide en mm desde el punto superior de la capa granular hasta la capa más profunda del crecimiento del tumor. La escala de Breslow divide a los tumores en cuatro clases:

T1 1mm o menos "melanoma ligero"

T2 1-2 mm

T3 2-4 mm

T4 más grande de 4mm de profundidad; "Lesiones gruesas"2223

El nivel de invasión "Clark", nombrado así por la persona que lo desarrolló, el patólogo Wallace Clark, fue el primer método aceptado para establecer las etapas del melanoma. Es considerado como un sistema confiable en la actualidad, y los tumores se clasifican en 5 categorías. Es importante denotar que los niveles de Clark NO son los mismos que la etapa de la enfermedad.

Lesiones de nivel I: *El melanoma está restringido a la epidermis también conocido como melanoma in situ.*

Lesiones de nivel II: *El melanoma cruza la epidermis e invade la dermis papilar. Puede ser referido como la fase de crecimiento invasivo radial.*

Lesiones de nivel III: *La entrada a la fase del verdadero tumor en la que el tumor crece para llenar la región del dermis papilar. Estos tumores entran en la fase de crecimiento vertical.*

Lesiones de nivel IV: *Las células tumorosas sobrepasan las barreras de la dermis reticular-papilar, invadiendo la región de la dermis reticular.*

Lesiones de nivel V: *El tumor crece hasta extenderse a la grasa subcutánea.*

La enfermedad más avanzada está generalmente asociada con una tasa de supervivencia más baja.

Biología Tumoral

Los cambios genéticos que ocurren en las células de cáncer incluyen la mutación de genes reguladores clave, cambios en los productos de proteína, y los cambios en la cantidad de producto producido por los genes (la expresión de genes). Como los cambios se acumulan, las células se vuelven más anormales, cosa que puede resultar en cáncer. Detalles de los cambios genéticos asociados con el cáncer se pueden encontrar en la sección de Mutación. Algunos de los elementos genéticos que han demostrado ser importantes en el desarrollo de cáncer de piel se discuten a continuación:

MC1R Gene y α -hormona estimulante del melanocito

El receptor de la melanocortina es responsable de la unión de la hormona estimulante de melanocitos alfa, la señal que inicia la producción de melanina. Individuos con piel clara tienen polimorfismos que reducen la afinidad con MC1R resultando en una disminución de éste: unión de alfa-MSH. Como resultado, la producción de melanina se reduce, aumentando el riesgo de los individuos de desarrollar melanoma.

CDKN2A

CDKN2A se refiere a una región del ADN que codifica dos proteínas supresoras de tumores:

INK4a y Arf. Ambas proteínas juegan un papel clave en la regulación del ciclo celular. Una reducción en la actividad de estas proteínas tiene graves consecuencias sobre la capacidad de las células para regular la división celular. Las mutaciones en CDKN2A son resultado de la disminución en la función de los caminos de los supresores de tumor p53 y RB.

Los genes RAS

RAS se refiere a un grupo de genes que se han mutado en el cáncer de muchos tipos diferentes, incluido el melanoma. Los productos proteicos están implicados en la transmisión de señales a través de las células (también llamado "transducción de señales") y participan en numerosos procesos. RAS mutado puede aumentar la proliferación de células malignas y reducir la apoptosis. Las vías controladas por RAS han demostrado estar frecuentemente perturbadas en células de melanoma.

Los genes RAF

Los productos de los tres genes RAF conocidos (RAF-1, ARAF y BRAF) funcionan en la vía RAS. Las proteínas son serina/treonina y su función es transmitir señales a través de la célula, para influir la división celular. El producto del gen BRAF también parece estar involucrado en la muerte celular (apoptosis). En un estudio, mutaciones en los genes BRAF fueron observadas en 66% de las células de melanoma examinadas.

Bcl-2

Este gen codifica una proteína que regula la apoptosis. Las mutaciones que aumentan la expresión de Bcl-2 o mejorar su función tienden a reducir la muerte celular y a favorecer el desarrollo del cáncer.

Tratamiento

Los tratamientos de cánceres de piel de melanoma y no melanoma hacen uso tanto de acercamientos quirúrgicos como de no quirúrgicos. El tratamiento de cáncer de piel de no melanoma se hace más difícil debido a la alta frecuencia de reaparición. Para melanoma avanzado, una opción de tratamiento altamente exitosa para enfermedad avanzada aún no ha sido identificada. Tratamiento quirúrgico

La extirpación de una lesión de cáncer de piel es una opción de tratamiento frecuente. La extirpación puede ser curativa para enfermedades que están en etapas I o II (localizadas).

