

Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes con tumores epiteliales cutáneos no melanoma

Clinical and epidemiological characterization of patients with epithelial
cutaneous non melanoma tumors

Dra. Dunia García Massó^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-5463-0188>

Dra. Romelia Cruz Setien¹ <https://orcid.org/0000-0003-2536-4794>

Dra. Cira Rimblas Casamor²

Dra. Margarita Menéndez Rodríguez³

Dra. Teresina Luisa Samada Durán⁴ <https://orcid.org/0000-0003-2260-7738>

¹Hospital Clínicoquirúrgico Docente Dr. Joaquín Castillo Duany, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

²Policlínico Docente Camilo Torres, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

³Hospital Infantil Docente Norte Dr. Juan de la Cruz Martínez Maceira, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

⁴Hospital Infantil Docente Sur Dr. Antonio María Béguez César, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: dgarcíamasso@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de 87 pacientes con tumores cutáneos no melanoma, atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Clínicoquirúrgico Docente Dr. Joaquín Castillo Duany de Santiago de Cuba, desde enero de 2012 hasta igual mes de 2014 con el objetivo de caracterizarles según variables clínicas y epidemiológicas de interés para la investigación. La información se recogió

de las historias clínicas y de los informes de anatomía patológica. Como medidas de resumen para variables cuantitativas y cualitativas se utilizaron la media, la frecuencia absoluta y la relativa. En la serie predominaron el carcinoma basocelular (60,0 %), el sexo masculino, los pacientes de piel blanca y los mayores de 50 años de edad; asimismo, la cabeza resultó ser la región topográfica más afectada y la forma clínica nodular la más frecuente. Según la ocupación, los agricultores y los albañiles estuvieron mayormente relacionados con este tipo de cáncer de piel.

Palabras clave: tumor epitelial no melanoma; carcinoma basocelular; carcinoma espinocelular; atención secundaria de salud.

ABSTRACT

A descriptive, retrospective and cross-sectional study of 87 patients with non melanoma cutaneous tumors, assisted in the Dermatology Service of Dr. Joaquín Castillo Duany Clinical Surgical Hospital in Santiago de Cuba was carried out from January, 2012 to the same month of 2014 with the objective of characterizing them according to clinical and epidemiological variables of interest for the investigation. The information was collected from the medical records and from the pathology reports. For quantitative and qualitative variables, means, absolute frequency and the relative frequency were used as summary measures. In the series, the basocelular carcinoma (60,0 %), male sex, the white skin patients and those older than 50 years prevailed; also, the head turned to be the most affected topographical region and the most frequent nodular clinical type. According to the occupation, farmers and bricklayers were mostly related to this type of skin cancer.

Key words: non melanoma epithelial tumor; basocelular carcinoma; spinocelular carcinoma; secondary care.

Recibido: 10/12/2018

Aprobado: 19/02/2019

Introducción

El cáncer de piel es la neoplasia maligna más común a nivel mundial y su incidencia ha aumentado en las últimas décadas. En Estados Unidos se registran anualmente más de dos millones de pacientes con este tipo de cáncer.⁽¹⁾ Se divide en 2 grandes grupos: melanoma y no melanoma. En este último se encuentran el carcinoma basocelular (CBC) y el espinocelular (CEC), que son los tumores malignos más frecuentes a escala mundial, además de otros poco comunes como los linfomas cutáneos y los tumores malignos de anexos o de células de Merkel.^(2,3)

Se estima que entre las neoplasias de la piel no melanoma en Brasil cerca de 70 % corresponde al carcinoma basocelular y 25 % al espinocelular.⁽⁴⁾ Se asegura que hay un importante subregistro de estos tumores, ya que en los registros nacionales de cáncer a menudo solo se incluye el melanoma, a pesar de que la incidencia del cáncer de piel no melanoma es de 18-20 veces mayor que el melanoma maligno.

El CBC representa dos tercios del número total de cáncer de piel en Europa y se localiza en áreas de la piel que contienen folículos pilosos. Entre los principales factores de riesgo para su aparición figuran la fotoexposición solar, la edad y el fototipo de piel (pieles claras). Histológicamente están compuestos por células tumorales epitelioides basalioides, acompañadas de un estroma fibromixioide variable, que pueden mostrar diferentes patrones de crecimiento;⁽⁵⁾ asimismo, se le considera el tumor de mayor incidencia, aunque es el menos invasivo.⁽⁶⁾

Clínicamente se caracteriza por la presencia de pápulas perladas con telangiectasias, capacidad de ulceración y sangrado, como una herida que no cicatriza. Afecta regiones de la cabeza y el cuello aproximadamente en 70 % de quienes la padecen; asimismo, 26 % se localiza en la nariz, aunque también puede aparecer en el tronco (15 %), pero en las manos y los genitales ocurre de forma esporádica. Cuando un CBC no se diagnostica a tiempo puede tornarse invasivo y destructivo.^(7,8)

Existen distintas variantes clínicas de presentación del CBC, entre las que se encuentran las siguientes:

- Nodular: Es la forma más común, abarca hasta 60 % de los carcinomas basocelulares. Generalmente se presenta como una lesión solitaria, rosada, perlada, con telangiectasias y de bordes definidos. Si se ulcera se considera nódulo ulcerativo.
- Superficial: Representa aproximadamente 30 % y se observa como una placa eritematosa poco indurada, con predominio en el tronco. Puede confundirse con tiña o eccema.
- Morfeiforme o esclerosante: Lesión aplanada o ligeramente elevada, de coloración blanco-amarillenta o rosada e indurada, similar a una cicatriz. Presenta alta incidencia de márgenes positivos tras la escisión y se considera el subtipo más agresivo.
- Otras: En menor porcentaje se encuentran las formas micro nodulares, infiltrativa y basoescamosa, consideradas variantes invasivas y con alta tasa de recurrencia.⁽⁹⁾

No existe una lesión precursora universal; sin embargo, el nevo sebáceo de Jadassohn puede presentarse en 15 % de los casos un CBC en su superficie. Este último tiende a invadir tejidos profundos a través de vías de menor resistencia como el periostio, el pericondrio y la fascia o placa tarsal. La invasión a hueso, cartílago y músculo es poco usual y menos de 0,5 % hacen metástasis a ganglios linfáticos, pulmón o hueso. Estos se relacionan con lesiones profundas y variantes agresivas como el basoescamoso y la supervivencia es inferior a los 10 meses.⁽¹⁰⁾

Por su parte, el carcinoma escamocelular es un tipo de cáncer de piel que se origina por una proliferación anormal de los queratinocitos en la epidermis. Es la segunda neoplasia más frecuente de cáncer cutáneo no melanoma, con una incidencia de 20 % en la población en general,⁽¹¹⁾ debido fundamentalmente al crecimiento en la expectativa de vida, a mayor exposición solar, al uso de cámaras bronceadoras y al mejoramiento en la detección de este tipo de tumor.

En Estados Unidos se estiman entre 200 000 y 400 000 casos nuevos cada año; mientras que en Colombia, la incidencia de cáncer de piel aumentó de 23 casos por 100 000 habitantes en 2003 a 41 en 2007; de ellos, 25 % fueron carcinomas escamocelulares.⁽¹²⁾

En Cuba la incidencia de cáncer de piel en la población masculina mayores de 20 años es de 5 279, para una tasa de 124,3 por 100 000 habitantes; en la población femenina, de 4 482 para una tasa de 104,0 por 100 000 habitantes.⁽¹³⁾

En el Hospital Clínicoquirúrgico Docente Joaquín Castillo Duany anualmente se diagnostican 20 pacientes con carcinomas cutáneos no melanomas y en los últimos años la cifra se ha ido incrementando cada vez más, razón por la cual los autores realizaron la presente investigación con el objetivo de caracterizar a los pacientes con tumores cutáneos no melanoma atendidos en este centro hospitalario.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de 87 pacientes con tumores cutáneos no melanoma, atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Clínicoquirúrgico Docente Dr. Joaquín Castillo Duany de Santiago de Cuba, desde enero de 2012 hasta igual mes de 2014 con el objetivo de caracterizarles según variables clínicas y epidemiológicas de interés para la investigación.