Tratamiento no quirúrgico

Son preferibles los métodos de tratamiento alternativo para pacientes cuya salud no les permite tener cirugías o para pacientes con lesiones cancerígenas localizadas en regiones difíciles de acceder en cirugía. Los pacientes que son operados pueden recibir tratamientos adicionales. Ejemplos de opciones de tratamientos no quirúrgicos incluyen:

Radioterapia El uso de ondas de alta energía, tales como rayos X, para matar a las células cancerígenas.

Aprenda más sobre la radioterapia

Terapia fotodinámica Un tipo de tratamiento en el cual es aplicada una medicación "inactiva" al área de interés y después es "activada" al exponerla a longitudes de onda de luz, específicas En el caso del cáncer de piel, el agente puede ser aplicado directamente sobre la piel en la forma de un líquido.

Tratamientos de fármacos tópicos Una pomada que contiene imiquimod (Aldara™) ha sido utilizada para tratar carcinoma de célula basal, verrugas genitales, y queratosis actínica. Imiquimod es un

modificador de respuesta inmune que estimula al sistema inmunológico para eliminar a las células cancerígenas.

Tratamientos biológicos Tratamientos biológicos para melanoma incluyen el uso de la interleuquina 2 (IL-2).

Inhibidores específicos: Los inhibidores de quinasa, incluyendo sorafenib (Nexavar®) están siendo evaluados para tratamiento de melanoma avanzado.

Bibliografía

- American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2016*. Atlanta: American Cancer Society; 2016. [<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-047079.pdf>]
- Metterle L, Nelson C, Patel N. Intralesional 5-fluorouracil (FU) as a treatment for nonmelanoma skin cancer (NMSC): A review. *J Am Acad Dermatol*. 2016; 74 (3): 552-557.
- Metterle L, Nelson C, Patel N. Intralesional 5-fluorouracil (FU) as a treatment for nonmelanoma skin cancer (NMSC): A review. *J Am Acad Dermatol*. 2016; 74 (3): 552-557.
- American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2015*. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2015.
- Rong Y, Zuo L, Shang L, Bazan JG. Radiotherapy treatment for nonmelanoma skin cancer. *Expert Rev Anticancer Ther*. 2015; 15 (7): 765-776.
- Prieto-Granada C, Rodriguez-Waitkus P. Cutaneous squamous cell carcinoma and related entities: Epidemiology, clinical and histological features, and basic science overview. *Curr Probl Cancer*. 2015; 39 (4): 206-215.
- Kallini J, Hamed N, Khachemoune A. Squamous cell carcinoma of the skin: epidemiology, classification, management, and novel trends. *Int J Dermatol*. 2015; 54 (2): 130-140.
- Divine J, Stefaniwksy L, Reddy R, Padilla P, Hagele T, Patel NS et al. A comprehensive guide to the surgical management of nonmelanoma skin cancer. *Curr Probl Cancer*. 2015; 39 (4): 216-225.
- Metterle L, Russell JS, Patel NS. An overview of the medical management of nonmelanoma skin cancer. *Curr Probl Cancer*. 2015; 39 (4): 226-226.
- Food and Drug Administration. *FDA Sheds Light on Sunscreens*. 2013. Accessed at www.fda.gov/ForConsumers/ConsumerUpdates/ucm258416.htm on December 30, 2014.
- Food and Drug Administration. *Tanning Products*. 2013. Accessed at www.fda.gov/Radiation-EmittingProducts/RadiationEmittingProductsandProcedures/Tanning/ucm116434.htm on December 30, 2014.
- Xiang F, Lucas R, Hales S, Neale R. Incidence of non-melanoma skin cancer in relation to ambient UV radiation in white populations, 1978-2012 empirical relationships. *JAMA Dermatol*. 2014; 150 (10): 1063-1071.