Para ello se identificaron en el sistema de historias clínicas los pacientes con diagnóstico confirmado de carcinoma basocelular y espinocelular. Como medida de resumen para variables cuantitativas se utilizó la media y para las cualitativas, la frecuencia absoluta y relativa.

Resultados

En la serie (tabla 1) predominaron el carcinoma basocelular (60,0 %), el sexo masculino (71,0 %), sin diferencias significativas entre ambos tumores, así como los grupos etarios de 60-69 y de 50-59 años (31 y 16 %, respectivamente); asimismo, la mayoría de los afectados fueron los de piel blanca, tanto con carcinoma basocelular (49,0 %) como espinocelular (34,0 %).

Tabla 1. Pacientes según características sociodemográficas y prevalencia

Variables	Carcinoma basocelular		Carcinoma espinocelular		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sexo						
Masculino	33	38,0	29	33,0	62	71,0
Femenino	19	22,0	6	7,0	25	29,0
Total	52	60,0	35	40,0	87	100,0
Grupo de edades						
40-49	8	9,0			8	9,0
50-59	14	16,0	10	11,0	24	28,0
60-69	27	31,0	17	20,0	44	50,0
70-79	3	3,0	8	9,0	11	13,0
80 y más						
Total	52	60,0	35	40,0	87	100,0
Color de la piel						
Blanca	43	49,0	30	34,0	73	84,0
Mestiza	8	9,0	4	4,0	12	14,0
Negra	1	1,0	1	1,0	2	2,0

En cuanto a la ocupación (tabla 2) los pacientes con cáncer de piel no melanoma fueron mayormente los albañiles (24,1 %) y los agricultores (20,6 %) para el carcinoma basocelular y los que desempeñaban estas mismas labores para el espinocelular, pero en orden inverso, (17,2 y 12,6 %, respectivamente).

Tabla 2. Pacientes con tumores cutáneos no melanoma según ocupación

Ocupación	Carcinoma basocelular		Carcinoma espinocelular	
	No.	%	No.	%
Ama de casa	6	6,8	2	2,2
Agricultores	18	20,6	15	17,2
Albañiles	21	24,1	11	12,6
Pescadores	2	2,2	5	5,7
Otros	5	5,7	2	2,2
Total	52	59,7	35	40,2

En la tabla 3 se muestra que la cabeza fue la región topográfica más afectada tanto por carcinoma basocelular (39,0 %) como por el espinocelular (21,0 %) y entre las zonas mayormente dañadas (tabla 4) figuraron la frente (35,0 %) y la nariz (25,0 %).

Tabla 3. Pacientes con tumores cutáneos no melanoma según la topografía

Topografía	Carcinoma basocelular		Carcinoma espinocelular		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Cabeza	34	39,0	18	21,0	52	60,0
Cuello	5	5,7	2	2,0	7	7,7
Tronco	3	3,4	6	7,0	9	10,4
Extremidades	10	11,4	9	10,0	19	21,4
Total	52	60,0	35	40,0	87	100,0

Tabla 4. Pacientes con tumores cutáneos no melanoma según la localización

Localización	No.	%
Frente	18	35,0
Lóbulo de orejas	8	15,0
Mentón		
Mejillas	6	11,0
Labios		
Párpados	2	4,0
Nariz	13	25,0
Surco naso geniano	2	4,0
Región temporal	3	6,0
Total	52	100,0

Por otra parte, en la tabla 5 se observa que la forma morfológica predominante fue la nodular para ambos tipos (31,0 y 24,0 %, para el primero y el segundo, respectivamente).