- Veierød MB, Couto E, Lund E, Adami HO, Weiderpass E. Host characteristics, sun exposure, indoor tanning and risk of squamous cell carcinoma of the skin. *Int J Cancer*. 2014; 135 (2): 413-422.
- Wu PA. *Epidemiology and clinical features of basal cell carcinoma*. UpToDate . 2014.
- Siegel R, Ma J, Zou Z, Jemal A. Cancer statistics, 2014. *CA Cancer J Clin*. 2014; 64 (1): 9-29.
- Eggermont AM, Spatz A, Robert C. Cutaneous melanoma. *Lancet*. 2014; 383 (9919): 816-827.
- Ibrahim O, Gastman B, Zhang A. Advances in diagnosis and treatment of nonmelanoma skin cancer. *Ann Plast Surg*. 2014; 73(5): 615-619
- Food and Drug Administration. Sunless Tanners and Bronzers. 2014. Accessed at www.fda.gov/cosmetics/productsingredients/products/ucm134064.htm on October 8, 2013.
- Gordon R. Skin cancer: an overview of epidemiology and risk factors. *Semin Oncol Nurs* . 2013; 29 (3): 160-169.
- Bahner JD, Bordeaux JS. Non-melanoma skin cancers: photodynamic therapy, cryotherapy, 5-fluorouracil, imiquimod, diclofenac, or what? Facts and controversies. *Clin Dermatol*. 2013; 31 (6): 792-798.
- Song F, Qureshi AA, Giovannucci EL, Fuchs CS, Chen WY, Stampfer MJ et al. Risk of a second primary cancer after non-melanoma skin cancer in white men and women: a prospective cohort study. *PLoS Med*. 2013; 10 (4): e1001433.
- Martorell-Calatayud A, Sanmartín-Jiménez O, Cruz-Mojarrieta J, Guillén-Barona C. Cutaneous squamous cell carcinoma: defining the high-risk variant. *Actas Dermosifiliogr*. 2013; 104 (5): 367-379.
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Squamous cell skin cancer, Version 1.2016. Disponible en: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp
- Lansbury L, Bath-Hextall F, Perkins W, Stanton W, Leonardi-Bee J. Interventions for non-metastatic squamous cell carcinoma of the skin: systematic review and pooled analysis of observational studies. *BMJ*. 2013; 347: f6153

Recursos adicionales

ORGANIZACIONES NACIONALES Y SITIOS EN INTERNET*

Además de la Sociedad Americana Contra El Cáncer, otras fuentes de información y de apoyo incluyen:

- **American Academy of Dermatology (AAD)**
Teléfono sin cargo: 1-888-462-3376 (1-888-462-DERM)
Sitio Web: www.aad.org

Sitio Web de Spot Skin Cancer: www.aad.org/spot-skin-cancer
- Para información sobre melanoma, evaluación del riesgo de cáncer de piel, un localizador de pruebas gratis de detección del cáncer de piel, y un localizador de dermatólogos.
- **Environmental Protection Agency (EPA)**
Sitio Web: www.epa.gov/sunwise
- Provee información sobre la protección contra el sol y una aplicación del índice de luz ultravioleta que puede verificar usando su código postal.
- **Melanoma Research Foundation**
Línea telefónica gratuita: 1-877-673-6460
Sitio Web: www.melanoma.org
- Para más sobre melanoma y foros de discusión, historias de pacientes, tableros de anuncios (todos para apoyar y educar a cualquier persona afectada con melanoma).
- **National Cancer Institute**
Línea telefónica gratuita: 1-800-422-6237 (1-800-4-CANCER)
TTY: 1-800-332-8615
Sitio Web: www.cancer.gov
- Provee información actualizada y precisa sobre el cáncer a los pacientes, sus familias y al público en general.
- **Skin Cancer Foundation**
Línea telefónica gratuita: 1-800-754-6490 (1-800-SKIN-490)
Sitio Web: www.skincancer.org



La Botica de la Abuela

REFRANERO

Mucha de la sabiduría popular para una buena salud y larga vida está recogida en los refranes y dichos populares que recitaban nuestras abuelas, o en frases y aforismos de personalidades célebres recogidas en escritos a lo largo de los tiempos.

En La Botica de la Abuela intentamos que esas tradiciones populares y esos conocimientos no se pierdan o queden en el olvido.

Aquí van algunos de los que hemos recopilado:

El mejor de la semana

"Algunos oyen con los oídos, otros con el estómago, pero es mejor escuchar a la naturaleza, nuestra mejor consejera" (Khalil Gibran)

GRANITOS - FEALDADES - PIELES SUCIAS

Baños de llantén El llantén, llamada en muchos países la hierba de las siete venas, una hierba emblemática para problemas digestivos y de la piel: reduce las bronquitis agudas, es una estupenda antiséptica en afecciones bucales y de garganta... Pero sobre todo resuelve de manera increíble úlceras heridas, llagas y otros problemas de la piel.

Ingredientes: 1 puñado de hojas de llantén 2 l de agua

Preparación: Cocer en el agua durante 5 minutos las hojas de llantén. Pasado ese tiempo se cuele el cocimiento y se agrega al agua del baño.

Uso: Tomar baños de 10 o 15 minutos en días alternos.

GRANOS EN LA CARA Y EL CUERPO

Compresas de cocimiento de ortigas Los granos en la cara y el cuerpo suelen tener su origen en una alimentación desequilibrada. El primer paso para hacerlos desaparecer es eliminar las grasas y los azúcares de la dieta, y zumo de ortigas con un poco de limón. Este cocimiento de ortigas, también ayudará.