Tabla 5. Pacientes con tumores cutáneos no melanoma según la morfología

Morfología	Carcinoma basocelular		Carcinoma espinocelular		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Nodular	27	31,0	21	24	48	55,0
Nódulo ulcerado	13	15,0			13	15,0
Pigmentado	3	3,4			3	3,4
Morfeico	2	2,2			2	2,2
Vegetante			3	3,4	3	3,4
Ulcerado	7	8,0	11	13	18	21,0
Total	52	60,0	35	40	87	100,0

Discusión

En la presente casuística se observó mayor incidencia del carcinoma basocelular en relación al espinocelular; hallazgo que concuerda con lo publicado por McCusker *et al* ⁽¹⁴⁾ en su estudio.

Carmone y Rodelo⁽¹⁵⁾ refieren que el carcinoma espinocelular es más común en hombres que en mujeres con una proporción de 3:1 y que su incidencia aumenta con la edad; mientras que Benedetti⁽¹⁶⁾ coincide con ello al referir que la proporción hombre-mujer es de 2 a 3:1.

En cuanto a la edad, se observó mayor incidencia del carcinoma espinocelular en los mayores de 50 años y del basocelular en los de 60. Al respecto, Tama Viteri⁽¹⁷⁾ plantea que la principal causa es la radiación solar acumulada, aunque existen otros factores que pueden dañar la piel como las heridas, las inflamaciones crónicas, las enfermedades cutáneas, las cicatrices y quemaduras, las radiaciones ionizantes, así como el contacto con sustancias cancerígenas como el arsénico y el alquitrán.

El predominio de los afectados de piel blanca en esta serie (84,0 %) tanto con carcinoma basocelular como espinocelular es similar a lo descrito por Dias e Inácio,⁽⁴⁾ quienes obtuvieron 89,2 %. De ese total 69,3 % eran mujeres y 20,9 % hombres.

La alta incidencia de pacientes de piel blanca con este tipo de cáncer coincide con el criterio aceptado universalmente de que estos tienen menor concentración de melanina en la piel, que es la encargada de proteger contra la penetración de las radiaciones ultravioletas, principal agente causal de la enfermedad.

En cuanto a la ocupación, sobresalieron los albañiles y agricultores para ambos tipos de tumores, lo que supone una relación directa entre el cáncer de piel y la exposición a las radiaciones ultravioletas.

Por su parte, las zonas mayormente expuestas a dichas radiaciones son las más afectadas cuando de cáncer de piel no melanoma se trata, tal y como ocurrió en el presente estudio, donde la mayoría de las lesiones fueron en la cabeza, preferentemente en la frente y la nariz, lo que hace suponer que el mayor fotodaño se ve reflejado en las áreas del cuerpo que están en contacto directo con dichas radiaciones (áreas fotoexpuestas); resultados que concuerdan con los de Magliano *et al.*⁽¹⁸⁾

En relación con el subtipo clínico, el más frecuente fue el nodular, que se corresponde con la forma inicial de estos tumores, como bien se señala en la bibliografía foránea consultada.^(19,20)

En el período analizado prevalecieron el cáncer basocelular, los pacientes mayores de 50 años, los de piel blanca y del sexo masculino; mientras que la cabeza, en especial la frente y la nariz fueron las zonas topográficas más dañadas y, desde el punto de vista clínico, la forma nodular resultó ser la más frecuente, al igual que los albañiles y agricultores en cuanto a la ocupación.

Referencias bibliográficas

1. Mohan SV, Chang AL. Advanced basal cell carcinoma: epidemiology and therapeutic innovations. Curr Dermatol Rep. 2014 [citado 23/10/2018]; 3(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3931971/>
2. Gandhi SA, Kampp J. Skin cancer epidemiology, detection and management. Med Clin North Am. 2015 [citado 23/10/2018]; 99(6). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26476255>
3. 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):1063-71.
4. Dias da Silva R, Inácio Dias MA. Incidencia del carcinoma basocelular y espinocelular en usuarios atendidos en un hospital de cáncer. REFACS. 2017; 5(2):228-34.
5. Monserrat García MT, Domínguez Cruz JJ, Conejo Mir J. Carcinoma basocelular: biología molecular y nuevas dianas terapéuticas. Med Cutan Iber Lat Am. 2016 [citado 23/10/2018]; 44 (2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2016/mc162c.pdf>
6. Nigro MHZ, Helena M, Bandao G, Stella L, Coelho CP, Paula A, et al. Estudio epidemiológico do carcinoma MS no periodo de 2010-2013 em um hospital de referencia em dermatologia, na cidade de Bauree, Sao Paulo. Surg Cosmet Dermatol. 2015; 7(3):232-5.
7. Azulay DR, Azulay RD. Dermatología. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p.1156.

8. Wu PA. Epidemiology, pathogenesis, and clinical features of basal cell carcinoma, 2018 [citado 23/10/2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesis-and-clinical-features-of-basal-cell-carcinoma>
9. Firnhaber JM. Diagnosis and treatment of basal cell and squamous cell carcinoma. Am Fam Physician. 2012 [citado 23/10/2018]; 86(2). Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2012/0715/p161.html>
10. Ibrahim O, Gastman B, Zhang A. Advances in diagnosis and treatment of non melanoma skin cancer. Ann Plast Surg. 2014; 73(5): 615-9.
11. Bolognia J, Jorizzo J, Schaffer J. Dermatology. 3ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012.p. 1773-92.
12. Karia PS, Han J, Schmults CD. Cutaneous squamous cell carcinoma: estimated incidence of disease, nodal metastasis, and deaths from disease in the United States, 2012. J Am Acad Dermatol. 2013 [citado 23/10/2018]; 68(6). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23375456>
13. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud, 2015. La Habana: MINSAP; 2016.
14. McCusker M, Basset N, Dummer R, Lewis K, Schadendorf D, Sekulic A, *et al*. Metastatic basal cell carcinoma: prognosis dependent on anatomic site and spread of the disease. Eur J Cáncer. 2014; 50(4):774-83.
15. Carmone J, Rodelo A. Epidemiología del cáncer no melanoma en Colombia. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2014; 22:20-6.
16. Benedetti. A Guía de práctica clínica. Carcinoma espinocelular, 2012 [citado 23/10/2018]. Disponible en: <http://docplayer.es/9738824-Guia-de-practica-clinica-carcinoma-basocelular-dra-benedetti.html>
17. Tama Viteri F. Carcinoma espinocelular. Rev Ciencias Médicas Universidad de Guayaquil. 2014 [citado 23/10/2018]; 17(1). Disponible en: http://www.ug.edu.ec/revistas/Revista_Ciencias_Medicas/REVISTA_N1_VOL17/Revista_1-2014_Foto_Med.pdf

18. Magliano J, Navarrete J, Martínez M, Bazzano C. Cirugía micrográfica de Mohs en Uruguay: primeros 130 casos en carcinomas cutáneos. Rev Med Urug. 2018; 34(1):29-38.

19. Nova J, Patiño A, González A. Caracterización de la población con carcinoma basocelular en el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. CES Med. 2014 [citado 07/11/2018]; 28(2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052014000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=es

20. Romano MF, Chirino ME, Rodríguez Saa S, Pedrozo L, Lauro MF, Ciancio RM, *et al.* Carcinoma basocelular superficial y sus características dermatoscópicas de acuerdo con su localización. Med Cutan Iber Lat Am. 2016 [citado 07/11/2018]; 44(3):171-6. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2016/mc163d.pdf>



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).