Ingredientes: 100 g de ortigas 1 l de agua

Preparación: Hervir las ortigas en el agua durante 30 minutos y dejar posar. Colarlo una vez frío.

Uso: Aplicarlo con compresas en la zona afectada.



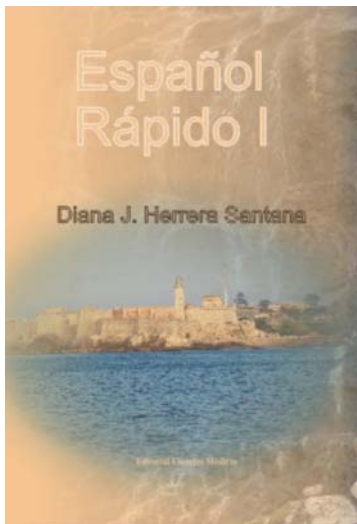
Curiosidades

¿Sabía Usted Que...?

Palabras y frases

- *El término TÍO SAM nombre que representa a los Estados Unidos de América, surge cuando en 1812, durante la 2ª guerra entre los EE.UU. y Gran Bretaña, Samuel Wilson, un inspector que aprovisionaba de carne al ejército, imprimió en los barriles de salazón las iniciales U.S. (United States) En broma, los soldados lo tradujeron por Uncle Sam = tío Sam.*
- *La palabra "Tortuga", etimológicamente significa animal de pies torcidos, así fue como vieron en la antigüedad a este tipo de animal y así lo llamaron.*
- *La palabra "Peter", nombre con el que se designa a las tabletas de chocolate, tiene su origen en los tiempos en que fueron importadas de Suiza unas muy ricas como una novedad, por la por la compañía "Peter, Cailler, Kohler, Co. El nombre era muy largo y se comenzó a llamar, simplemente "Meter" y así se viene usando hace más de un siglo.*
- *La palabra Robot viene del checo Robota, que significa trabajo obligatorio. Se usó por primera vez en la obra "R.U.R" (Robots Universales Rossum), una fantasía dramática estrenada en 1921, donde las personas quedaban deshumanizadas debido al maquinismo. Su autor es Karen Capek.*
- *La palabra esquimal significa "comedores de carne cruda".*
- *La palabra "Lesbiana" o "Lesbianismo" es el término que se utiliza para designar el homosexualismo femenino, a sea, la atracción sexual o emocional entre mujeres. El nombre proviene de la Isla de Lesbos, donde nació, en el siglo 628 ANE, la poetisa Safo, que además de cantar al amor entre personas del mismo sexo tenía una escuela de danza y música para jovencitas. En la década del 70 esta inclinación fue quitada de la lista de enfermedades psiquiátricas por la OMS y pasó a ser considerada como una forma más de sexualidad, tanto en mujeres como en hombres.*
- *El vocablo "Hipócrita" tiene su génesis en la antigüedad, según nos dice Freddy Artilles en su libro La maravillosa historia del teatro universal. Nos cuenta: "...Tespis de Icaria, fue el primero en componer, según la leyenda, un diálogo entre el coro y el actor, que le correspondía interpretando varios personajes. El filósofo Solón asistía a la representación, y se molestó con el actor; lo acusó de fingir lo que no sentía, de aparentar lo que no era. A este actor que respondía se le llamó "hipócritas", y con el tiempo, surgió el vocablo "Hipócrita", que significa precisamente: el que dice lo que no siente."*

N
O
V
E
D
A
D
E
S



Título: Español Rápido I

Autor: Herrera Santana, DJ

Año: 2008

Resumen: Español Rápido I contiene las funciones comunicativas relativas a la supervivencia en este contexto lingüístico (textos y estructuras gramaticales que se ejercitan en la etapa de práctica guiada, así como ejercicios de actividades comunicativas para la etapa de práctica libre de la clase)

que le permiten al estudiante plantear y resolver problemas de comunicación, utilizando las funciones comunicativas del nivel básico o elemental del idioma.

Los diferentes temas tienen como objetivo desarrollar las habilidades lingüísticas (expresión oral, expresión escrita, comprensión auditiva y lectora) en integración, propiciando el desarrollo de un nivel elemental de competencia comunicativa mediante la interacción comunicativa en idioma español, de modo tal, que los estudiantes extranjeros se preparen para enfrentar un curso intermedio.

Este libro, puesto en práctica desde el curso 2000 con resultados satisfactorios, proveería al Sistema Nacional de Salud Pública cubano de una herramienta para la enseñanza rápida del Español como lengua extranjera.



El Policlínico Vedado (15 y 18) Lucha contra el Tabaquismo

¡No al cigarro, vamos a vivir sano!